



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA**

TESIS

**NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES
ADOLESCENTES PRIMÍPARAS EN LA ADOPCIÓN
DEL ROL MATERNAL – HOSPITAL BELEN
LAMBAYEQUE, 2016**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADO DE ENFERMERÍA**

Autora:

Bach. Llamo Cabanillas, Giuliana Lisseth

Asesora:

Dra. Gálvez Díaz, Norma del Carmen

Línea de Investigación:

Cuidar / cuidado de enfermería

**Pimentel – Perú
2019**

**NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES ADOLESCENTES PRIMÍPARAS
EN LA ADOPCIÓN DEL ROL MATERNAL - HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE,
2016**

Aprobación del informe de la investigación

Dra. Gálvez Díaz Norma del Carmen
Asesora

Mg. Guerrero Valladolid Ana Yudith
Presidente del jurado de tesis

Mg. Huiman Marchena Rosalia del Pilar
Secretario del jurado de tesis

Mg. Chávez Guevara Delia
Vocal del jurado de tesis

DEDICATORIA

Dedico la presente investigación, de manera especial a mi madre Elizabeth, pues ella fue el principal cimiento para la construcción de mi vida profesional, sentó en mí el amor y la responsabilidad, en la cual me quiero reflejar en su gran corazón que me llevan a admirarla cada día más.

A mi esposo e hijos, porque ellos son mi impulso y motivación día a día para seguir adelante.

Giuliana Lisseth

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios, por bendecirme y llegar hasta dónde he llegado iluminándome día a día para seguir adelante.

A las asesoras por la dedicación y paciencia, quien con ayuda de sus conocimientos, han permitido que concluya mis estudios.

ÍNDICE

DEDICATORIA	III
AGRADECIMIENTO	IV
RESUMEN	VII
ABSTRAT	VIII
INTRODUCCIÓN	IX
CAPITULO I: PROBLEMA DE LA INVESTIGACION	10
1.1. Situación problema	10
1.2. Formulación del problema	14
1.3. Delimitación de la investigación	14
1.4. Justificación e importancia	14
1.5. Limitación de la investigación	16
1.6. Objetivos	16
CAPITULO II: MARCO TEORICO	17
2.1. Antecedentes de estudio	17
2.2. Bases teóricos científicos	22
2.3. Definición de términos básicos	35
CAPITULO III: MARCO METODOLOGICO	37
3.1. Tipo y diseño de la investigación	37
3.2. Población y muestra	38
3.3. Hipótesis	38
3.4. Variables	38
3.5. Operacionalizacion de las variables	39
3.6. Técnica e instrumento de recolección de datos	40
3.7. Procedimiento para la recolección de datos	41
3.8. Análisis estadístico e interpretación de los datos	42
3.9. Criterios éticos	42
3.10. Criterios de rigor científico	43
CAPITULO IV: ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS	45
4.1. Resultados en tablas	48
4.2. Discusión de resultados	48
CAPITULO V: CONCLUSION Y RECOMENDACIONES	54
5.1. Conclusiones	54
5.2. Recomendaciones	56
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57

RESUMEN

En la presente investigación el objetivo principal fue determinar el nivel de conocimiento de las madres primerizas en la adopción del rol maternal en el Hospital Belén – Lambayeque, 2016; el tipo de investigación fue cuantitativa, con un diseño descriptivo, permitiendo comprender y entender la realidad, además con un corte transversal en un tiempo definido. La población estuvo conformada por 100 madres primerizas y la muestra de 50, la técnica de recolección de datos fue una encuesta validado mediante especialistas, se utilizó un cuestionario de 25 interrogantes. El producto obtenido reveló que 52% de las madres adolescentes oscilan entre las edades de 18 a 19 años, 38% secundaria completa, 78% son convivientes, 96% adolescentes fueron a consulta de planificación. En relación al nivel de conocimientos de las madres adolescentes; 74% tuvieron un nivel medio, 24% nivel alto; siendo la adopción del rol maternal un desarrollo interactivo que se realiza a lo largo de la vida madre e hijo, creando un enlace fuerte y aprendiendo nuevos roles. En conclusión, los resultados demostraron que el nivel de conocimiento de las madres adolescentes es medio, por lo cual se puede detectar la falta holística en la adopción maternal.

Palabras clave: Adopción, Conocimiento, Madre adolescente, Primípara, Rol maternal.

ABSTRAT

In the present investigation the main objective was to determine the level of knowledge of new mothers in the adoption of the maternal role in the Belén Hospital - Lambayeque, 2016; the type of research was quantitative, with a descriptive design, allowing to understand and understand reality, in addition to a cross section in a defined time. The population consisted of 100 new mothers and the sample of 50, the technique of data collection was a survey validated by specialists, a questionnaire of 25 questions was used. The obtained product revealed that 52% of the adolescent mothers oscillate between the ages of 18 to 19 years, 38% complete secondary, 78% are cohabiting, 96% adolescents went to planning consultation. In relation to the level of knowledge of adolescent mothers; 74% had a medium level, 24% high level; being the adoption of the maternal role an interactive development that takes place throughout the mother and child life, creating a strong bond and learning new roles. In conclusion, the results showed that the level of knowledge of adolescent mothers is medium, which is why we can detect the holistic lack of maternal adoption. Keywords: Adoption, Knowledge, Adolescent mother, Primiparous, Maternal role.

INTRODUCCION

La Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, el 28 de febrero de 2018 informaron que la tasa mundial de embarazo adolescente es de 46 nacimientos por cada 1.000 mujeres, además que las tasas de embarazo adolescente en Latinoamérica y el Caribe siguen siendo las segundas más elevadas a nivel mundial, con 66.5 nacimientos por cada 1.000 mujeres de entre 15 y 19 años, sólo superadas por África subsahariana ¹. En el Perú, la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), publicada el 2017, indicó que el 13.4% de mujeres adolescentes de 15 a 19 años quedaron embarazadas por primera vez, incrementándose el 0.7% con respecto al 2016 que fue de 12.7% ². En relación a la edad como factor determinante en el papel de la madre, es la adolescente donde tiene un reto la aceptación del rol materno³.

Así mismo, durante el embarazo es que se da comienzo a una nueva y diferente fase en la vida de la mujer; en esta etapa las jóvenes tienen un campo de exploración y de confusión, manifestando sentimientos nunca antes acostumbrados que llevan a afrontar conflictos, en los cuales no está capacitado a resolver³; el embarazo para algunas mujeres es una etapa de motivo de gozo y alegría, para otras mujeres significa una incomodidad que implica un gran desequilibrio emocional, sentimental por consecuencia perjudica a la pareja, hijo y entorno. Dentro de este grupo de gestación se encuentran las mujeres adolescentes cuyos embarazos de la mayoría no son deseados, ni han sido planificados y no siempre llegan a tener un embarazo exitoso, considerando que de este grupo algunas optan por el aborto inducido, legrado o tienen abortos espontáneos, pues indican que no se encuentran preparadas para la adopción maternal⁴.

Por lo que mamás adolescentes, al inicio de la gestación y después del nacimiento del recién nacido, forman parte de un sistema con reglas y formas de comportamiento de determinados miembros de familia. La familia es el núcleo en donde todos permanecemos ya que es ahí donde se dan las fases evolutivas desde que se produce el nacimiento hasta la juventud, y se involucran diversos sentimientos afectivos; en este ambiente las diferentes interacciones inician un elevado nivel de interdependencia que puede verse como exceso de implicación. Dentro de este ámbito familiar se manejan normas, reglas de manera interior y exterior que controlan comportamientos individuales, con el fin de mantener una familia protectora. No obstante, se pueden ver interacciones adecuadas o patógenas que inclinan a desarrollar actitudes o comportamientos predispuestos por los integrantes de familia, en las distintas etapas del niño⁴.

La presente investigación fue realizada en el Hospital Docente Belén Lambayeque Servicio de Obstetricia con madres adolescentes primíparas donde se pudo observar que algunas madres demuestran poco interés en los cuidados de su recién nacido. Teniendo como objetivo principal determinar el nivel de conocimiento de las madres adolescentes primíparas en la adopción del rol maternal en el Hospital Belén de Lambayeque, 2016; por medio de una encuesta, donde se encontraron resultados que sustentaron el problema y a través de estos se podrá dar alternativas de solución para lograr que las madres tengan un buen conocimiento sobre la adopción del rol maternal. Ante esta problemática los profesionales de salud deben educar a la comunidad, especialmente a las madres adolescentes ante el cuidado del niño, evitando que en este se vea afectado su calidad de vida y el proceso de crecimiento y desarrollo.

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1.- Situación problema:

La adolescencia se define como una etapa de múltiples cambios; sobre todo atendiendo a su duración y a sus etapas, siendo en este periodo de la vida en el que el cuerpo se transforma de niño en adulto y la mente busca encontrarse a sí misma, entonces la adolescencia es aquel periodo de maduración entre el niño al adulto. Es un periodo de transición, de preparación para la etapa adulta, en la que se produce una recapitulación de la propia infancia. No hace tanto tiempo que, cuando el niño crecía físicamente y se transformaba en adulto, asumía enseguida las responsabilidades y el rol de una persona madura: empezaba a trabajar y formaba, incluso, su propia familia³. La Organización Mundial de la Salud define a la adolescencia como aquel periodo de crecimiento y desarrollo del ser humano que se produce después de la niñez y antes de la adultez, entre los 10 y los 19 años⁴.

El embarazo adolescente según la Organización de la Salud lo define como aquel tiempo que transcurre cuando empieza su primera regla llamada menarquía, y/o cuando la joven es totalmente dependiente de la sociedad y la economía de la familia. Considerado una gestación de peligro, debido a la consecuencia que tiene para la salud de la joven madre y de su pequeño hijo, ya que puede ser una etapa traumática en la mayoría de los casos, porque genera conflictos entre ser madre y adolescente percutiendo un daño psicológico y social; este embarazo se origina como consecuencia de una inexperiencia en temas de sexualidad incluyendo problemas biológicos, psicológicos, socioculturales, por lo tanto, tienen un origen multifactorial⁵.

La adopción del rol maternal es un desarrollo interactivo que se realiza a lo extenso de la vida madre e hijo, creando un enlace fuerte y aprendiendo nuevos roles, descubriendo satisfacción, gusto y gozo al realizarlo⁶. La etapa de la maternidad implica que las mujeres nazcan psicológicamente del mismo modo que su bebe nace físicamente, originando en su mente una nueva identidad: el sentido de ser madre. Las madres adquieren una nueva actitud mental que organiza sus vidas psicológicas, reorganizando sus preferencias, sus placeres y reestructurando valores personales; esta nueva actitud perdurará durante toda su vida, aunque no siempre esté en primer lugar, pero estará presente, esperando y surgirá cuando sea necesario. De esta manera se resalta que el nacimiento de una madre está también en constante crecimiento y desarrollo⁵.

La propuesta de teoría de Ramona Mercer se concentra en la representación maternal, constituyendo un proceso de interacción y desarrollo. Cuando la mamá logra el vínculo con su menor hijo, adquiere experiencia en el cuidado del niño y experimenta la alegría y la gratificación de su papel. Donde existen factores maternales como: edad, estado de salud, estrés social, experiencia en partos, autoestima, función de su entorno familiar; temperamento del niño, entre otros. Además la madre a lo largo de su vida adquirió acontecimientos por su nivel de evolución, que interviene al momento de realizar los cuidados a su hijo con características innatas de su personalidad⁶.

En los últimos treinta años, la tasa de fecundidad (número de hijos por mujer) en Latinoamérica y el Caribe fue descendiendo de forma sustancial (de 3,95 entre 1980-1985 a 2,15 entre los años 2010-2015). Esta disminución fue asociada a la tendencia ascendente del desarrollo económico en la Región. Pese a esto, la tasa de fecundidad por edad (número de nacimientos por 1000 mujeres) descendió en la mayoría de los grupos etarios, sobretodo en mujeres mayores de 18 años, hasta la mitad o menos que entre los años 1980-1985, la tasa de fecundidad en las

adolescentes disminuyó lentamente (de 88,2 a 66,5) y continua siendo la segunda más elevada del mundo, siendo superada por África subsahariana⁷. Viendo esta problemática, la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en una reunión de dos días en agosto de 2016, en la que asistieron asociados mundiales, ministerios de salud y educación, organizaciones no gubernamentales, grupos juveniles y comunidades indígenas de ascendencia africana; evaluaron estrategias para aumentar el progreso hacia la prevención y disminución del embarazo en adolescentes, con especial atención en prevenir los embarazos en menores de 15 años⁸.

El 95% de los partos de adolescentes se realizan en países de ingresos bajos y medios. La tasa media de natalidad entre estas adolescentes, en los países de ingresos medios, duplica a la de los países de ingresos altos, y la correspondiente a los países de ingresos bajos es cinco veces más elevada. La proporción de estos partos que ocurren durante la adolescencia, es de alrededor del 2% en China, 18% en Latinoamérica y el Caribe y más del 50% en el África subsahariana. La mitad de los partos en adolescentes se concentra en tan solo siete países: Bangladesh, el Brasil, los Estados Unidos, Etiopía, la India, Nigeria y la República Democrática del Congo⁹.

En Latinoamérica, según Fondo de Naciones Unidas para la Infancia la situación es importante, ya que una investigación de la Organización Iberoamericana de Juventud, presentada en España nos revela que 73 de cada mil embarazos en Latinoamérica, son de adolescentes. Brasil es un país en que se dan 89 embarazos prematuros por cada mil mujeres, cifras que nos muestran que la situación no ha variado desde hace más de nueve años en dicho país. Sin embargo, Venezuela se ganó el primer lugar de Sudamérica con más número de embarazos adolescentes. La Organización de las Naciones Unidas, manifestó

que, de cada mil embarazadas, 91 son menores de 18 años. Esto también debido a que la edad promedio en la que los jóvenes venezolanos dan inicio a su actividad sexual, varía entre los 12 y 14 años¹⁰.

En Perú, según la información que nos proporciona la encuesta ENDES 2017, algo que nos alerta es el aumento de embarazos en adolescentes de 15 a 19 años, al incrementar de 12.7% en el 2016 a 13.4% el 2017. Este aumento se aprecia en zonas urbanas, al incrementarse de 9.8% a 10.7% entre el 2016 y el 2017, y en zonas rurales, al aumentar de 22.7% a 23.2% entre el 2016 y el 2017. En 12 departamentos de nuestro país también se aprecia aumentos entre los mismos años, como en el caso de: Lima Metropolitana (6.2% a 9.6%), de Moquegua (6.8 a 8.6%), de Amazonas (19.9% a 23.8%), de Ayacucho (14.6% a 16.8%), y La Libertad (14.8% a 16.8%). Loreto presentó la tasa más elevada de embarazos en adolescentes (30.4%)¹¹.

En relación a la edad como factor determinante en el papel de la madre, es en la adolescencia donde se ve un mayor reto en adoptar dicho rol materno; es en esta etapa que se abre a los jóvenes un campo de descubrimientos y confusión, apareciendo nuevos intereses y sentimientos jamás antes experimentados que llevan al adolescente a enfrentar conflictos para los cuales no está preparado. Al hablar de la edad se hace mención al grado de madurez que tiene la madre en el instante del embarazo, factor determinante en la adaptación del rol maternal y en relación del padre - madre, que afecta el estado emocional, su conducta y el afrontamiento de la situación actual¹².

Ante la problemática ya mencionada del presente estudio que se realizó en el Hospital Docente Belén Lambayeque en las madres adolescentes primíparas se pudo observar que algunas madres demuestran poco interés en la atención del

neonato, por ende este estudio se enfocó en el conocimiento que poseen las mamás jóvenes en la adopción del rol materno, por medio de una encuesta, donde se encontraron resultados que sustentaron el problema y dar alternativas de solución para el bienestar de cada recién nacido.

1.2.- Formulación del problema:

¿Cuál es el nivel de conocimiento de las madres adolescentes primíparas en la adopción del rol maternal – Hospital Belén Lambayeque, 2016?

1.3.- Delimitación de la investigación:

Esta investigación se llevó a cabo en el servicio de gineco-obstetricia a las madres adolescentes del Hospital Provincial Docente Belén Lambayeque en un periodo de setiembre a octubre del 2016.

1.4.- Justificación del problema:

El presente trabajo de investigación se enfocó en conocer el grado de conocimiento que poseen las mamás adolescentes frente a la adopción del rol maternal. Por lo que la importancia radica en la preparación y orientación de las nuevas madres antes de retornar a su hogar, más si estas son primerizas, para tratar de disminuir el riesgo de la salud y el desarrollo de su bebé.

Algunos de los aspectos que se consideran de vital importancia para un cuidado óptimo y de resguardo del recién nacido son por ejemplo la alimentación del recién nacido, que es uno de los temas en los que se pone más énfasis, además el cuidado que deben de tener las mamás con el muñón umbilical, las precauciones que se toman al momento de bañarlo o cargarlo, sobre su descanso, entender los motivos de llanto, entre otros¹³.

Así mismo una de las teóricas Ramona M con su teoría Adopción del rol materno, indica que la madre es fuente importante para el vínculo y desarrollo de su hijo.

Por lo cual este estudio recalca la importancia de orientar y concientizar a aquellas madres adolescentes que desde su temprana edad asuman con responsabilidad el rol de ser madres, así mismo conozcan sobre los cuidados primarios hacia su bebé, los signos de alarma, el control del niño sano, prevención de accidentes, higiene, lactancia materna exclusiva, termorregulación, etc.; de tal manera, adquirir confianza y seguridad, acompañada de un buen entorno familiar ya que en conjunto podrá adquirir la adopción maternal deseada¹⁴.

Esta investigación se realizó en las instalaciones del Hospital Provincial Docente Belén Lambayeque, porque así este estudio servirá de fuente de consulta tanto para el personal asistencial como para las madres adolescentes. A su vez esta investigación ha servido de incentivo al Hospital donde permitirá crear, planificar diversas actividades relacionadas directamente a los cuidados inmediatos de todo recién nacido, supliendo así todas las necesidades básicas del mismo.

Por lo tanto, para llevar a cabo la adopción del papel maternal es indispensable que la madre adolescente posea los conocimientos sobre los cuidados de manera apropiada, además de realizarlos diariamente, para fortalecer los lazos del vínculo mama e hijo¹². Fomentando así la participación de madres adolescentes preparadas para contribuir con el cuidado que requieren sus hijos, ante esta situación se considera de gran relevancia realizar el estudio en este Hospital¹⁵.

Ante esta problemática de salud pública, implica en esta etapa adolescente una serie de cambios que involucran madre-hijo, es decir que la importancia de obtener un conocimiento adecuado en la etapa postnatal, implica proveer un cuidado total de su hijo, siendo este un ser dependiente de los cuidados que puede brindarle la madre. Es por ello que es importante la intervención del profesional en enfermería, quien tiene una labor importante en el cuidado y protección de todo recién nacido promoviendo así su cuidado, crecimiento y

desarrollo. Así mismo fomentando la prevención y la promoción de la salud, en los aspectos que requieren ser fortalecidos, contribuyendo con el bienestar del recién nacido en su ambiente familiar¹⁶.

1.5.- Limitación de la investigación:

Uno de los obstáculos que se tuvo en la realización de esta investigación fue el no contar con el tiempo suficiente para la realización de dicha investigación. Así también el de poseer el apoyo insuficiente durante la aplicación de la encuesta a las madres adolescentes primíparas en el servicio de gineco-obstetricia.

1.6.- Objetivos:

Objetivo principal:

Determinar el nivel de conocimiento de las madres adolescentes primíparas en la adopción del rol maternal– Hospital Belén Lambayeque, 2016

Objetivo específico:

Identificar el perfil sociodemográfico de las madres adolescentes primíparas según la dimensión en adopción del rol maternal en el Hospital Belén Lambayeque, 2016.

Analizar el nivel de conocimiento de las madres adolescentes primíparas en la adopción del rol maternal en el Hospital Belén Lambayeque, 2016.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación:

Bulgach V, y cols., en Argentina el 2018, realizaron un estudio denominado Madres adolescentes internadas junto a sus hijos en un hospital de alta complejidad: diferencias entre adolescencia temprana, media y tardía; en el Hospital de Pediatría SAMIC “Prof. Dr. Juan P Garrahan”. El objetivo fue determinar las características de dichas madres cuyos hijos se encontraban hospitalizados y observar las diferencias entre madres en adolescencia temprana, media (< 17 años) y tardía (≥ 17 años). Fue un estudio observacional y transversal de madres entre las edades de 10 a 19 años y 11 meses. Se encuestó a 227 madres, 100 < 17 años y 127 ≥ de 17 años. En el grupo 2 el porcentaje fue mayor de 2 o más hijos o 21% vs. 42%. Entre otras preguntas, la edad de inicio de las relaciones sexuales fue más precoz entre las madres de adolescencia temprana media. El 67% de ellas empezaron a la edad de 14 años o menos vs. el 51% de las mamás adolescentes tardías. La continuidad en la vida de pareja con el padre del hijo fue más frecuente entre adolescentes mayores en comparación con adolescentes tempranas – tardías, 70% vs. 53%. Las madres que no vivían con pareja lo hacían con sus padres. En los dos grupos, más de las dos terceras partes de las madres eran hijas de madres adolescentes, y repitieron la historia de embarazo adolescente (76% vs. 61%). Después del embarazo, las menores de 17 años usaban métodos anticonceptivos (35% vs. 55%) en comparación con las mayores de 17 años. La edad del niño al momento de la encuesta, fue en el primer grupo un promedio de de 5,03 meses y, para el otro de 7,24 meses. La causa de ingreso a hospitalización de los menores fue en especial por las infecciones, predominando la sepsis, seguida de cardiopatía congénita y patologías neurológicas. Los recién nacidos menores de 37 semanas en madres menores de 17 años fueron el 37% y, en las mayores de 17 años, fueron el 34%. Respecto al peso del recién nacido, 12% fueron RNMBP en las mamás menores de 17 años y 2% en las mayores de 17 años¹⁷.

Henríquez, G. en España el 2016, en su investigación denominada “Madres adolescentes: significados y experiencias”, cuyo objetivo fue el de analizar el origen, los significados y consecuencias de ser madre por medio de discursos y experiencias de las madres adolescentes. Fue un estudio cualitativo compuesto por 20 adolescentes de 14 a 19 años que residían en distintas zonas rurales y urbanas de Sevilla. La técnica fue la entrevista a profundidad. Luego se analizó lo expuesto por las jóvenes madres con la finalidad de conocer el proceso de maternidad desde un punto de vista feminista y explicar los significados socio culturales que les conceden y la manera de realizar sus funciones de madre. Se encontró que la parte económica y cultural medio - bajo como factor que influye en la muestra. La pobreza se asoció al bajo nivel educativo y a falta de plan de vida. Estuvo presente también familias conflictivas con divorcio o padres ausentes. Hogares con una distribución no equitativa de tareas domésticas, machista y estereotipado. Las adolescentes se centraban al cuidado de sus hijos y a las tareas domésticas. Estuvo presente una fuerte dependencia emocional, lo que perjudicada la maternidad. La maternidad fue planificada en ocho de veinte madres. Además, cuatro madres manifestaron que era algo que deseaban de manera inconsciente. En las de menor edad, la maternidad surgió de forma accidental. Concluyeron que las adolescentes ven a la maternidad como un proceso complejo que presenta consecuencias desfavorables para ellas por ser mujeres¹⁸.

Bermeo J. y Crespo A. el 2015 en Ecuador, realizaron un estudio titulado “Determinación del nivel de conocimiento sobre el cuidado del recién nacido en madres adolescentes primíparas - “Hospital Regional Vicente Corral Moscoso”, de tipo descriptivo transversal, en la que la técnica fue la encuesta. Las participantes de estudio estuvieron conformadas por una muestra de 177 madres adolescentes. Concluyeron que el 57.6% correspondió a las edades de 18 y 19; el 60.5% de madres adolescentes vivían en el área urbana, mientras que el 39.5% en el área rural; el 34,5% eran solteras, el 10,7 % casadas, y con un mayor porcentaje de 54,8% en estado de unión libre. El 49,7% de madres adolescentes tenía un grado

de instrucción de secundaria incompleta. En general se evidenció que el 50,3% de madres adolescentes poseía un grado de conocimientos medio en el cuidado físico del recién nacido, en el área de estimulación temprana con el 53,10% dando como resultado un grado de conocimiento medio y con el 40,11% en signos de alarma del recién nacido logrando un nivel medio de conocimiento¹⁹.

Lenis L, Xiomara A., el 2015 en Venezuela, realizó un estudio titulado Conocimiento sobre los cuidados básicos del recién nacido de las madres adolescentes ingresados en el servicio de ginecobstetricia del Hospital Central Universitario "Antonio Marueda Pineda". El estudio fue descriptivo y transversal, presentando una muestra de 237 madres adolescentes, donde el instrumento fue la encuesta. En los resultados el 76,37% de las mamás adolescentes fueron del medio urbano; la instrucción prevaleciente fue secundaria inconclusa; el 83,54% de las mamás fueron primigestas; el embarazo no planificado se presentó en el 67,09% de las madres adolescentes; las madres se controlaron el embarazo en 43.88%; el mayor número de las madres (67,9%) tuvieron entre 4 y 6 consultas prenatales. Las madres no tuvieron conocimiento adecuado sobre aspectos relacionados con alimentación, higiene, posición durante el ciclo del sueño del recién nacido. Tuvieron conocimiento adecuado en lo que se refiere a las inmunizaciones y termorregulación. El 13.9% fue el porcentaje del conocimiento general sobre los verdaderos cuidados del bebé. Esta investigación generó un conocimiento que permitió crear programas educativos sobre los cuidados maternos del recién nacido²⁰.

Gregorio D. en Huánuco el 2016, en su investigación titulada "Adopción del rol materno en madres adolescentes primerizas frente a cuidado del recién nacido en una comunidad rural de Huánuco", de tipo descriptiva, observacional y transversal, cuya muestra fue de 80 madres adolescentes primerizas de un área seleccionada por muestreo no probabilístico. La técnica usada fue la recolección de datos por

medio de una encuesta sociodemográfica y la escala de Adopción del rol Materno. Los resultados que obtuvo demostraron que la mayoría fueron madres en el periodo de adolescencia tardía (entre 15 a 19 años) 92,5%; el grado de escolaridad fue de 57,5% con secundaria incompleta, 25% con secundaria completa y el 17,5% superior incompleta. En su mayoría, 52,5% fueron hijas de madres adolescentes; el 46,3% vivían solo con sus parejas y el 31,3% con familiar de la pareja, siendo 22,5% quienes vivían con su familiar. El 58,8% contaron con apoyo de la pareja y 41,3% con el apoyo familiar. Respecto a si recibieron orientación sobre el cuidado y crianza del bebé, el 51,3% respondió que fue por parte de su madre, el 26,3% de la abuela y el 22,5% por la tía. Concluyó que la adopción del rol de maternidad en madres adolescentes primerizas frente a cuidados del recién nacido en una comunidad rural fue de nivel deficiente²¹.

Espinoza D. el 2016 en Lima, en su estudio “Nivel de conocimientos sobre cuidados físicos del recién nacido que tienen las madres adolescentes en el Centro Materno Infantil de Manuel Barreto San Juan de Miraflores, 2016”. De tipo descriptiva, donde se utilizó el cuestionario, presentando una muestra de 31 madres comprendidas entre los 14 años y 19 años; obtuvo como resultados: que el 45% tenían un conocimiento bajo, 42% un conocimiento medio y el 13% su conocimiento es alto. Concluyó que el mayor porcentaje de las madres no estaban preparadas para asumir el compromiso de cuidar y guiar a un recién nacido, debido que aún no terminan su etapa. Las madres jóvenes requerían ser orientadas, por personal de enfermería²².

Molina L., el 2016 en Comas, en su estudio denominado “Rol de la madre adolescente y desarrollo psicomotor en niños menores de 1 año Centro de Salud Año Nuevo Comas Noviembre 2016”, tuvo como objetivo identificar la relación que había entre el rol de la mamá adolescente y el desarrollo psicomotor en sus hijos menores de un año en un Centro de Salud de Comas. Fue de tipo cuantitativo, correlacional y transversal; conformada por 50 madres adolescentes y sus menores hijos de 1 año; la técnica fue la encuesta y el instrumento el cuestionario

sobre el papel de la madre adolescente y datos del niño, además para evaluar el desarrollo psicomotor del niño utilizó el Test Peruano Abreviado. Los resultados fueron: el 64% tuvieron un rol en proceso y sobre el desarrollo psicomotor, 36% fueron niños que se encontraron en riesgo para el trastorno. Concluyó que el desarrollo psicomotor de los menores se encontró en riesgo²³.

Chinchano A., el 2016 en Lima, en su estudio denominado “Nivel de conocimiento de las madres adolescentes relacionados a la práctica de la lactancia materna, Instituto Nacional Materno Perinatal – 2016”, tuvo como objetivo fue determinar la relación entre nivel de conocimientos y de práctica de lactancia materna en madres adolescentes; investigación de tipo aplicada, descriptivo y correlacional; conformada por 134 madres adolescentes, de los cuales 100 puérperas de entre 13 a 19 años fueron seleccionadas por medio de la técnica de muestreo probabilístico tipo aleatorio simple. Se realizó una encuesta de 12 ítems. Obtuvo como resultados que el 61% presentó un nivel regular de conocimientos sobre la lactancia materna, el 30% un nivel bajo y el 9% tuvo un alto nivel. Además, el 34% presentaron un nivel eficiente en la práctica de dar la lactancia materna, 34% un nivel deficiente y 32% medianamente eficiente para dicha práctica. Concluyó que existió una relación directa entre grado de conocimientos y la práctica de la lactancia materna en madres adolescentes²⁴.

Blancas L., el 2015 en Lima, realizó un estudio con el título “Nivel de conocimiento sobre los cuidados básicos del recién nacido en las madres adolescentes del Hospital Sergio E. Bernales – Comas”, de tipo cuantitativa, cuya técnica empleada fue la encuesta, conformada por una población de 120 adolescentes de 12 a 17 años, cuyos resultados obtenidos fue que el mayor porcentaje fueron mujeres de 17 años de edad y el mínimo es la edad de 14 años; el 58.3% en el nivel educativo fue secundaria concluida; 51.7% son convivientes y el 75.8% mujeres desempleadas. El 56.7% tuvieron nivel de conocimiento medio. Concluyó que las

mujeres adolescentes no se encontraron preparadas para asumir el compromiso de cuidar y criar a su recién nacido²⁵.

Chupillon L., el 2014 en Chiclayo, realizó una investigación titulado “Rol materno en adolescentes primíparas y el desarrollo del vínculo afectivo. Servicio de Neonatología HRDLM”; donde los sujetos de investigación fue conformado por las madres adolescentes primíparas con edades de entre 12-19 años que tuvieron sus hijos hospitalizados en el Servicio de Neonatología del HRDLM. La mayoría fueron madres adolescentes de pocos recursos económicos y de un nivel cultural bajo, algunas manifestaron que dejaron de estudiar para dedicarse al nuevo rol en sus vidas que es ser madres, mientras otras siguieron recibiendo el apoyo de sus padres y su pareja. La técnica de recolección de datos utilizada fue la entrevista semiestructurada. Dentro de las consideraciones menciona que el apego fomenta el vínculo de unión entre madre e hijo, que garantiza la supervivencia de todo recién nacido. Por lo cual el separar a un neonato de su madre en los primeros minutos de vida extrauterino es una práctica dañina y estresante tanto para los dos madre e hijo, donde esto puede dejar secuelas y afectar al neuro-desarrollo infantil y al vínculo, del que va a depender en buena parte la salud mental del niño²⁶.

2.3.- Bases teóricas científicas:

Teoría de Enfermería según Mercer R: Adopción del Rol Materno.

La teoría de Mercer R “Adopción del Rol Materno”, es un desarrollo y crecimiento interactivo que se requiere en la vida en el cual la madre va a establecer un vínculo con su hijo, adquiere ciertas competencia en la realización de los cuidados relacionados con su papel de madre, expresa sensación placentera y gratificación en el cumplimiento del mismo. El estado personal en el que la madre experimenta sentimientos de armonía, de confianza y competencia en la forma en que realiza su rol, la adopción materna es la identificación como mamá; el modelo de esta teoría se basa en circunferencias de Bronfenbrenner que abarca sistemas²⁷.

El microsistema es el ambiente donde se brinda adopción materna, donde se relaciona la familia y su entorno como sus padres, el ambiente social y la ansiedad. La pareja tiene gran importancia en la relación, ya que ayuda a “difuminar el estrés de la madre – niño”.

El mesosistema es la segunda circunferencia que engloba el microsistema y agrega e interacciona con lo que ocurre diariamente, puede ser el colegio, escuelas, pronoei, nidos, fábricas, entorno laboral o cualquier entidad que se relacione con el microsistema.

El macrosistema inserta al mesosistema las influencias políticas, leyes, normas, cultura entre otros, el impacto que ocurre sobre la adopción materna origina leyes nacionales para mujeres y niños, priorizando la adopción del papel que este tiene²⁷.

Afirmaciones teóricas:

Ramona Mercer en su teoría de adopción del papel maternal, se basa en la transformación de la joven para cambiar a ser madre, conlleva una transición extensa en su entorno esencial, que necesita un crecimiento progresivo. El microsistema o pequeño sistema es donde sucede la adopción del papel materno, donde influyen elementos como los padres, hermanos, apoyo social y el estrés; es ahí que el neonato se encuentra dentro de la familia recibiendo e intercambiando amor y cuidados. El mesosistema es la unidad donde influyen y agrupan a las personas del microsistema y los colegios, nidos, el entorno del trabajo laboral, iglesia y otras asociaciones. El macrosistema involucra la cultura en específico como también políticas, leyes, normas y sociedad del rol materno²⁷.

Estadios del rol maternal:

Anticipación: este comienza en el embarazo e influyen el entorno social y psicológico en la gestación. En este estadio la mamá aprende las actividades del

rol, imaginándose sobre el futuro de su niño, estableciendo un lazo de interacción en el útero y empieza a generar la adopción maternal²⁸.

Formal: Es el segundo estadio que empieza a involucrar y activar el primer estadio, haciendo su imaginación en realidad, generando conductas y expectativas reales del rol materno²⁸.

Informal: Es el estadio de primera maduración ya que la mamá experimenta y desarrolla nuevos roles transmitidos por la sociedad, su pasado, y se encaja en su vida actual, proyectándose a objetivos.

Personal: Estadio de maduración completa en el que la madre interiorizará el rol, experimenta gozo pleno, confianza, alegría, competencia en cada rol que realiza convirtiéndolo en adopción maternal.

Estos cuatro estadios son cambiantes o modificables de acuerdo al desarrollo del niño, que van acompañados del entorno familiar, social y cultural²⁸.

Metaparadigmas:

Persona: es un ser independiente de los roles, por esta individualización la madre puede incrementar su conciencia personal; acompañado de autoestima, respeto a sí mismo, son importantes para la adopción del papel materno para interactuar con el niño y entorno familiar, Mercer establece los siguientes supuestos²⁹.

Un núcleo propio, relativamente estable, adquirido por medio de una socialización en el trascurso de la vida. Además de la socialización de la madre, la instrucción de la misma, para tener como respuesta las conductas, el compañero del papel de la madre, el niño considerado como compañero, ya que lleva a la mamá a cada proceso de acuerdo su rol maternal, el compañero íntimo de mamá o el papá y la identidad materna se desarrolla con la unión materna²⁹.

Cuidado o enfermería: corresponde al compromiso de fomentar la salud del bebé y su entorno, prevenir enfermedades y proporcionar los cuidados básicos para

lograr un grado de salud óptimo. Mercer manifiesta que la enfermería es la ciencia que pasa de una adolescencia turbulenta a una madurez. Además conceptualiza a las enfermeras como las personas que están a cargo de promover la salud en las familias y los niños y son las pioneras desarrollando estrategias de valoración. En su teoría no solo habla de la importancia de la enfermería sino también del cuidado enfermero, en cada unidad, en cada tipo de cuidado que recibe la madre en cada etapa de su maternidad³⁰.

Salud: El bienestar del recién nacido es nivel de enfermedad y el rechazo de la esta, según convicción de los padres por experiencias pasadas y el temor de enfermedades futuras. La salud es la meta que se desea para todo niño e influye por variantes tanto maternas como infantiles. También manifiesta como el estado de salud de toda la familia se ve afectado por el estrés del parto y como se consigue la misma por el papel materno³⁰.

Entorno: es el que se encuentra alrededor y de desarrolla la adopción maternal. Toda persona depende del entorno, hay una adaptación entre la persona y los ambientes que son cambiables o modificables, uno de los ejemplos es el estrés que contribuye en el papel materno y el entorno del recién nacido³⁰.

Adolescente:

La adolescencia ha sido definida de diferentes maneras, sobre todo atendiendo a su duración y a sus etapas, pero hay una idea en común de esta época de la vida en la que el cuerpo se transforma de niño en adulto y la mente busca encontrarse a sí misma: la adolescencia es la etapa de maduración entre el niño y el adulto, dura aproximadamente una década, desde los 10 -12 años hasta finales de los 19-20 años³¹.

Desde un punto de vista físico, la adolescencia inicia con la pubertad. En esta transformación se producen cambios externos e internos. Entre los cambios externos los más llamativos son el crecimiento del cuerpo en estatura y tamaño, y el desarrollo de los llamados caracteres sexuales secundarios: aumento de tamaño de los genitales, las mamas, el vello, el cambio de voz, etc. Los cambios

internos hacen que el cuerpo adquiriera la capacidad de la procreación, es decir, de tener hijos²⁶. Los cambios físicos son los que inicialmente llaman más la atención al propio adolescente y los que frecuentemente más le sorprenden. Su cuerpo le va transmitiendo la nueva imagen a la que ha de acostumbrarse²⁷. El proceso de adaptarse a esta transformación no solo afecta al adolescente, sino también a su familia. No es raro que los padres necesiten un tiempo para asimilar que su hijo ha crecido y que ya no tienen un niño en casa³¹.

Junto a los cambios físicos que suceden en la adolescencia se producen también importantes cambios psicológicos que están encaminados a: modificar su propia identidad, relacionarse con su familia y con los demás y elegir su propio destino³¹.

Madre adolescente:

Convertirse en mamá es una experiencia que la mayoría de mujeres afrontan en algún momento de su vida, y sin duda constituye uno de los momentos más importantes e influyentes en el desarrollo socio - personal durante el ciclo vital. Es así, que la transición a la maternidad, tal y como se estudiada desde la psicología evolutiva, se considera como una transición normativa propia de la adultez, por tanto, ser mamá no es una de las actividades enmarcadas de la adolescencia, ya que requiere elevados grados de desarrollo y conocimiento; además de responsabilidad y equilibrio emocional.

Se ha visto que el mayor riesgo del embarazo adolescente no parece estar influenciado por las condiciones fisiológicas especiales, sino que es más importante la influencia de las variables socio - culturales y las condiciones de cuidado y atención que se proporcione, frecuentemente se presenta en el contexto de un evento no deseado, originando una relación de pareja débil que determinará una actitud de rechazo y de ocultamiento de la condición por temor a la reacción de la familia, provocando un control prenatal tardío e insuficiente³².

Aspectos Teóricos Conceptuales

Recién nacido:

Se precisa como la etapa de vida que se encuentra desde el nacimiento hasta los 28 días, ocurriendo cambios físicos durante su fase a la adaptación. En esta fase el recién nacido es totalmente indefenso, necesitando un total cuidado de la madre³³.

El recién nacido es adaptable, de una existencia fetal dependiente a una existencia independiente capaz de oxigenar y realizar procesos vitales. Al adaptarse el recién nacido a la vida fuera de útero en forma adecuada, las respiraciones varían de 35 a 50 respiraciones por minuto; la respiración se altera fácilmente con estímulos internos y externos. Cuando la respiración se acelera, el pulso suele ser rápido; de manera similar, al hacerse más lenta la respiración, el pulso desciende. La frecuencia cardiaca normal es de 120 a 160 latidos por minuto, pero aumenta hasta 180 latidos por minuto durante periodos cortos cuando se produce llanto y algún otro tipo de actividad intensa o desciende hasta 100 latidos por minutos durante el sueño profundo. El peso del bebé es de 2.500gr a 4.000gr, con una estatura de 48 a 52 cm aprox. Incrementando el peso al mes de 600gr y 4cm de longitud³³.

Características Fisiológicas:

El crecimiento de los órganos y el sistema del neonato se fundamentan en diferentes cambios, la particularidad de las diversas estructuras y funciones comienzan después del parto o del nacimiento. De acuerdo a la función de los medios, que este permite favorecer a la adaptación³⁴.

A. Sistema nervioso: es el órgano que controla gran parte la actividad del organismo. Durante la finalización del embarazo se desarrolla el sistema nervioso central incrementando la capacidad neurológica, empezando a prepararse para el

nacimiento: como la succión, la ingesta de alimentos, el desplazamiento de los brazos y piernas fomentando al crecimiento de la musculatura. El encadenamiento de reflejos se evalúa para decretar el nivel de madurez del SNC, la carencia de algunos de estos reflejos nos refiere signos de anormalidad³⁴.

Reflejo de moro: Es el movimiento de la cabeza, con la expansión y separación de los miembros superiores acompañado con las manos y dedos de forma abierta, seguido del llanto.

Reflejo de succión: Se manifiesta cuando una parte del cuerpo, objeto o material entra en contacto con la boca del bebe, realizando el acto de succionar.

Reflejo de presión: Al oprimir los dedos, él bebe cierra la mano sujetando con fuerza.

Reflejo de los puntos cardinales: Se genera un pequeño estímulo como ruido con la campana y el bebé gira la cabeza en la dirección del sonido.

Reflejo de Babinski: Estimulación suave que se da en la planta del pie y el bebé actúa abriendo los dedos inferiores en forma de abanico.

Reflejo de marcha: Al bebe se coloca en postura decúbito en un plano sólido, las piernas simulan pasos o caminata hacia adelante.

Además tener en cuenta que se debe tener la capacidad para vigilar, interactuar, y observar las orientaciones de los sentidos de la visión y audición.

B. Sistema circulatorio: Ese se suspende tras el corte del cordón umbilical y pasa a ser del sistema pulmonar. Los latidos en descanso suele ser de 120 latidos a 160 latidos por minuto. La presión arterial (PA) es baja y se encuentra entre 80/46mmHg³⁴.

C. Termorregulación: Es un indicador que permite evaluar el calor interno del cuerpo y el calor de la superficie exterior, cuando los bebés nacen, desciende de forma rápida hasta los 35.5°C, ya que aún no madura el sistema de regulación; la

normalidad de este se obtiene en las próximas horas hasta los 36,5 a 37,5 °C (34). La enfermera es responsable de verificar el cambio de temperatura puede ser rectal o lo más recomendable axilar para no perjudicar la mucosa del ano³⁵.

Conducción: Dos elementos que friccionan con diferente temperatura, empiezan a tener pérdida de calor, en el recién nacido la pérdida es el toque directo con la ropa, cubrecama, pijama, etc.

Radiación: El recién nacido pierde calor hacia cualquier objeto frío que lo rodee, ejemplo: paredes, ventanas y ganará calor con objetos calientes a los que se está expuesto: los rayos solares, los radiadores de calefacción, fototerapia.

Convección: Es propia de fluidos como por ejemplo el aire, flujo sanguíneo, etc. El recién nacido pierde calor hacia el aire que lo rodea o que respira.

Evaporación: Es la vaporización del agua a vapor generando pérdida de calor, como la transpiración.

D. Sistema respiratorio: la primera respiración del bebe se realiza al cortar el cordón umbilical, este beneficia a la expulsión del dióxido de carbono y al ensanchamiento de los alveolos³⁵. A veces es necesario la colaboración del personal asistencial para apertura las vías respiratorias bajo estímulos como colocar al niño boca abajo, y frotando el cuerpo para eliminar los fluidos en los pulmones. Las respiraciones suelen ser irregulares y se cuenta un minuto exacto las frecuencias se encuentran entre 40 a 60 rpm en descanso, tranquilo y en un ambiente apropiado. Al pasar las horas las respiraciones empiezan a decrecer entre 30 a 50 rpm³⁶.

E. Sistema genitourinario: el sistema nefrítico no se encuentra todavía maduro, pero sí está completa su estructura. La micción debe ser antes de las 24 horas luego del parto y no debe sobrepasar las 48 horas. La singularidad de la micción es de pigmentación amarillo claro o transparente e inodora. El número de micciones diarias debe ser de 15 a 20 veces aproximadamente, porque la vejiga

va evacuar de manera espontánea. El bebé debe miccionar como mínimo 1 ml/kg/h. Para evitar infecciones es importante el manejo de aseo³⁶.

F. Sistema gastrointestinal: La succión y la deglución se adquieren a partir de las 35 semanas de embarazo y en ocasiones es por esta razón que se puede encontrar deposiciones del feto en la placenta junto con el líquido amniótico y el lanugo³⁶.

El meconio, es la primera evacuación del bebé compuesta por residuo de líquido amniótico y secreciones de las glándulas intestinales. Se determina y visualiza por ser de pigmentación verde oscuro con apariencia pegajoso y pastoso. Antes de las 48 horas de nacimiento se debe producir la deposición y continúa 4 o 5 días. La pigmentación de la evacuación va cambiando sucesivamente en función de la alimentación. En la estancia hospitalaria es indispensable hacer un registro diario de la cantidad, pigmentación y aspecto de las evacuaciones. La regularidad de las evacuaciones forma parte de la adaptación a la vida extrauterina, las evacuaciones muy líquidas, en poca medida o pastosas y sanguinolentas son patológicas. El llanto, el reflejo de búsqueda y la succión son características del bebe para pedir alimento el tiempo de digestión es a libre demanda³⁷.

El hipo es común en los recién nacidos, no es signo de ninguna patología. Desaparece de forma natural a medida que se va desarrollando el tracto gastrointestinal. La aerofagia es normal en los lactantes porque al ingerir leche materna tragan mucho aire. Se diferencia de los vómitos porque es en poca cantidad.

Higiene y seguridad: El momento del aseo establece una rutina en el bebé, diaria y a la misma hora. El agua ha de estar tibio, 36-37 °C, los jabones y el champú no deben ser perfumados sino neutros. Se debe asear de la zona genital a la anal para impedir arrastrar gérmenes que provoquen infecciones, después se seca cuidadosamente con una toalla limpia. La cuna del recién nacido debe tener

un colchón firme, sábanas limpias y sin ningún juguete al rededor Durante el inicio de la vida extrauterina se aconseja que duerma en la habitación de la madre para así favorecer la lactancia y los cuidados durante el sueño. Las posiciones aconsejadas son lateral o decúbito supino³⁸.

Para comprobar la temperatura del agua para el baño del recién nacido se emplea un medidor o termómetro de baño, el ambiente debe tener 22°C aprox. Se aprovechará este momento para enseñar a los nuevos padres sobre la forma adecuada de efectuarlo. Como normas generales, dado que el recién nacido posee una piel delicada y fina, con poca grasa subcutánea y espesor delgado, hay que utilizar jabones suaves y neutros y no friccionar con fuerza durante el lavado.

Cuidados del cordón umbilical: el cordón debe estar seco y muy pinzado por el clamp Hollister, hasta alrededor de los 7 a 15 días que se cae de forma natural, mientras permanezca en el ombligo la curación se debe realizar tres veces al día, vigilando que haya ausencia de sangrado o exudación de mal olor y la pigmentación alrededor del ombligo.

En la curación la solución debe ser antiséptica, por excelencia se recomienda la clorhexidina al 4%, así como el alcohol de 70°. La técnica se basa en arrastras con gasas suavemente alrededor del cordón umbilical, luego secar bien la zona y se coloca una gasa seca alrededor del cordón. No deben colocarse ombligueros o fajas³⁸.

Lactancia Materna Exclusiva: Los neonatos sanos tienen la aptitud de succionar al nacer de forma innata. La lactancia materna es natural y aporta todos los micronutrientes que ayudan a solventar las necesidades basales del bebé³⁹.

Según la American Academy of Pediatrics, en el embarazo, las glándulas mamarias se proyectan para la lactación. Tras el nacimiento del bebé la liberación de prolactina es prolongada y la estimulación del pezón por la succión del neonato

da lugar a la liberación de oxitocina y la eyección de leche. El calostro aparece durante los primeros días de vida. Formándose en el segundo trimestre de gestación debido a la acción del lactógeno placentario. Por consiguiente se aconseja que los neonatos se alimenten rápidamente en las primeras horas de vida, lo recomendable es que los neonatos se alimenten a libre demanda; ya que involucra varias ventajas como la fácil digestión, absorber y transitar los micronutrientes que este compone.

La posición habitual de la mama es de 90 grados con la espalda recta descansando en el respaldo de una silla cómoda y tranquila. La postura del niño entre los brazos es horizontal al pecho de la madre, la mamá debe sujetar su pecho con los dedos en forma de "C". La lactancia ha de ser a libre demanda⁴⁰.

La frecuencia de la alimentación no debe ser rígida cada neonato tienen un ritmo diferente, lo recomendable es libre demanda. El recién nacido puede amamantarse varias veces al día, este proceso hace que la madre produzca más leche, a las 48 horas a 72 horas madre aumenta la leche materna, conjuntamente con su bebé adoptaran un horario y ritmo adecuado.

Todo este proceso de lactancia materna se ve reforzado mediante la educación materna que el personal de enfermería entrega a la madre durante su estancia en la unidad. Contendida en ella encontramos: Información sobre la postura adecuada para las tomas, las técnicas para estimular los pezones planos o invertidos y técnicas que facilitan el manejo del recién nacido durante la lactancia, entre otros.

Calostro:

El calostro es un líquido de color amarillo de apariencia cremosa, más denso que la leche madura y que encontramos vitaminas minerales, grasas y proteínas, la producción de calostro comienza en el embarazo y durara hasta el nacimiento;

contiene altos niveles de anticuerpos (inmunoglobulinas) las cuales ayudan a proteger de infecciones al aparato gastrointestinal y ayuda a la expulsión del meconio del recién nacido. Es rico en proteínas, contiene poca azúcar y grasa, de modo que es de fácil digestión. Las necesidades de la alimentación para el niño recomendadas es hasta los 6 meses como mínimo. Las calorías en la alimentación del bebé son de 105 a 108 Kcal/Kg/día y se dividen entre proteínas, hidratos de carbono y grasa⁴⁰.

Las proteínas se necesitan para el crecimiento rápido y el mantenimiento celular. Los carbohidratos proporcionan energía. La porción grasa aporta calorías, regula el equilibrio hidroelectrolítico fomentando al desarrollo del sistema nervioso y del cerebro del neonato. Las necesidades hídricas son importantes y deben ser de 140 a 160 ml/Kg/día debido a la poca capacidad del recién nacido para concentrar la orina, estas también aumentan más durante las enfermedades o con climas calurosos.

Higiene de los senos:

La higiene de los senos es de gran importancia y deben ser de una vez al día o mas según se requiera para evitar infecciones y grietas, debido a la íntima unión que va a tener con su hijo. A través de la succión, el recién nacido ingiere todo lo que haya en el pezón y areola, como restos de sudor, de desodorante, de cremas, etc. Por lo que es aconsejable que la madre no utilice productos fuertes, que contengan alcohol u olor, que produzcan en el niño el rechazo o la aversión al pezón.

Limpieza de los genitales:

El desecho de las bacterias intestinales se alojan en la vagina y pañal, para una buena limpieza debe arrastrar una gasa o toallita limpia y húmeda, desde adelante hacia atrás, para prevenir infecciones, además de limpiar los pliegues del muslo,

para evitar residuos fecales. En el caso de los varones se limpia los pliegues de los muslos, la base de los testículos y por último el pene.

Cuidado de la Piel:

La piel del neonato es sensible ante cualquier factor irritante; por ello, se debe eliminar el uso de detergentes agresivos y de lejías al lavar su ropa y utilizar preferentemente prendas de algodón o de fibras naturales. La dermatitis en el cuero cabelludo, conocida como costra láctea, se elimina en varias sesiones con ayuda de aceite infantil y un champú suave⁴¹.

Sueño y descanso:

El neonato pasa el 80% del día en periodo de descanso y la diferencia del día lo dedica a su nutrición, después que satisface sus necesidades continua durmiendo. La primera posición para optar un buen sueño será de lado o decúbito dorsal, con ropa de algodón, suave, fresca y no apretada⁴¹.

Signos de alarma:

El recién nacido presenta diferentes signos de alarma, identificarlos sería de gran importancia para no caer en alguna enfermedad diarreica, respiratoria u otra; entre los signos más comunes son: inquietud, cianosis (suspensión de la respiración), hipotermia, mala alimentación, letargo, convulsiones. Además la deshidratación se presenta con mayor frecuencia en el bebé, ya que la madre no tiene los conocimientos básicos en lactancia materna exclusiva, dentro de esto se encuentra la somnolencia, delirio, piel y mucosas secas, poca micción, ojos hundidos, diarreas y sed. Otra enfermedad es la respiratoria, como neumonías, donde los signos de alarma son la tos, fiebre, aleteo nasal, rinorrea, tiraje intercostal, cianosis, entre otras. Existen signos de alarma que también se deben

considerar como el sangrado de cualquier parte de su cuerpo, malos olores, flacidez, llanto débil, cambios de pigmentación de la piel, distensión del abdomen, pérdida de peso, entre otras. Ante cualquier signo de alarma, es importante que la madre preste atención con su bebé; ya que ella es el conducto más cerca que tiene el neonato para salvar su vida⁴².

Prevención de accidentes:

Una de las causas más frecuentes de mortalidad y morbilidad infantiles son los accidentes, la enfermera es responsable de prevenir accidentes; además de educar y enseñar a los padres a cómo prevenir riesgos. En el caso de los lactantes, la prevención debe ir encaminada especialmente a evitar las caídas de cunas, bañeras altas o cambiadores, controlar la temperatura del agua del baño, prescindir de prendedores (alfileres, imperdibles) que puedan lesionar al pequeño⁴³.

2.4.- Definición de términos:

Adopción del rol maternal: desarrollo y crecimiento interactivo que se genera a lo extenso de la vida creando una unión entre madre e hijo; generando nuevas actividades y por consecuencia sentir gozo, gusto y satisfacción al realizarlo⁴⁴.

Adopción: En este sentido, es un acto jurídico que establece un vínculo de parentesco entre dos sujetos con una relación análoga a la paternidad.

Nivel: Según la Real Academia española (RAE), está asociada a la imagen de nivel la medida de una cantidad en relación a una escala específica.

Apoyo social: La cantidad de ayuda que recibe realmente, la satisfacción que produce al recibir esa ayuda y las personas (red) que la proporcionan.

Apoyo Emocional: Sentirse amado, cuidado, digno de confianza y comprendido

Conocimiento: Información que tienen las mamás adolescentes sobre la atención del bebé.

Cuidado: Son tareas que realizan las madres adolescentes para satisfacción de las necesidades del bebé en el aspecto físico, psicológico y social⁴⁵.

Identidad materna: Visión interiorizada de sí misma como madre.

Autoestima: Es la apreciación, aceptación y percepción de la persona para quererse así mismo.

La percepción del individuo de como los otros lo ven y la auto aceptación de estas percepciones⁴⁵.

Recién nacido: Neonato que nace desde 0 días hasta 28 días de vida que se encuentra en alojamiento conjunto con la madre⁴⁵.

Ansiedad: individuo predispuesto a percibir momentos de estrés estas pueden para advertir peligro o amenazas contra la vida⁴⁶.

Tensión debida al rol: enfrentamiento y obstáculo que una mujer padece cuando dispone del su rol materno⁴⁶.

Gratificación: satisfacción, gozo, deleite que una mamá experimenta con la unión y lazo con su bebé⁴⁷.

La satisfacción, la alegría, la recompensar o el placer que una madre experimenta en la relación con su hijo⁴⁸.

Temperamento del niño: El niño presenta distintos tipos de temperamentos, los fáciles y difíciles, directamente relacionados con la dificultad de este para comunicarse con la madre creando respuestas de rabia o frustración.

Estado de salud del niño: La presencia de enfermedades que interfieren en el proceso de unión, obligan a la madre a separarse del niño⁴⁹.

Familia: Grupo de personas formado por una pareja, que conviven y tienen un proyecto de vida en común, y sus hijos cuando los tienen⁴⁹.

Estrés: tensión y ansiedad que una persona percibe de modo negativo en su cuerpo y mente⁵⁰.

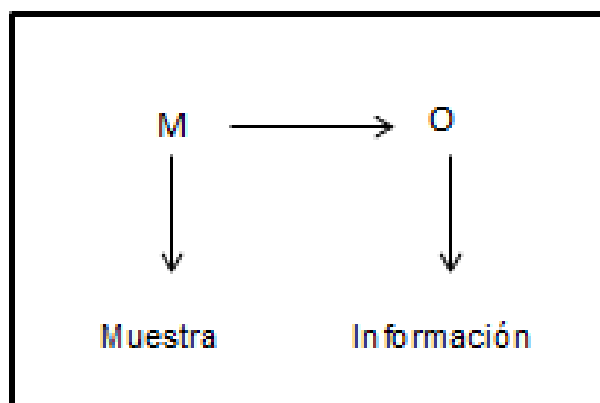
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1 Tipo y diseño de la investigación:

Según Hernández el enfoque cuantitativo – transversal toma como centro de su proceso de investigación a las mediciones numéricas, utiliza la observación del proceso en forma de recolección de datos y los analiza para llegar a responder la pregunta de investigación⁵¹. La presente investigación siguió este enfoque porque se recolecta datos en su solo momento, en un tiempo único; para luego medir parámetros, obtener frecuencias y estadígrafos en la población que investigamos para llegar a describir el objetivo.

El diseño de la investigación fue cuantitativo descriptivo nos permite tener la información como tal y de corte transversal ya que se muestra en un tiempo definido.

Diagrama o esquema



3.2 Población y muestra:

La población estuvo conformada por 100 madres adolescentes primíparas que pertenecen al Hospital Provincial Docente Belén Lambayeque del Servicio de Gineco – Obstetricia.

La muestra es parte de un grupo de la población, importante para la investigación, sobre el cual se recogieron datos y en la cual en esta investigación se trabajó con 50 madres adolescentes primíparas.

Criterio De Inclusión:

Madres adolescentes:

- Con edades de 12 a 19 años.
- Con recién nacidos sanos
- Que han firmado el consentimiento informado.

Criterio de exclusión:

Madres adolescentes:

- Que presenten problemas de salud mental.
- Madres adolescentes que no hablen castellano.

3.3. Hipótesis:

H₁: El nivel de conocimiento de la madre adolescente primíparas en la adopción del rol maternal, es alto.

3.4. Variables:

Vi: Nivel de conocimiento de la madre adolescente sobre adopción del rol maternal.

3.5.- Operacionalización de las variables:

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	CONCEPTO DE DIMENSIONES	INSTRUMENTO
Nivel de conocimiento de las madres adolescentes sobre adopción del rol maternal	Conjunto de ideas, conceptos, creencias que adquiere la madre por medio de la educación directa sobre adoptar el rol maternal	<p>La variable esta evaluada a través de un cuestionario de 25 preguntas cuyas categorías son</p> <p>CONOCIMIENTO ALTO (76 -100)</p> <p>CONOCIMIENTO REGULAR (51 – 75)</p> <p>CONOCIMIENTO BAJO (25 – 50)</p>	<p>Aceptación de rol</p> <p>Cuidados del bebé</p> <p>Vínculo familiar</p> <p>Personal de salud</p>	<p>Desarrollo interactivo que se genera con el tiempo produciendo un buen vínculo materno - hijo.</p> <p>Son tareas que realizan las madres adolescentes para satisfacer las necesidades del bebé en el aspecto físico, psicológico y social</p> <p>Se define, como un grupo de personas emparentadas entre sí que viven juntas y crean lazos de unión.</p> <p>Personas que vigilan, asisten y promueven la salud con la finalidad de tener una población de salud holística.</p>	Instrumento Cuestionario tipo Likert

3.6.- Abordaje metodológico, técnica e instrumento de recolección de datos

Técnica:

La técnica para recolectar la información fue la encuesta es una fuente primaria son documentos que sirven al investigador para obtener grupos objetivos, siendo este razonable y coherente, que garantiza que la información pueda ser analizada mediante procedimientos cuantificables y los resultados con establecidos errores y confianzas a una población⁵¹.

Instrumento:

Se utilizó el cuestionario, que es un conjunto de preguntas redactadas para obtener la información y datos necesarios para poder realizar la investigación que la requiere en este caso para conocer el nivel de conocimiento de las mamás primíparas sobre adopción del rol maternal, el cual fue sometido por jueces expertos para su validez. Es muy importante resaltar que la validez se refiere al grado o nivel en que la prueba está midiendo lo que en realidad desea medir y la confiabilidad se refiere a la exactitud y precisión de los procedimientos de medición⁵².

El cuestionario constó de las siguientes: el inicio comprende la introducción, las instrucciones y los datos generales. La última parte consiste de los datos específicos correspondientes a las interrogantes con opciones múltiples acerca de conocimiento de las mamás primerizas sobre adopción de rol maternal, donde se clasifico de acuerdo a la siguiente escala, donde el puntaje mínimo.

Dimensiones	Indicadores
Alto	76 -100
Medio	51 - 75
Bajo	25 - 50

Bajo: Tienen conocimientos inadecuados e insuficientes sobre adopción del rol maternal.

Medio: Posee conocimientos adecuados pero insuficientes sobre adopción del rol maternal.

Alto: Tiene conocimientos adecuados y suficientes sobre adopción del rol maternal.

3.7.- Procedimientos para la recolección de datos:

Para la recolección de datos se realizó la presentación con el jefe del Hospital Provincial Docente Belén Lambayeque, luego se realizó la presentación con las enfermeras jefes del servicio de Ginecología y con la obstetra encargada del servicio de Obstetricia para tener acceso a los pacientes de alojamiento conjunto que son atendidas por enfermería. Así mismo se dió a conocer la investigación realizada, previo a ello se brindó el consentimiento informado para la participación de este estudio teniendo en cuenta los respectivos criterios de inclusión y exclusión en esta investigación. Finalmente se procedió a la aplicación de dicha encuesta y al procesamiento de los resultados obtenidos.

3.8.- Plan de análisis estadístico de datos:

El análisis censual se ejecutó con ayuda del programa Excel versión 20 que permitió hacer la elaboración de las tablas estadísticas y los gráficos concernientes, adquiriendo la ejecución de análisis e interpretación de los datos conseguidos.

3.9.- Criterios éticos:

La presente investigación se basó en los siguientes Criterios Éticos según el informe Belmont⁵³ postula tres principios éticos fundamentales, sobre las cuales se basan las normas de conducta ética en la investigación. El principio de Beneficencia, principio de respeto a la dignidad humana y el principio de justicia.

Beneficencia: Este principio busca tratar a las personas de manera ética no solo respetando sus decisiones y protegiéndoles de daño, sino también esforzándose en asegurar su bienestar⁵³. Por ello se explicó a los participantes de dicho estudio que el objetivo del mismo es únicamente para beneficio de ellos y contribuye a mejorar su condición de madre.

Principio de la Dignidad Humana: Se vincula con el respeto incondicional que merece todos los participantes de esta investigación todo individuo en razón de su mera condición humana, es decir; independientemente de cualquier característica o aptitud particular que pudiera asumir, así mismo tiene derecho a decidir voluntariamente a participar en el estudio, así como de retirarse cuando ellos lo crean conveniente. No obstante debemos señalar que existen aplicaciones de los principios generales a la conducta de investigación, que nos lleva a considerar un requisito como lo es el consentimiento informado⁵³, que es un acto de decisión voluntario realizado por una persona consiente, el cual acepta o rechaza las acciones diagnósticas, seguida por la comprensión de información relevada respecto a los riesgos y beneficios que le puedan ocasionar en la presente

investigación, se debe recalcar que la investigación se realizó en forma anónima respetando la identificación de la persona.

Derecho a la justicia: Este principio afirma que todas las personas somos iguales y por lo tanto deben ser tratados con igualdad. Es por ello que, a todos los participantes, se les trato con justicia y con igualdad sin distinción de raza o credo⁵³.

3.10.- Criterios de rigor científico:

Los criterios de cientificidad a usar en esta investigación:

Credibilidad: Se logra cuando el investigador, a través de la observación y conversación prolongada con los participantes de la investigación, reúne información que produce hallazgos y después éstos son reconocidos por los informantes como una verdadera aproximación sobre lo que ellos opinan y sienten. Es el grado en el que los resultados del estudio reflejan una imagen clara y representativa de la realidad o situación presentada. Entonces, este término se refiere a cómo los resultados obtenidos en un estudio son veraces para los sujetos que fueron estudiados, y para los que han experimentado, o estuvieron en contacto con el fenómeno investigado⁵³.

Confiabilidad: Forma en la que un investigador puede seguir una pista, o ruta, de lo que hizo otro sujeto. Para ello es necesario un registro y documentación completa de las decisiones e ideas que ese investigador tuvo en relación con el estudio⁵³.

Transferibilidad: O aplicabilidad, muestra la posibilidad de ampliar los resultados de la investigación a otras poblaciones. Se trata de estudiar que tanto se ajustan los resultados a otro contexto. Recordemos que en la investigación tipo cualitativa los lectores del informe son quienes determinan si se puede transferir los resultados a un contexto diferente. Para ello se necesita hacer una descripción

densa del lugar y las características de las personas donde el fenómeno fue estudiado⁵³.

La validez: Es la función que permite desarrollar la capacidad de un procedimiento, tener como efecto una respuesta correcta, es decir, el nivel en que los resultados de un estudio son interpretados correctamente. En este orden de ideas, la validez nos permite saber si se observó realmente lo que pensaba observar. En otras palabras, si los datos y medidas observados son las que se observaron y si los fenómenos están bien definidos⁵³.

CAPÍTULO IV: ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

4.1. Resultados en tablas y gráficos:

En esta investigación los datos obtenidos por el cuestionario fueron procesados por el programa estadístico SPSS, posteriormente se representó gráficamente y se realizó tablas para ser analizados.

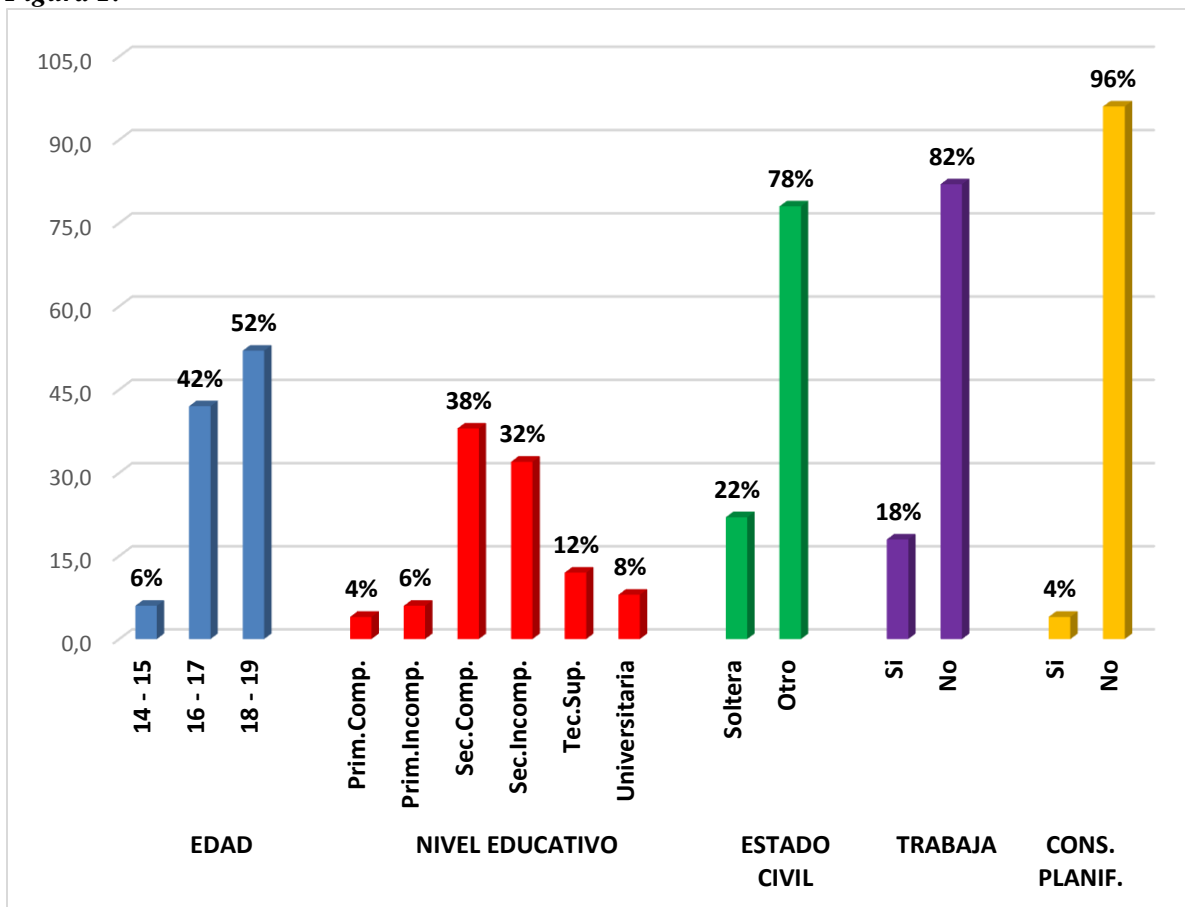
Tabla N° 1

Perfil sociodemográfico de las madres adolescentes primíparas en la adopción del rol maternal del Hospital Belén de Lambayeque – 2016.

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO		fi	%
EDAD	14 - 15	3	6.0
	16 - 17	21	42.0
	18 - 19	26	52.0
NIVEL EDUCATIVO	Primaria completa	2	4.0
	Primaria incompleta	3	6.0
	Secundaria completa	19	38.0
	Secundaria incompleta	16	32.0
	Técnico superior	6	12.0
	Universitario	4	8.0
ESTADO CIVIL	Soltera	11	22.0
	Casada y/o conviviente	39	78.0
TRABAJA	Si	9	18.0
	No	41	82.0
CONSULTA DE PLANIFICACIÓN	Si	2	4.0
	No	48	96.0

Fuente: Cuestionario aplicado a las madres adolescentes primíparas en la adopción del rol maternal del Hospital Belén de Lambayeque – 2016

Figura 1:



Dentro del perfil sociodemográfico los resultados fueron el 52% de las adolescentes se encuentran entre las edades de 18 a 19 años, el 42% entre 16 años y 17 años y menores de 15 años con el 6%. En relación al nivel educativo el 38% tiene secundaria completa, siendo del 100%, el 32% con secundaria incompleta. Según el estado civil de adolescentes un 78% estado civil conviviente y 22% solteras. Así mismo 82% de madres adolescentes no trabajan y el 96% no han ido a consulta de planificación familiar.

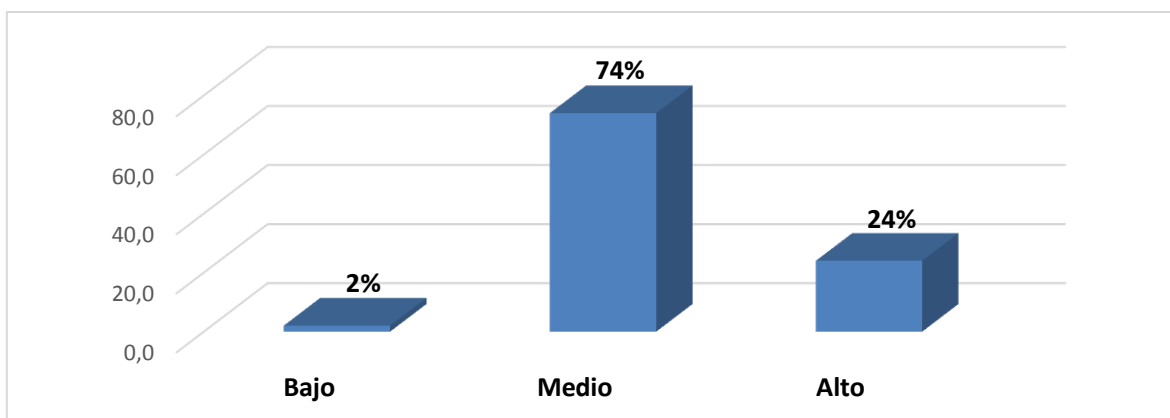
Tabla N° 2

Nivel de conocimiento según la dimensión en adopción del rol maternal de las madres adolescentes primíparas del Hospital Belén de Lambayeque – 2016

ADOPCIÓN DEL ROL	fi	%
Bajo	1	2.0
Medio	37	74.0
Alto	12	24.0
Total	50	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado a las madres adolescentes primíparas en la adopción del rol maternal del Hospital Belén de Lambayeque – 2016

Nivel de conocimiento según la dimensión en adopción del rol maternal de las madres adolescentes primíparas del Hospital Belén de Lambayeque – 2016



Los resultados obtenidos fue que la dimensión en adopción del rol maternal de las mamás adolescentes, el 24% de las jóvenes está en un grado alto, el 74% de las madres adolescentes tienen un nivel medio y el 2% poseen un nivel de conocimiento bajo.

4.2. Discusión de resultados:

El embarazo en la adolescencia es un factor muy importante de deserción escolar y que, en consecuencia, tienen efectos secundarios no solo para el futuro de la joven y de su familia, sino para la sociedad en su conjunto, al contribuir al bajo nivel educativo de la población y a la poca capacitación para el trabajo, se encuentra muy generalizado, no solo entre la población en general, sino también en el ámbito académico y político. Tanto es así, que es uno de los supuestos en los que se apoya la mayor parte de los programas dirigidos a disminuir el embarazo adolescente⁴⁸.

La Organización Mundial de la Salud define a la adolescencia como aquel periodo de crecimiento y desarrollo del hombre que aparece después de la niñez y antes de la edad adulta, entre las edades de 10 y 19 años. Desde el año 2014, cada año dan a luz unas 16 millones de mujeres de entre 15 a 19 años, lo que representa aproximadamente un 11% de los partos a nivel mundial². La UNICEF, informó que, cada mil embarazadas, 91 tienen menos de 18 años. En nuestro país, en el 2017, la edad promedio en que las mujeres jóvenes inician su actividad sexual, oscila entre 15 a 19 años⁵⁴. Para Bulgash (2018), el 67% de mujeres iniciaron relaciones sexuales a los 14 años o menos¹⁷.

Los resultados obtenidos en la investigación según el perfil sociodemográfico indica que en un porcentaje elevado se encontró, que las edades de las madres adolescentes oscilan entre 18 y 19 años con un 52%, el 42% entre las edades de 16 años y 17 años, y menores de 15 años con el 6%. En el nivel de competencia educativa el 38% tiene secundaria completa, el 32% con secundaria incompleta. La pareja adolescente cuenta con un 78% de estado civil conviviente y solteras un 22%. Las madres adolescentes indican que no trabajan con un 82%; y el 96% de las adolescentes no han ido a consulta de planificación sexual y reproductiva.

Según Bermeo J y Crespo A. en el año (2015) concluye que el 1.7% corresponde a la edad de 12 a 14 años; el 40.7% equivale a madres entre las edades de 15 a 17 años, seguido por las edades de 18 a 19 años con un 57.6%. Los estados civiles de las mamás adolescentes encuestadas corresponden al 54,8% en estado de unión libre, el 10,7 % casados y con menor porcentaje el 4,5% son solteras. El 49,7% de madres adolescentes tienen un nivel de instrucción de secundaria incompleta, el 32.2 % han culminado la secundaria, 15,8% terminaron la primaria, mientras tanto el 2% no han terminado la primaria siendo el de menor porcentaje¹⁹.

Además, Gregorio D. (2016) encontró que las madres estaban entre 15 y 19 años que comprendían el 92.5%. El 57.5% refirió presentar secundaria incompleta y un 25% completa²¹. De igual manera, para Blancas L. (2015) el mayor porcentaje fueron mujeres de 17 años y el mínimo de 14 años; el 58.3% tuvo secundaria concluida; 51.7% fueron convivientes y el 56.7% tuvieron nivel de conocimiento medio sobre cuidados básicos del recién nacido²⁵. Para Lenis X. (2015) la instrucción prevaeciente fue secundaria inconclusa²⁰.

Los resultados de la encuesta indican un 78% de madres con estado civil de conviviente y 22% solteras. Gregorio D. (2016), observó que el 46,3% vivían solo con sus parejas y el 31,3% con familiar de la pareja, siendo 22,5% quienes vivían con su familiar²¹. Blancas L. (2015) observó 51.7% de madres convivientes²⁵.

Ante lo expuesto se puede indicar que la mayoría de jóvenes cumplen un nuevo rol de ser madres entre las edades de 17 a 19 años, siendo la edad un factor determinante para el bienestar de la madre y el niño; ésta influye el grado de madurez que la madre puede brindar al cuidado del bebe; además, considerando el grado de instrucción que ella tiene precisamente la inmadurez física y la

competencia educacional hace que la madre no tenga los conocimientos básicos en la adopción del rol materno; ya que asume otra labor de mujer de forma muy repentina a cumplir actividades de ama de casa o de trabajadora. El estado civil es una situación en la que la madre adolescente presenta sentimientos inestables 78% unión libre o convivencia, es más que importante que la madre obtenga el apoyo del hombre como entidad de la familia⁵⁵.

Es por ello la función materna es considerada un atributo esencial de la naturaleza femenina, que la atraviesa más allá de lo que pueda significar para cada uno de acuerdo con su historia personal, sus experiencias de vida, sus afectos. Se encuentra así la imagen de mujer ligada fuertemente a la de las madres, como si fuera una aptitud natural impresa en el organismo y el psiquismo de cualquier mujer, sin necesidad de esfuerzos aprendizaje para ejercerla con seguridad⁴⁹.

En esta investigación la finalidad fue diagnosticar el nivel de conocimiento de las madres adolescentes primíparas en la adopción del rol maternal– Hospital Belén Lambayeque, 2016”. Los resultados obtenidos indican que el 24% de las jóvenes su nivel de conocimiento es alto; el 74% el nivel de conocimiento es medio y el 2% tiene un nivel de conocimiento bajo en relación a los cuidados del recién nacido.

Según Gregorio D. (2016), respecto a si recibieron orientación sobre el cuidado y crianza del niño, el 51,3% lo dio la madre, el 26,3% la abuela y el 22,5% por parte de la tía²¹. Para Espinoza D. (2016) el 45% tenían un conocimiento bajo, 42% medio y el 13% era alto²². Chinchano A. (2016) mostró que el 61% presentó un nivel regular de conocimientos sobre la lactancia materna, el 30% un nivel bajo y el 9% tuvo un alto nivel; el 34% fueron eficientes en la práctica de la lactancia materna, 34% deficientes y 32% medianamente eficientes²⁴. Bermero J y Crespo A. (2015), observaron que el 50.3% de madres adolescentes posee un nivel de

conocimiento medio¹⁹. Para Lenis (2015) el 13.9% tuvieron conocimiento general sobre los verdaderos cuidados del bebé²⁰. Blancas L. (2015) presentó un 56.7% de madres que tuvieron nivel de conocimiento medio²⁵. Importante mencionar el estudio de Molina L. (2016) en el cual el 64% tuvieron un rol de adopción en proceso y el 36% de niños presentaron riesgo de trastorno psicomotor²³.

Los resultados demuestran que las madres no presentan un alto riesgo para con el desempeño en su rol maternal, tal como lo señalan los estudios de Mercer sobre la socialización de la madre, en sus respuestas conductuales influye el nivel de desarrollo y las características innatas de su personalidad, sólo un 18,4% eran adolescentes. En esta etapa de la vida existe un mayor reto en adoptar el rol materno, se abre a las jóvenes un ancho campo de descubrimientos y a también de confusión, además aparecen intereses y nuevos sentimientos nunca antes experimentados que llevaran a la adolescente a enfrentar conflictos para los que no está preparada⁵⁵.

Ante lo explicado podemos indicar que las madres tienen un conocimiento básico de cómo tener un buen cuidado del recién nacido ya que dentro de este tema nos indica que la madre hace uso de la lactancia materna exclusiva, baño del bebé, cambio de pañal, cuidados con el cordón umbilical, entre otros. Pero existe un porcentaje considerable que de algún modo indica que no sabe exactamente los cuidados básicos del recién nacido; lo cual puede repercutir de alguna manera en el proceso de desarrollo y crecimiento del bebé y posteriormente exponerlo a complicaciones que puede comprometer la vida.

Así también según Ramona Mercer, la adopción del rol materno es un desarrollo y crecimiento interactivo que se genera a lo extenso de la vida creando una unión entre madre e hijo; generando nuevas actividades y por consecuencia sentir gozo, gusto y satisfacción al realizarlo. El proceso de maternidad implica que la mujer también nazca psicológicamente al igual que su bebe lo hace físicamente, lo que dará lugar en su mente a una nueva identidad: el sentido de ser madre. Las madres obtendrán una actitud mental que organiza su vida psicológica, cambiando de orientación a sus preferencias, sus placeres y reorganizando algunos de los valores personales, este cambio de actitud se mantendrá por toda la vida, aunque no tenga el primer lugar, siempre estará presente, esperando y emergerá cuando se necesite. Es así, que se afirma el concepto en que el nacimiento de una madre está constantemente en crecimiento y desarrollo²⁷.

Teniendo en cuenta que el bebé es un ser dependiente de sus necesidades el satisfacerlas ayuda a tener un bienestar holístico, además de identificar los conocimientos de la mamá joven para proponer estrategias de modificación. Es sustancial que la madre otorgue cuidado y respeto por un ser que necesita mucho amor.

Por lo tanto, las madres adolescentes primíparas no tienen un conocimiento exacto del cuidado del recién nacido, la persona que brinda estos conocimientos de desarrollo es de la persona más cercana a la madre, puede ser una abuela, tía, o con quién se conviva. Según Ramona M en la teoría se basa en la transformación de la joven para cambiar a ser madre, conlleva una transición extensa en su entorno esencial, que necesita un crecimiento progresivo. El microsistema o pequeño sistema es donde sucede la adopción del rol materno, donde influyen elementos como los padres, hermanos, apoyo social y el estrés; es ahí que el neonato se encuentra dentro de la familia recibiendo e intercambiando amor y cuidados. El mesosistema es la unidad donde influyen y agrupan a las personas del microsistema y los colegios, nidos, el entorno del trabajo laboral,

iglesia y otras asociaciones. El macrosistema involucra a la cultura en específico como también políticas, leyes, normas y sociedad sobre la adopción del papel maternal²⁷.

La enfermera, a través de la formación educativa profesional recibida, tiene el perfil para proporcionar un cuidado integro e interdependiente en las diferentes etapas de crecimiento y desarrollo. En el campo asistencial el personal de enfermería tiene una función trascendente, está llamado a realizar importantes contribuciones para el desarrollo de sistemas servicio de salud integral, eficiente, eficaz, equitativa y de buena calidad para lograr la salud de todos⁵⁵.

Por lo expuesto Ramona Mercer indica que enfermería cumple un rol importante, óptimo en la salud, ella tiene el compromiso para promover la salud de la madre, hijo y entorno. Después de la valoración de la madre y su entorno, se reconoce los objetivos, se facilita y brinda la asistencia a través de la institución y del apoyo, brindando cuidados al paciente incapaz de otorgarse el mismo. Mercer refiere que las enfermeras son las personas que promueven la salud tanto en la familia como su entorno, siendo expertas en su valoración²⁷. Por lo tanto, más cuidado de todos los sistemas mencionados por Mercer se deben brindar para sus optimo crecimiento y desarrollo, de lo contrario puede poner en riesgo su vida.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES:

En la presente investigación, de acuerdo a los datos obtenidos se concluye:

La mayoría de las madres adolescentes primíparas comprendieron las edades de 18 y 19 años con un 52%; en relación al nivel de educación el 38% tuvieron secundaria completa; respecto al estado civil, el 78% de las son convivientes; el 82% son amas de casa y el 96% no acudió a ninguna consulta de planificación familiar.

Resolviendo la pregunta de la investigación, nos indica que el 74% de las mamás adolescentes, su nivel de conocimiento es medio; seguido de una cifra de 24% el nivel alto; siendo la adopción del rol de la maternidad muy ligado al conocimiento de habilidades y prácticas, al desarrollo y crecimiento interactivo que se presenta a lo largo de la vida creando una unión entre madre e hijo; generando nuevas actividades y por consecuencia sentir gozo, gusto y satisfacción al realizarlo.

La familia es importante para el buen crecimiento y desarrollo del bebé; 74% de las madres adolescentes presentaron un vínculo familiar medio, es importante que las adolescentes primíparas adopten el rol de madre con ayuda de los familiares más cercanos incluyendo a la pareja consiguiendo una buena interacción para la madre y el bebé.

Según la dimensión del personal de salud, de las madres adolescentes un 60% tuvieron un conocimiento bajo, 18% de ellas un conocimiento medio y el 22% un conocimiento alto en relación a los cuidados al recién nacido. Por lo cual resulta

indispensable que las madres adolescentes tengan orientación y guía por parte del profesional de enfermería, para brindar un óptimo cuidado al recién nacido.

Por lo tanto la enfermera cumple un rol fundamental en la educación sanitaria, que se debe brindar a la joven madre sobre cuidado de su hijo, amor y tranquilidad, cuyo momento se agudiza por la condición de adolescente, ya que en varios casos no cumple con el nivel sociocultural, que hace que la madre cumpla realmente con el rol materno; ya que esta no se encuentra preparada física y mentalmente. Por eso, es muy importante que el personal de enfermería brinde charlas, talleres educativos, talleres demostrativos, aplicando un medio innovador con lenguaje sencillo y coherente, para lograr responder sus inquietudes y preguntas, con la meta de respaldar un cuidado integral.

5.2. RECOMENDACIONES:

- A las enfermeras del servicio de ginecología y neonatología, realizar sesiones educativas en la correlación a las atenciones, vigilancia, cuidado, asistencia del neonato, incentivando a todo el personal para el apoyo respectivo, fomentando el trabajo de equipo para la concientización y promoción en salud sexual y reproductiva para adolescentes.
- A los alumnos de la Universidad Señor de Sipán seguir realizando estudios en diferentes enfoques de la investigación relacionados a los cuidados que requiere un recién nacido en el hogar, de tal manera que sea de beneficio a la población.
- Concientizar a las madres adolescentes primíparas del Hospital Belén de Lambayeque sobre la importancia de la atención y cuidados que se debe ofrecer a todo bebé para su buen crecimiento y desarrollo, por ende, a cumplir con su rol maternal.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud (OPS). América Latina y el Caribe tienen la segunda tasa más alta de embarazo adolescente en el mundo. Perú, febrero 2018. Disponible en: https://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=3983:embarazo-adolescente-al&Itemid=0
2. Diario El Peruano. Embarazo adolescente en 2017 llegó al 13.4%. Perú, junio 2018. Disponible en: <https://elperuano.pe/noticia-embarazo-adolescente-2017-llego-al-134-67601.aspx>
3. Marriner T y Alligood, M. Adopción del rol materno - convertirse en madre de Ramona T. Mercer. Modelos y teorías en enfermería. 7ªed. España: Elsevier, 2011.
4. Enfermería y perspectivas del género. Universidad de Alicante. Vol. (1), N (30), abril 2013. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n30/enfermeria1.pdf>.
5. Estadísticas de Organización Mundial de Salud. (OMS). Salud de la madre, el recién nacido, el niño y el adolescente. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/adolescent_pregnancy/es/.
6. Idelfonso E. Análisis de encuestas. Editorial ESIC. Madrid- España. 2010.
7. OPS. Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo adolescente en América Latina y el Caribe. Washington, D.C., agosto 2016. Disponible en: <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Acelerar%20el%20progreso%20hacia%20la%20reducción%20del%20embarazo%20en%20la%20adolescencia%20en%20América%20Latina%20y%20el%20Caribe.pdf>
8. UNFPA. Motherhood in Childhood. Facing the challenge of adolescent pregnancy. New York, 2013. Disponible en: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/EN-SWOP2013-final.pdf>

9. Berlanga S, Perez R.Vizaya F. Experiencias en un grupo de apoyo para madres con hijos menores de un año. España. vol. (12). N (30) Abril 2013.
10. Revista Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF. Venezuela. Disponible en: http://www.unicef.org/venezuela/spanish/overview_4200.htm
11. Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza. El Embarazo en Adolescentes Peruanas Aumentó “Un Problema de Salud Pública, de Derechos y de Oportunidades para las Mujeres y de Desarrollo para el País”. Perú, junio 2018. Disponible en: https://www.mesadeconcertacion.org.pe/sites/default/files/archivos/2018/documentos/06/alerta_embarazo_en_adolescentes_aumento_junio_2018.pdf
12. Alvarado L; Guarín L; Cañón W. Revista Cuidare. Universidad Santander – Colombia. Adopción del papel materno de la teórica Ramona Mercer al cuidado de enfermería binomio madre – hijo: reporte de un caso en la unidad materno infantil. Enero - Diciembre, 2011. Volumen (2): Pp: 195 – 201.
13. Díaz U. Adopción del rol materno en madres adolescentes de la localidad de USME durante el segundo semestre de 2011. Bogotá – Colombia. 2011. Disponible en: <http://repository.javeriana.edu.co/bitstream/10554/9767/1/tesis09-9.pdf>
14. Lozano A. Conocimiento sobre los cuidados básicos del recién nacido de las madres adolescentes. Departamento de obstetricia y ginecología. Hospital Central Universitario "Dr. Antonio María Pineda". Venezuela. 2015
15. Zerlin A. Adopción del papel materno y características de las madres de los lactantes hospitalizados en un Hospital pediátrico público, Valencia – Edo. Carabobo. Venezuela. 2013.
16. Valdivia V. Conocimiento de las madres adolescentes sobre los cuidados maternos del recién nacido. Servicios de Ginecobstetricia. Hospital Central Universitario "Antonio María Pineda". Barquisimeto. Ecuador. 2010

17. Bulgach V y cols. Madres adolescentes internadas junto con a sus hijos en un hospital de alta complejidad: diferencias entre adolescencia temprana, media y tardía. Arch Argent Pediatr 2018;116(2):160-164.
18. Henríquez, G. Madres adolescentes: significados y experiencias. España, 2016. Disponible en: <https://idus.us.es/xmlui/handle/11441/39789>
19. Bermeo J. y Crespo A. Determinación del nivel de conocimiento sobre el cuidado del recién nacido en madres adolescentes primíparas - "Hospital Regional Vicente Corral Moscoso". Ecuador, 2015. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/24444/1/CUIDADO%20DEL%20RECIEN%20NACIDO%20EN%20MADRES%20ADOLESCENTES%20.CUENCA.pdf>
20. Lenis L, Xiomara A. Conocimiento sobre los cuidados primarios del recién nacido de las madres adolescentes ingresados en el servicio de ginecología del Hospital Central Universitario "Antonio Marueda Pineda". Venezuela, 2015. Disponible en: http://bibmed.ucla.edu.ve/cgi-win/be_alex.exe?Acceso=T070000070199/0&Nombrebd=bmucla
21. Gregorio D. Adopción del papel materno en madres adolescentes primerizas ante el cuidado del recién nacido en una comunidad rural de Huánuco". Huánuco, 2016. Disponible en: <http://repositorio.udh.edu.pe/bitstream/handle/123456789/201/ADOPCION%20DEL%20ROL%20MATERNO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
22. Espinoza D. "Nivel de conocimiento de cuidados físicos del recién nacido que tienen las madres adolescentes en el Centro Materno Infantil de Manuel Barreto San Juan de Miraflores – 2016". Lima. 2016. Disponible en: http://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UPIG_174215b2c57a2dd29be8f62321c52ef9
23. Molina L. Rol de la madre adolescente y desarrollo psicomotor en niños menores de 1 año Centro de Salud Año Nuevo Comas Noviembre 2016". Lima, 2016. Disponible en: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/upsjb/1273/T-TPLE-Lisset%20Rosmery%20Molina%20Utrilla.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

24. Chinchano A. Nivel de conocimiento de madres adolescentes relacionados a la práctica de lactancia materna, en el Instituto Nacional Materno Perinatal – 2016. Lima, 2016. Disponible en: http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/2096/TESIS_AMANDA%20CHINCHANO%20OLÓRTEGUI.pdf?sequence=2&isAllowed=y
25. Blancas L. “Nivel de conocimiento sobre cuidados básicos del recién nacido en las madres adolescentes, Hospital Sergio E. Bernales – Comas”. Lima. 2015. Disponible en: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UALD_6a968a7c0536af2dd70400b7ad283a3c
26. Chupillon L. Rol materno en adolescentes primíparas y el desarrollo del vínculo afectivo. Servicio de Neonatología HRDLM, 2013” Chiclayo Julio 2014. Disponible en: http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/324/1/TL_Chupill%C3%B3n_P%C3%A9rez_LuzEliana.pdf
27. Martinez A y Roile A. Modelos y teorías en enfermería, séptima edición, Madrid, Elsevier España, 2012
28. Mendez L, Fernandez M, Hernandez T. Escuela de padres y madres. Ed. Secretaria General Tecnica. 2013.
29. Miguez A. Ocupaciones y roles de las madres adolescentes. Universidad de Coruña. 2012 – 2013 Rada Dora M. el rigor en la investigación cualitativa: técnicas de análisis, credibilidad, transferibilidad y Confiabilidad. Revista IPASME, Vol. Mayo 2006. MED-IPASME. 2012.
30. Sanchez H, Hidalgo G. Madres adultas y madres adolescentes. Un análisis comparativo de las interacciones que mantienen con sus bebés. 1° ed. España – Sevilla, 2010. Disponible en: <https://idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/30889/Madres%20adultas%20y%20madres%20adolescentes.%20Un%20an%C3%A1lisis.pdf;sequence=1>.

31. Revista Pediatría Electrónica. Leon P, Minassian M, Borgoño R. Universidad de Chile. Embarazo adolescente. Vol (5). N°(1). Disponible en: file:///C:/Users/equipo/Downloads/Embarazo%20adolescente.pdf.
32. Stern C. El problema del embarazo en la adolescencia. 1ª ed. México D.F. el colegio de México Centro de Estudios Sociológicos. 2012. 483p.
33. Chapilliquen J. Nivel de conocimiento de las madres adolescentes al cuidado del recién nacido en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Perú. Facultad de Medicina Humana. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2009.
34. Cabezuelo G y Frontera P. El desarrollo psicomotor de la infancia hasta la adolescencia. 1ª ed. Madrid España. 2010.
35. Muñoz J. Guía de cuidados del recién nacido. Edición 4ta. Editorial Vistalegre. Córdoba.
36. Cardozo J. Conocimientos de madres adolescentes sobre cuidados básicos al recién nacido. Bogotá - Colombia. 2008. Disponible en: <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/tesis09.pdf>
37. Alvarado L; Guarín L; Cañón W. Revista Cuidare. Universidad Santander – Colombia. Adopción del papel maternal de la teórica Ramona Mercer al cuidado de enfermería binomio madre – hijo: reporte de un caso en la unidad materno infantil. Enero - Diciembre, 2011. Vol (2): Pp: 195 – 201.
38. Carrillo G, Quispe C. Relación entre factores psicosociales y nivel del vínculo afectivo en madres primíparas y sus recién nacidos a término, Hospital Belén Trujillo. Perú 2012.
39. Guerrero E y Jiménez E. Fundación INDEX. Paraninfo Digital. Educación de las enfermeras para la adopción del papel materno de madres primerizas con hijos prematuros. Chiclayo, 2012. Volumen (7): N (19).
40. Martínez R. La salud del niño y el adolescente. 5º ed. México: Manual moderno S.A, 2005, p 39.
41. Hockenberry M. manual de enfermería pediátrica de Wong. 7ºed. Mc GrawHill. México. 2009.

42. Karlsen L. Desarrollo territorial e investigación acción. Instituto de Vasco. España. 2015
43. Walroth I. El arte del embarazo. Edición: Deluxe. Editorial 1era. Canadá. 2002.
44. Zerlin A. Adopción del papel materno y características de las mamás de lactantes hospitalizados en un Hospital pediátrico público. Valencia Carabobo-España. 2013
45. Cardozo J. Conocimientos de las madres adolescentes sobre cuidados básicos al recién nacido. Bogota - Colombia. 2008. Disponible en: <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/tesis09.pdf>
46. Cueva J y Llanos T. Efectividad del programa educativo “Aprendiendo a alimentar a mi niño” en el conocimiento materno sobre alimentación complementaria en el lactante. Trujillo – Perú. 2014. Disponible en: <http://dspace.unitru.edu.pe/xmlui/handle/UNITRU/831?show=full>.
47. Aguayo J. Manual sobre lactancia materna. Ed. Panamericana. Asociación española. 1ª edición. 2009.
48. Revista Pediatría Electrónica. Leon P, Minassian M, Borgoño R. Universidad de Chile. Embarazo adolescente. Vol (5). N°(1). Disponible en: <file:///C:/Users/equipo/Downloads/Embarazo%20adolescente.pdf>
49. Benchuya M y Vito H. Adopción para padres e hijos. 1ª ed. Albatros. Argentina Buenos Aires. 2005.
50. Valverde I, Mendoza N y Peralta I. Enfermería pediátrica. 1ª ed. Editorial El manual Moderno. México. 2013
51. Hernández S. Metodología de la investigación. 5ª ed. Madrid. Mc GrawHill. 2010.
52. Pineda E. Metodología de la investigación. 3ª ed. EEUU. Paitex. 2007.
53. Informe Belmont (internet) (acceso 20/10/2014): disponible en: <https://nursingnotessub.files.wordpress.com/2015/04/resum-tec3b3ria-c3a9tica-i-legislac3b3-professional.pdf>.

54. MINSA. Documento Técnico: Situación de Salud de Adolescentes y Jóvenes en Perú. Lima, 2017. Disponible en: bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4143.pdf
55. Benchuya M y Vito H. Adopción para los padres e hijos. 1ª ed. Albatros. Argentina Buenos Aires. 2005.

ANEXOS

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, declaro por medio de esta firma que acepto ser partícipe de la investigación titulada “Nivel de conocimiento de las madres adolescentes primíparas en la adopción del rol maternal - Hospital Belén Lambayeque, 2016, la misma que presento para optar el título de Licenciada de Enfermería”, desarrollado por la estudiante de enfermería: Llamo Cabanillas Giuliana Lisseth.

Me ha explicado con claridad los objetivos del estudio, por lo cual participare de la encuesta para su análisis respectivo.

Asumiendo que la información brindada será solamente de conocimiento de la investigadora, quien garantiza el secreto y respeto a mi privacidad. Estoy consciente que el informe final de la investigación será publicado, no siendo mencionados los nombres de los participantes, teniendo la libertad de retirar mi participación en cualquier momento y dejar de participar del estudio sin que esto genere algún perjuicio y/o gasto. Sé que de tener dudas sobre mi participación podre aclarar con la investigadora.

Por ultimo declaro que después de las aclaraciones convenientes realizadas consiento participar de la presente investigación.

Pimentel__ de _____ del 2016

Firma o huella de la investigada

Firma de la investigadora

ANEXO 2

ENCUESTA PARA LAS MADRES ADOLESCENTES

Encuesta para proyecto de investigación en el Hospital Provincial Docente Belén Lambayeque servicio de Ginecología y Obstetricia.

Por favor:

1. Lea detenidamente cada una de las preguntas.
2. Marque con una X en el espacio correspondiente a la respuesta
3. No deje preguntas sin contestar
4. No marque más de una respuesta en una misma pregunta
5. Conteste el cuestionario con la mayor sinceridad
6. Las respuestas serán confidenciales y anónimas.

I. Parte

Instrucciones: Marque con datos numéricos las tres primeras preguntas y la cuatro (4) y las siguientes marque con una (X) en el espacio correspondiente

Datos demográficos:

1. Edad de la madre: _____
2. Trabaja: SI___ NO ___
3. Estado civil: Soletera_____ Casada _____ Divorciada _____
Viuda_____ Otro_____
4. Nivel educativo: Primaria Completa___ Primaria Incompleta___
Secundaria Completa___ Secundaria Incompleta___ Técnico
Superior___ Universitario___
5. ¿Antes de quedar embarazada, asistió a consultas de planificación familiar?
SI___ NO ___

II. Parte

Marque con una (x) en el recuadro correspondiente:

	ITEMS	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Nunca
1	¿Deseaba tener hijos?				
2	¿Prefiero no dar de lactar a mi bebe para cuidar la forma de mis senos?				
3	¿Estoy dispuesta a cambiar el pañal de mi bebe cada vez que sea necesario?				
4	¿Me cuesta aceptar a este bebé?				
5	¿Cada vez que mi bebé llora me preocupo por saber qué es lo que necesita?				
6	¿Mi familia está contenta con el nacimiento de mi bebé?				
7	¿Mi pareja está contenta con el nacimiento de mi bebé?				
8	¿Me siento capaz de salir adelante con el nacimiento de mi bebé?				
9	¿Pienso que el control de niño sano no es necesario para mi bebé?				
10	¿Le hablo con palabras cariñosas a mi bebé?				
11	¿La salud de mi bebé para mí es muy importante?				
12	¿Practico con mi bebe ejercicios que pueden ayudarle a su crecimiento?				
13	¿Mi pareja y yo compartimos los				

	cuidados del bebé?				
14	¿Le demuestras a tu bebé con gestos y palabras que lo amas?				
15	¿Creo que otro familiar cuida a mi bebé mejor que yo?				
16	¿Amamanto a mi bebé con Lactancia materna exclusiva?				
17	¿Si voy por la calle y alguien estornuda cerca, protejo a mi bebé?				
18	¿Cuándo estaba gestando pensaba con entusiasmo en que tendría a mi bebe en mis brazos dándole de lactar?				
19	¿La higiene de mi bebe afectara positivamente su salud?				
20	¿Sabe utilizar el termómetro?				
21	¿Baño a mi bebe al menos 1 vez al día?				
22	¿El personal de salud le ha hablado sobre el esquema de vacunación y cuidados del recién nacido?				
23	¿Además de ustedes hay otros miembros de la familia viviendo en la misma casa?				
24	¿Sabe cómo debe hacerse la limpieza del cordón umbilical?				
25	¿La habitación del bebé debe estar ventilada?				

ANEXO 3
VALIDACIÓN POR EXPERTOS

**CARTILLA DE VALIDACION NO EXPERIMENTAL POR JUICIO DE EXPERTOS
DE LA ENCUESTA**

1. NOMBRE DEL JUEZ	<i>Alvian Santayo Bustamant</i>
2. PROFESIÓN	<i>de enfermería.</i>
TÍTULO Y /O GRADO ACADÉMICO OBTENIDO	<i>de enfermería.</i>
ESPECIALIDAD	<i>Cuidados - neonatales</i>
EXPERIENCIA PROFESIONAL (en años)	<i>5 años</i>
INSTITUCIÓN DONDE LABORA	<i>H. Belén - Lambayeque.</i>
CARGO	<i>Enfermera.</i>
<u>TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN</u>	
NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES ADOLESCENTES PRIMÍPARAS EN LA ADOPCIÓN DEL ROL MATERNAL - HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE, 2016	
3. NOMBRE DEL TESISISTA	Llamo Cabanillas Giuliana Lisseth
4. INSTRUMENTO EVALUADO	Cuestionario: Tipo Encuesta Contexto: Autoadministrado
5. OBJETIVO DEL INSTRUMENTO	Determinar el nivel de conocimiento de las madres primerizas en la adopción del rol maternal en el Hospital Belén - Lambayeque, 2016.
EVALÚE CADA ITEM DEL INSTRUMENTO MARCANDO CON UN ASPA EN "TA" SI ESTÁ TOTALMENTE DE ACUERDO O CON EL ITEM "TD" SI ESTÁ TOTALMENTE EN DESACUERDO, SI ESTÁ EN DESACUERDO POR FAVOR ESPECIFIQUE SUS SUGERENCIAS.	
6. DETALLE DEL INSTRUMENTO	El instrumento consta de 25 reactivos y ha sido construido, teniendo en cuenta la revisión de la literatura, luego del juicio de expertos que determinará la validez de contenido será sometido a prueba de piloto para el cálculo de la confiabilidad con el coeficiente de alfa de Cronbach y finalmente será aplicado a las unidades de análisis de esta investigación.

<p>SOBRE EXACTITUD:</p> <p>1. ¿La información brindada en los en los ítems refleja el rol maternal?</p> <p>2. ¿La información es obtenida con facilidad?</p>	<p>TA(✓) TD()</p> <p>SUGERENCIAS:</p> <hr/> <hr/> <p>TA(✓) TD()</p> <p>SUGERENCIAS:</p> <hr/> <hr/>
<p>SOBRE TOTALIDAD</p> <p>3. ¿La base de datos de la encuesta, cuentan con toda la información necesaria?</p> <p>4. El sistema de información almacena los datos de las pacientes, contabilizando solamente una vez, pero guardando en archivo su historial de resultados, impidiendo así inflar estadísticas con resultado erróneos de duplicidad.</p>	<p>TA(✓) TD()</p> <p>SUGERENCIAS:</p> <hr/> <hr/> <p>TA(✓) TD()</p> <p>SUGERENCIAS:</p> <hr/> <hr/>
<p>SOBRE LA OPORTUNIDAD</p> <p>5. ¿La información está disponible cuando se requiere para investigaciones?</p>	<p>TA(✓) TD()</p> <p>SUGERENCIAS:</p> <hr/> <hr/>

<p>6. ¿La información obtenida permite obtener reportes individualizados de cada persona encuestada?</p>	<p>TA(✓) TD()</p> <p>SUGERENCIAS:</p> <hr/> <hr/>
<p>EN LA RELEVANCIA</p>	
<p>7. ¿La información recopilada le sirve a la paciente para los fines de mejora en su rol de madre?</p>	<p>TA(✓) TD()</p> <p>SUGERENCIAS:</p> <hr/> <hr/>
<p>8. ¿La información nos permite identificar los puntos críticos de mejora durante el proceso pre analítico de las unidades tomadoras de muestra?</p>	<p>TA(✓) TD()</p> <p>SUGERENCIAS:</p> <hr/> <hr/>
<p>EN NIVEL DE DETALLE</p>	
<p>9. ¿La información tiene el nivel de detalle requerido pues permite ver resultados de la forma que el usuario necesite?</p>	<p>TA(✓) TD()</p> <p>SUGERENCIAS:</p> <hr/> <hr/>
<p>10. ¿La información y el análisis de los datos son fáciles de obtener, permitiendo el ahorro de tiempo y eficiencia?</p>	<p>TA(✓) TD()</p> <p>SUGERENCIAS:</p> <hr/> <hr/>

SOBRE LA CONSISTENCIA	
<p>11. ¿Los datos obtenidos asegura que la información sea la misma en cualquier momento que se acceda a ella?</p>	<p>TA() TD()</p> <p>SUGERENCIAS:</p> <hr/> <hr/>
<p>12. ¿Es posible acceder a la información con facilidad y comparar resultados de las pacientes?</p>	<p>TA() TD()</p> <p>SUGERENCIAS:</p> <hr/> <hr/>
<p>PROMEDIO OBTENIDO:</p>	<p>N° TA <u>18</u> N° TD _____</p>
<p>COMENTARIO GENERALES</p>	<p><i>Muy buena investigación, sigue actualizado por enfermería.</i></p>
<p>OBSERVACIONES</p>	


 Miriam Santoyo Bustamante
 CEP: 56622
 LICENCIADA EN ENFERMERIA

JUEZ
 SELLO Y COLEGIATURA

**CARTILLA DE VALIDACION NO EXPERIMENTAL POR JUICIO DE EXPERTOS
DE LA ENCUESTA**

1. NOMBRE DEL JUEZ	Pomela Webeith Dávila Santa Cruz.
2. PROFESIÓN	Enfermera.
TÍTULO Y/O GRADO ACADÉMICO OBTENIDO	Licenciada en Enfermería.
ESPECIALIDAD	Cuidados Intensivos Neonatales
EXPERIENCIA PROFESIONAL (en años)	04 años.
INSTITUCIÓN DONDE LABORA	Hospital Belén - Lambayeque.
CARGO	
<u>TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN</u>	
NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES ADOLESCENTES PRIMÍPARAS EN LA ADOPCIÓN DEL ROL MATERNAL - HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE, 2016	
3. NOMBRE DEL TESISISTA	Llamo Cabanillas Giuliana Lisseth
4. INSTRUMENTO EVALUADO	Cuestionario: Tipo Encuesta Contexto: Autoadministrado
5. OBJETIVO DEL INSTRUMENTO	Determinar el nivel de conocimiento de las madres primerizas en la adopción del rol maternal en el Hospital Belén - Lambayeque, 2016.
<p>EVALÚE CADA ITEM DEL INSTRUMENTO MARCANDO CON UN ASPA EN "TA" SI ESTÁ TOTALMENTE DE ACUERDO O CON EL ITEM "TD" SI ESTÁ TOTALMENTE EN DESACUERDO, SI ESTÁ EN DESACUERDO POR FAVOR ESPECIFIQUE SUS SUGERENCIAS.</p>	
6. DETALLE DEL INSTRUMENTO	El instrumento consta de 25 reactivos y ha sido construido, teniendo en cuenta la revisión de la literatura, luego del juicio de expertos que determinará la validez de contenido será sometido a prueba de piloto para el cálculo de la confiabilidad con el coeficiente de alfa de Cronbach y finalmente será aplicado a las unidades de análisis de esta investigación.

<p>SOBRE EXACTITUD:</p> <p>1. ¿La información brindada en los en los ítems refleja el rol maternal?</p> <p>2. ¿La información es obtenida con facilidad?</p>	<p>TA(✓) TD()</p> <p>SUGERENCIAS:</p> <hr/> <hr/> <p>TA(✓) TD()</p> <p>SUGERENCIAS:</p> <hr/> <hr/>
<p>SOBRE TOTALIDAD</p> <p>3. ¿La base de datos de la encuesta, cuentan con toda la información necesaria?</p> <p>4. El sistema de información almacena los datos de las pacientes, contabilizando solamente una vez, pero guardando en archivo su historial de resultados, impidiendo así inflar estadísticas con resultado erróneos de duplicidad.</p>	<p>TA(✓) TD()</p> <p>SUGERENCIAS:</p> <hr/> <hr/> <p>TA(✓) TD()</p> <p>SUGERENCIAS:</p> <hr/> <hr/>
<p>SOBRE LA OPORTUNIDAD</p> <p>5. ¿La información está disponible cuando se requiere para investigaciones?</p>	<p>TA(✓) TD()</p> <p>SUGERENCIAS:</p> <hr/> <hr/>



<p>6. ¿La información obtenida permite obtener reportes individualizados de cada persona encuestada?</p>	<p>TA(<input checked="" type="checkbox"/>) TD()</p> <p>SUGERENCIAS:</p> <hr/> <hr/>
<p>EN LA RELEVANCIA</p>	
<p>7. ¿La información recopilada le sirve a la paciente para los fines de mejora en su rol de madre?</p>	<p>TA(<input checked="" type="checkbox"/>) TD()</p> <p>SUGERENCIAS:</p> <hr/> <hr/>
<p>8. ¿La información nos permite identificar los puntos críticos de mejora durante el proceso pre analítico de las unidades tomadoras de muestra?</p>	<p>TA(<input checked="" type="checkbox"/>) TD()</p> <p>SUGERENCIAS:</p> <hr/> <hr/>
<p>EN NIVEL DE DETALLE</p>	
<p>9. ¿La información tiene el nivel de detalle requerido pues permite ver resultados de la forma que el usuario necesite?</p>	<p>TA(<input checked="" type="checkbox"/>) TD()</p> <p>SUGERENCIAS:</p> <hr/> <hr/>
<p>10. ¿La información y el análisis de los datos son fáciles de obtener, permitiendo el ahorro de tiempo y eficiencia?</p>	<p>TA(<input checked="" type="checkbox"/>) TD()</p> <p>SUGERENCIAS:</p> <hr/> <hr/>

SOBRE LA CONSISTENCIA	
<p>11. ¿Los datos obtenidos aseguran que la información sea la misma en cualquier momento que se acceda a ella?</p>	<p>TA(✓) TD()</p> <p>SUGERENCIAS:</p> <hr/> <hr/>
<p>12. ¿Es posible acceder a la información con facilidad y comparar resultados de los pacientes?</p>	<p>TA(✓) TD()</p> <p>SUGERENCIAS:</p> <hr/> <hr/>
<p>PROMEDIO OBTENIDO:</p>	<p>N° TA <u>17</u> N° TD _____</p>
<p>COMENTARIO GENERALES</p>	
<p>OBSERVACIONES</p>	


Dr. [Nombre] [Apellido] [Cruz]
 JUEZ
 SELLO Y COLEGIATURA

ANEXO 4

AUTORIZACIÓN PARA EJECUCIÓN EN EL HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE



"AÑO DE LA CONSOLIDACIÓN DEL MAR DE GRAU"

Pimentel, 22 de julio del 2016

CARTA N°0096-2016/EE/FACCSA

DR. MOISES ROSARIO BORREGO
DIRECTOR HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN DE LAMBAYEQUE
Presente.-


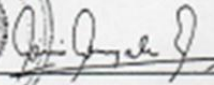
ASUNTO: AUTORIZACIÓN PARA EJECUCIÓN DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Mediante la presente le expreso nuestro cordial saludo institucional, a la vez presentarle a LLAMO CABANILLAS GIULIANA LISSETH estudiante de la Escuela de Enfermería de la Universidad Señor de Sipán, que está realizando el proyecto de investigación denominado: "NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES ADOLESCENTES PRIMÍPARAS EN LA ADOPCIÓN DEL ROL MATERNAL - HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE, 2016", este proyecto es requisito fundamental en la asignatura de Proyecto de Tesis.

Motivo por el cual, acudo a su despacho para solicitarle tenga a bien conceder el permiso a la estudiante para ejecutar el proyecto de investigación en los meses agosto - noviembre del 2016 en el Hospital Regional Belén de la Institución que usted tan dignamente dirige.

Seguros de su invalorable apoyo en ayudarnos a la solución de nuestros problemas sanitarios, hago propicia la ocasión para reiterarle, muestras de consideración.

Agradecida por la atención.
Sin otro particular, me despido de usted
Atentamente,



MG. DÓRSIS GONZALES CARHUAJULCA
DIRECTORA ESCUELA ENFERMERÍA

CAMPUS UNIVERSITARIO
AV. S. CARRETERA A PIMENTEL
TELÉFONO (+51) (74) 481610 / FAX. 203861
WWW.USS.EDU.PE

