



**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**TESIS**

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE SIGNOS  
DE ALARMA EN EL RECIÉN NACIDO DE MADRES  
PRIMÍPARAS HOSPITAL REFERENCIAL DE  
FERREÑAFE, LAMBAYEQUE 2018**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**Autora:**

**Bach. Chapañan Flores, Gladys Fiorella**

**Asesora:**

**Dra. Rivera Castañeda Patricia**

**Línea de Investigación:**

**Gestión, promoción y educación de la salud.**

**Pimentel - Perú**

**2019**

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE SIGNOS DE  
ALARMA EN EL RECIÉN NACIDO DE MADRES  
PRIMÍPARAS HOSPITAL REFERENCIAL DE  
FERREÑAFE, LAMBAYEQUE 2018**

Presentada por la Bach. Chapoñan Flores, Gladys Fiorella para optar el título de Licenciada en Enfermería de la Universidad Señor de Sipán.

Aprobado por los miembros del Jurado de Tesis:

---

**Presidenta de Jurado**

Dra. Luz Antonia Barreto Espinoza

---

**Secretaria de Jurado**

Mg. María Antonia Díaz Coronel

---

**Vocal de Jurado**

Dra. Patricia Margarita Rivera Castañeda

## DEDICATORIA

Mi tesis la Dedico al Arquitecto del Universo, Nuestro Padre Celestial, A mis padres: Florencio Chapoñan Santisteban y Gladys Flores Sandoval, por su gran amor, sacrificio y apoyo incondicional para encaminarme por las sendas del conocimiento y hacerse realidad mi más anhelado deseo de ser licenciada en enfermería al servicio de la humanidad.

A mis hermanos: Lila Mirelly Chapoñan Flores y Fabrizio Joel Chapoñan Flores por su cariño, consejos, comprensión, no dejarme decaer y estar presentes cuando más los necesite.

A mi novio Joel Antonio Mego Castillo, por su comprensión, cariño y apoyo a lo largo de mi carrera profesional.

## **AGRADECIMIENTO**

En primera instancia agradezco a mis padres, personas de gran sabiduría quienes se han esforzado por ayudarme a llegar al punto en el que me encuentro.

A nuestra alma mater, Universidad Señor de Sipán, por formarnos profesionalmente con calidad de servicio y ética profesional.

A mis compañeros y docentes; quienes sin esperar nada a cambio compartieron sus conocimientos, alegrías y tristezas durante estos cinco años acompañándome para lograra hacer este sueño realidad.

A nuestro jurado por su orientación brindándose sus sugerencias para mejorar la elaboración y lograr la culminación del presente trabajo de investigación.

A las madres que voluntariamente compartieron sus saberes para hacer posible esta investigación.

## RESUMEN

El objetivo: Determinar la relación que existe entre los conocimientos y actitudes sobre signos de alarma en el recién nacido de madres primíparas hospital referencial de Ferreñafe, Lambayeque 2018. De investigación cuantitativa, tipo descriptiva, diseño descriptivo-correlacional. Se utilizó la encuesta estructurada, instrumento el cuestionario, se aplicó a una muestra de 50 madres primíparas. Los resultados socio-demográficos más relevantes fueron: 66% de las madres primíparas son menores de 23 años; la edad gestacional del 68% de los R.N. fluctuaron entre 37-39 semanas, 56% de los R.N. son del sexo femenino, 84% de las madres tuvieron un parto normal, 66% son convivientes, 88% amas de casa; el 74% sus estudios fluctúan entre primaria incompleta hasta secundaria completa, y el 88% son de Ferreñafe. El 54% de las madres primíparas tiene un nivel de conocimientos regular, sobre signos de alarma en el recién nacido, y 46% deficiente. Por otro lado un 70% mostraron actitud indiferencia, 18% actitud de rechazo, y el 12% una actitud de aceptación. Los índices estadísticos muestran promedios de 20,5 y 23,92 puntos, para el nivel de conocimientos y actitudes, respectivamente. El coeficiente de correlación de Pearson ( $r=0,24$ ), nos indica la existencia de un índice de correlación muy baja, que apenas merece tomarse en cuenta. Por lo tanto no existe una correlación lineal positiva entre ambas variables. El estadístico de t ( $p \leq 0,05$ ) cuyo valor (-6,45) resultó ser menor que el valor crítico de t (una cola) de 1,68, estableció la aceptación de la Hipótesis Nula, al 95% de confiabilidad.

**Palabras clave:** Conocimientos, actitudes, signos de alarma, recién nacido, madres, primíparas.

## ABSTRACT

The objective: To determine the relationship between knowledge and attitudes about warning signs in the newborn of primiparous mothers, the referential hospital of Ferreñafe, Lambayeque 2018. Quantitative research, descriptive type, descriptive-correlational design. The structured questionnaire, instrument questionnaire was used; it was applied to a sample of 50 primiparous mothers. The most relevant socio-demographic results were: 66% of primiparous mothers are under 23 years old; the gestational age of 68% of the R.N. They fluctuated between 37-39 weeks, 56% of the R.N. are female, 84% of mothers had a normal delivery, 66% are cohabitants, 88% housewives; 74% of their studies fluctuate between incomplete primary to full secondary, and 88% are from Ferreñafe. 54% of primiparous mothers have a regular level of knowledge, on alarm signs in the newborn, and 46% deficient. On the other hand 70% showed indifference attitude, 18% rejection attitude, and 12% an attitude of acceptance. The statistical indexes show averages of 20.5 and 23.92 points, for the level of knowledge and attitudes, respectively. The Pearson correlation coefficient ( $r = 0.24$ ), indicates the existence of a very low correlation index, which hardly deserves to be taken into account. Therefore, there is no positive linear correlation between both variables. The statistic of  $t$  ( $p \leq 0.05$ ) whose value (-6.45) turned out to be less than the critical value of  $t$  (a tail) of 1.68, established the acceptance of the Null Hypothesis, at 95% reliability.

**Key words:** Knowledge, attitudes, warning signs, newborn, mothers, primiparous.

## ÍNDICE

APROBACIÓN DEL JURADO .....	ii
DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
RESUMEN.....	v
ABSTRAC.....	vi
I. INTRODUCCIÓN.....	8
1.1. Realidad Problemática.....	9
1.2. Antecedentes de Estudio.....	13
1.3. Teorías relacionadas con el tema.....	20
1.4. Formulación del Problema.....	32
1.5. Justificación e importancia del estudio.....	32
1.6. Hipótesis.....	33
1.7. Objetivos.....	34
1.7.1. Objetivos General.....	34
1.7.2. Objetivos Específicos.....	34
II. MATERIAL Y MÉTODO.....	35
2.1. Tipo y Diseño de Investigación.....	35
2.2. Población y muestra.....	36
2.3. Variables, Operacionalización.....	37
2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad.....	39
2.5. Procedimientos de análisis de datos.....	40
2.6. Criterios éticos.....	41
2.7. Criterios de Rigor científico.....	42
III. RESULTADOS.....	43
3.1. Resultados en Tablas y Figuras.....	43
3.2. Discusión de resultados.....	48
IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	50
4.1. Conclusiones.....	50
4.2. Recomendaciones.....	51
REFERENCIAS.....	53
ANEXOS.....	59

## I. INTRODUCCIÓN

Existen algunos signos de alarma en el recién nacido que ante su presencia, deben llamar nuestra atención de inmediato. Aunque los recién nacidos no son tan frágiles como parecen, sí son más vulnerables que a otras edades, porque las enfermedades pueden progresar de forma más rápida. Como padres, pasan la mayor parte del tiempo con su bebé por lo que es de vital importancia que aprendan los signos, síntomas o manifestaciones pueden sugerir que no se encuentra bien. En el caso de que se observe alguno o varios de ellos, no duden en consultarlo con su pediatra de inmediato <sup>(1)</sup>. Los altos índices de mortalidad en neonatos muchas veces se deben a que las madres primíparas adolescentes quienes no tienen conocimiento sobre los signos que los niños recién nacidos en sus primeros 30 días suelen manifestar, a través de su cuerpo o comportamiento. Esta responsabilidad también recae en sus padres o tutores quienes abandonan muchas veces a sus menores hijas que se convirtieron en madres en temprana edad. En aras de contribuir a disminuir los índices de mortalidad de niños neonatos de madres primíparas se planteó el presente estudio cuyo objetivo es: Determinar la relación que existe entre los conocimientos y actitudes sobre signos de alarma en el recién nacido de madres primíparas hospital referencial de Ferreñafe, Lambayeque 2018. Para lo cual se utilizó una muestra a 50 madres primíparas, de mencionado nosocomio, a las cuales se les aplicó dos instrumentos para establecer la relación entre ambas variables.

Para una mejor comprensión del trabajo de investigación se ha estructurado en cuatro capítulos que se describe a continuación:

Capítulo I: INTRODUCCIÓN: Se presenta la realidad problemática, los antecedentes de estudio, las teorías relacionadas al tema, la formulación del problema, la justificación e importancia del estudio, la hipótesis, la hipótesis, y los objetivos.

Capítulo II: MATERIAL Y MÉTODO: Correspondiente al tipo y diseño de investigación, la población y muestra, las variables y su operacionalización, las técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad, los procedimientos de análisis de datos, los criterios éticos y los criterios de rigor científico.

Capítulo III: RESULTADOS: Está referido a los resultados en tablas y figuras, y la discusión de resultados.



Capítulo IV: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES: Se presentan los hallazgos más relevantes del estudio y las sugerencias que ellas se derivan.

Por último las REFERENCIAS y los ANEXOS.

### **1.1. Realidad Problemática.**

Un niño que nace en África subsahariana tiene una probabilidad de morir antes de los cinco años 15 veces mayor que la de uno nacido en cualquier país de ingresos altos. Esta región tiene la mayor tasa de mortalidad infantil de todo el mundo, con 76,5 fallecidos por cada 1.000 nacidos vivos. Más de la mitad de estas muertes se deben a enfermedades prevenibles y tratables mediante intervenciones simples y asequibles, como sucede con la neumonía, la diarrea y la malaria. El retraso en el crecimiento y la malnutrición también pueden provocar el fallecimiento de estos menores <sup>(2)</sup>.

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) afirmó que en América Latina y el Caribe el 52 por ciento de muertes de niños y niñas menores de 5 años se da en los primeros 28 días, y en 2016 casi 100.000 bebés murieron antes de cumplir el primer mes de vida, según datos de un informe global del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia <sup>(3)</sup>.

En las antípodas, Cuba es el país con la tasa de mortalidad neonatal más baja con 1 muerte por cada 417 recién nacidos, seguido de Antigua y Barbuda (1 de cada 264), Uruguay (1 de cada 200), Chile (1 de cada 186) y Costa Rica (1 de cada 176) <sup>(3)</sup>.

La mayoría de las diferencias cuanto a mortalidad neonatal en América Latina y el Caribe se relacionan con la riqueza y educación de la madre, por lo cual UNICEF considera necesario aumentar el acceso a los servicios de salud y la calidad de la atención médica para mejorar las tasas de supervivencia neonatal <sup>(3)</sup>.

A pesar de que en el último cuarto de siglo se logró reducir a la mitad la cantidad de muertes entre niños menores de cinco años, no se pudo avanzar de igual forma en la reducción de muertes entre recién nacidos de menos de un mes de vida,

explicó Henrietta Fore, directora ejecutiva de UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia). "Teniendo en cuenta que muchas de estas muertes son evitables, claramente les estamos fallando a los bebés más pobres del mundo", añadió<sup>(3)</sup>.

Haití aparece como el país que en la región presenta una tasa de mortalidad más alta con 1 muerte por cada 41 recién nacidos, seguido de Dominica (1 de cada 42), Guyana (1 de cada 50) y Bolivia (1 de cada 53)<sup>(3)</sup>.

Según la OMS, casi el 40% de los niños menores de cinco años que fallecen cada año son lactantes recién nacidos: bebés de menos de 28 días o en período neonatal. La gran mayoría de los fallecimientos de recién nacidos se producen en países en desarrollo con acceso escaso a la atención de salud. La mayoría de estos recién nacidos fallecen en el hogar, sin recibir cuidados profesionales que podrían aumentar en gran medida sus posibilidades de supervivencia<sup>(4)</sup>.

En 2016, el 46% de las muertes de menores de 5 años correspondieron a recién nacidos (es decir, se produjeron en los primeros 28 días de vida, también conocidos como periodo neonatal); en 1990 ese porcentaje era del 40%. En el mundo fallecieron 2,6 millones de niños en su primer mes de vida (aproximadamente 7000 al día); de ellos, un millón falleció el primer día de vida, y otro millón en los 6 días siguientes. Los niños que fallecen en los primeros 28 días de vida lo hacen a causa de enfermedades asociadas a la falta de asistencia de calidad durante el parto o inmediatamente después de él. Las principales causas de muerte de menores de 5 años en 2016 fueron las complicaciones del parto prematuro, la neumonía, las complicaciones durante el parto, la diarrea, la septicemia neonatal y el paludismo<sup>(5)</sup>.

Un total de 11.466 neonatos murieron durante 2016, 30,12 por ciento más de las muertes registradas en el año anterior, reveló este miércoles el informe epidemiológico del Ministerio de Salud venezolano, después de tres años sin conocer datos oficiales. El mayor número de muertes se registró en el estado Zulia (noroeste), con 1.409 casos; Carabobo (centro), 928; Aragua (centro), 888; Bolívar (sureste), 802, y Distrito Capital (centro), con 735 muertes. Entre las causas de

muerte más frecuentes están la sepsis neonatal, neumonía, enfermedad de membrana hialina y el nacimiento prematuro. Además, el informe revela que 756 mujeres murieron al momento del parto, un incremento del 65,79% de defunciones en comparación con el año anterior, gran parte de los casos registrados en el estado Zulia (107)<sup>(6)</sup>.

Cada año mueren en nuestro país aproximadamente 6.000 bebés antes de cumplir el primer mes de vida, según Unicef. “Si se tratase del número de víctimas por accidentes de tránsito, la cifra sería considerada por todos como un escándalo”, recalca Paul Martin, representante de esa institución en el Perú. A pesar de que la mortalidad infantil (en el primer año de vida) se ha reducido en un 64% durante las últimas dos décadas, faltan avances en cuanto a la mortalidad neonatal (entre los 28 y 30 días de nacido). Y no podemos olvidarlo <sup>(7)</sup>.

El informe ‘El Estado de la niñez en el Perú’ (2011) resalta que en los últimos 15 años estas muertes han disminuido de 24 a 11 por cada 1.000 recién nacidos. Sin embargo, hay lugares donde, por cuestiones culturales o por dificultad de acceso a servicios de salud, los fallecimientos no se registran. La tendencia mundial sentencia que el 25% del total de muertes en la niñez (hasta los 5 años de vida) sucede durante el primer mes. Aquí algunas cifras a nivel regional en torno a la mortalidad neonatal: Bolivia (22 muertes por cada 1.000), Brasil (12 por cada 1.000), Colombia (12 por cada 1.000), Ecuador (11 por cada 1.000) y Chile (5 por cada 1.000)<sup>(7)</sup>.

La tasa de mortalidad infantil expresada como defunciones de menores de un año por cada mil nacidos vivos, debería descender paulatinamente, dada las políticas implementadas por el sector Salud para la atención madre-niño a nivel nacional. Este descenso como se mencionó antes es heterogéneo a nivel de ámbito geográfico, es así que, en el quinquenio 2010-2015, los departamentos de Puno y Cusco, todavía mantienen tasas de mortalidad infantil muy altas (43,6 y 35,6 defunciones de menores de un año por cada mil nacidos vivos, respectivamente); le siguen Loreto (29,5) y Cajamarca (27,0); como se observa, son tres departamentos de la Sierra y uno de la Selva los que mantienen todavía tasas por encima de 25,0 defunciones de menores de un año por cada mil nacidos vivos<sup>(8)</sup>.

En el rango de 20,4 a 23,3 defunciones por cada mil nacidos vivos, se encuentran seis departamentos de la Sierra y tres de la Selva, estos son: Huancavelica (23,3), Madre de Dios (23,1), Ucayali (22,6), Apurímac (21,5), Huánuco (21,0), Ayacucho (20,8), San Martín (20,7), Junín y Pasco (20,4 cada uno). Con Tasas de Mortalidad Infantil entre 15,4 y 19,1 se encuentran cuatro departamentos de la Costa, Piura (19,1), Lambayeque (18,3), La Libertad (18,0) y Tacna (15,4), dos de la Sierra, Áncash (18,0) y Arequipa (15,8) y uno de la Selva, Amazonas (17,9). Tasas inferiores a 15,0 defunciones de menores de un año por cada mil nacidos vivos, presentan cinco departamentos, todos de la Costa: Ica (14,9), Tumbes (14,3), Provincia Constitucional de Callao (13,9), Moquegua (13,8) y Lima (12,0), en este último, la provincia de Lima concentra algo más del 30,0% de la población total del país<sup>(8)</sup>.

ENDES (Encuesta Demográfica y de Salud Familiar) en el 2015 ha estimado para el país, la tasa de mortalidad perinatal en 13 X 1000 n.v y la tasa de mortalidad neonatal en 10 X 1000 n.v. que equivale a 16 muertes por día. Según el Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de Muerte Perinatal y Neonatal de la Red Nacional de Epidemiología en el Perú (RENACE), en el año 2016 se notificaron 3328 defunciones fetales y 3101 defunciones neonatales, que en promedio equivalen a 64 defunciones fetales y 60 defunciones neonatales por semana<sup>(9)</sup>.

Según el Subsistema de Vigilancia Epidemiológica Perinatal y Neonatal de la DISA Lima Metropolitana, hasta la SE 52-2016 se notificaron en la red de salud Túpac Amaru 178 defunciones en menores de 28 días, de los cuales 88 defunciones corresponden a defunciones fetales (49.4%) y 90 a defunciones neonatales (50.6%) Del total de defunciones notificadas, el mayor número de muertes proceden del distrito de Comas (40 muertes fetales y 54 neonatales), luego el distrito de Carabayllo aporta con 48 muertes (30 fetales y 18 neonatales) y el distrito de Independencia es el que notifica el menor número con 36 (18 fetales y 18 neonatales)<sup>(9)</sup>.

La presente investigación, está relacionada con las experiencias observadas durante mi práctica del internado hospitalario, en el servicio de Alojamiento conjunto en el Hospital Referencial de Ferreñafe, Lambayeque 2018; donde, pude evidenciar

quecuando se daba las sesiones educativas de consejería a las madres parturientas, y luego se les preguntaba sobre el tema, la mayoría de ellas no respondían, y otras madres solo contestaban uno o dos signos de alarma. Como futura licenciada en enfermería, y bajo los criterios de la formación ética, adquiridos durante el transcurso de mi carrera profesional; no puedo ser ajena a esta problemática, en la cual por desconocimiento de las madres, en especial las primíparas, sobre los cuidados elementales del recién nacido, el cual está expuesto a un sinnúmero de afecciones, que lo conduce a la muerte; es que surge la inquietud de plantear el presente estudio, con el objetivo de determinar cuál es el conocimiento previo que tienen las madres primíparas sobre los signos de alarma que alertan a las progenitoras sobre el estado de salud de sus bebés durante el primer mes de vida, y cuál es la actitud que adoptarían para solución en el caso de presentarse alguna complicación que amenace la salud del recién nacido. Por lo tanto se planteó esta investigación de cuyos resultados, servirán como punto de partida para futuras investigaciones en aras de disminuir los índices de mortalidad neonatal en nuestra región.

## **1.2. Antecedentes de Estudio**

En la búsqueda de investigaciones realizadas en los diferentes contextos internacional, nacional y local, se ha podido encontrar los siguientes hallazgos sobre el tema en cuestión:

A nivel internacional:

Bermeo, J.G. y Crespo, A.M<sup>(10)</sup>.2015; en Ecuador se realizó un estudio “Determinación del nivel de conocimiento sobre el cuidado del recién nacido en madres adolescentes primíparas que alumbran en el Hospital Regional Vicente Corral Moscoso”. Con el Objetivo: Determinar el nivel de conocimiento que tienen las madres adolescentes primíparas que alumbran en el “Hospital Regional Vicente Corral Moscoso” sobre el cuidado del recién nacido. Metodología :Se realizó un estudio de tipo descriptivo-transversal, en el período comprendido entre mayo y noviembre de 2015, se trabajó con 177 madres adolescentes primíparas que acudieron a alumbrar en el departamento de Gineco- Obstetricia del Hospital Regional Vicente Corral Moscoso a quienes se les aplicó un cuestionario para

determinar el nivel de conocimiento sobre el cuidado del recién nacido; la información obtenida fue tabulada mediante el programa SPSS 15 en Español y presentada en tablas y gráficos elaborados en Excel 2010. Conclusión: Nuestro estudio según la clasificación Stanones determinó un nivel de conocimiento medio de las madres adolescentes en dos áreas evaluadas: estimulación temprana del recién nacido (53,10%), cuidado del recién nacido (50,30%), y con un (40,11%) presenta un nivel alto en el área de signos de alarma.

Tucanes, V. M.<sup>(11)</sup>. 2017; en Ecuador se realizó el estudio: “Conocimientos, actitudes y prácticas en el cuidado del recién nacido en madres primerizas, Hospital San Luis de Otavalo 2017”. Sustentó que: Irse a casa con un nuevo bebé es emocionante, pero también puede causar ciertos temores. Los recién nacidos tienen muchas necesidades como alimentarlos y cambiarlos que hacen parte de la calidad de vida del nuevo ser y están relacionados directamente con la satisfacción de las necesidades básicas del neonato, el objetivo del presente estudio es evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas que tienen las madres primerizas en relación al cuidado del recién nacido; el diseño metodológico de la investigación es descriptivo de corte transversal con enfoque cualitativo; para lo cual se realizó entrevistas semiestructuradas individuales y una encuesta para determinar las características sociodemográficas, en la investigación participaron 20 mujeres de las cuales el 45% estaban entre 20 a 23 años, el 30% de 17 a 19 años, el 15% de 14 a 16 años, y el 10% mayores de 23 años, el 50% están en una unión libre, el 55% son mestizas y el 45 indígenas, el 70% tienen educación secundaria. En términos generales las madres primerizas describieron un nivel de conocimiento aceptable, se abordan ciertas confusiones y desconocimiento durante la realización de: el baño, limpieza del ombligo y lactancia. Las madres atribuyen sus vacíos de conocimiento a la falta de promoción y prevención por parte del primer nivel de salud.

A nivel nacional:

Castro, M. y Llancari, L.M.<sup>(12)</sup>.2013;en Perú se realizó el presente estudio titulado: “Nivel de conocimiento en el cuidado del recién nacido en madres primíparas atendidas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Departamental Huancavelica 2013”. La investigación tuvo como objetivo de Determinar el nivel de conocimiento en el cuidado del recién nacido en madres primíparas atendidas en el Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Departamental Huancavelica 2013. Es un estudio de diseño descriptiva, la muestra fueron 20 madres primíparas post parto. El muestreo fue, no probabilístico intencional. La técnica de recolección de datos fue la entrevista. Los resultados demuestran que existe un nivel de conocimiento bajo en el cuidado de recién nacido, en las dimensiones físicas y psicológicas al aplicar la encuesta donde resulto: que del total de madres primíparas entrevistadas atendidas en el servicio de Gineco Obstetricia del hospital departamental de Huancavelica el 15% tienen un nivel de conocimiento alto y el 30% tienen un conocimiento medio, y el 55% de madres primíparas tiene un nivel de conocimiento bajo. En la dimensión física las madres entrevistadas en el servicio de Gineco Obstetricia el 20% tiene un conocimiento alto, el 25% tiene un conocimiento medio y el 55% de madres primíparas entrevistadas tiene un conocimiento bajo en cuidados físicos de sus recién nacidos. Dentro de los componentes del cuidado físicos: alimentación el 55% de madres tiene un conocimiento bajo en la adecuada alimentación de su recién nacidos; el 65% de madres tiene un conocimiento bajo en la adecuada higiene de su recién nacidos; el 65% tiene un conocimiento bajo en el cuidado de inmunizaciones de su recién nacidos y el 55% de madres primíparas tiene un conocimiento bajo en el cuidado de estimulación de su recién nacidos. En la dimensión psicológica que del total de madres primíparas entrevistadas en el servicio de Gineco Obstetricia el 35% de madres tiene un conocimiento alto en cuidados psicológicos de su recién nacidos, el 30% de madres primíparas tiene un conocimiento medio y el 35% de madres primíparas tiene un conocimiento bajo en cuidados psicológicos de su recién nacido.

Apaza, H<sup>(13)</sup>.2014; en Tacna Perú se realizó la investigación: “Educación de Enfermería y su Influencia en el nivel de conocimientos sobre cuidados del recién

nacido en madres primíparas en el servicio de alojamiento conjunto del Hospital Regional de Moquegua 2013”. Su investigación de tipo descriptivo analítico y adopta un diseño cuasi experimental o pre y pos test con un solo grupo, cuyo objetivo principal fue Determinar la influencia de la educación de enfermería en el nivel de conocimiento sobre cuidados del recién nacido en madres primíparas en el servicio de alojamiento conjunto del Hospital Regional de Moquegua. Así mismo el objeto de estudio fueron las madres primíparas del servicio de alojamiento conjunto. La muestra estuvo constituida por 47 madres primíparas, hospitalizadas en el servicio de alojamiento conjunto del Hospital Regional de Moquegua. Para medir las variables, se elaboró un instrumento, que fue validado por expertos. Las conclusiones fueron que, en cuanto al nivel de conocimiento de las madres al momento de ingreso en el servicio de alojamiento conjunto (pre test) el 55,32% presenta nivel de conocimiento bueno y el 44,68% presenta nivel regular; y, después de la educación en enfermería en Alojamiento Conjunto (post test) el 91,49 % presenta nivel de conocimiento bueno y el 8,51 % presenta nivel regular, afirmándonos que la educación de enfermería aumenta el nivel de conocimientos en la madres primíparas. Así mismo, se concluyó que existe un cambio significativo entre el antes y el después, rechazando la hipótesis Nula (Ho) y aceptando la hipótesis Principal (H1); es decir, que la educación de enfermería aumenta el nivel de conocimientos sobre cuidados del recién nacido en las madres primíparas que ingresan al servicio de Alojamiento Conjunto del Hospital Regional de Moquegua.

Hualpa, S.<sup>(14)</sup>. 2016; en Huánuco Perú se realizó la investigación: “Conocimiento y conductas de cuidados básicos al recién nacido por madres adolescentes, usuarias del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco, 2016”. La investigación tuvo como Objetivo. Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y las conductas de cuidados básicos al recién nacido por madres adolescentes, usuarias del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco; 2016. Metodología. Se realizó un estudio de tipo prospectivo, transversal, analítico, y observacional, de diseño relacional, conformado por una población muestral de 76 madres adolescentes, seleccionados por un muestreo no probabilístico, según criterios de inclusión y exclusión; se



aplicó una guía de entrevista, un cuestionario de conocimientos y una escala de conductas; dichos instrumentos fueron válidos y fiables. En el análisis inferencial se aplicó la prueba no paramétrica de chi cuadrada, con un  $p < 0,05$ ; apoyados en el software IBM SPSS. Resultados. El nivel de conocimiento sobre el cuidado básico del recién nacido en un 57,9% (44) de las madres fue nivel medio. El tipo de conducta frente al cuidado del recién nacido fue adecuada en un 93,4% (77). Se confirmó la relación entre el nivel de conocimientos y las actitudes frente al cuidado básico del recién nacido [ $X^2=6,9$ ;  $gl = 1$  y  $p = 0.030$ ]. No se halló relación entre el nivel de conocimientos con las conductas del cuidado básico al recién nacido [ $X^2=1,7$ ;  $gl = 2$  y  $p = 0.4$ ] y con las prácticas de cuidado [ $X^2=1,6$ ;  $gl = 1$  y  $p = 0.4$ ] en las madres adolescentes en estudio. Conclusiones. El conocimiento de nivel medio tiene relación con las actitudes positivas frente al cuidado básico del recién nacido por la madres adolescentes. Ello amerita fortalecer las prácticas de cuidado del recién nacido.

Esteban, D. D.<sup>(15)</sup>.2016;en Perú se realizó un estudio titulado: “Nivel de conocimiento de puérperas en el cuidado del recién nacido en el Instituto Nacional Materno Perinatal:Enero 2016”. La investigación tuvo como Objetivo: Nivel de conocimiento sobre el cuidado neonatal por parte de las puérperas en el Instituto Nacional Materno Perinatal: enero 2016. Materiales y Métodos: Se aplicó una encuesta sobre conocimientos en las pacientes puérperas en el cuidado del recién nacido. Se evaluó con un cuestionario que consta de dos partes: La primera parte comprende los datos generales y la segunda parte los datos específicos con preguntas con alternativas múltiples acerca de los conocimientos que tienen las puérperas sobre los cuidados del recién nacido. Resultados: Las pacientes puérperas de los servicios del Instituto Nacional Materno Perinatal presentaron un nivel de conocimiento “adecuado” de 54,3% (38) conocimiento y el 45,7% (32) obtuvo un conocimiento “no adecuado” en el cuidado del recién nacido. Según los aspectos básicos; el 60% (42) y el 64,2% (45) presentó un conocimiento “no adecuado” sobre termorregulación y vestimenta respectivamente, mientras que el 78,5% (55), 60% (42) y el 55,7% (39) obtuvo un “conocimiento adecuado” sobre lactancia materna, baño e higiene perianal en el recién nacido, respectivamente. Dentro de los signos de alarma; se observa que el 70% (49) y el 71,4% (60) no reconocen al

llanto débil y llanto fuerte como signos de alarma respectivamente. Conclusiones: Se encuentra una prevalencia mayor de conocimiento sobre el cuidado del recién nacido por parte de las puérperas; aunque la diferencia entre las que conocen y no conocen no es muy distante. Los factores socioculturales y familiares pueden influir en los conocimientos previos de las puérperas, si bien nos encontramos en una época con mejor acceso a la información, ésta aun no es brindada en su totalidad.

Cosanatan, S. Y.<sup>(16)</sup>.2016; en, Perú se realizó la investigación titulada: “Relación entre el conocimiento y actitud de madres adolescentes en el cuidado del recién nacido Hospital Belén de Trujillo 2016”. La presente investigación de enfoque cuantitativo, tuvo como propósito determinar la relación entre el conocimiento y actitud de madres adolescentes en el cuidado del recién nacido Hospital Belén de Trujillo 2016. La población estuvo constituida por 226 Madres adolescentes de 15 a 19 años de edad hospitalizadas del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Belén de Trujillo - 2016 y la muestra fue de 87 Madres adolescentes, seleccionada por muestreo probabilístico. Se utilizó la técnica de encuesta, y dos instrumentos: un cuestionario para la medición del Nivel conocimientos de las madres adolescentes; y una Escala de Likert para medir actitudes, ambos instrumentos fueron elaborado por la autora, se aplicaron los criterios de validez de contenido con juicio de expertos y se aplicó la prueba de alfa de Cronbach con resultado aceptable de 0,74 para conocimientos y bueno con 0,89 para actitudes. Según los resultados obtenidos, se afirma que el 67,8% de las madres adolescentes presentan nivel de conocimiento medio, siendo este el 36.8 % No favorable y el 31 % Favorable, el 20,7% nivel de conocimientos Alto con un 12.6% Favorable y 8.1% No favorable, y finalmente el 11.5% nivel de conocimientos bajo con 3.4% No favorable y el 8.1% Favorable. Al aplicar prueba de estadística de Chi cuadrado se puede concluir que no existe una relación significativa entre nivel de conocimiento y actitudes de las madres adolescentes. Por lo tanto el personal de enfermería es quien debe brindar la información precisa y necesaria para que la madre adolescente brinde un buen cuidado a su recién nacido.

Niño, L. A<sup>(17)</sup>.2017; en Perú se realizó la investigación titulada: “Conocimientos y Prácticas sobre el cuidado de los recién nacidos en madres adolescentes que acuden al Centro de Salud de Pillco Marca - Huánuco, 2016”. La cual tuvo como Objetivo general:Determinar la relación entre los conocimientos y las prácticas sobre el cuidado de los recién nacidos en madres adolescentes que acuden al Centro de Salud de Pillcomarca – Huánuco, 2016. MaterialesyMétodos:Se realizó un estudio relacional, de tipo observacional, transversal y prospectivo; la muestra estuvo conformada por 50 madres de adolescentes que acudieron al Centro de Salud Pillco Marca; utilizando un cuestionario de conocimientos y de prácticas de cuidado del recién nacido en la recolección de los datos; en el análisis inferencia se utilizó la prueba del Chi Cuadrado de Independencia con una significancia estadística  $p \leq 0,05$ . Resultados:En general, el 60% de madres adolescentes tuvieron conocimientos buenos y el 40% conocimientos deficientes sobre el cuidado del recién nacido; respecto a las prácticas, el 64,0% tuvieron prácticas adecuadas y el 36% prácticas inadecuadas. Al analizar la relación entre las variables se encontró que los conocimientos se relacionaron significativamente con las prácticas de cuidado de los recién nacidos ( $p < 0,000$ ). Asimismo se encontró relación significativa entre los conocimientos y las prácticas de cuidado de la alimentación ( $p < 0,005$ ), higiene ( $p < 0,008$ ), sueño ( $p < 0,000$ ), eliminación vesical e intestinal ( $p < 0,021$ ), vestimenta ( $p < 0,009$ ), reconocimiento de signos de alarma ( $p < 0,000$ ) y de estimulación temprana ( $p < 0,000$ ). Conclusión:Los conocimientos se relacionan con las prácticas de cuidado de los recién nacidos en las madres adolescentes en estudio.

A nivel local:

Llontop, M. M., y Rumiche, G.Y. T. <sup>(18)</sup>.2015; en Perú se realizó el estudio "Cuidado de las madres adolescentes primípara a su neonato en un centro de salud. Lambayeque 2014". Mencionan que: Actualmente el embarazo en adolescentes no solo es un problema social para la mujer sino un factor de riesgo para el neonato, debido a la inmadurez y a la falta de conocimientos de la madre adolescente por ser primeriza; por ello se realizó este estudio cualitativo, con abordaje de estudio de caso, con el objetivo de caracterizar, analizar y comprender el cuidado que tienen las madres adolescentes primíparas a su neonato, aplicado en madres de 16 a 19

años que asistieron al C.S Jayanca en los meses de enero y febrero del 2015. La muestra fue de 7 madres adolescentes determinada por saturación; la técnica que se utilizó fue entrevista abierta a profundidad, el instrumento fue la guía de entrevista, y paralelo a ello la observación indirecta. El procesamiento y análisis fue temático, llegando a la construcción de 4 categorías y subcategorías: "cuidado en base a la satisfacción de necesidades: alimentación, higiene, sueño, descanso"; "cuidando mediante prevención", "incorporando prácticas tradicionales en el cuidado del neonato" y "participación de la familia en el cuidado". Por tal motivo se debe educar a las madres adolescentes con respecto a la adopción del rol maternal y los cuidados del neonato, ya que es primordial para mejorar y fortalecer las acciones que deben tener ellas con su niño, haciendo énfasis en las necesidades básicas del neonato.

Cajusol, L. R. y Cotrina, I. M.<sup>(19)</sup>.2017; en Perú se realizó la investigación "Nivel de conocimiento de las madres adolescentes en cuidados al recién nacido del Centro de Salud San Martín. Lambayeque. 2016". Presente un trabajo de investigación que tiene el objetivo general de determinar el nivel de conocimiento de las madres adolescentes en cuidados al recién nacido del Centro de Salud San Martín-Lambayeque. El estudio es de tipo descriptivo, observacional de corte transversal: por el tiempo de estudio es prospectivo: el diseño de contrastación de hipótesis es de una sola casilla. Se trabajó con una sola muestra de 22 madres adolescentes que recibieron atención en el centro de salud durante 4 meses, tiempo que duró el estudio.

### **1.3. Teorías relacionadas al tema**

Ramona Mercer con su teoría Adopción del Rol Maternal, propone la necesidad de que los profesionales de enfermería tengan en cuenta el entorno familiar, la escuela, el trabajo, la iglesia y otras entidades de la comunidad como elementos importantes en la adopción de este rol. El cual es entendido como un proceso interactivo y evolutivo que se produce durante cierto periodo de tiempo, en el cual la madre involucra una transformación dinámica y una evolución de la persona mujer en comparación de lo que implica el logro del rol maternal, se va

sintiendo vinculada a su hijo, adquiere competencia en la realización de los cuidados asociados a su rol y experimenta placer y gratificación dentro del mismo. Igualmente hay desplazamiento hacia el estado personal en el cual la madre experimenta una sensación de armonía, intimidad y competencia constituyendo el punto final de la adopción del rol maternal, es decir la identidad materna<sup>(20)</sup>.

Por lo tanto, cuando la madre logra el apego de su hijo, adquiere experiencia en su cuidado y experimenta la alegría y la gratificación de su papel. Mercer abarca varios factores maternos: edad, estado de salud, relación padre-madre y características del lactante. Además define la forma en que la madre percibe los acontecimientos vividos que influirán al momento de llevar los cuidados a su hijo con características innatas de su personalidad<sup>(20)</sup>.

La teoría del apego de John Bowlby es el vínculo emocional que desarrolla el niño con sus padres y que le proporciona la seguridad emocional indispensable para un buen desarrollo de la personalidad. La tesis fundamental de la Teoría del Apego es que el estado de seguridad, ansiedad o temor de un niño es determinado en gran medida por la accesibilidad y capacidad de respuesta de su principal figura de afecto<sup>(21)</sup>.

El bebé según esta teoría nace con un repertorio de conductas las cuales tienen como finalidad producir respuestas en los padres: la succión, las sonrisas reflejas, el balbuceo, la necesidad de ser acunado y el llanto, no son más que estrategias por decirlo de alguna manera del bebé para vincularse con sus papás. Con este repertorio los bebés buscan mantener la proximidad con la figura de apego, resistirse a la separación, protestar si se lleva a cabo y utilizar la figura de apego como base de seguridad desde la que explora el mundo<sup>(21)</sup>.

La herencia genética tiene un profundo impacto sobre nuestro desarrollo, determinando las características innatas de nuestro sistema nervioso y el modo en que reaccionaremos con las otras personas. Por su parte, la experiencia también influye directamente en el desarrollo infantil, ya que es capaz de activar determinados genes y, en consecuencia, de modelar nuestra estructura cerebral<sup>(21)</sup>.

Los tipos de apegos son: a) Apego Seguro: El apego seguro se da cuando la persona que cuida demuestra cariño, protección, disponibilidad y atención a las

señales del bebé, lo que le permite desarrollar un concepto de sí mismo positivo y un sentimiento de confianza. En el dominio interpersonal, las personas seguras tienden a ser más cálidas, estables y con relaciones íntimas satisfactorias, y en el dominio intrapersonal, tienden a ser más positivas, integradas y con perspectivas coherentes de sí mismo. b) Apego Ansioso: El apego ansioso se da cuando el cuidador está física y emocionalmente disponible sólo en ciertas ocasiones, lo que hace al individuo más propenso a la ansiedad de separación y al temor de explorar el mundo <sup>(21)</sup>.

### **- Signos de alarma del recién nacido**

El periodo neonatal comprende el tiempo que transcurre entre el nacimiento y el 28 día de vida. Durante este periodo, el neonato se adapta de la vida intrauterina a la extrauterina. Las primeras horas del recién nacido probablemente sean las más peligrosas. El recién nacido sano es dado de alta a las 48 a 72 horas del nacimiento, por ello la madre debe recibir la orientación adecuada para que identifique los signos de alarma con la finalidad que recurra oportunamente a la consulta y evitar complicaciones graves. <sup>(22)</sup>. Entre ellos tenemos los siguientes:

#### **Ictericia:**

Es la coloración amarilla de piel y mucosas, consecuencia de la descomposición normal de los glóbulos rojos (menor tiempo de vida de los eritrocitos circulantes, solo 70 a 80 días a diferencia de los 120 días en los lactantes mayores), asimismo de la inmadurez del hígado para procesar la bilirrubina, pues la capacidad para conjugarse la bilirrubina está reducida debido a la disminución de la producción de la glucoroniltransferasa. Por lo tanto, la mayoría de los RN presenta un cierto grado de ictericia, que aparece usualmente entre el segundo y quinto día, y desaparece alrededor de dos semanas, a esto se le denomina ictericia fisiológica, cuyos valores de bilirrubina oscila sobre 12 mg/dl. En cambio, la ictericia patológica o anormal aparece en las primeras 24 horas, la bilirrubina aumenta 30 más de 0.5 mg por hora. Es importante su detección porque puede producir Kernicterus, cuando supera las cifras de 20mg/dl, el RN convulsiona. De presentar esta coloración en piel y mucosas pasado el quinto día o la coloración aumento en

dimensión en la piel del RN acudir inmediatamente al centro de salud más cercano (22).

Según Ledewiga,<sup>23</sup>, menciona que la ictericia, es la conjugación de la bilirrubina, consiste en la conversión del pigmento amarillo liposoluble en un pigmento hidrosoluble. La bilirrubina sérica total es la suma de la bilirrubina conjugada (directa) y no conjugada (indirecta). La bilirrubina sin conjugar (indirecta) es un subproducto de la degradación de la hemoglobina liberada fundamentalmente de los hematíes destruidos. La bilirrubina directa es excretada al colédoco y al duodeno. La ictericia fisiológica se debe a la destrucción acelerada de los hematíes fetales, a la conjugación insuficiente de la bilirrubina y a una mayor reabsorción intestinal de la bilirrubina; el aumento de la cantidad de la bilirrubina que llega al hígado puede ser debido al pinzamiento tardío del cordón. Si se sospecha de una posible ictericia, la enfermera puede evaluar rápidamente el color del neonato presionando con un dedo la piel, generalmente de la frente o la nariz y se comunica al médico. La ictericia fisiológica puede preocupar a los padres, por eso es importante explicarles sobre el daño.

#### Cianosis:

Es la coloración azulada de la piel y mucosas definida por aumento de la hemoglobina desaturada en la sangre arterial superior a 5g/dl. Al valorar a un RN se debe diferenciar si estamos frente a una cianosis periférica (extremidades y peri bucal) que habitualmente es de buen pronóstico, o si es cianosis central. La cianosis se presenta por defecto en el SNC o periférico (tráquea, bronquios, pulmones, pleura), el ingreso y captación de oxígeno es inadecuada, no hay buena captación de oxígeno por los alvéolos. Puede ser de origen pulmonar o cardíaco. Ante un RN cianótico debe descartarse: - Patologías que pueden cursar con cianosis como hipoglucemia, hipotermia, poliglobulia, y septicemia. - Antecedentes maternos: uso de fármacos en el trabajo de parto (anestésicos), corioamnionitis, diabetes pre gestacional. - Antecedentes fetales: prematuridad, sufrimiento fetal, asfixia, Síndrome de Aspiración Meconial (SAM). En estos casos llevar inmediatamente al RN al centro de salud más cercano para su evaluación (22).

#### Hipertermia – Hipotermia:

La temperatura normal oscila entre 36.5°C y 37.5°C (axilar). Es hipotermia cuando tiene cifras por debajo de 36°C, y la elevación por encima de 37.5°C se denomina Hipertermia o fiebre. La inmadurez del centro termorregulador origina que el RN sea frágil a enfriarse o incrementar la temperatura si no está abrigado adecuadamente. Sin embargo, la hipotermia o la hipertermia deben valorarse como sospecha de infección. Las causas que pueden alterar la temperatura normal en un recién nacido puede ser: Infección, deshidratación, etc. <sup>(22)</sup>.

Al respecto Ledewiga<sup>23</sup>, sustenta que la regulación de la temperatura consiste en el mantenimiento del equilibrio térmico mediante la pérdida de calor hacia el exterior a un ritmo equivalente a su producción. La termorregulación del neonato está estrechamente relacionada con el metabolismo y el consumo de oxígeno. Un neonato prematuro o pequeño para su edad gestacional tienen menos tejido adiposo y esta hipoflexionado, por consiguiente, necesita una temperatura ambiente superior para conseguir un entorno térmico neutro; los neonatos mayores y mejor aislados pueden afrontar temperaturas ambientales más bajas.

La hipotermia resultante provoca un aumento del metabolismo basal y del consumo de oxígeno, y esto puede provocar en los neonatos signos de dificultad respiratoria. La sudación suele ser la respuesta inicial de un neonato a término a la hipertermia, esto puede provocar la muerte o lesiones cerebrales importantes si el niño sobrevive <sup>(23)</sup>.

#### Alteración de la respiración:

La respiración del recién nacido es habitualmente periódica, esto quiere decir que no es regular, por momentos parece respirar a cierto ritmo rápido y luego se enlentece hasta hacer pausas de hasta 5 segundos de duración. Sin embargo, el recién nacido normal presenta hasta 60 respiraciones en cada minuto y esta es la cifra máxima tolerable para hablar de frecuencia respiratoria normal. La polipnea o taquipnea es cuando la frecuencia respiratoria es mayor de 60 x minuto. La madre



debe observar si estos episodios se presentan frecuentemente después de la alimentación, así como después del llanto, porque podría corresponder a problemas cardiacos<sup>(22)</sup>.

La apnea es cuando el niño respira extremadamente lento o incluso deja de respirar más allá de 20 segundos, y especialmente si no responde a la estimulación, debe ser llevado a un centro asistencial para su evaluación, aun después de haber superado la situación. Cuando el cese del flujo de aire en la vía aérea por 20 segundos, o cuando es menor el tiempo que se acompaña de cianosis, y bradicardia se llama APNEA. La causa puede ser infección, lesión neurológica (convulsión del RN), problemas cardiacos, o asfixia. Es por ello que apenas se evidencie algunos de estos signos se lleve al RN a un establecimiento de salud lo más rápido posible<sup>(22)</sup>.

Ledewiga<sup>23</sup>, menciona que la frecuencia respiratoria neonatal normal es de 40 a 60 respiraciones por minuto. Las respiraciones iniciales pueden ser fundamentalmente diafragmática, superficiales, de profundidad y ritmo irregular. Existe una respiración periódica cuando el patrón respiratorio se caracteriza por pausas de 5-15 segundos. La respiración periódica no suele acompañarse de diferencias en el color de la piel o cambio de la frecuencia cardiaca. La apnea consiste en una interrupción de la respiración durante más de 20 segundos y es normal en los neonatos a término. La Apnea puede acompañarse o no de cambios en el color de la piel o en la frecuencia cardiaca (que desciende por debajo de 100 latidos por minuto). La apnea obliga siempre a una evaluación más detallada. Hay que avisar al médico si la frecuencia respiratoria cae por debajo de 40 o supera 60 por minuto cuando el recién nacido está en reposos, o si se observa retracción costal, cianosis, dilatación nasal o gruñido respiratorio. Un mayor uso de los músculos intercostal (retracción costal) puede identificar dificultad respiratoria.

#### Convulsiones:

Habitualmente los recién nacidos presentan temblores de brazos y piernas estando despiertos y sobresaltos al estar dormidos. Pero estos movimientos deben distinguirse de las denominadas convulsiones que corresponden a verdaderos movimientos anormales y que sí son patológicos. En el recién nacido pueden

presentarse de modo muy variado pero característicamente no cesan a pesar de la estimulación, el niño presenta la mirada fija y se desconecta del ambiente o los ojos se dan vuelta hacia arriba visualizándose fundamentalmente la esclerótica (sector blanco del ojo), cuerpo hipotónico (blando), o hipertónico (endurecimiento) o con movimientos de contracción rítmicos de miembros superiores o inferiores. Estos movimientos pueden ser generalizados o focalizados, sutiles o muy evidentes. Son una emergencia médica por cuanto indican un proceso patológico que puede producir daños cerebrales irreversibles, en consecuencia es imperativo reconocerlas y tratar la convulsión y su causa<sup>(22)</sup>.

#### Vómitos:

Los RN presentan regurgitaciones dado la capacidad limitada del estómago, reflujo fisiológico que es expulsado sin esfuerzo luego de la alimentación. Cuando el RN expulsa con esfuerzo un gran volumen de leche después de la alimentación y un aumento de la frecuencia durante el día puede corresponder a una patología. Las causas más frecuentes son: - Infecciones: gastrointestinales, respiratorias, urinarias. - Intolerancia alimentaria: lactosa. - Malformaciones del aparato digestivo: atresia intestinal, estenosis hipertrófica del píloro, estenosis esofágica. - Invaginación intestinal. - Trastornos endocrinos: diabetes. - Enfermedades del SNC: hidrocefalia, meningitis, encefalitis. - Errores innatos del metabolismo: galactosemia, acidemias orgánicas<sup>(22)</sup>.

Al respecto Ledewiga<sup>23</sup>, menciona que los hidratos de carbono que tienen que digerir los neonatos suelen ser disacáridos (lactosa, maltosa, sacarosa). La lactosa es el principal hidrato para el amamantamiento y generalmente se digiere fácilmente y se absorbe bien. Los neonatos tienen dificultad para digerir los almidones (transformar hidratos de carbono completos en maltosa). El cardias es inmaduro, lo mismo que el control neural del estómago, de modo que en el periodo neonatal se puede observar alguna regurgitación. Normalmente se puede limitar la regurgitación de la primera toma durante el primer y el segundo día de vida evitando la sobrealimentación y haciendo que el neonato expulse bien los gases durante la lactancia y después de la misma. Los vómitos o la regurgitación continuos deben vigilarse estrechamente. Si el neonato ha tragado líquido

amniótico sanguinolento o purulento, puede estar indicado un lavado gástrico en el niño a término para aliviar el problema. Los vómitos biliosos son anormales y deben investigarse adecuadamente, ya que pueden deberse a un trastorno que justifique a una intervención quirúrgica inmediata<sup>(23)</sup>.

### Deposiciones

Los neonatos a término suelen eliminar meconio en las primeras 8 horas – 24 horas de vida, y casi siempre en un plazo de dos días. El meconio se forma intrauterino a partir del líquido amniótico y sus componentes, las secreciones intestinales y las células desprendidas de la mucosa. Se caracteriza por su aspecto denso y su color negro alquitrán o verde oscura. Durante el día o los dos días siguientes se eliminan deposiciones de transición (marrón claro o verde) formadas de parte por meconio y en parte por material fecal; posteriormente, las deposiciones se vuelven enteramente fecales, generalmente, las deposiciones de un neonato amamantado son de color amarillo pálido, pulposas y más líquidas y frecuentes que las de los niños alimentados con biberón, cuyas deposiciones son más claras, formadas y pastosas. La frecuencia de los movimiento intestinales varían, pero oscilan entre una deposición cada dos o tres días. Los lactantes que solo son alimentados de leche materna suelen tener entre 5 -7 deposiciones al día. Hay que explicar a la madre que el neonato no está estreñido siempre que las deposiciones sigan siendo blandas<sup>(23)</sup>.

### Condón umbilical

Al principio, el cordón umbilical es blanco y gelatinoso y es fácil percibir las dos arterias y la vena umbilical. La presencia e una arteria umbilical única a menudo se asocia a malformación congénitas, por lo que cuando se valora al recién nacido es importante contar los vasos. El cordón empieza a secarse una o dos horas después del parto y se arruga y oscurece en el segundo o tercer día. A los 7 a 10 días se cae, aunque durante algunos días más puede persistir una zona granulación. La hemorragia por el cordón es anormal y puede deberse a tracciones inadvertidas sobre el mismo o a que la pinza se afloje. El drenaje de material mal oliente también es anormal y la causa suele ser una infección que requiere un tratamiento

inmediato para evitar la septicemia. Si tras la caída del cordón persiste un drenaje seroso o serosanguinolento, debe pensarse en un granuloma, que aparece como pequeño botón rojo en la parte más profunda del ombligo. El tratamiento consiste en su cauterización, que lo realiza el médico con una barrera de nitrato de plata<sup>(23)</sup>.

#### Lactancia materna

La composición de la leche humana varía con la fase de lactancia, la hora del día, el momento de la toma, la nutrición de la madre y la edad gestacional del recién nacido en el momento del parto. Se distinguen tres fases de la leche humana: calostro, leche de transición y leche madura<sup>(23)</sup>.

El calostro es un líquido amarillento de aspecto cremoso, más espeso que la leche madura y que contiene más proteínas, más vitaminas liposolubles y más minerales. La lactancia materna se puede comenzar inmediatamente después del parto si es que no presenta ningún tipo de riesgo. El lactante debe recibir la lactancia cada 2 a 3 horas porque puede bajar la glucosa<sup>(23)</sup>. Hipoglucemia neonatal es una concentración sérica de glucosa < 40 mg/dl en recién nacidos a término o < 30 mg/dl en aquellos pretérmino, los signos son taquicardia, cianosis, convulsiones y apnea<sup>(24)</sup>.

#### **- Actitud de madre durante primeros tres meses de bebé es clave en rol del papá.**

Los tres primeros meses de la vida de un bebé rompen la dinámica que vive una pareja, especialmente si se trata de su primer hijo. El saber cómo distribuirse los roles de cuidado y las otras labores domésticas puede ser algo que genere tensiones. De acuerdo con un estudio de la Universidad de Ohio, Estados Unidos, la actitud que tenga la madre hacia cómo se involucra el padre en estos primeros meses es vital en el apego que sienta él hacia su hijo en adelante<sup>(25)</sup>.

"Hay dos tipos de actitudes determinantes en las mujeres. Están quienes, por temor o nerviosismo, no dejan que los padres se acerquen mucho a los hijos, los cambien

o laven sus chupones o ropita porque sienten que ellos no son capaces, o, por el otro, quienes se apoyan en el hombre y participan ambos de forma activa en el cuidado del recién nacido", destacó en un comunicado de prensa Lauren Altenburger, coordinadora del estudio <sup>(25)</sup>.

- Conocimiento: Según Fidias Áreas el conocimiento puede entender en dos direcciones: como un proceso manifiesto en el acto de conocer, es decir, la percepción de la realidad y como un producto o resultado de dicho proceso, que se traduce en conceptos, imágenes y representaciones a cerca de una realidad. Visto como un proceso, el conocimiento implica una relación entre dos elementos esenciales: sujeto y objeto, entendiéndose el sujeto como la persona que busca, obtiene o posee el conocimiento; y el objeto como el hecho, fenómeno, tema y materia que el sujeto estudia. En base a lo expuesto, el conocimiento se define como el proceso en el cual se relacionan el sujeto que conoce, que percibe mediante sus sentidos, y el objeto conocido o percibido <sup>(26)</sup>.

Para Mario Bunge, el conocimiento es una cualidad del ser humano dotado con un nivel de razón por medio de la cual se relacionan un Sujeto y un Objeto por conocer, es decir, buscar alcanzar la verdad fáctica. El conocimiento debe y tiene que ser global, general y transmitido <sup>(27)</sup>.

-Tipos de conocimiento: Fidias Áreas, los clasifica de la siguiente manera <sup>(27)</sup>:

a. Conocimiento vulgar o común es un tipo de saber cotidiano que surge de la opinión o de la experiencia particular de los individuos. En la mayoría de los casos se adquiere de forma casual y no intencional. En consecuencia, es un conocimiento no verificado, que se transmite de generación en generación. Cabe destacar que este conocimiento sirve de base para el conocimiento científico <sup>(27)</sup>.

b. Conocimiento científico. Es un saber producto de una investigación en la que se ha empleado el método científico. Tal condición le confiere características que lo hacen verificable, objetivo, metódico, sistemático y predictivo <sup>(27)</sup>.

Según Mario Bunge, menciona que existen los siguientes tipos de conocimiento<sup>(28)</sup>:

Tipos de Conocimiento según Mario Bunge	Descripción
Conocimiento Ordinario	Es el que se posee sin haberlo buscado intencionalmente, ya que se puede poseer sin haberlo estudiado, porque se adquiere en el diario vivir que el hombre tiene en la sociedad que lo rodea.
Conocimiento Técnico	Este conocimiento es especializado pero no científico, se entiende como la información sobre los procedimientos para realizar actividades.
Protociencia	Es el concepto utilizado para describir una hipótesis sobre la que se plantea una investigación que, en caso de confirmarse y demostrarse, podría dar lugar a un conocimiento científico.
Pseudociencia	Es una disciplina, determinada por un conjunto de prácticas, creencias, conocimientos y metodologías no científicos, pero que reclaman dicho carácter.
Conocimiento Científico	Se refiere tanto al conjunto de hechos recogidos por las teorías científicas así como al estudio de la adquisición, elaboración de nuevos conocimientos mediante el método científico.

FUENTE: Gabriel Ortiz 2014-0323.

- Actitudes: La actitud es la forma de actuar de una persona, el comportamiento que emplea un individuo para hacer las cosas. En este sentido, se puede decir que es su forma de ser o el comportamiento de actuar, también puede considerarse como cierta forma de motivación social de carácter, por tanto, secundario, frente a la motivación biológica, de tipo primario que impulsa y orienta la acción hacia determinados objetivos y metas<sup>(29)</sup>.

Son formas habituales de pensar, sentir y comportarse de acuerdo a un sistema de valores que se va configurando a lo largo de la vida a través de las experiencias de vida y educación recibida. De acuerdo a Alcántara<sup>(30)</sup>, las actitudes son el sistema fundamental por el cual el ser humano determina su relación y conducta con el medio ambiente. Son disposiciones para actuar de acuerdo o en desacuerdo respecto a un planteamiento, persona, evento o situación específica; dicha de la vida cotidiana.

Las actitudes están constituidas por elementos cognitivos, afectivos y conativos, que de manera integrada o interdependiente contribuyen a que la gente reaccione de una manera específica<sup>(30)</sup>.

- Componentes de las Actitudes:

a. Componentes Cognoscitivo: Para que se dé una actitud, es necesario que exista también una representación cognoscitiva de algún objeto. Está estructurada por las percepciones y creencias hacia un objeto, así como por la experiencia que nos ha dado a conocer y que tenemos sobre un objeto. Los objetos no conocidos o sobre los que no se posee información no pueden generar actitudes. La representación cognoscitiva puede ser vaga o errónea, en el primer caso el afecto relacionado con el objeto tenderá a ser poco intenso; cuando sea errónea no afectará para nada a la intensidad del afecto <sup>(31)</sup>.

b. Componentes Afectivos: es uno de los sentimientos en favor o en contra de un objeto social. Es el componente más característico de las actitudes que se da o se ha visto en distintas personas. Aquí radica la diferencia principal con las creencias y las opiniones que se caracterizan por su componente cognoscitivo ya que las personas toman sus decisiones de lo que ellas mismas ya conocen o ha escuchado ya ellas mismas dan si es verdad o falso <sup>(31)</sup>.

El componente afectivo se enfoca en la parte emocional de la personalidad se encuentra integrado por el estado de ánimo, los sentimientos, las emociones, los afectos y la parte instintiva del ser humano. La afectividad es un componente importante de la persona humana <sup>(31)</sup>.

La Afectividad: Se manifiesta básicamente mediante las emociones los sentimientos la pasión y la motivación en un término determinado <sup>(31)</sup>.

c. Componentes Conductual: Los componentes conductuales son aquéllos que pueden ser directamente observados por cualquier persona, pese a que ésta no participe para nada en el proceso de comunicación. Se denominan no verbales, para verbales y verbales <sup>(31)</sup>. - Componentes no Verbales: Son los componentes en los que no interviene para nada la palabra, sin embargo, siempre están presentes dentro de la comunicación presencial. Estos son:( los gestos, las miradas, algún movimiento corporal, la sonrisa, la postura,) y que tanto el emisor como el receptor comparten y conocen, y que muchas veces sustituye a las palabras, ya que, los dos conocen su significado <sup>(31)</sup>.

En la actualidad, también dentro de la comunicación en línea existen ciertos códigos comunes y que cada día se generalizan más, tales como: las risas, los gestos, las señalizaciones<sup>(31)</sup>.

- Componentes verbales: El habla es el componente por excelencia de la comunicación, y el que siempre recibe una mayor atención, por ser la forma de comunicación tradicional y que todos deberíamos dominar. Aunque, por otra parte, se dice que el 80% de lo que decimos las personas no es lenguaje verbal, más bien no verbales (gestos, movimientos corporales) y para verbales (risa, llanto, timbre de la voz)<sup>(31)</sup>.

- Adquisición de Actitudes:

Tienen hacer 3 tipos las cuales son:

- A través de la experiencia directa, con un objeto, persona o situación.
- Mediante la adjetivación de los efectos de un estímulo.
- Como consecuencia de las comunicaciones que constantemente están describiendo las características, atributos o cualidades. Valoraciones positivas, negativas<sup>(31)</sup>.

#### **1.4. Formulación del Problema**

¿Cuál es la relación que existe entre los conocimientos y actitudes sobre signos de alarma en el recién nacido de madres primíparas Hospital Referencial de Ferreñafe, Lambayeque 2018?

#### **1.5. Justificación e importancia del estudio**

Existen ciertos signos de alarma en el recién nacido que pueden presentarse solos o en conjunto y que deben ser motivo de acción inmediata por parte de la madre o persona a cargo del niño. El conocerlos es de suma importancia para las madres primíparas, quienes muchas veces tienen un déficit de conocimiento sobre los cuidados que le deben brindar al recién nacido, cuyos índices de mortalidad superan el 40% en nuestro país y se producen dentro los 28 a 30 días de su nacimiento. Como producto de este desconocimiento, da origen a que la actitud que opte la



madre primípara, esté sujeta a cometer una serie de errores en su accionar, que conduzca a la muerte de su menor hijo; situación que podría evitarse si estuviese preparada y consiente de la responsabilidad que tiene que asumir, para criar un niño(a) saludable.

La presente investigación se justifica, porque permitió determinar cuál en el nivel de conocimiento sobre los signos de alarma en el recién nacido, y cuáles son las actitudes que deben desplegar las madres primíparas para preservar la salud de sus mejores hijos, durante los primeros 30 días; periodo en el que los neonatos son más vulnerables a múltiples afecciones, en el entorno que les rodea.

Este estudio es importante, porque de los resultados que se obtengan, van a servir como fuente de consulta a la entidad hospitalaria donde se desarrollara la investigación y a las personas interesadas; para la toma de decisiones y hacer uso de las estrategias pertinentes que permitan disminuir los índices de mortalidad de los niños(as) en sus primeros meses de vida, especialmente en los hogares de bajos recursos económicos y culturales. Así mismo el estudio dará pie, para la realización de nuevas investigaciones en diferentes contextos, como el rural y el urbano-marginal de nuestra región.

## **1.6. Hipótesis**

**H<sub>a</sub>:** Existe relación significativa entre los conocimientos y las actitudes sobre signos de alarma en el recién nacido de madres primíparas Hospital Referencial de Ferreñafe, Lambayeque 2018.

**H<sub>0</sub>:** No existe relación significativa entre los conocimientos y las actitudes sobre signos de alarma en el recién nacido de madres primíparas Hospital Referencial de Ferreñafe, Lambayeque 2018.

## **1.7. Objetivos**

### **1.7.1. Objetivos General**

Determinar la relación que existe entre los conocimientos y actitudes sobre signos de alarma en el recién nacido de madres primíparas Hospital Referencial de Ferreñafe, Lambayeque 2018.

### **1.7.2. Objetivos Específicos**

- Identificar las características socio-demográficas de las madres primíparas Hospital Referencial de Ferreñafe, Lambayeque 2018.
- Precisar los conocimientos de las madres primíparas sobre los signos de alarma en el recién nacido Hospital Referencial de Ferreñafe, Lambayeque 2018.
- Conocer las actitudes de las madres primíparas sobre los signos de alarma en el recién nacido Hospital Referencial de Ferreñafe, Lambayeque 2018.
- Establecer la relación que existe entre los conocimientos y actitudes sobre los signos de alarma en el recién nacido de madres primíparas Hospital Referencial de Ferreñafe, Lambayeque 2018.

## II. MATERIAL Y MÉTODO

### 2.1. Tipo y Diseño de Investigación

#### 2.1.1. Tipo de investigación

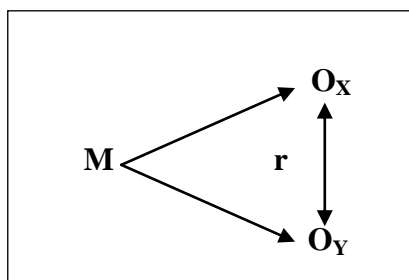
La presente investigación es de tipo cuantitativa. El tipo de investigación cuantitativa se caracteriza porque permite ordenar los resultados de las observaciones de las conductas, las características, los factores, los procedimientos de fenómenos y hechos.

El tipo de investigación es descriptivo porque tiene como objetivo central la descripción de los fenómenos. Se sitúa en un primer nivel del conocimiento científico, Hernández, Fernández y Baptista, sostienen que la investigación descriptiva busca especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice, es decir es descriptiva porque se efectúa cuando se desea describir, en todos sus componentes principales, una realidad y busca especificar propiedades, características y los perfiles importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis(Hernández Sampieri)<sup>(32)</sup>.

#### 2.1.2. Diseño de investigación

El diseño de investigación es el tipo descriptivo-correlacional, porque se orienta a la determinación del grado de relación existente entre dos o más variables de interés en una misma muestra de sujetos o el grado de relación existente entre dos fenómenos o eventos observables.

Cuyo esquema es el siguiente:



Donde:

**M**= Muestra conformada por las madres primíparas del Hospital Referencial de Ferreñafe.

**O** = Observación realizada a cada variable.

**X** = Variable que se va a medir los conocimientos sobre signos de alarma del recién nacido de las madres primíparas.

**Y** = Variable que va a medir las actitudes de las madres primíparas frente a los signos de alarma del recién nacido.

**r** = El coeficiente de correlación.

## 2.2. Población y muestra

### 2.2.1. Población

Para la obtención de la población se procedió a recopilar información del número de partos de madres primíparas en mencionado nosocomio, durante el periodo de tres meses antes de la aplicación de los instrumentos de investigación; obteniéndose la siguiente tabla:

Tabla N° 1. Población de madres primíparas que fueron atendidas en los últimos tres meses en el Hospital Referencial de Ferreñafe - 2018

Mes	n	%
Julio	62	34,44
Agosto	54	30,00
Setiembre	64	35,56
TOTAL	180	100,00

FUENTE: Departamento de Alojamiento Conjunto del Hospital Referencial de Ferreñafe.

De este total acumulativa, se extrajo el promedio, con el objeto de obtener una población hipotética, resultando ser 60 madres primíparas aproximadamente.

## 2.2. Muestra

Para la selección de la muestra se usó de la fórmula de determinación del tamaño de muestra cuando la población es finita:

$$n = \frac{NZ^2PQ}{(N - 1)E^2 + Z^2PQ}$$

Donde:

$$P = 0,5$$

$$Q = 0,5$$

$$Z = 1,69$$

$$E = 0,05$$

$$N = 60$$

$$n = \frac{(60)1,69^2(0,5)(0,5)}{(60 - 1)0,05^2 + 1,69^2(0,5)(0,5)}$$
$$n = 49,7275$$

Por efectos de redondeo, muestra quedó constituida por 50 madres primíparas.

### - *Criterios de Inclusión:*

Madres primíparas atendidas en el Hospital Referencias de Ferreñafe

Madres que acepten participar del estudio y que firmen consentimiento informado.

### - *Criterios de exclusión:*

Madres que no son primíparas atendidas en el Hospital Referencias de Ferreñafe

Madres que no acepten participar del estudio

## 2.3. Variables, Operacionalización

### 2.3.1. Variables

Variable 1: Conocimiento

Variable 2: Actitud

## A. Definición Conceptual

### - Conocimiento

El conocimiento es la construcción de saberes en una situación determinada que tiene valor de acuerdo con su utilidad y validez, al satisfacer las necesidades dentro de una sociedad.

### - Actitud:

La actitud se define, como la disposición o predisposición aprendida de una persona, para actuar de determinada manera ante un fenómeno, persona o situación y que se manifiesta de algún modo organizado mediante la experiencia y que influye u orienta la conducta con respecto a objetos o situaciones.

## B. Definición Operacional

### - Conocimiento:

La variable será evaluada a través de un cuestionario construido para esta investigación el cual fue estructurado teniendo en cuenta la operacionalización de la variable.

### - Actitud:

La variable será evaluada a través de una escala de likert construido para esta investigación el cual fue estructurado teniendo en cuenta la operacionalización de la variable.

### 2.3.2. Operacionalización de las variables

Variable	Dimensiones	Indicadores	Técnicas e instrumentos de recolección de datos
Variable Independiente:  Conocimiento	Signos de alarma	<ul style="list-style-type: none"><li>- Color de la piel anormal: piel azulada, (cianosis), piel amarilla (ictericia).</li><li>- Temperatura del recién nacido: hipertermia, hipotermia.</li><li>-Vómitos frecuentes. (Regurgitación, deshidratación).</li><li>- La textura y color de las deposiciones.</li><li>- Recién nacido con dificultad para respirar.</li><li>- Convulsiones</li><li>- Cordón umbilical infectado.</li><li>- Lactancia materna (Hipoglucemia).</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Técnica: Encuesta</li> <li>▪ Instrumento: Cuestionario</li></ul>

Variable Dependiente:	Componente afectivo o emocional	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manifiesta sensaciones y sentimientos que dicho objeto produce en el sujeto.</li> <li>- Expresa creencias y las opiniones sobre los signos de alarma en el recién nacido.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Técnica: Escala</li> <li>▪ Instrumento: Escala de Likert</li> </ul>
Actitud	Componente conductual:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Presenta intenciones, disposiciones o tendencias hacia el reconocimiento de los signos de alarma</li> <li>- Implica toda acción de actuar o reaccionar de una manera determinada ante los signos de alarma</li> </ul>	
	Componente cognitivo:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Expresa creencias, valores y estereotipos que tienen las madres sobre los signos de alarma</li> <li>- Implica una valoración positiva o negativa sobre la información que posee sobre los signos de alarma.</li> </ul>	

#### 2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

La técnica que se utilizó para la recopilación de los datos de campo fue la encuesta estructurada, y como instrumento el cuestionario. Para la variable de conocimiento, el cuestionario estará compuesto de datos generalas, el objetivo, datos socio-demográficos, las instrucciones, y los ítems en número de 10; con preguntas cerradas y abiertas. El cuestionario de actitudes está compuesto de datos generales, objetivos, instrucciones y los ítems en número de 10, distribuidas en la escala de Likert. Los instrumentos serán construidos para esta investigación teniendo en cuenta la operacionalización de las variables del estudio y los objetivos que persigue el estudio.

Para la validez de los instrumentos de Conocimiento y Actitudes del presente estudio, fueron sometidos al juicio de expertos, conformado por 3 profesionales calificados de la carrera de enfermería Dra. Norma del Carmen Gálvez Díaz, doctora en ciencias de la enfermería, especialista en investigación científica, con 13 años de experiencia profesional, directora de escuela y labora en la Universidad Señor de Sipán; Mg. Ana Guerrero Valladolid, con nivel académico de maestra en enfermería, especialista en unidad de cuidados intensivos neonatales, con 7 años de experiencia profesional y labora en el Hospital Regional Lambayeque; la

Licenciada en enfermería Ysela Mabel Vidarte Mejía, responsable del área de niño con 8 años de experiencia y labora en el Centro de Salud de Villa Hermosa

Luego de la revisión exhaustiva de la formulación de los ítems de ambos instrumentos, los expertos consideraron, en la reformulación de algunas de las preguntas, en donde se hacía uso de palabras técnicas médicas, para un mejor entendimiento de las madres; se formularon utilizando un lenguaje común.

La Confiabilidad del instrumento se realizó a través de una prueba piloto, con el propósito de probar y reafirmarsi el diseño preliminar de los ítems de las variables del cuestionario goza de confiabilidad.El tipo de prueba piloto que se utilizó fue la "Prueba Piloto Excluyente".

Para la realización de la prueba piloto, se aplicó a una muestra de 15 madres primíparas, que son atendidas en el Hospital Belén de Lambayeque.

De acuerdo con el resultado estadístico Alpha de Crombach, los ítems de las variables del instrumento resultaron confiables; siendo su valor para Conocimientos sobre signos de alarma de 0,72 y de 0,75 para las Actitudes sobre signos de alarma en el recién nacido de madres primíparas de mencionado nosocomio.

## **2.5. Procedimientos de análisis de datos**

Una vez aprobado el proyecto de investigación por la escuela de enfermería de la Universidad Señor de Sipán, se solicitará el permiso a la institución donde se realizará la investigación para que se puedan coordinar las fechas y horarios exactos para la recolección de la información. Luego se procederá a firmar el consentimiento informado a la muestra identificada que reúna los criterios de inclusión, luego se procederá a la recolección de la información mediante la aplicación de los instrumentos según fecha acordada previamente con la institución de salud.

Una vez recopilados los datos manualmente, éstos se ingresaran a una base creada en una hoja de cálculo. Para la confiabilidad y el análisis de datos se



utilizará el software SPSS versión 24 y los resultados serán presentados en tablas y figuras. Se utilizará la estadística descriptiva e inferencial.

## 2.6. Criterios éticos

Para esta investigación se aplicaron los principios planteados en el informe Belmont<sup>(33)</sup>.

**Principio de la Beneficencia.** Este principio consiste en tratar a las madres primíparas que constituyen la muestra de estudio, de una manera ética que implica no solo respetar a sus decisiones, sino también procurar su bienestar. En este sentido se han formulado dos reglas generales como expresiones complementarias de beneficencia: no hacer daño; y acrecentar al máximo los beneficios y disminuir los daños posibles. Este principio tendrá en consideración al momento de entrevistar a las madres primíparas evitando causarles daño u ofenderlas con las preguntas que se plantearon, además se respetó en todo momento cada opinión que expresaban, la finalidad será lograr que participen para conocer e identificar las actitudes sobre signos de alarma en el recién nacido de las madres primíparas en el Hospital Referencial de Ferreñafe; así será como se garantizará la práctica de este principio<sup>(33)</sup>.

**Principio de Justicia.** Se habla de justicia en el sentido de equidad en la distribución o lo que se merece. Una manera de interpretar el principio de justicia es que los iguales deben tratarse con igualdad, por eso se siguió este principio brindando un trato justo, sin distinción y equitativo durante el acercamiento a cada madre primípara; se describe en este principio que ocurre injusticia cuando se niega a una persona algún derecho, en este estudio se respetó los derechos de las madres en cuanto a la información brindada por tanto prevaleció la confidencialidad de los datos<sup>(33)</sup>.

**Principio de Respeto a la dignidad humana.** El respeto a las personas incorpora cuando menos dos convicciones éticas: primero, que los individuos deberán ser tratados como agentes autónomos y segundos, que las personas con autonomía disminuida tienen derecho a ser protegidas. Así, el principio de respeto a

las personas se divide en dos exigencias morales separadas: la exigencia de reconocer autonomía y la exigencia de proteger a aquellos con autonomía disminuida, se tendrá en cuenta esta convicción ética que determina que cada madre primípara fuera tratada como agente autónomo, pues fueron ellas quienes decidieron colaborar con la investigación firmando el consentimiento informado, con previa explicación detallada sobre el propósito<sup>(33)</sup>.

## **2.7. Criterios de Rigor científico**

**Credibilidad:** este criterio permitió reflexionar sobre la necesidad de revisar si la investigación reúne condiciones de rigor y veracidad de los hallazgos. Es decir, la credibilidad hace referencia a la necesidad de que exista un isomorfismo entre los resultados de la investigación y las percepciones que los sujetos participantes poseen sobre las realidades estudiadas.

Para la validación del instrumento, se sometió al juicio de expertos, la cual estuvo conformada por 3 profesionales calificados de la carrera de enfermería; quienes después de una revisión exhaustiva, determinaron efectuar las correcciones de algunas interrogantes que permitiese un mejor entendimiento de las unidades de observación.

Corregidas las deficiencias, la confiabilidad del instrumento se hizo a través de una "prueba piloto excluyente", y se aplicó el instrumento a 15 madres primíparas de un centro hospitalario que guarda similitud al designado en el presente estudio, reafirmando que el diseño preliminar de las interrogantes de la variable goza de confiabilidad, según el resultado estadístico del Alpha de Crombach cuyo valor fue superior al  $\alpha = 0,6$ .

**Transferibilidad o Aplicabilidad:** Cabe destacar que para la selección de la muestra se seleccionaron 50 madres primíparas que reciben atención en el Hospital Referencial de Ferreñafe, que tiene las siguientes características: La mitad de las madres primíparas son jóvenes, su estado civil es la convivencia, la mayoría de ellas son amas de casa, proceden de Ferreñafe, lograron cursar la secundaria completa y tuvieron un parto normal. Los resultados obtenidos en el presente

investigación cuantitativa, nos permite hacer generalizaciones a partir de los resultados de una muestra; y servir de referente para otras investigaciones que se realicen en contextos similares.

### III. RESULTADOS

#### 3.1. Resultados en Tablas y Figuras

Los datos recopilados a través de los instrumentos de investigación, fueron sistematizados en tablas y figuras estadísticas que se muestran a continuación:

Tabla N ° 2. Características Socio-demográficas de las madres primíparas Hospital Referencial de Ferreñafe, Lambayeque 2018.

Edad de la madre			Edad gestación R.N.			Sexo del R.N.			Tipo de Parto		
Intervalos	n	%	Intervalos	n	%	Género	n	%	Tipo	n	%
16 – 22	33	66,0	37	4	8,0	Masc.	22	44,0	Normal	42	84,0
23 – 29	14	28,0	38	8	16,0	Fem.	28	56,0	Cesárea	8	16,0
30 – 36	3	6,0	39	22	44,0	----	---	---	-----	----	----
-----	---	----	40	16	32,0	----	---	---	-----	----	----
Total	50	100,0	Total	50	100,0	Total	50	100,0	Total	50	100,0

Estado Civil			Ocupación			Grado de Instrucción			Lugar de Procedencia		
Condición	n	%	Tipo	n	%	Nivel	n	%	Ciudad	n	%
Casada	10	20,0	Ama d casa	44	88,0	Sin Inst.	2	4,0	Ferreñafe	40	80,0
Conviviente	33	66,0	Comerciante	1	2,0	Prim. Inc.	1	2,0	Pitipo	4	8,0
Madre soltera	7	14,0	Empleada	5	10,0	Prim. Comp.	6	12,0	Incahuasi	3	6,0
---	--	--	---	---	---	Sec. Inc.	11	22,0	M. Muro	2	4,0
---	--	--	---	---	---	Sec. Comp.	19	38,0	Algarrobal	1	2,0
---	--	--	---	---	---	Sup. Tec.Inc.	3	6,0	----	--	---
---	--	--	---	---	---	Sup. Tec.Com.	8	16,0	---	--	---
Total	50	100,0	Total	50	100,0	Total	50	100,0	Total	50	100,0

FUENTE: Encuesta aplicada a la muestra de estudio (Ver figuras en Anexo N° 6)

En la tabla, se muestra que la edad del 66% (33) de las madres primíparas, fluctúan entre 16 – 22 años, el 28% (14) tienen edades que oscilan entre 23 – 29 años, y solo un 6% (3), sus edades están comprendidas entre 30 – 36 años. En cuanto a la edad de gestación del recién nacido, el 44% (22) tuvieron 39 semanas de gestación, el 32% (16) cumplió con 40 semanas, el 16% (8) con 38 semanas y 8% (4) con 37 semanas. Así mismo se encontró que 56% (28) de los recién nacidos fueron del sexo femenino y el 44% (22) varones. Por su parte, el 84% (42) de las madres primíparas tuvieron un parto normal y el 16% (8) fue por cesárea. En referencia al estado civil de las madres primíparas, el 66% (33) de ellas son convivientes, el 20% (10) son casadas, y el 14% (7) son madres solteras. Por otro lado al tipo de ocupación de las madres primíparas se halló, que el 88% (44) son amas de casa, el 10% (5) son empleadas, y un 2% (1) es empleada. Así mismo se visualiza que el 38% (19) de las madres primíparas tienen secundaria completa, el 22% (11) secundaria incompleta, un 16% (8) superior técnica completa, el 12% (6) primaria completa, el 6% (3) Superior técnica incompleta, el 4% (2) no tienen instrucción, y el 2% (1) no completo la primaria.

De este resultado se infiere, que la mayoría de las madres primíparas son menores de 23 años; el mayor porcentaje de los recién nacidos tuvieron 39 semanas de edad, más de la mitad de los recién nacidos son del sexo femenino; la mayoría de las madres primíparas concibieron a través de un parto normal; por encima de la mitad de ellas son convivientes; la gran mayoría son amas de casa; por otro lado un grupo importante de ellas lograron cursar la secundaria completa y la mayoría procedían de Ferreñafe.

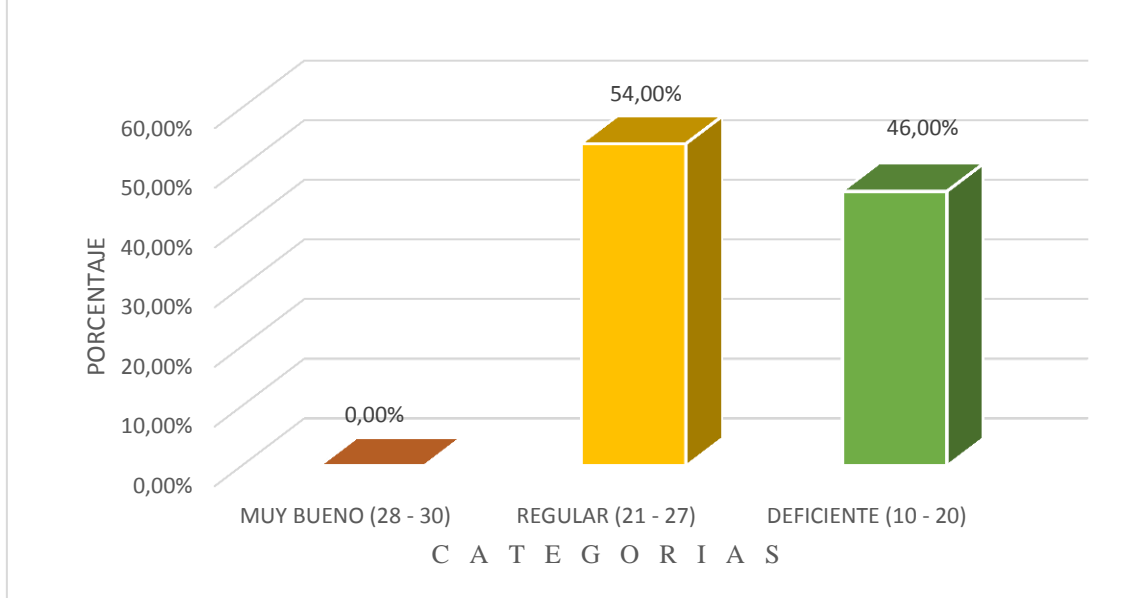
Tabla N° 03. Nivel de conocimientos sobre signos de alarma en el recién nacido de las madres primíparas Hospital Referencial de Ferreñafe, Lambayeque 2018.

Categorías	n	%
Bueno (28 – 30)	---	----
Regular (21 – 27)	27	54,0
Deficiente (10 – 20)	23	46,0
Total	50	100,0

FUENTE: Encuesta aplicada a la muestra de estudio

En la tabla se observa, que el 54% (27) de madres primíparas, tuvieron un nivel de conocimientos regular sobre los signos de alarma en el recién nacido; a diferencia del 46% (23) de ellas cuyo nivel de conocimiento fue deficiente. De lo mencionado se deduce que el conocimiento que tienen las madres primíparas para identificar los signos de alarma en el recién nacido fluctúa de regular a deficiente.

**GRÁFICO 1. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SIGNOS DE ALARMA EN EL RECIEN NACIDO DE LAS MADRES PRIMÍPARAS DEL HOSPITAL REFERENCIAL DE FERREÑAFA, LAMBAYEQUE 2018.**



FUENTE: Tabla N° 03

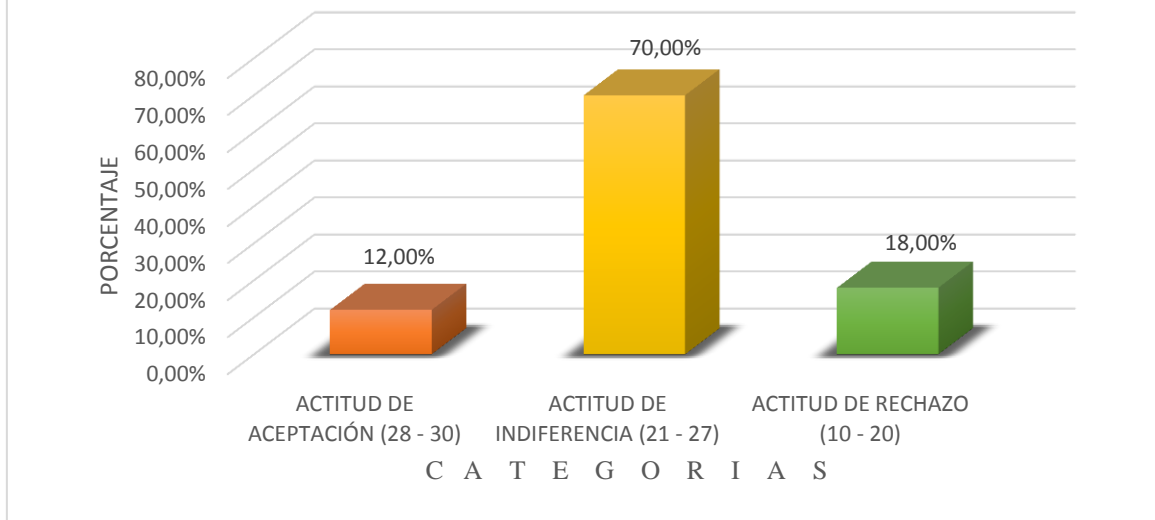
Tabla N° 04. Actitudes de las madres primíparas sobre signos de alarma en el recién nacido Hospital Referencial de Ferreñafe, Lambayeque 2018.

Categorías	n	%
Actitud de Aceptación (28 – 30)	6	12,0
Actitud de Indiferencia (21 – 27)	35	70,0
Actitud de Rechazo (10 – 20)	9	18,0
Total	50	100,0

FUENTE: Encuesta aplicada a la muestra de estudio

En la tabla se visualiza, que el 70% (35) de las madres primíparas tuvieron una actitud de indiferencia sobre los signos de alarma en el recién nacido; el 18% (9) de las madres tuvieron una actitud de rechazo, y solo un 12% (6) de ellas lograron tener una actitud de aceptación en la forma de actuar sobre los signos de alarma del recién nacido. De este resultado se deduce que la mayoría de las madres mostraron un comportamiento de indiferencia sobre los signos de alarma del recién nacido.

**GRÁFICO 2. ACTITUDES DE LAS MADRES PRIMÍPARAS SOBRE SIGNOS DE ALARMA EN EL RECIEN NACIDO HOSPITAL REFERENCIAL DE FERREÑAFE, LAMBAYEQUE 2018.**



FUENTE: Tabla N° 4

Tabla N° 5. Índices Estadísticos del Nivel de Conocimientos y Actitudes sobre signos de alarma del recién nacido de madres primíparas H.R. Ferreñafe, Lambayeque 2018.

	Variable 1	Variable 2
Media	20.5	23.92
Varianza	4.908163265	12.89142857
Observaciones	50	50
Coefficiente de correlación de Pearson	0.23603789	
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	49	
Estadístico t	-6.452947396	
P(T<=t) una cola	2.33552E-08	
Valor crítico de t (una cola)	1.676550893	
P(T<=t) dos colas	4.67105E-08	
Valor crítico de t (dos colas)	2.009575237	

Prueba t para medias de dos muestras emparejadas

Variable 1: Conocimientos.

Variable 2: Actitudes.

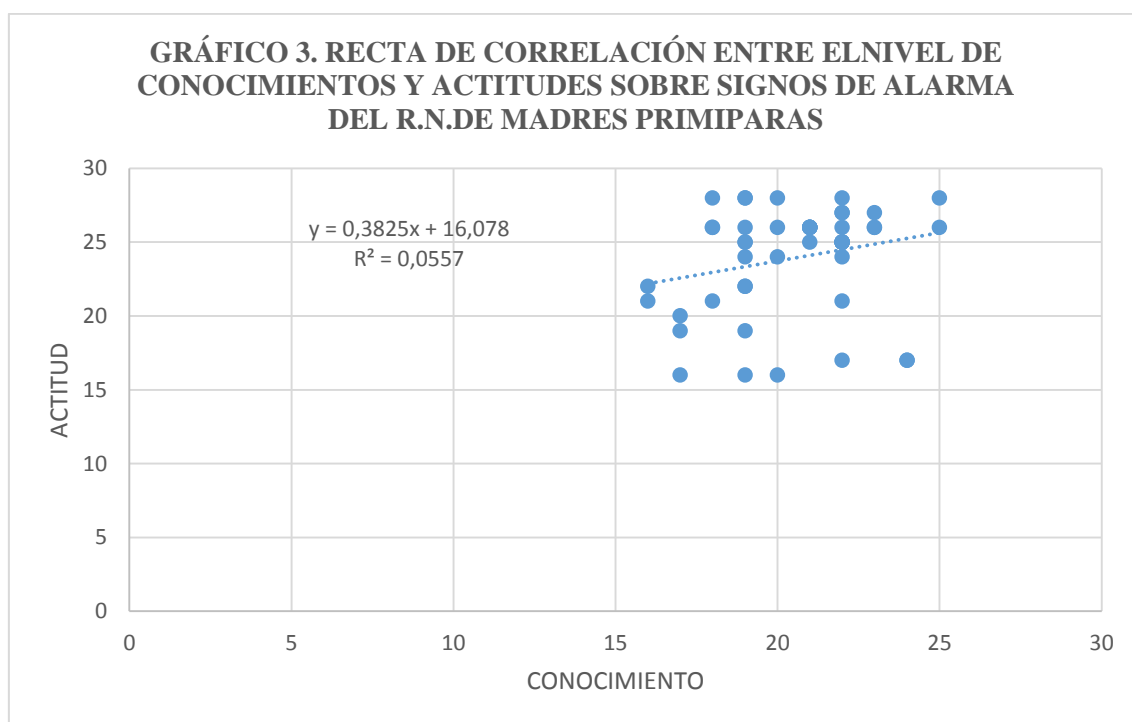
En la tabla, se muestran los índices estadísticos de las variables en estudio, en la cual el promedio aritmético de 20,5 puntos en conocimientos y de 23,92 puntos para la actitud, de las madres primíparas sobre signos de alarma del recién nacido; no indica que el grupo en promedio se ubica entre las categorías de conocimiento regular y deficiente;

mientras que en referencia a las actitudes, se hallan en la categoría de actitud de indiferencia.

La varianza de 4,91 y 12,89 puntos, para conocimientos y actitudes, nos indica que existe una dispersión moderada de los datos en torno de sus respectivos promedios; sin embargo se observa una menor dispersión de los datos en conocimientos en comparación con lo hallado en actitudes.

El Coeficiente de Correlación de Pearson ( $r$ ) que resultó ser de 0,24, expresa una correlación muy baja, que apenas merece tomarse en cuenta. Por lo tanto determina que no existe una correlación lineal positiva entre ambas variables.

El Estadístico de  $t$  ( $P \leq 0,05$ ) cuyo valor resultó ser de  $-6,45$  y menor que el valor crítico de  $t$  (una cola) de 1,68, determina la aceptación de la Hipótesis Nula ( $H_0$ ) y el rechazo de la Hipótesis Alternativa; por lo tanto se concluye que: No existe relación significativa entre los conocimientos y las actitudes sobre signos de alarma en el recién nacido de madres primíparas Hospital Referencial de Ferreñafe, Lambayeque 2018; al 95% de confiabilidad.



FUENTE: Tabla N° 5

### 3.2. Discusión de resultados

Pese que la tasa de mortalidad de neonatos en el Perú, según los datos del Instituto Nacional de Estadística e Investigación (INEI) en el transcurso de los años se viene reduciendo; actualmente el embarazo en adolescentes no solo es un problema social para la mujer, sino un factor de riesgo para el neonato, debido a la inmadurez y a la falta de conocimientos de la madre adolescente por ser primeriza<sup>(8)</sup>.

El análisis del primer objetivo específico Identificar las características socio-demográficas de las madres primíparas del Hospital Referencial de Ferreñafe, Lambayeque 2018, en la tabla N° 2; en cuanto a la edad de las madres primíparas se halló que el 66% de ellas tienen edades que fluctúan entre 16-22 años; el 28% sus edades oscilan entre 23-29 años, y solo el 6% tienen edades entre 30-36 años. Lo que nos indica que la mayoría de las madres primíparas son jóvenes. En referencia a la edad de gestación del recién nacido (R.N.), el 44% tuvieron 39 semanas de gestación; un 32% cumplieron 40 semanas, el 16% de 38 semanas y tan solo el 8% de los R.N. cumplieron con 37 semanas de gestación. Por su parte el 56% de los R.N. fueron del sexo femenino y el 44% del sexo masculino. Por otro lado el 84% de las madres primíparas tuvieron un tipo de parto normal, a diferencia del 16% el cual fue por cesárea. El estado civil del 66% de las madres es la convivencia, un 20% de ellas son casadas y el 14% son madres solteras. En cuanto a la ocupación, el 88% son amas de casa, el 10% son empleadas y un 2% se dedica al comercio. En lo referente al grado de instrucción, el 38% tuvo secundaria completa, el 22% secundaria incompleta, el 16% superior técnica completa, un 12% primaria completa, el 6% superior técnica incompleta, el 4% no tiene instrucción, y 2% no logro concluir con la primaria. Y por último el 80% tiene como lugar de procedencia Ferreñafe, el 8% procede de la ciudad de Pitipo, el 6% es de Incahuasi, el 4% de Mesones Muro y un 2% tiene como procedencia El Algarrobal. En comparación con lo hallado por Tucanes<sup>(11)</sup>, en un trabajo similar en cuanto a la edad de las madres primíparas, reporta que el 45% estaban entre 20-23 años, no obstante un 15% entre 14-16 años; por otro lado, menciona que el 50% están en una unión libre, y que un 70% tiene secundaria completa.

En referencia al segundo objetivo específico Precisar los conocimientos de las madres primíparas sobre los signos de alarma en el recién nacido en el Hospital referencial de Ferreñafe, Lambayeque, en la tabla N° 3, se evidenció que el 54% de las



madres primíparas tuvieron un nivel de conocimiento regular sobre signos de alarma en el recién nacido, a diferencia del 46% de ellas cuyo conocimiento fue deficiente. Al contrastar este resultado con otras investigaciones; encontramos que en madres adolescentes primíparas o madres primíparas, Bermeo<sup>(10)</sup>, halló que el 40,11% de ellas, tuvieron un nivel de conocimiento alto sobre signos de alarma del recién nacido; Tucanes<sup>(11)</sup> encontró un nivel de conocimiento aceptable en el cuidado del recién nacido; Castro y Llancari<sup>(12)</sup>, el 15% nivel de conocimiento alto, 30% nivel medio y 55% nivel bajo; y Aplaza<sup>(13)</sup> inicialmente halló que el 55,32% presentaron un nivel de conocimiento bueno y el 44,68% nivel regular. Por su parte Hualpa, S.<sup>(14)</sup>, encontró que el 57,9% de madres adolescentes tenían un nivel de conocimiento medio sobre cuidados básicos al recién nacido; Esteban<sup>(15)</sup> el 54,3% conocimiento adecuado, 45,7% conocimiento no adecuado en el cuidado del recién nacido de las madres púerperas; mientras que Cosanatan<sup>(16)</sup> encontró que ellas tenían un nivel de conocimiento medio sobre el cuidado del recién nacido; y Niño<sup>(17)</sup> reportó que un 60% de las madres adolescentes tenían un conocimiento bueno y el 40% un conocimiento deficiente sobre el particular.

En cuanto al tercer objetivo específico Conocer las actitudes de las madres primíparas sobre los signos de alarma en el recién nacido en el Hospital Referencial de Ferreñafe, Lambayeque en la tabla N° 4, se observó que el 70% de las madres primíparas mostraron una actitud de indiferencia sobre los signos de alarma del recién nacido; por el contrario un 18% de ellas desarrollaron una actitud de rechazo. Al confrontar este resultado con lo hallado por Hualpa, S.<sup>(14)</sup>, encontró que el 93,4% de las madres adolescentes poseían una actitud adecuada; sin embargo Cosanatan<sup>(16)</sup>, mencionó que el 51,7% las madres adolescentes tenían una actitud favorable, mientras que el 48,3% de ellas, tenían actitudes desfavorables.

En el último objetivo específico Establecer la relación que existe entre los conocimientos y actitudes sobre los signos de alarma en el recién nacido de madres primíparas del Hospital Referencial de Ferreñafe, Lambayeque en la tabla N° 5, se constató que los promedios aritméticos del nivel de conocimientos y actitudes de las madres primíparas sobre signos de alarma del recién nacido, fueron de 20,5 y 23,92 puntos, respectivamente; resultado que ubica en promedio al grupo entre el nivel regular y deficiente en cuanto al nivel de conocimiento; y de actitud de indiferencia. Las

variancias expresan que los datos del nivel de conocimiento (4,91 puntos) tuvieron una menor dispersión que la actitud (12,89 puntos) en torno de sus respectivos promedios. El coeficiente de correlación de Pearson (r) que resultó ser 0,24, nos indica la existencia de un índice de correlación muy baja, que apenas merece tomarse en cuenta. Por lo tanto determina que no existe una correlación lineal positiva entre ambas variables. Así mismo el estadístico de t ( $p \leq 0,05$ ) cuyo valor resultó ser de  $-6,45$ , y menor que el valor crítico de t (una cola) de 1,68, estableció la aceptación de la Hipótesis Nula ( $H_0$ ) y el rechazo de la Hipótesis Alternativa; por lo tanto se concluye que: No existe relación significativa entre los conocimientos y las actitudes sobre signos de alarma en el recién nacido de madres primíparas Hospital Referencial de Ferreñafe, Lambayeque 2018; al 95% de confiabilidad.

## **IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **4.1. CONCLUSIONES**

Teniendo como base la discusión de resultados, se arribaron a las siguientes conclusiones:

- El perfil socio-demográfico, establece que el 66% de las madres primíparas son menores de 22 años; la edad de gestación del 68% de los recién nacido (R.N) fluctúa entre 37 – 39 semanas; el 56% de ellos son del sexo femenino y el 44% del sexo masculino; el 84% de las madres primíparas tuvieron un parto normal; y el estado civil del 66% de ellas fue la convivencia; por otro lado el 88% son amas de casa; el 74% de las madres primíparas cursaron entre primaria incompleta a la secundaria completa; el 22% entre la superior técnica completa e incompleta y solo un 4% no tienen instrucción; por su parte el 80% proceden de Ferreñafe, y el resto de otros lugares del entorno.
- El nivel de conocimiento sobre signos de alarma en el recién nacido del 54% de las madres primíparas fue regular, y del 46% deficiente.

- El 70% de las madres primíparas tuvieron una actitud de indiferencia, el 18% actitud de rechazo y un 12% actitud de aceptación, sobre los signos de alarma del recién nacido.
- Los índices estadísticos reportan promedios de 20,5 y 23,5 puntos, respectivamente para el nivel de conocimiento y actitudes sobre signos de alarma del recién nacido de las madres primíparas de la muestra en estudio; con una dispersión de los datos en trono de sus respectivos promedios de baja y moderada.
- El Coeficiente de Correlación de Pearson (r) resultó ser de 0,24, valor que expresa un índice de correlación muy baja, que apenas merece tomarse en cuenta; por lo tanto determina que no existe una correlación lineal positiva entre ambas variables.
- La prueba de t ( $p \leq 0,05$ ) de  $-6,45$  inferior al punto crítico de t (una sola cola) 1,68, establece la aceptación de la Hipótesis Nula ( $H_0$ ) y el rechazo de la Hipótesis Alternativa ( $H_a$ ), concluyendo que: No existe relación significativa entre los conocimientos y las actitudes sobre signos de alarma en el recién nacido de madres primíparas Hospital Referencial de Ferreñafe, Lambayeque 2018; al 95% de confiabilidad.

## **4.2. RECOMENDACIONES**

En base a las experiencias adquiridas durante la ejecución del presente estudio, se recomienda que:

- Reportar los resultados obtenidos del presente estudio al servicio de Alojamiento Conjunto del Hospital Referencial de Ferreñafe, para la toma de decisiones pertinentes con el objeto formar equipos multidisciplinarios, programar sesiones educativas y con el apoyo de las experiencias vivenciales de madres preparadas sobre el tema.
- Que el personal directivo del Hospital Referencial de Ferreñafe, implemente material didáctico, videos, y de estrategias educativas, al servicio de Alojamiento Conjunto con el objeto de brindar un mejor servicio, y entendimiento de las madres adolescentes primíparas.

- Que la universidad Señor de Sipán, contemple dentro del programación de la prácticas de la Facultad de Ciencias de la Salud de los ciclos intermedios; campañas de localización y sensibilización de madres adolescentes primíparas y madres primíparas, con el objeto de concientizar sobre la importancia que tiene en conocimiento de los signos de alarma en el recién nacido; relacionándolo con las necesidades básicas, y calidad de vida del recién nacido.
  
- Que el Departamento de Investigación de la Universidad Señor de Sipán, estimule a los estudiantes de la escuela académica profesional de Enfermería, a seguir realizando trabajos de investigación relacionados con el niño y la madre sobre todo en los primeros años de vida en zonas urbano-marginales y rurales de nuestra región.
  
- A la Gerencia Regional de Salud (GERESA), que implemente y capacite al personal docente de las instituciones educativas del nivel primaria y secundaria, sobre el conocimiento de los signos de alarma de un recién nacido y cuáles son las actitudes de deben adoptar no solo las madres primíparas, sino las hermanas, primas etc, a quienes muchas veces se les encarga la vigilancia del recién nacido, especialmente en las zonas urbano-marginales y rurales.

## REFERENCIAS

1. Caballero Chema. Morir por falta de voluntad política.El País. [en línea].2018. [Citado: 2018 julio 10]. Disponible en [https://elpais.com/elpais/2018/07/05/planeta\\_futuro/1530788291\\_052738.html](https://elpais.com/elpais/2018/07/05/planeta_futuro/1530788291_052738.html)
2. Caballero Chema. Morir por falta de voluntad política.El País. [en línea].2018. [Citado: 2018 julio 10]. Disponible en [https://elpais.com/elpais/2018/07/05/planeta\\_futuro/1530788291\\_052738.html](https://elpais.com/elpais/2018/07/05/planeta_futuro/1530788291_052738.html)
3. UNICEF: cuatro de cada cinco recién nacidos mueren por la pobreza. El Mundo. [en línea]. 2018. [Citado: 2018 febrero 20]. Disponible en <https://www.dw.com/es/unicef-cuatro-de-cada-cinco- reci%C3%A9n-nacidos-mueren-por-la-pobreza/a-42652823>.
4. Organización Mundial de la Salud (OMS). Salud de la madre, el recién, del niño y del Adolescente: Salud del recién nacido. [en línea]. 2018. Disponible en [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/newborn/es/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/es/)
5. Organización Mundial de la Salud (OMS). Reducir la mortalidad de los recién nacidos. [en línea] 2018.[Citado: 2018 febrero 19]. Disponible en <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/reducir-la-mortalidad-de-los- reci%C3%A9n-nacidos>
6. Gobierno admite aumento de mortalidad infantil y materna en Venezuela.RPP NOTICIAS. [en línea]. 2017. [Citado: 2017 de mayo 11]. Disponible en <https://rpp.pe/mundo/venezuela/gobierno-admite-aumento-de-mortalidad-infantil-y-materna-en-venezuela-noticia-1049918>
7. Unos 6 mil recién nacidos mueren en el primer mes.El Comercio: Sociedad..[en línea]. 2018. [Citado: 2018 agosto 03]. Disponible en <http://archivo.elcomercio.pe/sociedad/lima/mil- reci-nacidos-mueren-primer-mes-noticia-132223>

8. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Comportamiento de la Mortalidad Infantil por departamento. Síntesis Metodológica N° 4. [en línea]. 4ta. Edición. Perú: INEI. 2017. disponible en [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1478/libro.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1478/libro.pdf).
9. Situación Epidemiológica de la mortalidad fetal y neonatal [Internet]. Perú: Ministerio de Salud [actualizado el 2017; citado 2018 mayo 29]. Disponible en: <http://www.minsarsta.gob.pe/epidemiologia/documentos%20tecnicos%202017/MORTALIDAD%20FETAL%20Y%20NEONATAL%202017.pdf>
10. Bermeo, J.G. y Crespo, A.M. Determinación del nivel de conocimiento sobre el cuidado del recién nacido en madres adolescentes primíparas que alumbran en el Hospital regional Vicente Cooral Moscoso. (Tesis de grado). Universidad de Cuenca. Ecuador. 2015. Disponible en <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/24444/1/CUIDADO%20DE%20L%20RECIEN%20NACIDO%20EN%20MADRES%20ADOLESCENTES%20CUENCA.pdf>
11. Tucanes, V.M. Conocimientos, actitudes y prácticas en el cuidado del recién nacido en madres primerizas, Hospital San Luis de Otavalo 2017. (Tesis de Licenciatura). Universidad Técnica del Norte. Ibarra. 2017. Disponible en <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/7349/1/06%20ENF%20848%20TRABAJO%20DE%20GRADO.pdf>
12. Castro, M. y LLancari, L.M. Nivel de conocimiento en el cuidado del recién nacido en madres primíparas atendidas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Departamental Huancavelica 2013. (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional de Huancavelica. Huancavelica. 2014. Disponible en <http://repositorio.unh.edu.pe/bitstream/handle/UNH/832/TP%20-%20UNH.%20ENF.%200035.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

13. Apaza, H. Educación de Enfermería y su Influencia en el nivel de conocimientos sobre cuidados del recién nacido en madres primíparas en el servicio de alojamiento conjunto del Hospital Regional de Moquegua 2013.(Tesis de segunda especialidad). Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. Tacna. 2014. Disponible en <http://repositorio.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/479/TG0335.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
14. Hualpa, S.L. Conocimiento y Conductas de cuidados básicos al recién nacido por madres adolescentes, usuarias del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco, 2016.(Tesis de Licenciatura). Universidad de Huánuco.Huánuco. 2016. Disponible en <http://repositorio.udh.edu.pe/bitstream/handle/123456789/207/15.-INFORME-CUIDADO-RECIEN NACIDO%20FINAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
15. Esteban, D.D. Nivel de conocimiento de púerperas en el cuidado del recién nacido en el Instituto Nacional Materno Perinatal: Enero 2016. (Tesis de Grado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima. 2016. Disponible en [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4697/Esteban\\_md.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4697/Esteban_md.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
16. Cosanatan, S.Y. Relación entre el conocimiento y actitud de madres adolescentes en el cuidado del recién nacido Hospital Belén de Trujillo 2016.(Tesis de Licenciatura). Universidad César Vallejo. Trujillo.2016. Disponible en [http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/767/cosanatan\\_cs.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/767/cosanatan_cs.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
17. Niño, L.A. Conocimientos y Prácticas sobre el cuidado de los recién nacidos en madres adolescentes que acuden al Centro de Salud de Pillco Marca - Huánuco, 2016. (Tesis de Licenciatura).Universidad de Huánuco.Huáncuo.2017. Disponible en

[http://repositorio.udh.edu.pe/bitstream/handle/123456789/626/T047\\_47668014\\_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.udh.edu.pe/bitstream/handle/123456789/626/T047_47668014_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

18. Llontop, M.M., y Rumiche, G.Y.T. Cuidado de las madres adolescentes primíparas a su neonato en un centro de salud. Lambayeque 2014. (Tesis de Grado). Universidad Nacional Pedro Ruíz Gallo. Lambayeque.2015. Disponible en [http://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UPRG\\_83fddabb3f257ccd2334cd0a7b09ddd0/Description#tabnav](http://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UPRG_83fddabb3f257ccd2334cd0a7b09ddd0/Description#tabnav)
19. Cajusol, L.R. y Cotrina, I.M. Nivel de conocimiento de las madres adolescentes en cuidados al recién nacido del Centro de Salud San Martín. Lambayeque. 2016. (Tesis de Grado).Universidad Particular de Chiclayo. Chiclayo.2017. Disponible en [http://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UDCH\\_18528af84dcbd0370898195b86898e39](http://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UDCH_18528af84dcbd0370898195b86898e39)
20. Alvarado, L., Guarín, L. y Cañon-Montañez, W. Adopción del rol maternal de la Teorista Ramona Mercer al cuidado de enfermería binomio madre-hijo: reporte de caso en la unidad Materno Infantil. (Tesis de Grado). Universidad de Santander. Santander. 2011. Disponible en <https://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/57/706>
21. León, Daniel. Teoría del Apego. [en línea].Psicología 2017-león. [Citado: 2017 junio 19]. Disponible en <https://psicologia2017leon.blogspot.com/2017/06/8-teoria-del-apego.html>
22. Sánchez, J.M. Nivel de información de las madres sobre los cuidados del recién nacido al alta en el Centro Materno Infantil Manuel Barreto - SJM - Lima, 2015. (Tesis de Licenciatura).Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima.2016. Disponible en



[http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4694/S%Elnchez\\_pi.pdf;jsessionid=E8FE2B34DEB24859B73EC1D70D1B31F0?sequence=1](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4694/S%Elnchez_pi.pdf;jsessionid=E8FE2B34DEB24859B73EC1D70D1B31F0?sequence=1)

23. Ledewiga, P W. et. al. Enfermería materna y del recién nacido. Madrid:McGraw-Hill.2006
24. Jospe N. Hipoglucemia neonatal. Manual MSD. Versión para profesionales.2018.[fecha de acceso 10 de setiembre de 2018]. Disponible en <https://www.msmanuals.com/es/professional/pediatr%C3%ADa/trastornos-metab%C3%B3licos,-electrol%C3%ADticos-y-t%C3%B3xicos-en-reci%C3%A9n-nacidos/hipoglucemia-neonatal>
25. Rodríguez, Irene.Actitud de madre durante primeros tres meses de bebé es clave en rol del papá. La Nación Salud. [en línea]. 2016. Disponible en <https://www.nacion.com/ciencia/salud/actitud-de-madre-primeros-tres-meses-de-bebe-es/QVUAYKE5CRBIDBY4FIZE7G6ISI/story/>
26. Áreas, F. El Conocimiento. [en línea].Metodología de la Investigación.2006. [Citado: 2014 agosto 01]. Disponible en <http://mscomairametodologiadelainvestigacion.blogspot.com/2014/08/tomadode-fidias-areas-2006-el.html>
27. Montaña J. Mario Bunge Conocimiento y Tipos. [en línea].SCRIBD. s.f. Disponible en <https://es.scribd.com/document/324987430/Mario-Bunge-Conocimiento-y-Tipos>
28. Ortiz, G. Tipos de conocimiento según Mario Bunge. [en línea].2014.DOCX. Disponible en [http://www.academia.edu/25813345/Tipos\\_de\\_Conocimientos\\_segun\\_mario\\_bunge](http://www.academia.edu/25813345/Tipos_de_Conocimientos_segun_mario_bunge)
29. Hernandez, J. Actitudes: Definición, Formación, Propiedades,Medición. [en línea].PsicologiaSocial.2012. [Citado: 2012 setiembre 30]. Disponible en

<http://psicologiasocialucv.blogspot.com/2012/10/actitudes-definicion-formacion.html>

30. Alcántara, J. A. (1992). Como educar las actitudes. España. Cárdenas Editores. 2da. Edición.
31. Ribera, W. Componentes de las Actitudes.[en línea].psi121f.2016. [Citado: 2016 julio 02]. Disponible en <https://psi121f.wordpress.com/2016/07/02/componentes-de-las-actitudes/>
32. Hernández, R. E. (2006). Metodología de la Investigación Científica (Cuarta Edición ed.). México: Mcgraw-Hill.2006. Disponible en [https://competenciashg.files.wordpress.com/2012/10/sampieri-et-al-metodologia-de-la-investigacion-4ta-edicion-sampieri-2006\\_ocr.pdf](https://competenciashg.files.wordpress.com/2012/10/sampieri-et-al-metodologia-de-la-investigacion-4ta-edicion-sampieri-2006_ocr.pdf)
33. Belmont.Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación.[publicación periódica en línea] 1979 marzo. [Citado: 2003 abril 16]. Disponible en [http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/10. INTL\\_Informe\\_Belmont.pdf](http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/10_INTL_Informe_Belmont.pdf)

# **ANEXOS**

ANEXO N° 1



**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo.....identificado con DNI..... Declaro haber sido informado de manera clara, precisa y oportuna por la alumna Chapoñan Flores, Gladys Fiorella de los fines que busca la presente investigación titulada conocimiento y actitud sobre signos de alarma en el recién nacido de madres primíparas hospital referencial de Ferreñafe, Lambayeque 2018.

Los datos obtenidos de mi participación serán finalmente copiado por la investigadora además procesara en secreto y en estricta confidencia respetando mi intimidad.

Por lo expuesto otorgo mi consentimiento a que se me realice el cuestionario o entrevista.

Chiclayo.....de..... 201

---

INVESTIGADORA RESPONSABLE

---

PARTICIPANTE

**ANEXO N° 2**  
**UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPÁN**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**Cuestionario de Conocimiento**

**I. DATOS GENERALES**

1. Entidad Hospitalaria \_\_\_\_\_
2. Fecha de aplicación: \_\_\_\_\_

**II. OBJETIVO**

Recopilar información del conocimiento de las madres primíparas sobre signos de alarma en el recién nacido en el Hospital Referencial de Ferreñafe.

**III. INSTRUCCIONES**

Sra, a continuación le presentamos un conjunto de preguntas, orientadas a establecer el conocimiento que Ud. tiene sobre los signos de alarma en el recién nacido. Para lo cual Ud. responderá marcando con un aspa (X) una sola alternativa. Este cuestionario tiene carácter de anónimo, motivo por lo cual le solicito que responda con sinceridad.

**IV. DATOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS**

1. Edad de la madre: \_\_\_\_\_ años.
2. Estado civil: \_\_\_\_\_
3. Ocupación: \_\_\_\_\_
4. Grado de instrucción: \_\_\_\_\_
5. Lugar de procedencia: \_\_\_\_\_
6. Edad Gestacional del R.N.: \_\_\_\_\_
7. Sexo del R.N.: \_\_\_\_\_
8. Tipo de parto: \_\_\_\_\_

**V. ÍTEMS.**

1. ¿Qué es un signo de alarma para usted?
  - a) Es un indicador que pone en peligro a mi recién nacido.
  - b) Es mí recién nacido sano.
  - c) Algo que no tiene importancia.
  - d) No sé.

2. El color de piel de mí recién nacido debe ser:
- a) Amarillo.
  - b) Sonrosado.
  - c) Morado
  - d) No sé.
3. ¿Cuál debería ser la temperatura normal de su recién nacido?
- a)  $35^{\circ}\text{C} - 36^{\circ}\text{C}$
  - b)  $36,5^{\circ}\text{C} - 37,5^{\circ}\text{C}$
  - c)  $38^{\circ}\text{C} - 40^{\circ}\text{C}$ .
  - d) No sé.
4. ¿Cómo identifica usted el aumento de la temperatura de su recién nacido?
- a) Piel fría y rosadito(a)
  - b) Piel caliente, sudoroso(a) y sonrosado(a)
  - c) Piel fría y sudoroso(a)
  - d) No sé.
5. ¿Cómo reconoce usted que el recién nacido tiene dificultad para respirar?
- a) Respira rápido, se le notan sus costillas.
  - b) Respira lento, se pone azul todo el cuerpo.
  - c) Respira lento y rápido.
  - d) Todas las anteriores.
6. Cuando su recién nacido expulsa gran volumen de leche después de la alimentación y más de 3 veces al día, estamos ante:
- a) Un signo de alarma.
  - b) Es normal
  - c) Es una enfermedad
  - d) No sé.
7. La diarrea en su recién nacido puede ser peligrosa porque:
- a) Puede tener más diarreas.
  - b) Puede tener una deshidratación
  - c) No le sucede nada.
  - d) No sé.
8. ¿Cómo sabe usted que el ombligo de su recién nacido presenta algún signo de infección?

- a) Esta sequito.
  - b) Este húmedo.
  - c) Mal olor, con presencia de sangre.
  - d) b y c.
9. Sabe usted que es una convulsión:
- a) Son movimientos involuntarios de alguna parte de su cuerpo.
  - b) Son movimientos normales de su cuerpo.
  - c) Es cuando los ojos se dan vuelta hacia arriba.
  - d) a y c.
10. Si tú recién nacido duerme más de 2 horas de la última toma de amamantamiento usted:
- a) Lo deja dormir otro rato.
  - b) Lo levanta a su recién nacido para que lacte.
  - c) Se acuesta a dormir con él.
  - d) No sé.

**GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**

**ANEXO N° 3**  
**FICHA TÉCNICA**

**1. Título :**

CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE SIGNOS DE ALARMA EN EL  
RECIÉN NACIDO DE MADRES PRIMÍPARAS HOSPITAL  
REFERENCIAL DE FERREÑAFE, LAMBAYEQUE 2018

**2. Autora** : Chapoñan Flores, Gladys Fiorella

**3. Duración** : 20 minutos

**4. Aplicación** : Madres primíparas

**5. Significación** : Manejo de Información de Contenido

**6. Administración y Calificación:**

Se administró utilizando los siguientes materiales:

- Hoja de Respuesta
- Lápiz o lapicero

**7. Consigna**

El presente test que forma parte del trabajo de investigación, consta de 10 preguntas; conteste lo más honestamente posible todos y cada de los ítems o preguntas marcando el valor que crea conveniente.

**8. Baremación** : Autora



**Tabla 1:** Generación de baremos

<b>Escala de calificación</b>	<b>CATEGORÍAS</b>
28 - 30	Bueno
21 - 27	Regular
10 - 20	Deficiente

**Tabla 2:** Análisis de Fiabilidad

<b>Estadísticos de fiabilidad</b>	
Alfa de Cronbach	N de elementos
<i>0,72</i>	<i>10</i>

Se diseñó un cuestionario de 10 preguntas, se analizó la validez de contenido mediante la valoración de expertos se aplicó a una muestra piloto de 10 usuarios se evaluó la fiabilidad del cuestionario analizando la consistencia interna por el método del alfa de Cronbach.

Mediante la varianza de los ítems. Dónde:

$\alpha$  = Alfa de Cronbach

K = Número de Ítems

$V_i$  = Varianza de cada Ítem

$V_t$  = Varianza total

Teniendo como resultado para este instrumento es de 0,72; indicando que es confiable.

## ANEXO N° 4

**UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPÁN**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

### Cuestionario de Actitudes

#### I. DATOS GENERALES

1. Entidad Hospitalaria \_\_\_\_\_

2. Fecha de aplicación: \_\_\_\_\_

#### II. OBJETIVO

Recopilar información sobre la actitud que opta la madre primípara frente a los signos de alarma en el recién nacido, en el Hospital Referencial de Ferreñafe.

#### III. INSTRUCCIONES

Estimada señora a continuación le presentamos un conjunto de preguntas, orientadas a conocer la actitud que Ud. optaría frente a los signos de alarma que podría presentarse en el recién nacido. Para lo cual Ud. responderá marcando con un aspa (X) en una sola alternativa. Este cuestionario tiene carácter de anónimo, motivo por lo cual le solicito que responda con sinceridad.

N°	PREMISAS	Nunca	Raramente	Muy frecuente
1	La madre se muestra atenta y amorosa con su recién nacido.			
2	La madre lo toma en sus brazos y le hala a su recién nacido.			
3	La madre, le da de lactar adecuadamente a su recién nacido a libre demanda.			
4	Cuando la madre observa que se le hace la curación de ombligo a su recién nacido, está atenta, pregunta y luego lo realiza.			
5	La madre se le observa que abriga adecuadamente a su recién nacido.			
6	Se le observa a la madre que abriga adecuadamente a su recién nacido.			
7	La madre se le muestra preocupada si su recién nacido vomita varias veces.			
8	Se muestra preocupada la madre si su bebé no quiere levantarse.			
9	La madre se muestra interesada, cuando se le da la consejería sobre signos de alarma.			
10	La madre reconoce que es un signo de alarma.			

**GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**

## ANEXO N° 5

## FICHA TÉCNICA

### **Título: CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE SIGNOS DE ALARMA EN EL RECIÉN NACIDO DE MADRES PRIMÍPARAS HOSPITAL REFERENCIAL DE FERREÑAFE- LAMBAYEQUE 2018**

1. **Autora** : Chapañan Flores, Gladys Fiorella
2. **Duración** : 20 minutos
3. **Aplicación** : Madres primíparas
4. **Significación** : Manejo de Información de Contenido
5. **Administración y Calificación:**

Se administró utilizando los siguientes materiales:

- Hoja de Respuesta
- Lápiz o lapicero

#### **9. Consigna**

El presente test que forma parte del trabajo de investigación, consta de 10 preguntas; conteste lo más honestamente posible todos y cada de los ítems o preguntas marcando el valor que crea conveniente.

#### **10. Baremación** : Autora

**Tabla 1:** Generación de baremos

<i>Escala de calificación</i>	<i>CATEGORÍAS</i>
10 - 20	Actitud de Rechazo
21- 27	Actitud de Indiferencia
28 -30	Actitud de Aceptación

**Tabla 2:** Análisis de Fiabilidad

<b>Estadísticos de fiabilidad</b>	
Alfa de Cronbach	N de elementos
<i>0,75</i>	<i>10</i>

Se diseñó un cuestionario de 10 preguntas, se analizó la validez de contenido mediante la valoración de expertos se aplicó a una muestra piloto de 10 usuarios se evaluó la fiabilidad del cuestionario analizando la consistencia interna por el método del alfa de Cronbach.

Mediante la varianza de los ítems. Dónde:

$\alpha$  = Alfa de Cronbach

K = Número de Ítems

$V_i$  = Varianza de cada Ítem

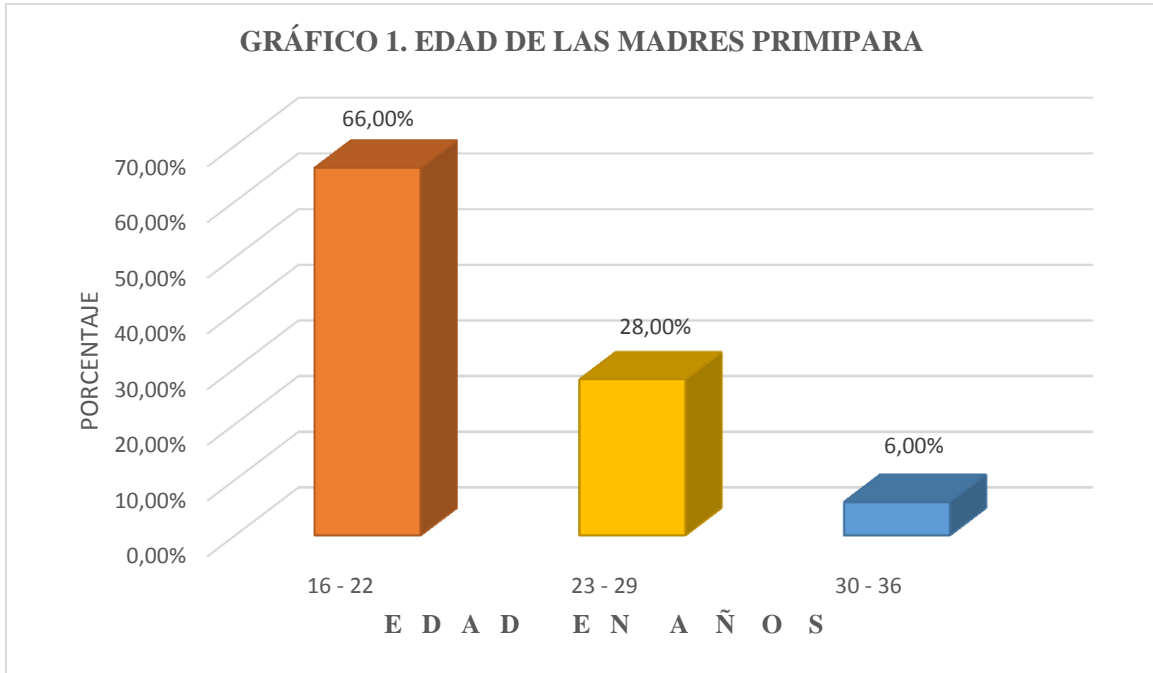
$V_t$  = Varianza total

Teniendo como resultado para este instrumento es de 0,75; indicando que es confiable

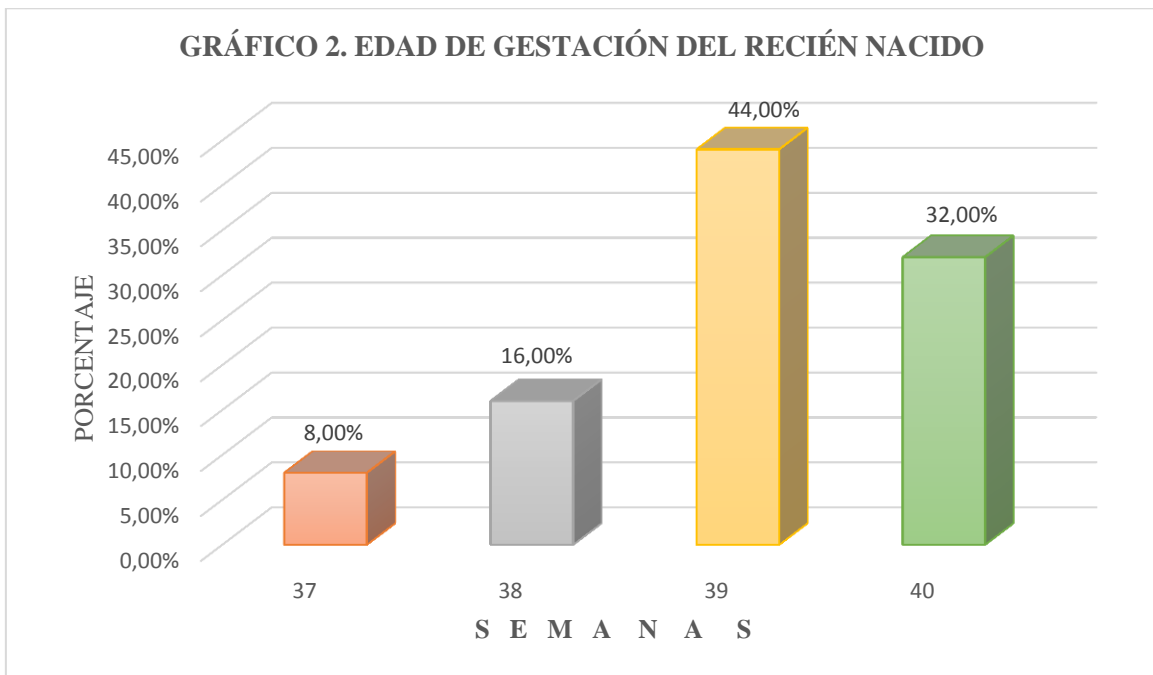
Primer experta. Cartilla de conocimientos.

## ANEXO N° 6

### FIGURAS DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRAFICO DE LAS MADRES PRIMIPARAS.

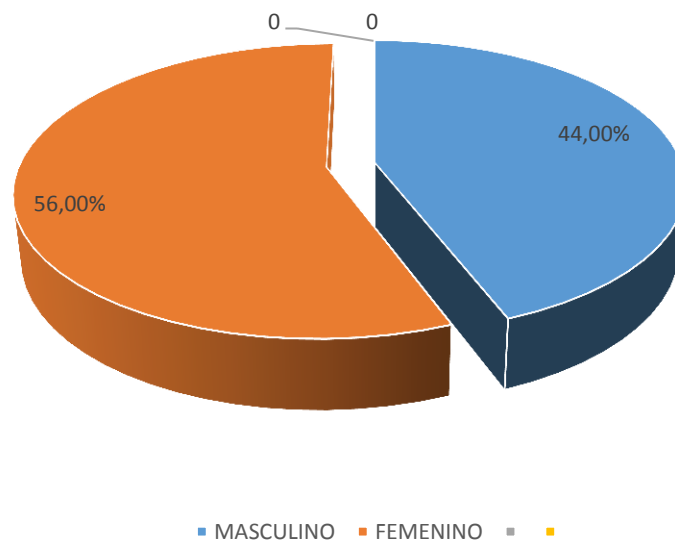


FUENTE: Tabla N° 02



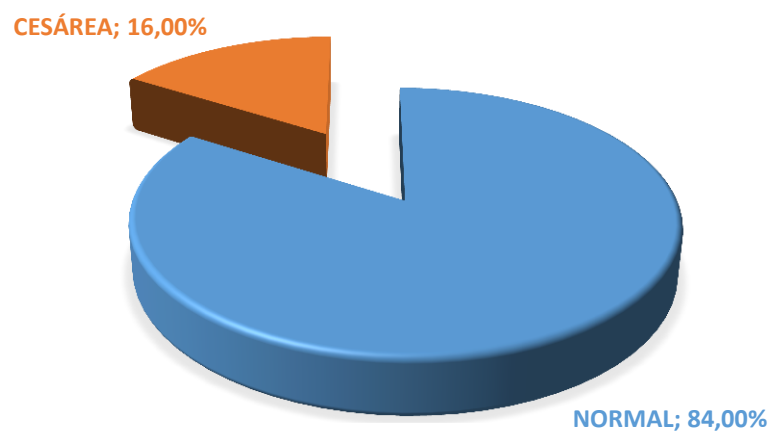
FUENTE: Tabla N° 02

**GRÁFICO 3. SEXO DEL RECIEN NACIDO**



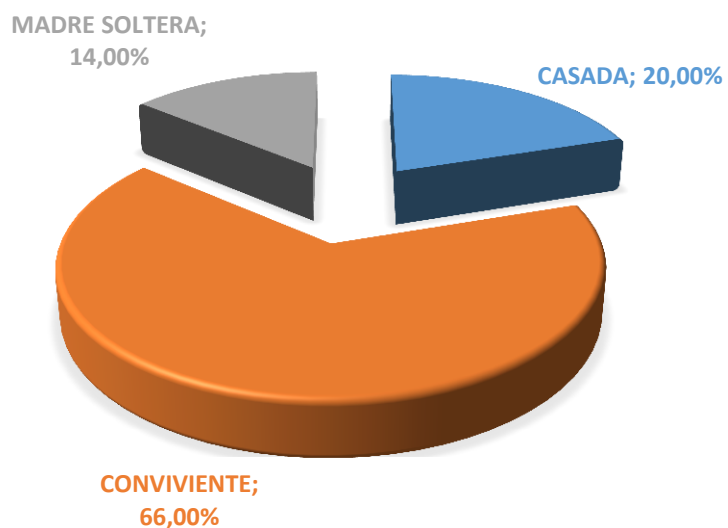
FUENTE: Tabla N° 02

**GRÁFICO 4. TIPO DE PARTO DE LAS MADRES PRIMIPARAS**



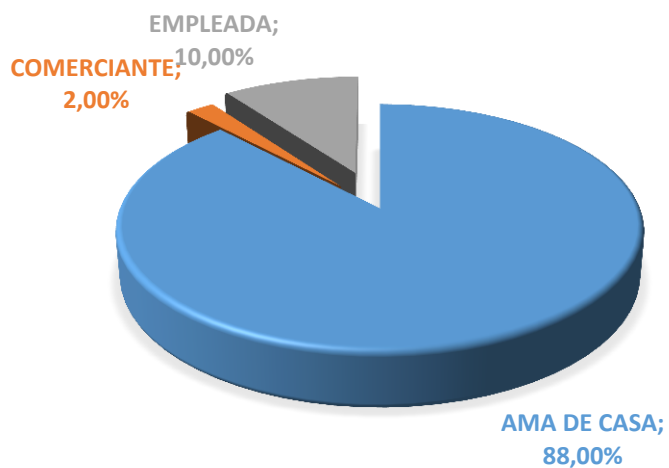
FUENTE: Tabla N° 02

**GRÁFICO 5. ESTADO CIVIL DE LAS MADRES PRIMIPARAS**

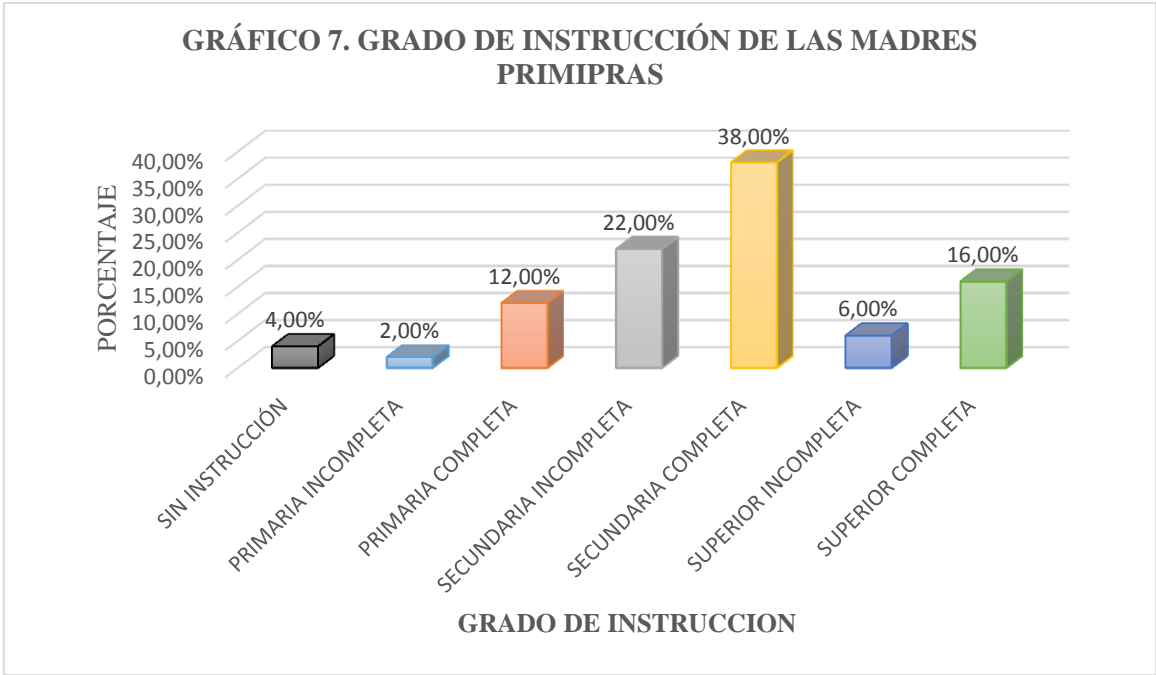


FUENTE: Tabla N° 02

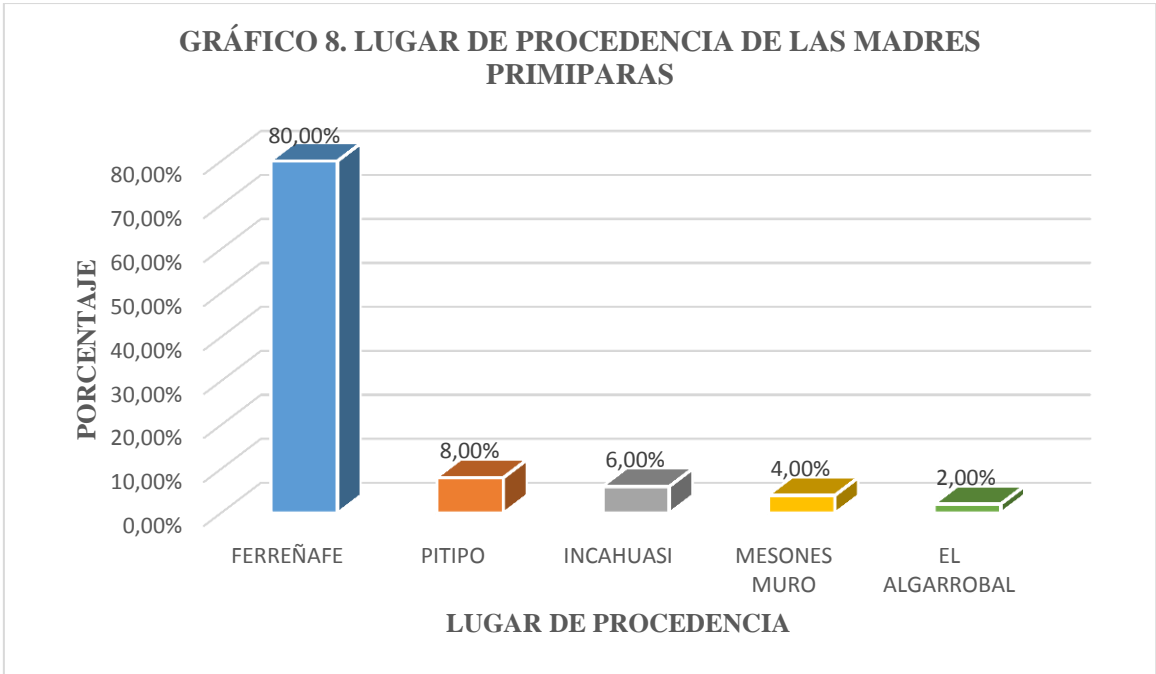
**GRÁFICO 6. TIPO DE OCUPACIÓN DE LAS MADRES PRIMIPARAS**



FUENTE: Tabla N° 02



FUENTE: Tabla N° 02



FUENTE: Tabla N° 02



**ANEXO N° 7****RESULTADOS ESTADISTICOS DE LAS VARIABLES EN ESTUDIO**

<b>N°</b>	<b>CONOCIMIENTO</b>	<b>ACTITUD</b>
1	18	21
2	25	26
3	19	22
4	16	22
5	21	26
6	21	26
7	21	26
8	23	26
9	21	26
10	22	24
11	19	24
12	19	28
13	20	28
14	22	28
15	18	28
16	22	25
17	17	16
18	23	26
19	22	25
20	25	28
21	20	16
22	20	24
23	22	27
24	22	25
25	19	28
26	19	25
27	19	25
28	19	22
29	16	21
30	24	17
31	24	17
32	17	19

<b>33</b>	<b>17</b>	<b>20</b>
<b>34</b>	<b>19</b>	<b>16</b>
<b>35</b>	<b>22</b>	<b>25</b>
<b>36</b>	<b>22</b>	<b>26</b>
<b>37</b>	<b>22</b>	<b>21</b>
<b>38</b>	<b>19</b>	<b>26</b>
<b>39</b>	<b>22</b>	<b>17</b>
<b>40</b>	<b>23</b>	<b>27</b>
<b>41</b>	<b>18</b>	<b>26</b>
<b>42</b>	<b>18</b>	<b>26</b>
<b>43</b>	<b>19</b>	<b>19</b>
<b>44</b>	<b>22</b>	<b>25</b>
<b>45</b>	<b>21</b>	<b>25</b>
<b>46</b>	<b>22</b>	<b>25</b>
<b>47</b>	<b>20</b>	<b>26</b>
<b>48</b>	<b>21</b>	<b>26</b>
<b>49</b>	<b>22</b>	<b>27</b>
<b>50</b>	<b>21</b>	<b>26</b>
<b>PROMEDIO</b>	<b>20.50</b>	<b>23.92</b>
<b>S</b>	<b>2.22</b>	<b>3.59</b>
<b>C.V.</b>	<b>10.81</b>	<b>15.01</b>
<b>r</b>	<b>0.23603789</b>	

**ANEXO N° 8**

**MATRIZ DE RESULTADOS DE CONOCIMIENTOS DE LAS MADRES PRIMIPARAS**

<b>RESULTADOS DE CONOCIMIENTO</b>											
<b>N°</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>TOTAL</b>
1	1	2	0	1	1	0	1	1	1	0	8
2	2	2	1	1	2	0	1	2	2	2	15
3	1	1	1	2	1	0	1	1	1	0	9
4	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	6
5	2	2	0	1	1	0	2	1	2	0	11
6	2	2	0	2	1	0	1	1	2	0	11
7	2	2	0	1	1	0	2	1	2	0	11
8	2	2	0	2	2	1	2	0	1	1	13
9	1	2	0	2	1	1	2	0	1	1	11
10	2	2	1	0	1	1	2	1	2	0	12
11	0	2	0	0	1	0	2	2	2	0	9
12	1	2	1	0	1	0	2	1	1	0	9
13	0	2	1	2	1	0	2	1	1	0	10
14	2	2	2	2	1	1	1	1	0	0	12
15	2	2	0	0	1	1	2	0	0	0	8
16	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	12
17	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	7
18	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	13
19	2	2	0	2	1	0	2	1	1	1	12
20	2	2	1	2	2	0	2	1	2	1	15
21	1	2	1	1	1	1	1	0	1	1	10
22	2	2	1	1	2	0	0	0	1	1	10
23	2	2	2	0	1	0	2	1	2	0	12
24	2	2	2	0	1	0	2	1	1	1	12
25	1	2	0	2	1	0	2	1	0	0	9
26	1	2	0	2	1	0	2	1	0	0	9
27	2	2	0	0	1	0	1	1	1	1	9
28	2	2	0	0	1	0	1	1	1	1	9
29	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	6
30	2	2	2	2	1	0	1	1	1	2	14
31	2	2	2	2	1	0	1	1	1	2	14
32	1	2	0	1	1	1	1	0	0	0	7
33	1	2	0	1	1	1	1	0	0	0	7

<b>34</b>	1	2	1	2	1	0	0	1	1	0	<b>9</b>
<b>35</b>	2	2	2	0	1	1	2	1	1	0	<b>12</b>
<b>36</b>	2	2	2	0	1	0	2	1	1	1	<b>12</b>
<b>37</b>	2	2	2	0	1	0	2	1	1	1	<b>12</b>
<b>38</b>	0	2	0	0	1	0	2	1	1	2	<b>9</b>
<b>39</b>	2	1	1	0	1	1	2	1	1	2	<b>12</b>
<b>40</b>	2	1	0	2	1	1	2	1	1	2	<b>13</b>
<b>41</b>	1	1	0	2	1	0	1	1	1	0	<b>8</b>
<b>42</b>	1	1	0	2	1	0	1	1	1	0	<b>8</b>
<b>43</b>	1	2	1	0	1	1	0	1	1	1	<b>9</b>
<b>44</b>	2	2	0	0	1	2	1	1	1	2	<b>12</b>
<b>45</b>	2	2	0	0	1	2	1	1	1	1	<b>11</b>
<b>46</b>	2	2	0	0	1	2	1	1	1	2	<b>12</b>
<b>47</b>	1	2	0	2	1	0	1	0	1	2	<b>10</b>
<b>48</b>	1	2	0	2	1	0	1	1	1	2	<b>11</b>
<b>49</b>	2	2	0	2	1	0	2	1	1	1	<b>12</b>
<b>50</b>	1	2	0	1	1	0	2	1	2	1	<b>11</b>

**ANEXO N° 9**

**MATRIZ DE RESULTADOS DE LAS ACTITUDES DE LAS MADRES  
PRIMIPARAS**

RESULTADOS DE ACTITUD											
N°	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	TOTAL
1	3	3	2	2	3	2	2	1	2	1	21
2	3	3	3	3	2	2	3	2	3	2	26
3	3	2	2	2	3	1	2	2	3	2	22
4	3	3	2	2	2	1	2	2	3	2	22
5	3	3	2	3	3	2	3	2	3	2	26
6	3	3	3	2	2	2	3	3	3	2	26
7	3	3	2	3	3	2	3	2	3	2	26
8	3	3	3	2	3	2	3	2	3	2	26
9	3	3	3	2	3	2	3	2	3	2	26
10	3	3	2	2	3	2	2	2	3	2	24
11	3	3	2	2	2	2	3	2	3	2	24
12	3	3	3	3	3	2	3	3	3	2	28
13	3	3	3	3	3	2	3	3	3	2	28
14	3	3	3	3	3	2	3	3	3	2	28
15	3	3	3	3	3	2	3	3	3	2	28
16	3	3	2	2	3	2	2	3	3	2	25
17	2	1	2	1	2	1	2	2	2	1	16
18	3	3	2	3	3	2	3	2	3	2	26
19	3	3	2	3	2	2	3	2	3	2	25
20	3	3	3	3	3	2	3	3	3	2	28
21	2	1	2	1	2	1	2	2	2	1	16
22	2	2	3	3	2	2	3	2	3	2	24
23	3	3	2	3	3	2	3	3	3	2	27
24	3	3	2	3	3	2	3	1	3	2	25
25	3	3	3	3	3	2	3	3	3	2	28
26	3	3	3	2	3	2	3	2	3	1	25
27	3	3	2	2	3	2	3	3	3	1	25
28	3	1	2	2	3	2	3	2	3	1	22
29	3	3	2	2	2	1	2	2	2	2	21
30	1	2	2	2	2	1	2	1	2	2	17
31	1	2	2	2	2	1	2	1	2	2	17
32	3	3	2	2	2	1	2	2	1	1	19

<b>33</b>	3	3	2	2	2	1	2	1	3	1	<b>20</b>
<b>34</b>	2	1	2	1	2	1	2	2	2	1	<b>16</b>
<b>35</b>	3	3	3	2	3	2	2	2	3	2	<b>25</b>
<b>36</b>	3	3	2	3	3	2	3	2	3	2	<b>26</b>
<b>37</b>	3	2	2	3	3	1	2	1	2	2	<b>21</b>
<b>38</b>	3	3	2	3	3	2	2	3	3	2	<b>26</b>
<b>39</b>	2	2	2	2	2	1	2	1	2	1	<b>17</b>
<b>40</b>	3	3	2	3	2	3	3	3	3	2	<b>27</b>
<b>41</b>	3	2	3	2	3	3	2	3	3	2	<b>26</b>
<b>42</b>	3	2	3	2	3	3	2	3	3	2	<b>26</b>
<b>43</b>	3	2	2	1	3	2	2	1	2	1	<b>19</b>
<b>44</b>	2	3	2	2	3	3	3	2	2	3	<b>25</b>
<b>45</b>	2	3	2	2	3	3	3	2	2	3	<b>25</b>
<b>46</b>	2	3	2	2	3	3	3	2	2	3	<b>25</b>
<b>47</b>	3	3	2	3	2	3	3	2	3	2	<b>26</b>
<b>48</b>	3	3	2	3	2	3	3	2	3	2	<b>26</b>
<b>49</b>	3	3	2	3	3	2	3	3	3	2	<b>27</b>
<b>50</b>	3	3	2	3	3	2	3	2	3	2	<b>26</b>