

2015

Conocimientos sobre el cuidado del recién nacido que tienen las madres adolescentes que concurren al control del niño sano en los Centros de Salud Apand y N°2 de la Municipalidad de General Pueyrredón en el periodo de febrero 2014 - julio 2015

García, María Cecilia

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/1095>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

Universidad Nacional de Mar del Plata.
Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social.
Departamento Pedagógico de Enfermería.
Carrera: Licenciatura en Enfermería.
Cátedra: Taller de Trabajo Final.

Docentes: Lic. Celaya, Laura Adriana
Dra. Barg, Mónica

Autoras: García, María Cecilia
Tegerina, Virginia

Mar del Plata, Diciembre 2015

TITULO-

**CONOCIMIENTOS SOBRE EL CUIDADO DEL RECIEN NACIDO
QUE TIENEN LAS MADRES ADOLESCENTES
QUE CONCURREN AL CONTROL DEL NIÑO SANO
EN LOS CENTROS DE SALUD APAND Y N°2
DE LA MUNICIPALIDAD DE GENERAL PUEYRREDON
EN EL PERIODO DE FEBRERO 2014- JULIO 2015**

Nuestros agradecimientos:

- ✿ *A nuestras docentes, Lic. Laura Adriana Celaya y Dra. Mónica Barg quienes nos guiaron y enseñaron con esfuerzo y dedicación en el camino de la investigación, ayudándonos a progresar personal y profesionalmente.*
- ✿ *A la Lic. Florencia Suqueli sin cuya colaboración este trabajo hubiera sido más largo y complicado.*
- ✿ *A nuestra familia por ser nuestro apoyo emocional e incondicional siempre*
- ✿ *A nuestros hijos por ser nuestra fuente de motivación e inspiración para poder superarnos día a día.*
- ✿ *A nuestros compañeros profesionales que nos ayudaron y nos permitieron crecer como personas e intercambiar sus conocimientos y experiencias.*
- ✿ *A las madres encuestadas que participaron voluntaria y desinteresadamente de este trabajo que no hubiera sido posible sin ellas.*

*Cecilia García
Virginia Tegerina*

TABLA DE CONTENIDOS

CAPÍTULO I: ÁREA PROBLEMA1

 I.1 INTRODUCCIÓN 2

 I.2 DEFINICION Y DELIMITACION DEL PROBLEMA 2

 I.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 2

 I.4 PROPÓSITO 4

 I.5 OBJETIVO GENERAL 4

 I.6 OBJETIVOS ESPECIFICOS..... 4

CAPITULO II: MARCO TEORICO..... 5

 II.1 MARCO CONCEPTUAL 6

 1.1 Cuidado 6

 1.2 Caracterización de las madres adolescentes 9

 1.3 Caracterización del recién nacido10

 1.4 Necesidades básicas del recién nacido 11

 1.5 Cuidados básicos al recién nacido 12

 1.5.1 Alimentación12

 1.5.2 Higiene 18

 1.5.3 Termorregulación 20

 1.5.4 Afecto 21

 1.5.5 Sueño 22

 1.5.6 Prevención de accidentes 22

 1.5.7 Signos de Alarma 23

 II.2 DEFINICION DE LA VARIABLE DE ESTUDIO 25

 II.3 DEFINICIÓN DE TERMINOS CONCEPTUALES 25

CAPITULO III: DISEÑO METODOLÓGICO 27

III.1 DISEÑO METODOLÓGICO 28

III.2 OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE DE ESTUDIO..... 28

III.3 POBLACIÓN 32

III.4 MUESTRA 32

III.5 PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS 32

III.6 PLAN DE TABULACIÓN Y ELABORACIÓN DE DATOS 33

III.7 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES 33

CAPITULO IV: PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS 34

IV.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS MADRES ADOLESCENTES 35

IV.2 RESULTADOS DE CONOCIMIENTOS SOBRE LOS CUIDADOS DEL RN 38

 4.2.1 Conocimientos de las madres adolescentes sobre la alimentación del RN 38

 4.2.2 Conocimientos de las madres adolescentes sobre la higiene del RN 39

 4.2.3 Conocimientos de las madres adolescentes sobre la termorregulación del RN 40

 4.2.4 Conocimientos de las madres adolescentes sobre el afecto al RN 41

 4.2.5 Conocimientos de las madres adolescentes sobre el sueño del RN 42

 4.2.6 Conocimientos de las madres adolescentes sobre la prevención de accidentes del RN 43

 4.2.7 Conocimientos de las madres adolescentes sobre los signos de alarma del RN 44

 4.2.8 Conocimiento general de las madres adolescentes sobre los cuidados del RN 45

 4.2.9 Conocimiento general de las madres adolescentes sobre los cuidados del RN, respecto de los
datos sociodemográficos 46

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 48

V.1 CONCLUSIONES 49

V.2 RECOMENDACIONES 51

BIBLIOGRAFÍA 52

ANEXO I 57

ANEXO II 59

CAPITULO I

CAPÍTULO I: ÁREA PROBLEMA

I.1 INTRODUCCIÓN

En la actualidad, el embarazo en las adolescentes es un problema de salud pública y trae consigo aparejado un número elevado de complicaciones para la madre y para su hijo.

Según La Organización Mundial de la Salud 16 millones de niñas entre 15 y 19 años son madres cada año, y de ellas el 95% viven en países en vías de desarrollo.¹

Las estadísticas oficiales indican que al año casi 115 mil adolescentes se convierten en mamá en la Argentina: una cada 5 minutos. Estas mamás son chicas menores de 19 años y sus bebés representan el 15,40% del total de los recién nacidos en todo el país.²

El bebé es inicialmente un ser dependiente e indefenso, es imprescindible la presencia y acción de un otro disponible para descifrar sus necesidades otorgándole las respuestas adecuadas. El hacerse cargo de la crianza de un hijo, requiere cierta madurez para responder a los requerimientos y las demandas del bebé, las cuales suelen generar dificultades a la adolescente, quien suma a la crisis propia de la edad, la crisis de la maternidad.

Los hijos de madres adolescentes tienen riesgo 2 veces mayor de tener bajo peso al nacer y 3 veces mayor de morir en los primeros 28 días de vida que los hijos de las madres de mayor edad.³

La incidencia de muerte súbita es mayor entre los hijos de adolescentes y, más adelante, también sufren con mayor frecuencia enfermedades y accidentes.⁴

De aquí la importancia de los cuidados y del acompañamiento afectivo de la madre durante el embarazo y más aún en el nacimiento y el primer año de vida; por tal motivo se pretende estudiar qué conocimientos tienen sobre el cuidado del recién nacido un grupo de mujeres adolescentes dada la importancia que ello tiene en el adecuado crecimiento y desarrollo del niño.

El fin de esta investigación es describir que conocimiento del cuidado a su hijo recién nacido tienen las madres adolescentes en lo referente a: alimentación, higiene, termorregulación, afecto, sueño, prevención de accidentes y signos de alarma.

¹ <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v11n3/9402.pdf>. Ana Lange. Revisado diciembre 2013

² http://www.clarin.com/salud/titulo_0_336566401.html. Diana Galimberti. Revisado diciembre 2013

³ McAnarney E, Hendee W. Comportamientos sexuales de adolescentes y resultados relacionados con la salud. Salud pública Rep. 1993; 108(supl. 1:31–36).

⁴ McAnarney E, Hendee W. Embarazo en la adolescencia y sus consecuencias. JAMA 1989; 262:74–77

I.2 DEFINICION Y DELIMITACION DEL PROBLEMA

Conocimientos que tienen sobre el cuidado al RN las madres adolescentes de niños de 2 a 28 días de edad que ingresan al control del niño sano de los centros de salud APAND y N° 2 de la Municipalidad de General Pueyrredón durante el período Febrero 2014- Julio 2015.

I.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se observa que en los Centros de Salud N°2 y APAND de la Municipalidad de General Pueyrredón, un alto porcentaje de los recién nacidos son hijos de madres adolescentes.

Para promover la salud de los recién nacidos, es importante reconocer la dimensión que da al cuidado humano, en este caso, la madre adolescente; pues la etapa vital que la distingue se corresponde con un periodo de mayor vulnerabilidad que la puede llevar a comportamientos antagónicos y a diversos conflictos, dada la crisis de identidad que atraviesa en ese momento.

El período neonatal, los primeros 28 días de vida es una época muy delicada en la que se supone se completan muchos de los ajustes fisiológicos necesarios para la vida extrauterina. La importancia del mismo se confirma por las altas cifras de morbilidad y mortalidad.

Es ampliamente conocido que el niño es incapaz de sobrevivir por si mismo, tanto menos cuanto más pequeño es, y por ello depende de los cuidados y atenciones que le proporcionan sus padres, o quienes lo sustituyan en esta tarea trascendental de la formación del hombre por el hombre, tarea que también incumbe a los profesionales encargados de vigilar su salud y educación. De allí la inquietud de abordar e interpretar el conocimiento que las madres adolescentes tienen del cuidado humano del recién nacido, ya que estos influyen en el crecimiento y desarrollo del niño.

De la situación planteada anteriormente surge la necesidad de identificar los conocimientos que tienen las madres adolescentes sobre los cuidados del RN para poder realizar futuras intervenciones que favorezcan los procesos de crecimiento, desarrollo y madurez del RN y de la madre dirigiéndose específicamente a las madres adolescentes quienes tienen a cargo a sus hijos recién nacidos.

Es así como desde la profesión de enfermería se quiere abordar una problemática relacionada con un quehacer fundamental de la profesión como es el cuidado, ya que esta tiene como fin dar cuidado integral de la salud ayudando a desarrollar al máximo las potencialidades individuales y colectivas para mantener prácticas de vida saludables.⁵

⁵ Ley Nacional N° 24004. Ley de Ejercicio de la Enfermería.

I.4 PROPÓSITO

Aportar bases para el diseño y aplicación de un programa especial de atención al RN de madres adolescentes.

I.5 OBJETIVO GENERAL:

Estimar qué conocimientos tienen sobre el cuidado al RN las madres adolescentes que concurren al control del niño sano en los centros de salud APAND y N°2 de la Municipalidad de general Pueyrredón, en el período Febrero 2014- Julio 2015.

I.6 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Identificar las características sociodemográficas de las madres adolescentes en cuanto a edad, nivel de educación, estado civil y ocupación.
- Estimar qué conocimientos tienen las madres adolescentes sobre el cuidado a sus hijos recién nacidos respecto de la alimentación, higiene, sueño, afecto, termorregulación, prevención de accidentes y signos de alarma.

CAPITULO II

CAPITULO II: MARCO TEORICO

II.1 MARCO CONCEPTUAL

1.1 Cuidado.

En el año 1985 Dorothea Orem⁶ en su teoría del autocuidado desarrolla el concepto básico de autocuidado definiéndolo como el conjunto de acciones intencionadas que realiza la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior. El autocuidado por tanto, es una conducta que realiza o debería realizar la persona para sí misma. Como el recién nacido tiene absoluta dependencia de los adultos para mantener la vida, estos desempeñan el rol de agente de autocuidado realizando por él todas las acciones requeridas para satisfacer sus necesidades. Esencial en esta etapa es una adecuada vinculación afectiva con sus padres y familia, pues determina el establecimiento de sus relaciones interpersonales futuras.

El cuidado, posee significaciones básicas que están íntimamente ligadas entre sí como: pensar, poner atención, mostrar interés, revelar una actitud de desvelo y hasta de preocupación por el otro en una relación de involucramiento y afectividad.⁷

La actitud del cuidado solamente ocurre cuando la existencia de alguien tiene importancia para el otro, que entonces se dispone a participar de la vida de este, nunca como acto enteramente consciente, intencional o controlable, pero siempre como resultado de una autocomprensión y acción transformadora.

Cuidado es inherente a la vida, ningún tipo de vida puede subsistir sin cuidado.

El cuidado esencial, describe el cuidado como un constituyente de presencia interrumpida, en cada momento y siempre, en la existencia humana. Es la energía que continuamente hace surgir el ser humano.

En Ser y tiempo,⁸ cuyos párrafos centrales (§39-44) son dedicados como ontología del ser humano, Heidegger reafirma que el cuidado se constituye en la esencia de la existencia humana y determina la estructura de su práctica. Heidegger reputa todavía el cuidado como subyacente a todo lo que el ser humano emprende, proyecta y ejecuta; siendo él el fundamento para cualquier interpretación que se dé del ser humano. Así, una de las características del cuidado es ser libertador, es proteger, emancipar el individuo como ciudadano.

El cuidado implica entonces la comprensión del ser humano en su proceso de vivir, en sus derechos, en su especificidad, en su integridad.

⁶ Denyes, M., Orem, D., y SozWiss, g. (2001). Cuidados personales: una ciencia fundacional. 14.1 Quarterly, ciencia, 48-54 de enfermería.

⁷ Boff L. Atención esencial del cuidado: comienzo de un nuevo espíritu. Revisado de la inclusión social. 2005; 1 (1): 10-15.

⁸ Martin Heidegger (1927): Ser y Tiempo (1993). Barcelona. Editorial Planeta-De Agostini. Revisado diciembre 2013.

Orientarse por el cuidado es romper con la lógica de formación excesivamente basada en la hegemonía biomédica, en el autoritarismo de las relaciones, en el poder construido a partir de un saber que silencia otros y cosifica los sujetos. Para pasar a una relación interactiva y de comunión siendo esta sujeto/sujeto; no de dominio, de convivencia; no simple intervención, sino principalmente interacción y comunión. Significa otorgar derecho de ciudadanía fundamental a la capacidad de un sentir el otro. Para los humanos, ser cuidado por los suyos representa un estímulo a la vida.

En Foucault,⁹ pueden ser encontrados subsidios, tanto para el embasamiento histórico de la comprensión de la existencia humana como cuidado, cuanto sobre el modo como el cuidado de sí, desde las raíces griegas de las sociedades occidentales contemporáneas, pasó a integrar la preocupación con la salud a las determinaciones más centrales de construcción de los proyectos existenciales humanos.

Heidegger apunta positivamente el hecho de que el ser humano es un estar echado en el mundo, en una reconstrucción constante de sí mismo y de ese mundo, elucidada por la idea de cuidado, será coherente asumir que las prácticas de salud, como parte de ese estar echado, tanto cuanto de los movimientos que reconstruyen, también se elucidan como cuidado.¹⁰

Por lo tanto, el humano que participa como ser de esas prácticas de salud por medio del cuidado, sea donador o receptor de la práctica, actúa también en la reconstrucción de sí mismo y del otro, sea por esencia o cuidado.

Se percibe en este contexto de contradicciones, que las varias miradas sobre el cuidado pueden alterar también el proceso del vivir humano, principalmente cuando el cuidado es la base de las distintas prácticas profesionales.

El término cuidado, en el proceso de vivir humano, es entonces rico, contradictorio, ambivalente y demasiado complejo para lograr la comprensión Humana en profundidad. Además de atractivo, dinámico, interactivo, asociativo, el cuidado caracteriza un movimiento continuo y permanente de retroalimentación.

En suma, el cuidado incorpora en su principio vital una forma dialéctica e inalcanzable de comprender las oposiciones entre humano/deshumano, sujeto/objeto, cuidado/descuidado.

Diferentes especialistas han puesto de manifiesto la importancia vital del cuidado que la madre prodiga al bebé. René Spitz¹¹ fue uno de los primeros que observó la importancia que tenía la ausencia materna en el futuro desarrollo del bebé. Describe el efecto de la separación precoz de la madre y la anaclítica depresión o depresión por dependencia que aparece en los bebés y que en algunos casos los podía llevar hasta la muerte.

⁹ Foucault M. História da sexualidade: o cuidado de si. 4a ed. Rio de Janeiro: Editora Graal; 1985

¹⁰ Ayres JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. Saúde e Sociedade. 2004; 13(3):16-29.

¹¹ Rene Spitz. El Primer Año de Vida del Niño. Editorial Fondo de Cultura Económica; .Noviembre 1996.

Freud dice: "el bebé nace totalmente dependiente de los cuidados maternos con los que forma una unidad indisoluble"¹². D.Winicott¹³ especialista en pediatría y psicoanálisis, hace hincapié en la influencia del ambiente sobre el desarrollo psíquico del ser humano. El entorno representado al principio por la madre o un sustituto, es el que permitirá o entorpecerá el libre despliegue de los procesos madurativos.

En el período inicial de la vida (desde el nacimiento hasta los seis meses) el bebé se encuentra en absoluto estado de dependencia del entorno, es decir de la madre. En este período hay necesidades de orden corporal ligadas al desarrollo psíquico del yo. La adaptación de la madre a estas necesidades del bebé se concreta en tres funciones maternas:

1. Presentación del objeto: comida representada por el pecho o biberón.
2. Holding o mantenimiento: rutina en forma de secuencias repetitivas de cuidados cotidianos. El bebé encuentra de esta manera puntos de referencia, simples y estables con los que lleva a buen término el trabajo de integración en el tiempo y el espacio. Es importante la forma de llevarle y protegerle teniendo en cuenta su sensibilidad
3. Handling: es la manipulación del bebé en la prestación de cuidados. Es necesario para su bienestar físico que lo experimenta poco a poco en su cuerpo y va realizando la unión entre su vida psíquica y física. Esta unión es lo que Winnicott llama personalización¹⁴.

Winnicott hace referencia al concepto de madre suficientemente buena considerando como tal a aquella que es capaz de identificarse estrechamente con su hijo durante los primeros días de vida, adaptándose a sus necesidades. Es lo bastante buena como para que el niño pueda acomodarse a ella sin daño para su salud psíquica. Permite que el bebé desarrolle una vida psíquica y física apoyada en sus tendencias innatas.

La madre insuficientemente buena es aquella que globalmente no tiene capacidad para identificarse con las necesidades del bebé.

Durante el período de dependencia absoluta los defectos de adaptación provocan carencias en la satisfacción de necesidades y entorpecen el despliegue de la vida.

Cuando la madre no cumple las funciones de sostén del yo, lo que surge es una angustia portadora de amenazas de fragmentación, falta de relación con el propio cuerpo, etc. Esto, según Winnicott, sería la esencia de las angustias psicóticas.

¹² Freud, S. La interpretación de los sueños, en Obras Completas, vols IV-V, Buenos Aires, Amorrortu, 1976.

¹³ Winnicott D., Escritos de pediatría y psicoanálisis, Barcelona Laia, 1979

¹⁴ Winnicott D., Escritos de pediatría y psicoanálisis, Barcelona Laia, 1979

1.2 Caracterización de las madres adolescentes.

Las madres adolescentes, población de referencia para la investigación, son aquellas que se encuentran entre los 10 y 19 años.

Partiendo de las teorías desarrolladas por Sigmund Freud, Jean Piaget y Erick Erickson se conocen los aspectos de desarrollo psicosocial, cognitivo y psicosexual de la persona adolescente.

Según Jean Piaget y su desarrollo cognitivo la madre adolescente se encuentra en una etapa de operaciones formales, que inicia a los 11 años y continua a lo largo de la vida en la cual “comienzan a desarrollar una visión más abstracta del mundo y a utilizar la lógica formal. Pueden aplicar la reversibilidad (pensamiento en dos direcciones) y la conservación (invariante de una transformación operatoria) a las situaciones tanto reales como imaginadas. También desarrollan una mayor comprensión del mundo y de la idea de causa y efecto”.¹⁵

Igualmente, la adolescente tiene la capacidad de formular hipótesis y probarlas hallándole solución a ésta. Siendo característica en esta etapa la capacidad de razonar sobre un hecho, es decir utilizando situaciones para hacerles un razonamiento crítico y discutir sobre esto. Con estos elementos la adolescente es capaz de crear sus propias teorías acerca del mundo, aunque no se da este proceso en el 100% de las adolescentes y se puede ver obstaculizado por causas familiares, personales, psicológicas, sociales y biológicas.

Por otro lado Sigmund Freud, en su teoría del desarrollo psicosexual expresa que la adolescencia es el momento donde se determina los sentimientos en relación con el sexo al cual pertenecen, generándose patrones de conducta con el mismo sexo y con el sexo opuesto, al igual que la consolidación de la identidad sexual, aumentando el inicio de las relaciones sexuales.¹⁶

Dentro del desarrollo biopsicosexual se evidencian 3 etapas fundamentales que dan las pautas para el comportamiento de las adolescentes y las cuáles podemos relacionar como factores de riesgo para la madre adolescente. La adolescencia temprana que va desde los 10 años hasta los 13 años, caracterizada por la relación con grupos de pares del mismo sexo para reafirmar la identidad individual, en donde se inicia el interés por el sexo opuesto. La adolescencia media que va desde los 14 a los 16 años; en esta etapa las relaciones amorosas son de corta duración y se inicia la exploración sexual, pero luego las relaciones se vuelven más duraderas con la aparición de sentimientos y relaciones sexuales genitales. Y por último, la etapa final que va desde los 17 a los 19 años, donde la identidad es clara, las relaciones con el sexo opuesto es marcada totalmente y el riesgo de embarazo aumenta.¹⁷

¹⁵ Revista de psicología y medicina CEPVI. Sección de psicología. Psicología evolutiva: Las etapas del desarrollo. Desarrollo cognitivo. Pág. 3. Disponible en:
http://www.cepvi.com/articulos/development_cognitivo2.shtml.

¹⁶ Villalobos, Ana Marcela, Psicóloga. Desarrollo psicosexual. Disponible en:
<http://www.binasss.sa.cr/adolescencia/0010.html>.

¹⁷ Lic. Dina Krauskopof. El desarrollo psicológico en la adolescencia: las transformaciones en una época de cambios. Adolesc. salud vol.1 n.2 San José. Enero 1999

Finalizando, Erick Erickson plantea el desarrollo psicosocial con 8 etapas de ganancia psicosociales o crisis, donde la adolescente se encuentra en la V etapa que hace referencia a Identidad vs. Confusión del rol, influenciada por cambios biológicos como la secreción de hormonas y la creación de la identidad. Pero como crisis específica se presenta la confusión del rol, que se evidencia por medio de decisiones precipitadas creando confusión en la adolescente.¹⁸ Es desde esta perspectiva donde partimos para convertir este proceso de desarrollo y crecimiento como factor de riesgo para presentarse de forma apresurada los embarazos a temprana edad, contribuyendo de esta manera a la no culminación de sus procesos y pasar a otros sin terminar los mismos, los cuáles van a repercutir de manera directa en los conocimientos para brindar los cuidados básicos al recién nacido.

Al abarcar puntos relevantes del desarrollo cognitivo, psicosexual y psicosocial, se puede observar que todos los cambios que esto conlleva, van a repercutir directamente en la condición de madres adolescentes, ya que como se evidencia anteriormente las adolescentes se encuentran en procesos activos de desarrollo tanto en lo biológico, psicológico, emocional y sexual, sumándole a la no culminación de los mismos, procesos correspondientes a la adultez, siendo un factor de riesgo para la madre adolescente y por ende para el cuidado adecuado al recién nacido determinando así un alto grado de inmadurez e inexperiencia para afrontar el rol de madre, influyendo en los conocimientos que tienen las madres adolescentes sobre los cuidados básicos al recién nacido.

1.3 Caracterización del recién nacido.

Para el desarrollo del trabajo investigativo es necesario caracterizar de manera global al recién nacido, ya que es él quien recibe directamente de su madre los cuidados y la satisfacción de sus necesidades básicas, a partir de los conocimientos que ella tiene.

El recién nacido se encuentra en un rango de edad entre los 0 días luego del nacimiento hasta 30 días, con un rango de peso al nacimiento entre 2700 y 4200 gramos, mide aproximadamente 50 centímetros y su perímetro cefálico es de unos 35 centímetros (estos valores no son absolutos y existe una lógica variación entre bebés por lo que hay que tomarlos como referencia pero no como ley estricta).¹⁹ “Las temperaturas normales que se pueden presentar en el recién nacido varían entre 36,5°C y 37°C, siendo la temperatura rectal 0.5° a 1° C mayor que la temperatura axilar” (OMS 2007).

En esta etapa, la confianza básica estudiada por Erick Erickson, es fundamental para el desarrollo del recién nacido.

¹⁸ Gadea, De Nicolás. Confianza contra desconfianza. Escuela para padres y maestros. Primera edición. México. 2003.

¹⁹ Dr. Jorge Nasanovsky. Dra Mercedes Ruggeri. Zona Pediátrica. De 0 a 12 meses. Manual de Instrucciones del bebé <http://www.citaldoc.com/html/0a12meses.pdf>

“La relación con la madre determinará los futuros vínculos que se establecerán con las personas a lo largo de su vida. Es la sensación de confianza, vulnerabilidad, frustración, satisfacción, seguridad... la que puede determinar la calidad de las relaciones.”²⁰ Lo cual se manifiesta a partir del contacto visual constante, las caricias, los besos, los arrullos, y cualquier actitud que exprese afecto, protección, demostrando así preocupación por el bienestar del niño, enmarcado siempre en un contexto de amor.²¹ Este vínculo que genera la madre con su recién nacido en este proceso es positivo en la medida en que la madre se siente mejor con su hijo, siente la necesidad de cuidarlo y brindarle todas las herramientas para su bienestar y satisfacer sus necesidades, así como el bienestar y satisfacción del recién nacido. Esta creación del vínculo madre e hijo inicia con un proceso de familiarización entre los padres y el recién nacido, influenciada por las expectativas hacia su hijo, la actitud de los padres frente al niño y principalmente la etapa del ciclo vital en que se encuentren los padres para enfrentar su nuevo rol de padres, aspecto que se ve vulnerado en la situación planteada al inicio de este trabajo como lo son las madres adolescentes, en las cuáles se dificulta este proceso de vinculación con el recién nacido.

1.4 Necesidades básicas del recién nacido

Al igual que el adulto, el recién nacido tiene necesidades básicas las cuáles son indispensables en esta etapa del ciclo vital, ya que de la satisfacción de las mismas depende no solo el bienestar del niño si no su vida, y más aún porque se encuentran en una etapa de total dependencia de los demás para la satisfacción de sus necesidades y el brindarle los cuidados necesarios y propios de su edad.

Abraham Maslow, plantea con su teoría de las necesidades humanas cinco categorías las cuáles están ligadas a las necesidades del primer ciclo de vida siendo el recién nacido una persona que necesita satisfacer las cinco categorías:

- Necesidades fisiológicas como respirar, comer, eliminar
- Necesidad de seguridad
- Necesidad de amor y pertenencia
- Necesidad de estima
- Necesidad de autorrealización a través de la expresión por medio del llanto.

A medida que se suplen las necesidades del recién nacido existe un mayor nivel de supervivencia debido al perfeccionamiento y desarrollo del ser humano, siendo relevantes en el recién nacido principalmente por la dependencia que tiene el niño para satisfacer sus necesidades y cuidados que deben ser realizados principalmente por la madre, debido al vínculo madre e hijo.

²⁰ Bertrand Regader. La Teoría del Desarrollo Psicosocial de Erikson Disponible en: <http://psicologiamente.net/ desarrollo/ teoria-del- desarrollo- psicossocial-erikson>

²¹ Gadea, De Nicolás. Confianza contra desconfianza. Escuela para padres y maestros. Primera edición México. 2003

1.5 Cuidados básicos al recién nacido.

Teniendo en cuenta las necesidades básicas del recién nacido, es importante hacer referencia a las prácticas de cuidados propios de esta etapa con el fin de propender por el bienestar del niño y más aún cuando la madre es adolescente, ya que según lo revisado en la literatura, la madre no tiene los conocimientos adecuados para brindar los cuidados básicos al recién nacido.

Los cuidados al recién nacido son: Alimentación, higiene, termorregulación, afecto, sueño, prevención de accidentes y signos de alarma, factores determinantes en el bienestar del niño y de la satisfacción de sus necesidades básicas.

1.5.1 Alimentación

La leche materna es el mejor alimento y la mejor bebida que puede darse en forma exclusiva a los niños hasta los seis meses y con otros alimentos hasta los dos años. Los niños alimentados con leche materna tienen como ventaja que son más inteligentes, contraen menos enfermedades y están mejor nutridos que los que reciben otros alimentos”.²²

“La leche va cambiando su composición desde el parto, calostro, leche de transición, leche madura, siendo la leche inicial diferente de la leche final. La leche varía su composición según la hora del día”.²³

Calostro: “Es un fluido espeso y amarillento, que secreta la mama, durante la primera semana después del parto. La composición del calostro es diferente de la composición de la leche madura”²⁴.

El color amarillo del calostro se debe al beta caroteno, las concentraciones de sodio, potasio, y cloro son superiores a las de la leche madura. Las proteínas, vitaminas liposolubles y minerales son también más abundantes que en la leche de transición o madura. Las proteínas en el calostro y en la leche materna son la caseína, alfa lactalbumina, lactoferrina, inmunoglobulina A.

La concentración de proteínas del calostro, es mayor que en la leche madura y esto provoca un aumento de la presión osmótica y por tanto una mayor retención de agua en el cuerpo del recién nacido, evitando la pérdida de peso del mismo.

Estas proteínas protegen contra el crecimiento de bacterias patógenas como la *E. coli*. Proteínas como la lactoferrina y la transferrina, captan dos átomos de hierro y así impiden la proliferación de bacterias patógenas que necesitan hierro para proliferar.

En cuanto a las vitaminas B12 y vitamina B9 se encuentran combinadas con una proteína y así impiden que las bacterias proliferen, la vitamina A se encuentra

²² mavirsalud.jimdo.com/consulte-salud-publica/lactancia-materna. Revisado diciembre 2013

²³ Curso de Medicina Naturista, 2003. Composición y Propiedades de la Leche Materna. Disponible en: <http://www.unizar.es/med:naturista/lactancia%203/Composición%20eche%20materna.pdf>.

²⁴ Curso de Medicina Naturista, 2003. Composición y Propiedades de la Leche Materna. Disponible en: <http://www.unizar.es/med:naturista/lactancia%203/Composición%20eche%20materna.pdf>.

en niveles muy elevados en el calostro, protege y previene de la afectación ocular. El recién nacido dispone de una reserva mineral y vitamínica, según la dieta de la madre durante la gestación. El calostro es rico en vitaminas liposolubles.

Funciones del calostro:

- Tiene bajos niveles de grasas y lactosa, es rico en inmunoglobulinas, especialmente IgA secretoria.
- Facilita el establecimiento de la flora intestinal y la expulsión del meconio.
- Contiene un factor de crecimiento esencial para el *Lactobacillus* bífidus, y es el primer medio de cultivo en la luz intestinal estéril del recién nacido.
- Es rico en anticuerpos, que pueden proteger contra bacterias y virus presentes en el canal del parto, o asociados con otros contactos humanos.
- Inhibe la formación de IgE, que es la principal implicada en las reacciones alérgicas.
- Los leucocitos del calostro pasan al intestino del niño y allí siguen fabricando IgA, pues no perecen con la digestión.
- El calostro tiene más anticuerpos que los producidos por la placenta. Las inmunoglobulinas o anticuerpos de la madre que formó como respuesta a las enfermedades, pasan al bebé a través del calostro, sin embargo esta inmunidad solo lo protege hasta que empieza a madurar su sistema inmunitario, hacia los tres años.
- El amamantar al niño con el calostro estimula el vínculo madre e hijo y evita el desarrollo de la agresividad en los niños.

Leche madura: El agua es el componente más abundante de la leche, todos los demás componentes están disueltos o dispersos en agua. "Los lípidos constituyen la principal fuente de energía de la leche materna. La composición de los lípidos es variable, depende de la dieta de la madre, prematuridad, estadio de la lactancia, y fase de la mamada, de un pecho a otro, a lo largo del día y entre diferentes mujeres, sin embargo la mastitis no altera las grasas, y si disminuye el volumen de leche y de lactosa y aumenta el de Sodio y el de Cloro".²⁵

Acciones fisiológicas de los lípidos de la leche materna:

- Se absorben fácilmente en el intestino.
- Contribuyen con el 50% de las calorías.
- Aportan ácidos grasos esenciales $\omega 3$ y $\omega 6$
- Acción antivírica.
- Favorecen el desarrollo del cerebro, del sistema nervioso y de la visión.

²⁵ Curso de Medicina Naturista, 2003. Composición y Propiedades de la Leche Materna. Disponible en: <http://www.unizar.es/med:naturista/lactancia%203/Composición%20eche%20materna.pdf>.

Por otro lado, las proteínas como la caseína, el nitrógeno no proteico ayudan en la creación de anticuerpos en el recién nacido, así como en el adecuado desarrollo del mismo. Específicamente en la formación de anticuerpos, en la leche materna se encuentran Anticuerpos tipo IgA contra patógenos comunes como E. Coli, Shigella, Salmonella, Haemophilus pneumoniae, Rotavirus, Virus sincitial respiratorio, Virus de la poliomielitis, Cándida Albicans, entre otros agentes fundamentales en el desarrollo de enfermedades específicamente prevalentes en menores de 5 años y con complicaciones mortales.

Otros componentes de la leche materna son las lisoenzimas que es una enzima bacteriolítica contra las enterobacterias y bacterias gran-positivas, contribuyendo al desarrollo y al mantenimiento de la flora intestinal específica del niño amamantado.

Los carbohidratos como Lactosa u otros monosacáridos son importantes para el crecimiento del recién nacido, específicamente la lactosa facilita absorción de Calcio y se considera prevención del raquitismo.

Dentro de los componentes que aportan al crecimiento del niño encontramos la vitamina A, C, D, E, K, complejo B, minerales, sodio, calcio, fósforo, hierro, zinc y yodo.

Luego de identificar todos los componentes de la leche materna, las ventajas son totalmente evidentes, en general, al ser alimentados los niños exclusivamente con lactancia materna desde el nacimiento, se salvaría cada año aproximadamente 1.5 millones de vidas, ellos mejorarían su condición de salud y nutricional actual debido a que la leche materna es el alimento perfecto para el niño durante los primeros seis meses de vida en forma exclusiva y hasta los dos años en forma complementaria, supliendo los requerimientos nutricionales y satisfaciendo las necesidades básicas del recién nacido.

El primer requisito para que la lactancia sea exitosa es que la madre reciba información completa, eficaz y amable de parte del personal de salud para que pueda tomar una opción libre. Esto le dará confianza en que puede amamantar a su hijo. En seguida necesita recibir estímulo y apoyo familiar y social, en especial del esposo o compañero y de la familia, pero también de la gente amiga, de los grupos organizados de mujeres que dan apoyo madre a madre para la lactancia y la crianza, de los medios de comunicación y de las organizaciones patronales en los sitios de trabajo (Maldonado, 2007)²⁶. De este modo se favorecen las condiciones sociales que hacen posible la práctica de la lactancia materna: nutrición, salud, apoyo en las tareas del hogar, mensajes sociales a través de los medios y cumplimiento a la legislación laboral.

Ventajas para el niño en los dos primeros años:

- El calostro (primera leche que produce la madre después del parto), lo protege contra infecciones gastrointestinales y diarreas, enfermedades

²⁶ Maldonado, Josefa; Serrano, Pilar; Calero, Carmen; Martínez, Ana; Rello, Consuelo; Monte, Covadonga. Lactancia materna. Suplemento de salud entre todos. Otoño 2002 n°85. Disponible en: <http://www.sid.cu/galerias/pdf/puericultura/lme.pdf>.

respiratorias, infecciones del oído, meningitis, y otras. Es un laxante natural para el recién nacido.

- La leche materna garantiza el crecimiento, desarrollo e inteligencia del niño.
- El bebé amamantado se beneficia emocionalmente, el amamantar es fuente de gran consuelo y seguridad para los niños. El contacto con piel realza el vínculo con la madre.
- La leche materna protege al niño de alergias, enfermedades de la piel, desnutrición, obesidad, diabetes juvenil y deficiencia de micro nutrientes.

Ventajas para la mujer:

- Disminuye la hemorragia posparto, la anemia y la mortalidad materna.
- Disminuye el riesgo de cáncer en el seno o en los ovarios.
- La lactancia incrementa el amor entre la madre, el hijo y la familia.

Ventajas para la familia:

- Disminuye el riesgo de enfermedad de los niños y las niñas.
- Se ahorra dinero al no comprar otras leches, biberones y combustible.
- La lactancia materna integra la familia, promueve el amor y genera cultura.

Ventajas para el país:

- Disminuye los gastos en salud.
- Las madres que amamantan, contribuyen a que el país tenga niños más sanos, inteligentes y seguros de sí mismos.

Existen ciertos aspectos importantes respecto de la lactancia materna:

El bebé debe ser alimentado cada vez que quiera, desde el mismo momento del nacimiento y hasta que suelte el pecho; sin tener en cuenta el tiempo, ya que cada bebé tiene su propio ritmo y es normal que mame también por la noche; la cantidad de leche será mayor cuantas más veces se dé el pecho.

Para que la lactancia sea efectiva se debe dar un pecho hasta que no quiera más, ofreciéndole el otro, aunque no siempre lo querrá; en general, el inicio suele ser de manera muy irregular. Siendo habitual que el niño mame muy frecuentemente en los primeros días y luego tienda a espaciar la toma, aproximadamente cada 2-3 horas el niño debe alimentarse.

Es importante en la libre demanda que el niño este bien sujeto al pecho, tanto la madre como el niño en una adecuada posición y la toma debe durar el tiempo que quiera el bebé, y aunque la mayoría termina en pocos minutos, algunos pueden succionar hasta media hora; hay que recordar que los que succionan lentamente reciben la misma cantidad que los que succionan rápidamente.

Diferentes posturas de la madre para amamantar permiten que el bebé se agarre con mayor facilidad y que la madre este cómoda, facilitando y manteniendo la lactancia. Por lo general se utilizan dos posturas importantes en las cuáles tanto

la madre como el bebé están cómodos, pero se puede usar cualquier posición si se está seguro que la madre esta cómoda y que el bebé tiene la posición adecuada con el pezón para una lactancia eficaz.

- Acostada: Es la más habitual cuando la madre se encuentra débil o dolorida tras el parto y para las tomas nocturnas. "La madre debe acostarse de lado, lo más cómodamente posible, apoyando la cabeza y la espalda en almohadas. El bebé se coloca frente a ella, también de lado, de modo que puedan mantener contacto visual. Puede emplear el brazo sobre el que está acostada para acercar el bebé y el libre, para agarrar el pecho; pero si le resulta difícil mover el brazo apoyado en la cama, es preferible usar el libre para aproximar el bebé al pecho que para sujetar el pecho y llevarlo a la boca del niño."²⁷
- Sentada: Es la más clásica y la más cómoda. Sentada en una silla sin apoyabrazos o lo suficientemente ancho como para prescindir de ellos, con la espalda bien apoyada en un respaldo recto de modo que sea fácil incorporarse ligeramente para que el pecho caiga hacia adelante, la madre agarra al bebé como para llevarlo en un solo brazo de la forma más natural sujetándole las nalgas con la mano y con la cabeza a la altura del codo y la espalda apoyada en el antebrazo, cuidando que el cuerpo del bebé este vuelto hacia ella y no mirando hacia arriba.

"Lógicamente, el niño se sostiene con el brazo del mismo lado que el pecho que se le va a dar, utilizando el otro para sujetar el pecho si es preciso. En esta posición, muchas madres lo hacen formando la letra C con los dedos, con el pulgar por encima y los otros dedos por debajo. Si hay que levantar mucho el antebrazo para que la boca del bebé quede a la altura del pezón, será más cómodo apoyarlo en unas almohadas puestas sobre la falda. Es importante que la madre no se eche hacia atrás, sino más bien hacia adelante, para que el pecho no quede plano, y suele ser conveniente poner un cojín para sostener la espalda. A menudo resulta más cómodo tener los pies algo elevados. En todo caso, los pies deben tener apoyo."²⁸

Una modificación es la posición de pelota de rugby, en la que el bebé se apoya en una almohada colocada a un lado de la madre, que lo agarra de forma semejante a los jugadores de fútbol americano para llevar la pelota bajo el brazo mientras corren, con la cabeza sostenida por la mano y el vientre contra las costillas. Si hace falta sujetar el pecho, en este caso se hace formando la letra U, con el pulgar a un lado y los demás dedos al otro. Esta posición puede ser útil cuando los pechos son muy grandes, tras cesáreas y en niños prematuros y con bajo peso de nacimiento.

Para poner al bebé al pecho buscar una postura cómoda que permita sostener al bebé cerca del pecho sin esfuerzo. Puede ser de ayuda utilizar almohadas o

²⁷ Fundamentos de la Lactancia Materna. Guía práctica lactancia. Posturas para dar de mamar. Disponible en: <http://bebé.consumer.es/la-lactancia/posturas-para-dar-de-mamar>

²⁸ Fundamentos de la Lactancia Materna. Guía Práctica Lactancia. Posturas para dar de mamar. Disponible en: <http://bebé.consumer.es/la-lactancia/posturas-para-dar-de-mamar>

cojines para apoyar el peso del niño. El niño debe estar frente al pecho, y no debe tener que girar la cabeza para agarrar el pezón. En la mayoría de las posturas panza con panza con la mamá. Se coloca la mano bajo el pecho, con cuatro dedos por debajo y el pulgar por encima, lejos de la areola, descansando ligeramente y sin presionar. Sujetar el pecho y elevarlo un poco para facilitarle al niño el agarre; en general, el pecho puede soltarse en cuanto el niño succione bien. Esto depende de que el bebé y la madre estén cómodos. Se debe rozar ligeramente el labio superior del niño con el pezón y esperar a que abra la boca completamente antes de introducir el pecho para que no agarre sólo el pezón, sino también la mayor parte de la areola por debajo. La madre debe sentir que el bebé utiliza la lengua y la mandíbula inferior, así se sabe que el pezón está bien situado dentro de la boca y no sufrirá ningún roce; vigilar que los labios, sobre todo el inferior, estén evertidos, no hacia dentro.

“En resumen, el niño debe estar muy cerca del cuerpo de la madre, bien apoyado y agarrado; tener la boca por debajo del pezón mientras se prepara para colocarse al pecho. Una vez colocado, lo que se debe es acercar el bebé al pecho, no el pecho al bebé. Comprobar que está perfectamente agarrado.”²⁹

Se pueden observar errores comunes durante la lactancia:

- *Los bebés deben alimentarse de ambos pechos cada vez.* No, el bebé debe tomar de un pecho y cuando ya no quiera más se debe iniciar la próxima toma por este mismo pecho hasta que lo termine.
- *Para que el niño aguante la noche, hay que darle un biberón.* La libre demanda del bebé es durante todo el día, se debe recordar que aproximadamente el bebé necesita alimento cada 2 horas y durante los primeros 6 meses lactancia exclusiva.
- *Un biberón es una ayuda para la madre y permite que los pechos se llenen mejor.* No, para que la producción de leche aumente es necesario que el niño succione, esto estimula la producción de la misma.
- *Los pechos pequeños no son buenos para dar de mamar.* No, durante la gestación y luego durante el parto, los pechos de la mujer se adaptan para dar inicio a la lactancia según los requerimientos necesarios del bebé.
- *Es normal que duela dar pecho.* Al iniciar la lactancia puede doler un poco pero esto se debe precisamente a la postura tanto de la madre como del bebé, por lo tanto el agarre del bebé al pezón debe ser correcto para que el pecho no duela.
- *Si la madre toma medicación hay que suprimir la lactancia.* No necesariamente, los medicamentos pueden estar o no contraindicados en la lactancia, por esto es indispensable consultar al médico antes de

²⁹ Maldonado, Josefa; Serrano, Pilar; Calero, Carmen; Martínez, Ana; Rello, Consuelo; Monte, Covadonga. Lactancia materna. Suplemento de salud entre todos. Otoño 2002 n°. 85. Disponible en: <http://www.sid.cu/galerias/pdf/puericultura/lme.pdf>

medicarse, lo que sí está contraindicado en la lactancia y en todo momento de la vida es la automedicación.

- Cuando un niño llora es por hambre. No necesariamente, también puede ser por incomodidad, por dolor, porque necesita cambio de pañal, etc.

1.5.2 Higiene

La higiene es uno de los cuidados indispensables para mantener una salud óptima en el recién nacido, teniendo en cuenta la nariz, los oídos, los genitales, el muñón umbilical y la piel en general.

La piel sirve como aislamiento y protección contra infecciones, regulador de la temperatura corporal y órgano de eliminación de sustancias, debe estar limpio, evitando sustancias que la irriten como detergentes, perfumes, el sol, entre otros, así como algunas cremas u otros elementos que no permiten la libre evaporación de las sustancias a través de la piel.

Así mismo el cuidado del muñón umbilical, que se desprende entre el 5 y 10 día se debe realizar a diario, vigilando la presencia de sangrado, secreciones con o sin olor fétido y la piel enrojecida alrededor de esta zona. Para evitar estas características que indican infección en el ombligo del recién nacido (onfalitis) es indispensable mantenerlo seco, y realizarle limpieza con alcohol o una solución yodada en cada cambio de pañal mientras el muñón umbilical se cae y tres días posteriores a esto. Una vez que el muñón se haya caído realizar limpieza diaria con agua y jabón.

Es importante tener en cuenta que “se debe dejar el pañal por debajo del muñón umbilical para evitar la contaminación con orina o deposiciones. Además de la limpieza propia del muñón umbilical es necesario realizar una limpieza de la piel alrededor para evitar contaminación por esta zona”.³⁰

Las uñas al recién nacido se deben cortar después de la primera semana, en forma recta sin hacerlo muy al ras para evitar la infección, siempre usando tijeras de punta roma o cortaúñas para los recién nacidos.

Los cambios de pañal deben realizarse cuando haya orinado o tenga deposición, el contacto prolongado de la piel con orina y/o deposiciones son el factor de riesgo principal para presentar dermatitis de pañal, caracterizado por el enrojecimiento de los genitales, es importante tener en cuenta que la dermatitis de pañal puede ser considerada una patología de manejo médico si no se tienen las medidas de prevención adecuadas.

En todas las actividades de higiene o de manipulación del niño, es necesario que la madre adolescente realice previamente un lavado de manos con agua y jabón, enjuagando y secándose cuidadosamente para evitar la contaminación de agentes microbianos que pueden ser perjudiciales para el recién nacido.

³⁰ Whaley, L.F., Wong, D.I. Tratado de Enfermería Pediátrica. Segunda Edición. Interamericana. McGraw Hill. Pág. 133-161 ; 1993.Madrid.

En cuanto al baño, que es una de las actividades más importantes para la higiene adecuada del niño, puede realizarse desde los primeros días de nacimiento, usando agua tibia, jabón neutro sin perfumes ni otras sustancias irritantes para la piel, evitar que el nivel del agua llegue hasta el nivel del ombligo, asegurándose quitarle totalmente el jabón. Sostener siempre la cabeza del recién nacido con una de las manos y el cuerpo sentado en la tina inclinado un poco.

El baño, fuera de ser una actividad de higiene también llega a “facilitar el vínculo padres-niño, estimular su desarrollo psicomotor, brindar experiencias sensitivas- caricias, frío, calor, humedad-, e introducirlo como elemento de juego. Además, sirve para estimular la circulación y los sentidos, brindar relajación y producir sueño. El baño de sol, fuente importante de vitamina D, se debe hacer diariamente en la mañana.”³¹

El recién nacido, cada vez que haga una deposición se debe cambiar y realizar una limpieza con óleo calcáreo u aceite preferiblemente ya que favorece la integridad de la piel; es importante recordar que los talcos están contraindicados en niños pequeños por el riesgo de aspiración, por el acumulo de estos en los pliegues de la piel del niño causando factor de riesgo para dermatitis de pañal o infección.

Durante el baño se deben tener en cuenta ciertos aspectos que previenen accidentes como la presencia de enfermedades en el recién nacido:

- No deben existir corrientes de aire en el sitio donde se realice el baño.
- Nunca se debe dejar solo al niño en la bañera.
- El agua debe estar tibia y se debe probar previamente.
- El baño debe ser corto y rápido pero realizando un aseo completo.
- Se debe secar suavemente, sin olvidar los pliegues de la piel.
- Si el recién nacido tiene piel seca se puede usar una loción sin perfume en cantidad moderada.

Otro de los aspectos importantes en la higiene y la salud del recién nacido es el vestirlos, se debe usar ropa adecuada para el clima, el niño es susceptible a las temperaturas extremas. Debe usar ropa cómoda y amplia preferiblemente de botones, ganchos o broches que faciliten la manipulación del niño en momentos como el cambio de pañal. El material que se debe usar preferiblemente es el algodón ya que no produce alergias como la lana en algunos niños.

El cambio de ropa se debe realizar cada vez que este sucio para evitar la irritación de la piel, por ejemplo luego de alimentarlo o cuando elimine, de lo contrario se debe cambiar diariamente con ropa previamente lavada, sin residuos de detergentes ni perfumes que puedan irritar la piel del niño.

³¹ Correa, Hernández. Ana Cecilia. Puericultura del recién nacido. Sociedad Colombiana de Pediatría. Volumen 34 N° 4. 1999. Disponible en: <http://encolombia.com/pediatria34499-crianza.htm>

1.5.3 Termorregulación

El recién nacido no controla fácilmente la temperatura por lo tanto es necesario controlar todas las formas de pérdida de calor o ganancia excesiva del mismo para evitar condiciones de riesgo para el bebé, es necesario recordar que la temperatura óptima corporal debe ser un equilibrio entre la producción de calor y la pérdida del mismo, por tanto no se debe alterar ninguno de estos mecanismos.

Las formas como el recién nacido puede ganar o perder calor son las siguientes:

- Conducción: "Es la pérdida de calor a través de dos cuerpos en contacto con diferente temperatura". En el recién nacido es la pérdida de calor hacia las superficies que están en contacto directo con su piel: ropa, colchón, sábanas, etc
- Radiación: se da entre cuerpos a distancia por ondas del espectro electromagnético (ej. típico, el sol, radiadores, vidrios, etc.) El recién nacido perderá calor hacia cualquier objeto más frío que lo rodee: paredes, ventanas. Ganará calor de objetos calientes a los que esté expuesto: rayos solares, radiadores de calefacción, fototerapia etc. La pérdida de calor es inversamente proporcional al cuadrado de la distancia.
- Convección: es propia de los fluidos (ej. el aire, el flujo sanguíneo, etc.), El recién nacido pierde calor hacia el aire que lo rodea o que respira. Por estos tres mecanismos también se puede ganar calor.
- Evaporación. "Es la pérdida de calor por el gasto energético del paso del agua a vapor de agua. Un gramo de agua evaporada consume 0.58 calorías".³²

Es importante conocer estas distintas formas ya que se pueden presentar en cualquier momento de la vida del recién nacido, y es función del cuidador, en este caso de la madre, identificarlas para evitar condiciones relacionadas con estas, como por ejemplo poner poca ropa en época de frío o mucho abrigo si hay condiciones de calor, poner el recién nacido cerca de ventanas o paredes sin el debido abrigo, o en condiciones excesivas de calor sin un control permanente, y así se podría enumerar varias situaciones relacionadas con lo anteriormente mencionado.

En general, no es el frío o el calor lo que puede perjudicar al niño, son los cambios bruscos y frecuentes de temperatura sin la debida protección y vigilancia por parte de una persona que conozca y pueda identificar condiciones adversas para la termorregulación del recién nacido.

La temperatura que tenga el recién nacido se puede identificar por su estado general. Si está calmado, en reposo, tranquilo o por el contrario se muestra inquieto, y llora, uno de los motivos puede ser un desequilibrio térmico. Signos como el color de la piel, el sudor, o ciertas partes del cuerpo frías o calientes,

³² Ventura, Junca. Patricio. Manual de pediatría. Neonatología. Termorregulación. Pontificia Universidad Católica de Chile. 2007. Disponible en:
<http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/ManualPed/RNTermorreg.html>

pueden dar una apreciación aproximada. Comprobar siempre la temperatura del niño en el cuello, o tomando temperatura con termómetro en condiciones de difícil identificación de la temperatura.

1.5.4 Afecto

El desarrollo del vínculo afectivo del recién nacido con sus padres se inicia desde el momento en que es deseado o no, principalmente este vínculo esta más ligado a la madre ya que durante los 9 meses de gestación la relación de dependencia es completa, y continua así luego del embarazo debido a los estrechos lazos que genera la madre con su hijo durante la lactancia, pero en este proceso afectivo es muy importante la vinculación del padre, el cual la debe realizar integrándose a todas las actividades del cuidado del niño para ir generando este estrecho vínculo madre - padre e hijo que influye no solamente en el bienestar y estabilidad familiar, sino en un desarrollo óptimo del niño.

Para suplir esta necesidad básica que tiene el recién nacido de afecto es fundamental que cada una de las actividades que se realice con él se hagan con amor, ya sea alimentarlo, bañarlo, acariciarlo, entre otros. Propender por el bienestar del niño en todos los aspectos que puedan influir en este con amor es la principal forma de establecer un vínculo afectivo y de generar el afecto que tanto necesita un bebé.

El acompañamiento constante al recién nacido es un factor fundamental en el afecto, el que se sienta cuidado, el que sienta el contacto con su madre a través de una caricia por ejemplo, genera en él sentimientos de paz, seguridad, confianza generando entre ellos sentimientos de apego y amor. El masaje suave, la mirada constante, el cargarlo, acunarlo, tocarlo es la forma como el niño siente el afecto que le expresa la madre, generando aspectos positivos en su crecimiento y desarrollo.³³ Pero este vínculo afectivo no se da solamente cuando se tiene el niño en las manos, es necesario empezarlo a crear desde el embarazo, reconociendo el embarazo y al bebé como ese ser que trae felicidad e irradiar estos sentimientos positivos de la madre con el bebé. Los 9 meses de gestación son el vínculo total madre e hijo y es el momento óptimo para iniciar la demostración de amor, si se inicia en ese momento luego del embarazo los procesos de afecto serán adecuados, duraderos y verídicos, porque de allí desprende todo el actuar de la madre con su hijo³⁴.

Los vínculos afectivos se consolidan significativamente en los primeros cuatro o cinco días después del nacimiento, la constante interacción preferiblemente de la madre con el bebé va generando ese sentimiento de apego con ella y no con otras personas que sean quienes cuiden y suplan las necesidades del niño, él depende totalmente de la madre o de la persona quien lo cuida para satisfacer sus necesidades físicas y emocionales, la intensidad y duración del apego son

³³ Sadler, Michelle, Aguayo, Francisco. Gestación adolescente y dinámicas familiares. Centro Interdisciplinario de estudios del género. Universidad de Chile. Marzo 2006.

³⁴ Martínez Pérez, Angela. <http://javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/2009/DEFINITIVA/tesis09.pdf>.

fundamentales para que el niño pueda sobrevivir y desarrollarse de manera óptima. Si por el contrario no se satisfacen las necesidades ni se realizan los cuidados al recién nacido, al igual que el adulto el niño siente dolor, un dolor que puede impedir el deseo de comer, o por el contrario puede empezar a sentir más hambre y comer y comer pero no se llena, y no es precisamente lo que se interpreta de este llanto que según se percibe por lo general es de hambre, si no que es un llanto de dolor por alguna necesidad que no fue satisfecha en algún momento, y de la cual es responsable la madre que es quien vela constantemente por el bienestar de su hijo.

1.5.5 Sueño

Por lo general los recién nacidos duermen la mayor parte del día y se despiertan para comer o cuando se sienten cansados o incómodos, pero luego de la primera o segunda semana identifican el sueño con la noche y el estar despierto con el día.

En los primeros días después del nacimiento, el sueño del recién nacido es superficial, esto se evidencia con el parpadeo del niño, quejidos, movimiento de las manos, movimientos de sobresalto, acciones que son muy normales y no tiene relación con que este soñando o se asuste. El ciclo de sueño y actividad es diferente en cada niño. En este proceso es importante reconocer los signos de comunicación del niño y su ritmo del sueño y vigilia.

El niño se despierta cada vez que tiene hambre sea en el día o durante la noche, durmiendo de manera alternada aproximadamente de 18 a 20 horas diarias. Es importante durante estas horas de sueño velar porque el niño esté en un lugar seguro y confortable, abrigado pero no en exceso y cobijarlo preferiblemente con mantas o cobertores de algodón, en una posición preferiblemente de lado o de espalda, evitando una posición boca abajo, ya que se asocia con la aparición de apneas.

Es normal que el niño tenga hipo, este cesa espontáneamente o al cambio de posición.

El niño puede dormir en la alcoba de los padres durante 3 o 6 meses, pero en lo posible en una cuna o cama independiente, y preferiblemente luego de esta edad estar en una habitación individual, en una cama cómoda, segura. En cuanto al uso de la almohada se recomienda que no se utilice durante el primer año de vida ya que puede flexionar el cuello y la tráquea, por el riesgo de asfixia.

1.5.6 Prevención de accidentes

El recién nacido es propenso a los accidentes, por lo cual se debe evitar anillos, pulseras, objetos pequeños que el niño pueda introducir en la boca y ahogarse, así como el uso de escarpines atados con cordones por el riesgo a impedir la circulación y causar el daño respectivo. También es importante evitar los ganchos de ropa porque puede lesionar la piel del niño.

Se debe tener en cuenta en el recién nacido, el no dejarlos nunca al cuidado de niños menores de 10 años, el controlar la temperatura de los alimentos y del agua para evitar quemaduras de piel y tracto digestivo, no zarandear al bebé ni lanzarlo al aire porque es una causa para producir lesiones en el cerebro u órganos vitales.

Las secreciones en el tracto respiratorio o flemas son comunes en el recién nacido, por lo cual es importante tener una pera de goma para que en caso de ser necesario se introduzca sin aire y despacio en la boca llegando a la parte donde se encuentre la secreción sin lastimar la vía, al soltarla se logra la aspiración de la flema, para realizar esta maniobra es necesario conocerla previamente para evitar accidentes. Si no se realiza esta maniobra, se puede poner al niño de medio lado y la secreción queda en la mejilla, con el dedo sacarla de la cavidad bucal teniendo precaución con las uñas para no lastimar el pómulo o la lengua.

Uno de los cuidados más importantes que se debe tener con el recién nacido es la vigilancia constante, ya que la dependencia del niño por su madre hace que la realización de actividades sean por parte de ella y tanto en la cuna, en la cama de los padres, en la tina, los riesgos son muy altos si no se manipula con cuidado y se vigila constantemente.³⁵

1.5.7 Signos de Alarma

Existen varios signos de alarma que si se presentan en el recién nacido se debe consultar con el médico, ya que pueden estar indicando alguna de las enfermedades prevalentes de la infancia como Enfermedad Diarreica Aguda (EDA), Infección Respiratoria Aguda (IRA) u otras enfermedades como hipoglucemia del recién nacido. La hipoglucemia del recién nacido se define como la cantidad de glucosa en sangre menor a la normal, lo cual afecta aproximadamente a 2 de cada 100 recién nacidos. Los signos de alarma característicos de esta enfermedad son:

- Inquietud
- Cianosis (color azulado de la piel)
- Apnea (suspensión de la respiración)
- Hipotermia (temperatura corporal baja)
- Tono corporal deficiente
- Mala alimentación
- Letargo
- Convulsiones

Por otro lado la deshidratación en el recién nacido es una condición que se puede presentar con mayor frecuencia cuando el recién nacido no es alimentado

³⁵ Muñoz, Juan José. Baena, Gloria. Venzala, María José. Guía de cuidados del recién nacido. Hospital Universitario Reina Sofía. Dirección de enfermería. Imprenta Vista alegre. Colombia.

con leche materna teniendo en cuenta los requerimientos básicos para garantizar una nutrición adecuada. Los signos de alarma que pueden presentar el recién nacido son:

- Sed
- Somnolencia y apatía, hasta delirio y alucinaciones en casos graves.
- Piel y mucosas secas: Labios, lengua, ausencia de salivación
- Oliguria: Poca producción de orina
- Hundimiento de los ojos
- Fontanelas hundidas
- No producción de lágrimas al llorar ³⁶.

Es importante tener en cuenta y relacionarlos con la deshidratación del recién nacido:

- Diarrea (aumento en las deposiciones diarias, líquidas y con mal olor)
- Vómito

Otra enfermedad prevalente en la infancia es la Infección Respiratoria Aguda (IRA) caracterizada por infecciones de las vías respiratorias con evolución menor a 15 días y en ocasiones complicadas con neumonía, considerándose un problema importante de la salud pública. Los signos de alarma que debe tener en cuenta la madre adolescente ante la presencia de esta enfermedad son:

- Tos
- Rinorrea
- Fiebre o hipotermia
- Aumento en la frecuencia respiratoria mayor a 60 min.
- Tiraje intercostal
- Cianosis
- Aleteo nasal

Otros signos de alarma que deben considerar en el recién nacido son:

- Sangrado por el ombligo o por otro sitio
- Olores fétidos provenientes del ombligo
- Fiebre o hipotermia
- Flacidez
- Llanto débil y/o constante

³⁶ Ministerio de Protección Social. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Mortalidad por EDA. Diciembre de 2007. Disponible en http://www.ins.gov.co/pdf/vcsp/Protocolo_12dic2006_EDA2007.pdf.

- Quejido constante
- Cambios en la coloración de la piel: cianosis, palidez o ictericia
- Dificultad para comer
- Vómito
- Más de 5 deposiciones líquidas al día
- Presencia de sangre en la materia fecal
- Ausencia de eliminación intestinal y por ende distensión abdominal
- Pérdida excesiva de peso
- Alteración en la respiración
- Dificultad para respirar.

En conclusión, los cuidados que se deben realizar al recién nacido son actividades diarias para mantener su bienestar, pero lo más importante para realizar estos es que la madre adolescente sea quien los realice por el vínculo afectivo que tiene ella con su hijo, y más aún porque la característica principal para que sean totalmente efectivos y promuevan el bienestar del recién nacido es que se realicen con amor, sin olvidar que se deben realizar con todo el conocimiento del caso, para evitar errores que pueden ser fatales.

II.2 DEFINICION DE LA VARIABLE DE ESTUDIO

CONOCIMIENTO: Es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje. Se dice que el conocimiento es la relación entre un sujeto y un objeto. El proceso de conocimiento involucra cuatro elementos: sujeto, objeto, operación y representación interna (el proceso cognoscitivo).

II.3 DEFINICIÓN DE TERMINOS CONCEPTUALES

ALIMENTACIÓN: es el proceso mediante el cual los seres vivos consumen diferentes tipos de alimentos con el objetivo de recibir nutrientes necesarios para sobrevivir.

HIGIENE: Ciencia que trata los hábitos, reglas y costumbres que influyen favorablemente sobre el estado de salud del individuo.

El aseo personal forma parte de la higiene y comprende una serie de cuidados en el individuo con el fin de conseguir su limpieza y un aspecto agradable).

TERMOREGULACIÓN: es la habilidad de mantener un equilibrio entre la producción y la pérdida de calor para que la temperatura corporal esté dentro de cierto rango normal. En el recién nacido, la capacidad de producir calor es limitada

y los mecanismos de pérdidas pueden estar aumentados, según la edad gestacional y los cuidados en el momento del nacimiento y el periodo de adaptación.

Valores normales de temperatura en el recién nacido a término (OMS 1997): Temperatura corporal central normal: Se considera a la temperatura axilar y rectal. El valor normal es de 36,5 - 37,5 °C.

CONOCIMIENTO: Información que tienen las madres adolescentes sobre el cuidado al recién nacido, que será medido a través de un cuestionario.

MADRES ADOLESCENTES: Mujeres de 14 a 19 años de edad madres de niños menores de 28 días de vida, que concurren al primer control del niño sano en los centros de salud APAND y N°2 de la municipalidad de General Pueyrredón.

CUIDADO: Son actividades que realizan las madres adolescentes para satisfacer las necesidades del recién nacido en el aspecto físico y sobre estimulación temprana.

RECIÉN NACIDO: Neonato desde cero horas hasta 30 días de vida.

SUEÑO: Período de descanso del cuerpo y de la mente en el que hay una paralización o inhibición de la conciencia y de la mayor parte de las funciones corporales.³⁷

El número de horas que se necesita para amanecer con energía renovada, depende de cada individuo y del segmento etario en el cual se encuentre. Los bebés duermen alrededor de 18 horas y en la medida que van creciendo esas horas van disminuyendo.

PREVENCIÓN DE ACCIDENTES: Conjunto de medidas que se toman para impedir que acontezcan hechos dañosos no intencionales.

SIGNOS DE ALARMA: Signo es toda manifestación concreta que puede asociarse a una enfermedad o trastorno que altere la salud. Alarma es la señal o aviso que advierte sobre la proximidad de un peligro.

³⁷ <http://salud.doctissimo.es/diccionario-medico/sueno.html>

CAPITULO III

CAPITULO III: DISEÑO METODOLÓGICO

III.1 DISEÑO METODOLÓGICO

El diseño seleccionado para esta investigación es cuantitativo, el alcance del mismo es descriptivo y el tipo de estudio es transversal, ya que se recogen datos totalmente cuantificables tal como se presentan en un momento determinado, para estimar el conocimiento que tienen la madres adolescentes sobre los cuidados básicos al recién nacido: alimentación, higiene, termorregulación, sueño, afecto, prevención de accidentes y signos de alarma, dando resultados de modo porcentual a las preguntas realizadas.

III.2 OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE DE ESTUDIO:

VARIABLE	DIMENSIÓN	SUBDIMENSIÓN	INDICADOR
CONOCIMIENTO	Alimentación	Tipo de alimentación del RN	Leche materna. 2 Leche maternizada. 1 Leche de vaca. 0 Otro (especificar). 0
		Importancia de la lactancia materna	No es importante. 0 Fortalece la salud del RN. 2 Es un alimento completo. 2 No tiene ningún costo y tiene la temperatura justa. 2
		Frecuencia de la alimentación del RN	Cuando pide, mínimo cada 2, máximo cada 4 horas. 2 Cada 6 horas. 0 Cada vez que llora. 0
		Forma correcta de amamantar (Ver anexo I)	Imagen A. 2 Imagen B. 2 Imagen C. 2 Imagen D. 2 Imagen E. 0 Imagen F. 0 Imagen G. 0 Imagen H. 0
		Sustancias que no debe consumir al amamantar	Papas, lentejas, cítricos. 0 Alcohol, tabaco. 2 Mate, café en exceso. 2 Medicamentos u otras drogas. 2

	Higiene – aseo	Baño	Frecuencia	Diariamente. 2 Cada 2 días. 0 2 veces al día. 0
			Importancia	Fortalece el vínculo madre-hijo. 2 Estimula el desarrollo del RN. 2 Protege de enfermedades. 2
			Cuidados	Sostener la cabeza y el cuerpo en la bañera. 2 Usar jabones o cremas perfumadas. 0 Dejar al bebé solo en la bañera. 0 Probar previamente que el agua esté tibia. 2
		Pañal	Frecuencia	Cada vez que sienta el pañal pesado o tenga una deposición. 2 Cada vez que orina. 0 De 3 a 4 veces al día. 0
			Cuidados en el cambio del pañal	Usar talcos. 0 Pañal que no cubra muñón umbilical. 2 Limpiar genitales en cada cambio de pañal. 2 Lavarse las manos antes y después de cada cambio de pañal. 2
			Muñón umbilical: cuidados del ombligo	Ninguno. 0 Limpiar diariamente con alcohol y algodón. 0 Limpiar en cada cambio de pañal con gasa y solución yodada. 2 Vigilar presencia de secreciones, olor e irritación. 2
		Vestido		Ponerle ropa abrigada aunque no haga frío. 0

			Aplicarle perfume antes de vestirlo. 0 Poner ropa limpia sin residuos de detergente. 2 No poner ganchos si la ropa le queda grande. 2 Ponerle ropa acorde a la temperatura ambiente. 2
	Termorregulación	Medios de pérdida de calor	Ponerlo cerca de una pared. 2 Bañarlo con agua fría. 2 Tener abierta la ventana de la habitación donde se encuentra. 2 Situaciones que lo hagan transpirar. 2
		Importancia de proteger al RN del frío o del calor excesivo	El RN no puede regular su temperatura corporal. 2 Evita enfermedades. 0 Evita convulsiones. 0 Mantiene la temperatura adecuada del RN. 0
		Parámetros normales de temperatura axilar del RN	35 a 36 °C. 0 36 a 37 °C. 2 36,5 a 37,5 °C. 0 37 a 38 °C. 0
		Control de la temperatura (manejo del termómetro)	Colocando los labios sobre su frente. 0 Colocando el termómetro durante tres minutos en la axila. 2
	Afecto	Importancia del afecto para el RN	Influye en la creación del vínculo madre-hijo y estimula su crecimiento y desarrollo. 2 Satisface sus necesidades físicas y emocionales. 2 No es importante a esta edad. 0
		Formas de expresar afecto al RN Visual Táctil	Realizando con amor cada una de las actividades que se realicen con él. 2 Acompañándolo, mirándolo,

		Auditivo	realizando masajes suaves, teniéndolo en brazos, acunándolo y conteniéndolo cuando llora. 2
	Sueño	Horas de sueño diarias	6 a 8 hs. 0 10 a 12 hs. 0 18 a 20 hs. 2
		Posiciones para dormir	Boca abajo. 0 De medio lado. 0 Boca arriba. 2
		Precauciones durante el sueño	Acostarlo en el sofá o en la cama de los padres. 0 Acostar al bebé tocando con los pies el fondo de la cuna y abrigarlo con cobijas de algodón con los brazos por fuera de las mismas. 2 Usar una almohada pequeña cuando duerme, ajustándola a la cama. 0 Que no duerma más de 3hs seguidas. 2
	Prevención de accidentes	Control de la Temperatura del agua y de los alimentos	Probar que la temperatura del agua y de los alimentos esté tibia. 2
		Prevención de caídas	No sacudir al RN. 2 No dejarlo solo en lugares sin sujeción. 2
		Prevención de lesiones causadas por cuerpos extraños	No darle objetos pequeños, no colocar pulseras ni cadenas. 2
	Signos de Alarma	Alteración en la respiración	Dificultad para respirar. 2 Estornudo. 0
		Alteración en la termorregulación	Temperatura más alta o más baja de lo normal. 2
		Alteración en el estado de la	Cambios en la coloración

		piel y mucosas	de la piel y mucosas, palidez, color amarillo o azulado. 2
		Alteraciones neurológicas	Llanto débil e irritable. 2 Duerme más de 15 hs diarias despertándose a comer cada 2 o 3 horas. 0 Movimientos repetitivos de una parte del cuerpo. 2
		Alteraciones digestivas	Dificultad para succionar 2 Rechaza o pide pocas veces la teta o mamadera. 2 Vómitos. 2 Diarrea con sangre. 2 No evacúa intestino durante 2 o 3 días estando alimentado a pecho. 0
		Alteración urinaria	No moja el pañal con pis 2

Puntuación: **2** correcta – **1** medianamente correcta – **0** incorrecta

III.3 POBLACIÓN

La población está compuesta por todas las madres adolescentes entre 14 y 19 años que concurrieron al control del RN sano en los Centro de Salud APAND Y N° 2 de la municipalidad de General Pueyrredón durante el período Febrero 2014- Julio 2015.

III.4 MUESTRA

La muestra fue seleccionada de manera aleatoria y está formada por 100 madres adolescentes entre 14 y 19 años que concurrieron al primer control del RN sano en los Centro de Salud APAND Y N° 2 de la municipalidad de General Pueyrredón durante el período Febrero 2014- Julio 2015 y que participaron voluntariamente del estudio.

III.5 PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Técnica: entrevista semiestructurada.

Instrumento: cédula de entrevista.

Se validó el instrumento a través de una prueba piloto realizando la encuesta a 10 madres adolescentes que no fueron parte de la muestra.

La entrevista consta de dos partes: la primera comprende la introducción y los datos sociodemográficos; la segunda contiene las indicaciones de llenado y las preguntas con alternativas múltiples acerca de los conocimientos que tienen las madres adolescentes en el cuidado del recién nacido. (Ver anexo II)

III.6 PLAN DE TABULACIÓN Y ELABORACIÓN DE DATOS

Se considerará un conocimiento adecuado para el cuidado básico del RN más del 80 por ciento de respuestas correctas, un conocimiento medianamente adecuado entre el 65 y 80 por ciento de respuestas correctas y un conocimiento inadecuado menos del 65 por ciento de respuestas correctas.

Se considerarán respuestas correctas aquellas en las que las madres seleccionen todas las opciones adecuadas; medianamente correctas aquellas en las que seleccionen al menos alguna de las opciones adecuadas; e incorrectas siempre que seleccionen alguna de las opciones incorrectas aún si también seleccionan respuestas consideradas adecuadas.

III.7 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Se realizaron las entrevistas a las madres, en el primer control del recién nacido en los centros de salud APAND y N° 2 de la Municipalidad de general Pueyrredón durante el período Febrero 2014- Julio 2015.

Durante las entrevistas se fue explicando individualmente a las madres aquellos conceptos erróneos relacionados al cuidado adecuado de su bebé recién nacido.

CAPITULO IV

CAPITULO IV: PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

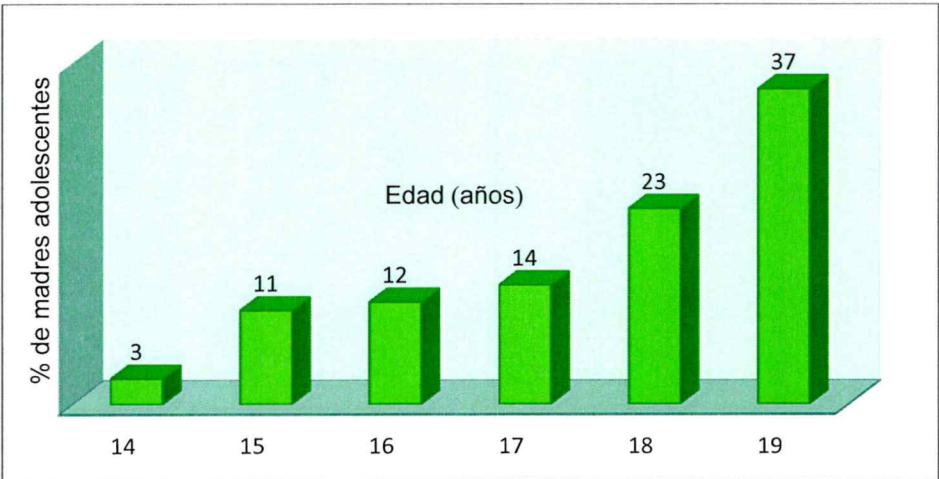
La presentación de los resultados se inicia con la caracterización sociodemográfica de la muestra que hizo parte de este trabajo de investigación, como son: edad, escolaridad, estado civil y ocupación de las madres adolescentes. Se muestra el análisis con los respectivos gráficos de manera porcentual utilizando la estadística descriptiva de acuerdo a los datos obtenidos.

IV.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS MADRES ADOLESCENTES

Tabla n ^o 1: Frecuencias de la edad de las madres adolescentes. Centros de salud APAND y N° 2. Municipalidad de Gral. Pueyrredón. Febrero 2014- Julio 2015			
EDAD	Frecuencias Absolutas	Frecuencias Relativas	Frecuencias acumuladas
14 años	3	3%	3
15 años	11	11%	14
16 años	12	12%	26
17 años	14	14%	40
18 años	23	23%	63
19 años	37	37%	100

Fuente: García, Tegerina. Encuesta de los conocimientos de madres adolescentes sobre el cuidado del RN. Centros de salud n^o2 y APAND. Municipalidad de General Pueyrredón. Febrero 2014- Julio 2015

Gráfico n^o1: Frecuencias de la edad de las madres adolescentes. Centro de salud APAND y N° 2. Municipalidad de Gral. Pueyrredón. Febrero 2014-Julio 2015.



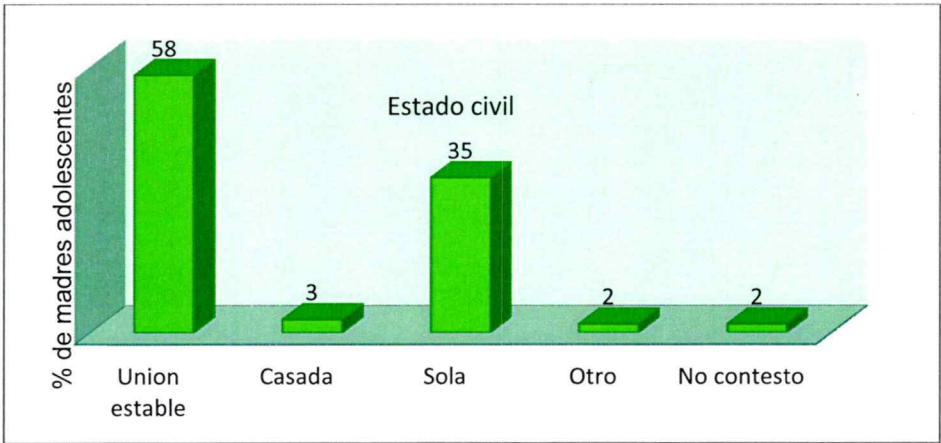
Fuente: García, Tegerina. Encuesta de los conocimientos de madres adolescentes sobre el cuidado del RN. Centros de salud n^o2 y APAND. Municipalidad de General Pueyrredón. Febrero 2014- Julio 2015

Tabla n°2: Frecuencias del estado civil de las madres adolescentes. Centros de salud APAND y N° 2. Municipalidad de Gral. Pueyrredón. Febrero 2014- Julio 2015

ESTADO CIVIL	Frecuencias Absolutas	Frecuencias Relativas	Frecuencias Acumuladas
Unión estable	58	58%	58
Casada	3	3%	61
Sola	35	35%	96
Otro	2	2%	98
No contesto	2	2%	100

Fuente: García, Tegerina. Encuesta de los conocimientos de madres adolescentes sobre el cuidado del RN. Centros de salud n°2 y APAND. Municipalidad de General Pueyrredón. Febrero 2014- Julio 2015

Gráfico n°2: Distribución porcentual del estado civil de las madres adolescentes. Centros de salud APAND y N° 2. Municipalidad de Gral. Pueyrredón, Febrero 2014- Julio 2015.



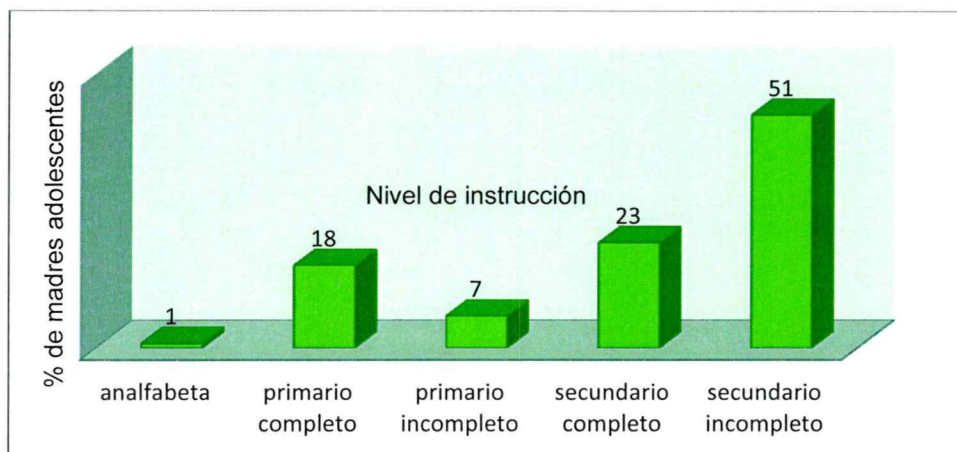
Fuente: García, Tegerina. Encuesta de los conocimientos de madres adolescentes sobre el cuidado del RN. Centros de salud n°2 y APAND. Municipalidad de General Pueyrredón. Febrero 2014- Julio 2015

Tabla n°3: Frecuencias del nivel de instrucción de las madres adolescentes, Municipalidad de Gral. Pueyrredón, Febrero 2014- Julio 2015.

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	Frecuencias Absolutas	Frecuencias Relativas	Frecuencias Acumuladas
Analfabeta	1	1%	1
Primario completo	18	18%	19
Primario incompleto	7	7%	26
Secundario completo	23	23%	49
Secundario incompleto	51	51%	100

Fuente: García, Tegerina. Encuesta de los conocimientos de madres adolescentes sobre el cuidado del RN. Centros de salud n°2 y APAND. Municipalidad de General Pueyrredón. Febrero 2014- Julio 2015

Gráfico n°3: Distribución porcentual del nivel de instrucción de las madres adolescentes. Municipalidad de Gral. Pueyrredón, Febrero 2014- Julio 2015.

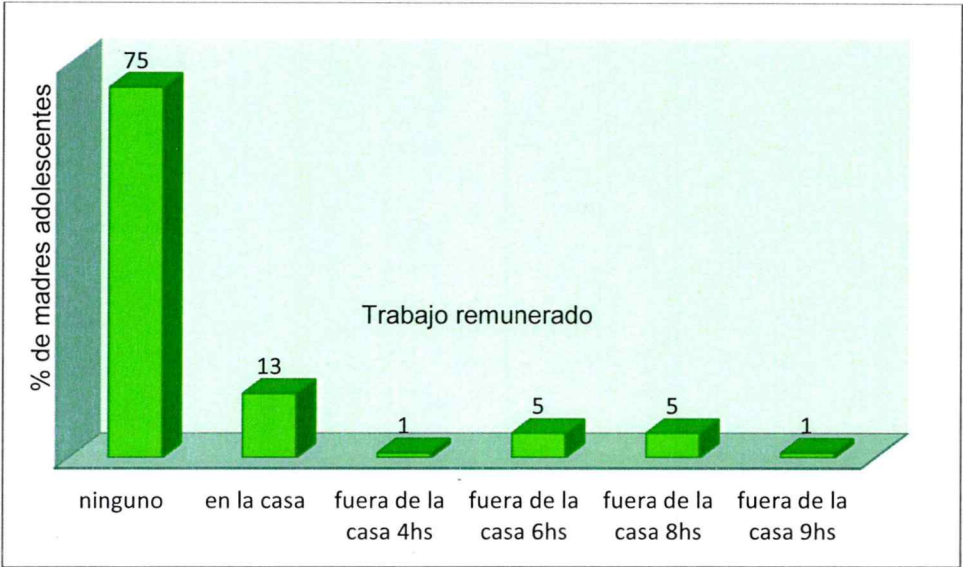


Fuente: García, Tegerina. Encuesta de los conocimientos de madres adolescentes sobre el cuidado del RN. Centros de salud n°2 y APAND. Municipalidad de General Pueyrredón. Febrero 2014- Julio 2015.

Tabla n°4: Frecuencias del trabajo remunerado de las madres adolescentes. Municipalidad de Gral. Pueyrredón. Febrero 2014- Julio 2015.			
TRABAJO REMUNERADO	Frecuencias Absolutas	Frecuencias Relativas	Frecuencias acumuladas
Ninguno	75	75%	75
En la casa	13	13%	88
Fuera de la casa 4hs	1	1%	89
Fuera de la casa 6hs	5	5%	94
Fuera de la casa 8hs	5	5%	99
Fuera de la casa 9hs	1	1%	100

Fuente: García, Tegerina. Encuesta de los conocimientos de madres adolescentes sobre el cuidado del RN. Centros de salud n°2 y APAND. Municipalidad de General Pueyrredón. Febrero 2014- Julio 2015

Gráfico n°4: Distribución porcentual del trabajo remunerado de las madres adolescentes. Municipalidad de Gral. Pueyrredón. Febrero 2014- Julio 2015.



Fuente: García, Tegerina. Encuesta de los conocimientos de madres adolescentes sobre el cuidado del RN. Centros de salud n°2 y APAND. Municipalidad de General Pueyrredón. Febrero 2014- Julio 2015

IV.2 RESULTADOS DE CONOCIMIENTOS SOBRE LOS CUIDADOS DEL RN

4.2.1 Conocimientos de las madres adolescentes sobre la alimentación del RN

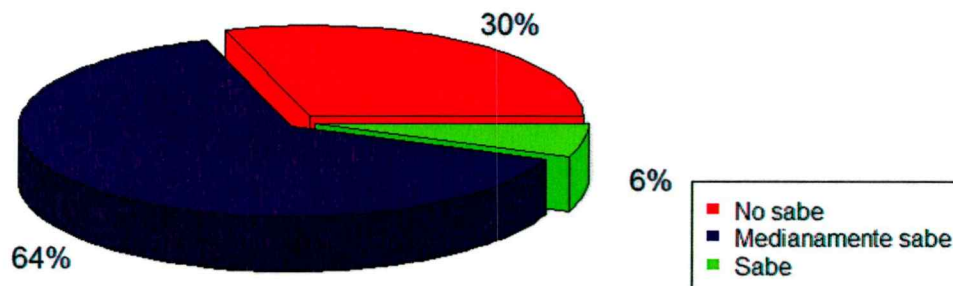
El 64% de las adolescentes de la muestra conoce moderadamente sobre la alimentación adecuada para su bebé, un 30% la desconoce y solo un 6% tiene un apropiado conocimiento sobre esta.

Tabla n° 5: Frecuencias del nivel de conocimiento sobre la alimentación del RN de madres adolescentes. Municipalidad de Gral. Pueyrredón. Febrero 2014- Julio 2015

ALIMENTACIÓN	Frecuencias Absolutas	Frecuencias Relativas	Frecuencias acumuladas
No sabe	30	30%	30
Medianamente sabe	64	64%	94
Sabe	6	6%	100

Fuente: García, Tegerina. Encuesta de los conocimientos de madres adolescentes sobre el cuidado del RN. Centros de salud n°2 y APAND. Municipalidad de General Pueyrredón. Febrero 2014- Julio 2015.

Gráfico n°5: Distribución porcentual del nivel de conocimiento sobre la alimentación del RN de madres adolescentes. Municipalidad de Gral. Pueyrredón. Febrero 2014- Julio 2015.



Fuente: García, Tegerina. Encuesta de los conocimientos de madres adolescentes sobre el cuidado del RN. Centros de salud n°2 y APAND. Municipalidad de General Pueyrredón. Febrero 2014- Julio 2015

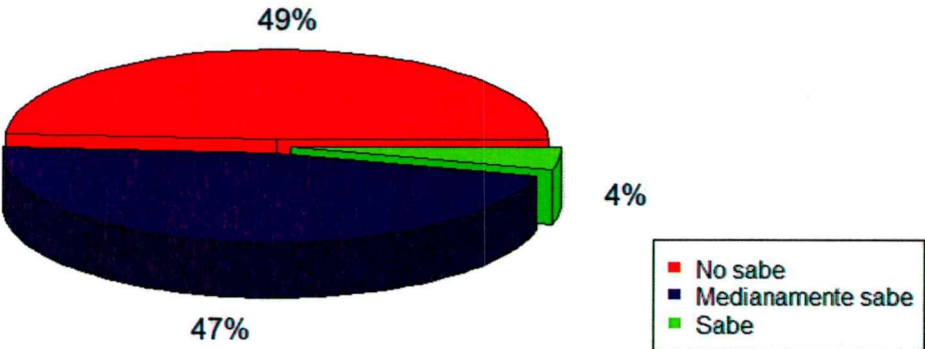
4.2.2 Conocimientos de las madres adolescentes sobre la higiene del RN

Solo el 4% de las madres tiene conocimiento sobre la importancia y las medidas de higiene; el 47% tiene un mediano conocimiento, identificando, por ejemplo el valor del baño para evitar enfermedades; no así para favorecer el vínculo madre- hijo y el desarrollo del bebé. El 49% no conoce los cuidados necesarios para la higiene de su bebé.

Tabla n°6: Frecuencias del nivel de conocimiento sobre la higiene del RN, de madres adolescentes. Municipalidad de Gral. Pueyrredón. Febrero 2014- Julio 2015.			
HIGIENE	Frecuencias Absolutas	Frecuencias Relativas	Frecuencias acumuladas
No sabe	49	49%	49
Medianamente sabe	47	47%	96
Sabe	4	4%	100

Fuente: García, Tegerina. Encuesta de los conocimientos de madres adolescentes sobre el cuidado del RN. Centros de salud n°2 y APAND. Municipalidad de General Pueyrredón. Febrero 2014- Julio 2015

Gráfico nº6: Distribución porcentual del nivel de conocimiento sobre la higiene del RN, de madres adolescentes. Municipalidad de Gral. Pueyrredón. Febrero 2014- Julio 2015.



Fuente: García, Tegerina. Encuesta de los conocimientos de madres adolescentes sobre el cuidado del RN. Centros de salud n°2 y APAND. Municipalidad de General Pueyrredón. Febrero 2014- Julio 2015.

4.2.3 Conocimientos de las madres adolescentes sobre la termorregulación del RN

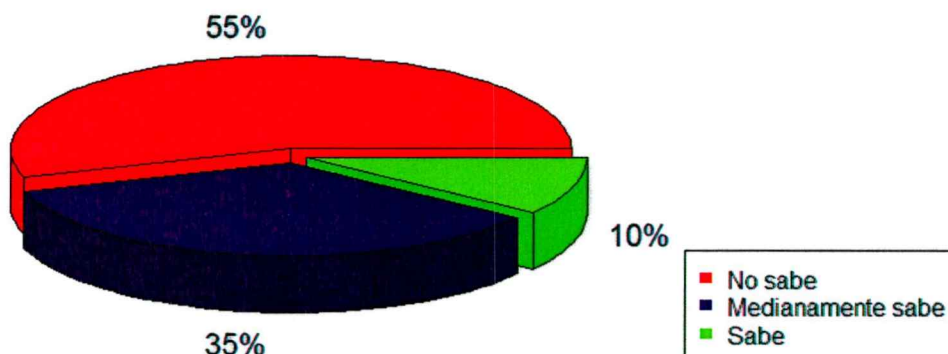
El 55% tiene un conocimiento insuficiente, 35% conoce medianamente y solo un 10% tiene un conocimiento adecuado sobre la termorregulación del RN.

Tabla nº7: Frecuencias del nivel de conocimiento sobre la termorregulación del RN de madres adolescentes. Municipalidad de Gral. Pueyrredón. Febrero 2014- Julio 2015.

TERMORREGULACIÓN	Frecuencias Absolutas	Frecuencias Relativas	Frecuencias acumuladas
NO SABE	55	55%	55
MEDIANAMENTE SABE	35	35%	90
SABE	10	10%	100

Fuente: García, Tegerina. Encuesta de los conocimientos de madres adolescentes sobre el cuidado del RN. Centros de salud n°2 y APAND. Municipalidad de General Pueyrredón. Febrero 2014- Julio 2015

Gráfico nº 7: Distribución porcentual del nivel de conocimiento sobre la termorregulación del RN de madres adolescentes. Municipalidad de Gral. Pueyrredón. Febrero 2014- Julio 2015.



Fuente: García, Tegerina. Encuesta de los conocimientos de madres adolescentes sobre el cuidado del RN. Centros de salud n°2 y APAND. Municipalidad de General Pueyrredón. Febrero 2014- Julio 2015

4.2.4 Conocimientos de las madres adolescentes sobre el afecto al RN

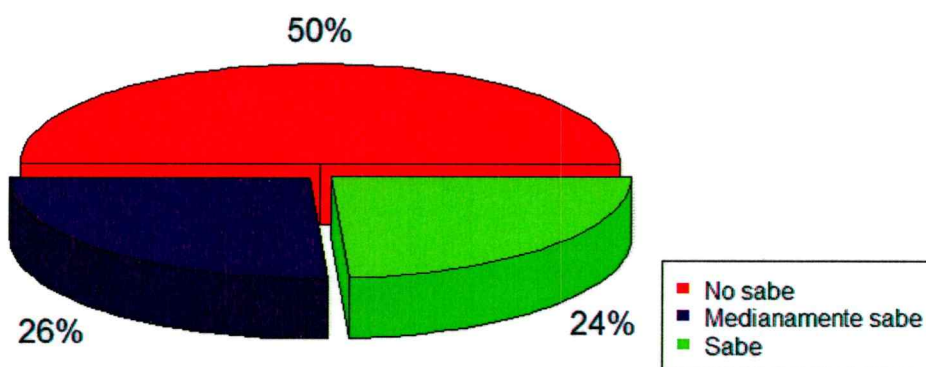
El 50% de las madres en estudio no sabe cómo transmitir afecto a su hijo, un 24 % reconoce el realizar las tareas de cuidado con amor y un 26% agrega a esto la importancia de la mirada, las caricias, los besos, los arrullos, la contención. Es de destacar que un 7% de las madres que no sabe cómo transmitir afecto a su hijo, tampoco lo considera importante en esta etapa de vida del bebé.

Tabla nº8: Frecuencias del nivel de conocimiento sobre el afecto al RN de madres adolescentes. Municipalidad de Gral. Pueyrredón. Febrero 2014- Julio 2015.

APECTO	Frecuencias Absolutas	Frecuencias Relativas	Frecuencias acumuladas
No sabe	50	50%	50
Medianamente sabe	26	26%	76
Sabe	24	24%	100

Fuente: García, Tegerina. Encuesta de los conocimientos de madres adolescentes sobre el cuidado del RN. Centros de salud n°2 y APAND. Municipalidad de General Pueyrredón. Febrero 2014- Julio 2015

Gráfico n°8: Distribución porcentual del nivel de conocimiento sobre el afecto al RN de madres adolescentes de la Municipalidad de Gral. Pueyrredón. Febrero 2014- Julio 2015.



Fuente: García, Tegerina. Encuesta de los conocimientos de madres adolescentes sobre el cuidado del RN. Centros de salud n°2 y APAND. Municipalidad de General Pueyrredón. Febrero 2014- Julio 2015

4.2.5 Conocimientos de las madres adolescentes sobre el sueño del RN.

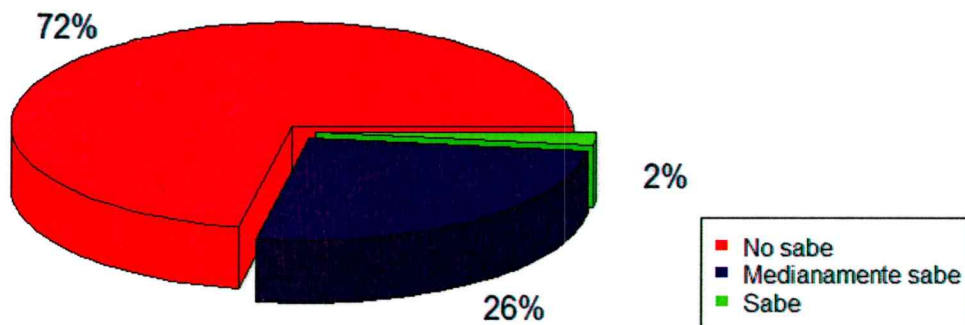
Siendo que un buen sueño resulta tan esencial como la comida ya que contribuye al crecimiento y a la maduración cerebral, aparte de eliminar tensiones y estrés, un porcentaje muy elevado, el 72% de las madres, desconoce las necesidades del bebé en este aspecto, como son las horas de descanso y la posición al dormir, siendo esta última fundamental para evitar el síndrome de muerte súbita del lactante, el 26% medianamente conoce y solo el 2 % tiene un adecuado conocimiento.

Tabla n°9: Frecuencias del nivel de conocimiento sobre el sueño del RN de madres adolescente. Municipalidad de Gral. Pueyrredón. Febrero 2014- Julio 2015.

SUEÑO	Frecuencias Absolutas	Frecuencias Relativas	Frecuencias acumuladas
No sabe	72	72%	72
Medianamente sabe	26	26%	98
Sabe	2	2%	100

Fuente: García, Tegerina. Encuesta de los conocimientos de madres adolescentes sobre el cuidado del RN. Centros de salud n°2 y APAND. Municipalidad de General Pueyrredón. Febrero 2014- Julio 2015

Gráfico n°9: Distribución porcentual del nivel de conocimiento sobre el sueño del RN de madres adolescentes. Municipalidad de Gral. Pueyrredón. Febrero 2014- Julio 2015.



Fuente: García, Tegerina. Encuesta de los conocimientos de madres adolescentes sobre el cuidado del RN. Centros de salud n°2 y APAND. Municipalidad de General Pueyrredón. Febrero 2014- Julio 2015

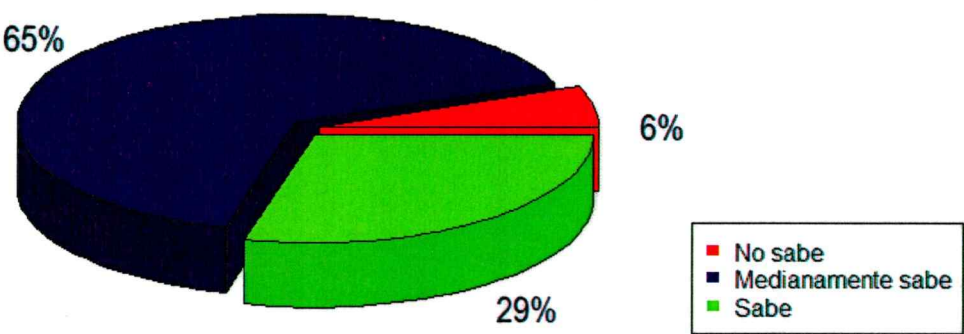
4.2.6 Conocimientos de las madres adolescentes sobre la prevención de accidentes del RN.

El 65% de las madres identifica moderadamente las medidas necesarias para la prevención de accidentes, el 29% tiene una noción correcta y un 6% desconoce las mismas.

Tabla n° 10: Frecuencias del nivel de conocimiento sobre la prevención de accidentes del RN de madres adolescentes de la Municipalidad de Gral. Pueyrredón, Febrero 2014- Julio 2015.			
PREVENCIÓN DE ACCIDENTES	Frecuencias Absolutas	Frecuencias Relativas	Frecuencias acumuladas
No sabe	6	6%	6
Medianamente sabe	65	65%	71
Sabe	29	29%	100

Fuente: García, Tegerina. Encuesta de los conocimientos de madres adolescentes sobre el cuidado del RN. Centros de salud n°2 y APAND. Municipalidad de General Pueyrredón. Febrero 2014- Julio 2015

Gráfico n°10: Distribución porcentual del nivel de conocimiento sobre la prevención de accidentes del RN de madres adolescentes. Municipalidad de Gral. Pueyrredón. Febrero 2014- Julio 2015.



Fuente: García, Tegerina. Encuesta de los conocimientos de madres adolescentes sobre el cuidado del RN. Centros de salud n°2 y APAND. Municipalidad de General Pueyrredón. Febrero 2014- Julio 2015

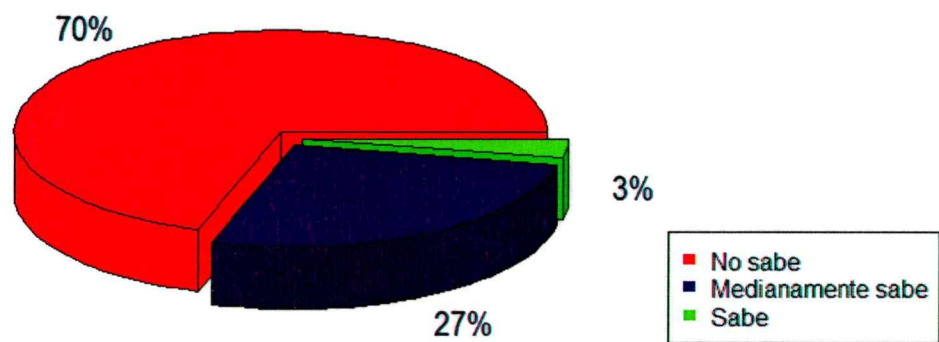
4.2.7 Conocimientos de las madres adolescentes sobre los signos de alarma del RN.

El 70% de las madres adolescentes encuestadas no sabe ante qué signos debe consultar inmediatamente a un centro de salud, el 27% reconoce algunos signos y solo el 3% los registra.

Tabla n°11: Frecuencias del nivel de conocimiento sobre signos de alarma del RN de madres adolescentes. Municipalidad de Gral. Pueyrredón. Febrero 2014- Julio 2015.			
SIGNOS DE ALARMA	Frecuencias Absolutas	Frecuencias Relativas	Frecuencias acumuladas
No sabe	70	70%	70
Medianamente sabe	27	27%	97
Sabe	3	3%	100

Fuente: García, Tegerina. Encuesta de los conocimientos de madres adolescentes sobre el cuidado del RN. Centros de salud n°2 y APAND. Municipalidad de General Pueyrredón. Febrero 2014- Julio 2015

Gráfico nº11: Distribución porcentual del nivel de conocimiento sobre signos de alarma del RN de madres adolescentes de la Municipalidad de Gral. Pueyrredón, Febrero 2014- Julio 2015.



Fuente: García, Tegerina. Encuesta de los conocimientos de madres adolescentes sobre el cuidado del RN. Centros de salud nº2 y APAND. Municipalidad de General Pueyrredón. Febrero 2014- Julio 2015

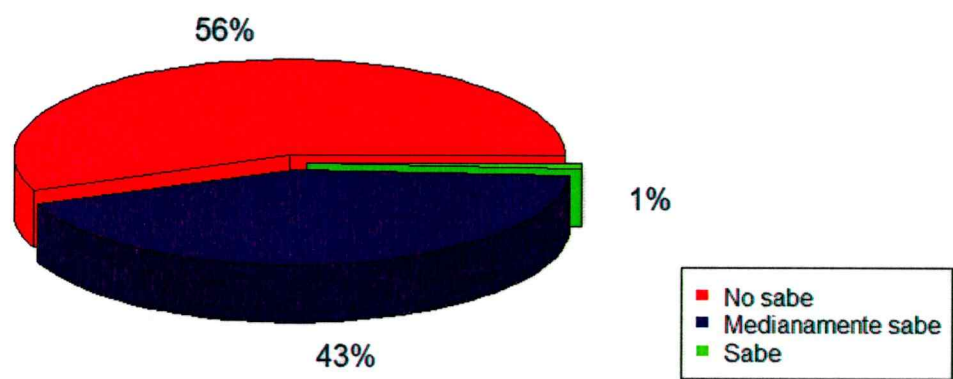
4.2.8 Conocimiento general de las madres adolescentes sobre los cuidados del RN.

El 56% de las madres adolescentes no tiene un conocimiento general del cuidado integral del bebé recién nacido, el 43% tiene algunas nociones y solo un 1% sabe sobre el cuidado adecuado del bebé.

Tabla nº 12: Frecuencias del nivel de conocimiento general sobre los cuidados al RN de madres adolescentes. Municipalidad de Gral. Pueyrredón. Febrero 2014- Julio 2015.			
CONOCIMIENTO GENERAL	Frecuencias Absolutas	Frecuencias Relativas	Frecuencias acumuladas
NO SABE	56	56%	56
MEDIANAMENTE SABE	43	43%	99
SABE	1	1%	100

Fuente: García, Tegerina. Encuesta de los conocimientos de madres adolescentes sobre el cuidado del RN. Centros de salud nº2 y APAND. Municipalidad de General Pueyrredón. Febrero 2014- Julio 2015

Gráfico nº12: Distribución porcentual del nivel de conocimiento general sobre los cuidados al RN de madres adolescentes. Municipalidad de Gral. Pueyrredón, Febrero 2014- Julio 2015.



Fuente: García, Tegerina. Encuesta de los conocimientos de madres adolescentes sobre el cuidado del RN. Centros de salud nº2 y APAND. Municipalidad de General Pueyrredón. Febrero 2014- Julio 2015

4.2.9 Conocimiento general de las madres adolescentes sobre los cuidados del RN, respecto de los datos sociodemográficos.

Tabla nº13: Frecuencias del nivel de conocimiento general de los cuidados del RN respecto a la edad, de madres adolescentes. Municipalidad de Gral. Pueyrredón. Febrero 2014 – Julio 2015							
CONOCIMIENTO GENERAL	14 años	15 años	16 años	17 años	18 años	19 años	TOTAL
No sabe	2	5	10	10	13	16	56
Medianamente sabe	1	6	2	4	10	20	43
Sabe	0	0	0	0	0	1	1
TOTAL	3	11	12	14	23	37	100

Fuente: García, Tegerina. Encuesta de los conocimientos de madres adolescentes sobre el cuidado del RN. Centros de salud nº2 y APAND. Municipalidad de General Pueyrredón. Febrero 2014- Julio 2015

Tabla nº14: Frecuencias del nivel de conocimiento general de los cuidados del RN respecto del estado civil, de madres adolescentes. Municipalidad de Gral. Pueyrredón. Febrero 2014 – Julio 2015						
CONOCIMIENTO GENERAL	Casada	Otro	Sola	Unión estable	No contestó	TOTAL
No sabe	2	2	19	31	2	56
Medianamente sabe	1	0	16	26	0	43
Sabe	0	0	0	1	0	1
TOTAL	3	2	35	58	2	100

Fuente: García, Tegerina. Encuesta de los conocimientos de madres adolescentes sobre el cuidado del RN. Centros de salud nº2 y APAND. Municipalidad de General Pueyrredón. Febrero 2014- Julio 2015

Tabla nº15: Frecuencias del nivel de conocimiento general de los cuidados del RN respecto al nivel de instrucción, de madres adolescentes. Municipalidad de Gral. Pueyrredón. Febrero 2014 – Julio 2015

CONOCIMIENTO GENERAL	Analfabeta	Primario completo	Primario incompleto	Secundario completo	Secundario incompleto	TOTAL
No sabe	1	13	4	8	30	56
Medianamente sabe	0	5	4	13	21	43
Sabe	0	0	0	1	0	1
TOTAL	1	18	8	22	51	100

Fuente: García, Tegerina. Encuesta de los conocimientos de madres adolescentes sobre el cuidado del RN. Centros de salud nº2 y APAND. Municipalidad de General Pueyrredón. Febrero 2014- Julio 2015

Tabla nº16: Frecuencias del nivel de conocimiento general de los cuidados del RN respecto del trabajo remunerado, de madres adolescentes. Municipalidad de Gral. Pueyrredón. Febrero 2014 – Julio 2015

CONOCIMIENTO GENERAL	Ninguno	En la casa	Fuera de la casa 4hs	Fuera de la casa 6hs	Fuera de la casa 8hs	Fuera de la casa 9hs	TOTAL
No sabe	48	8	0	0	0	0	56
Medianamente sabe	27	5	1	5	4	1	43
Sabe	0	0	0	0	1	0	1
TOTAL	75	13	1	5	5	1	100

Fuente: García, Tegerina. Encuesta de los conocimientos de madres adolescentes sobre el cuidado del RN. Centros de salud nº2 y APAND. Municipalidad de General Pueyrredón. Febrero 2014- Julio 2015.

Se realizó un test de χ^2 para evaluar la dependencia del nivel del conocimiento general de las madres adolescentes sobre los cuidados del recién nacido respecto de las diferentes variables sociodemográficas estudiadas (edad, nivel de instrucción, estado civil, trabajo remunerado). Esta prueba resultó significativa, considerando una significancia del 95%, sólo para el análisis respecto del trabajo remunerado. Es decir, las madres adolescentes que no tienen trabajo remunerado, o que tienen trabajo en sus casas mostraron un menor nivel de conocimiento general sobre los cuidados del RN, que aquellas que tienen trabajo remunerado fuera de sus casas.

Tabla nº 17: Prueba χ^2 del conocimiento general sobre los cuidados del RN de madres adolescentes, respecto de los datos sociodemográficos

VARIABLE	χ^2
Edad	0,5014
Nivel de instrucción	0,3232
Estado civil	0,8439
Trabajo remunerado	0,0002

Fuente: García, Tegerina. Encuesta de los conocimientos de madres adolescentes sobre el cuidado del RN. Centros de salud nº2 y APAND. Municipalidad de General Pueyrredón. Febrero 2014- Julio 2015.

CAPITULO V

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

V.1 CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos se observa que el 65% de las madres se encuentra en el rango de edad correspondiente, según Sigmund Freud a la etapa final de la adolescencia que va desde los 17 a los 19 años, donde la identidad es clara, las relación con el sexo opuesto es marcada totalmente y el riesgo de embarazo aumenta.

El 35% restante se encuentra en un rango de edad de 14 a 16 años que corresponde a la etapa media de la adolescencia. En esta etapa las relaciones amorosas son de corta duración y se inicia la exploración sexual.

La etapa vital que las distingue se corresponde con un periodo de mayor vulnerabilidad que la puede llevar a comportamientos antagónicos y a diversos conflictos, dada la crisis trascendental que atraviesan en este momento. Siendo la madre a quien corresponde el total cuidado de su hijo, asumir roles de la adultez sin haber culminado la adolescencia representa una mayor vulnerabilidad en su rol de cuidadora.

En cuanto al nivel de instrucción, solo el 23% de las madres tiene secundario completo, si bien tiene en algunos casos correlación con la edad en que se encuentran, es preocupante que el 18% solo concluyó la escuela primaria y el 7% no la finalizó. Es sabido que el retraso del proceso educativo afecta la calidad de vida de la madre y del bebé, ya que a través de este se adquieren conocimientos y habilidades aplicables a la vida cotidiana. La educación es una forma de superación económica, laboral, intelectual y personal.

El mayor porcentaje de madres tiene pareja estable, siendo esto favorable, dada la importancia en el acompañamiento afectivo y en el desarrollo del rol parental; sin embargo un 35% se encuentra sola, sin contar con apoyo del padre del bebé en los procesos cotidianos, lo cual dificulta el cuidado al recién nacido y los vínculos familiares.

El 75 % de las madres no tiene trabajo remunerado, desempeñándose en su gran mayoría como amas de casa, el 13% trabaja en su casa y el 12% trabaja diferente cantidad de horas fuera su hogar.

Se observó que las madres adolescentes que no tienen trabajo remunerado, o que tienen trabajo en sus casas mostraron un menor nivel de conocimiento general que aquellas que tienen trabajo remunerado fuera de sus casa, podría asociarse este resultado a que al permanecer en sus casas se encuentran reducidas sus relaciones sociales y consecuentemente el intercambio de saberes; el resto de las variables, contrario a lo esperado en relación a la bibliografía consultada, no han sido significativas con respecto al conocimiento general de las madres adolescentes sobre los cuidados del recién nacido.

En cuanto al conocimiento general del cuidado adecuado al recién nacido los resultados del presente trabajo muestran que el 56% de las madres adolescentes no tiene un conocimiento general del cuidado integral del bebé recién nacido, el

43% tiene algunas nociones y solo un 1% sabe sobre el cuidado adecuado del bebé.

Es sabido que el recién nacido tiene absoluta dependencia de los adultos para mantener la vida, estos desempeñan el rol de agente de autocuidado realizando por él todas las acciones requeridas para satisfacer sus necesidades por lo cual resulta preocupante el porcentaje de madres adolescentes que no tiene conocimiento o no tiene un conocimiento acabado del cuidado de su bebé.

El 64% de las adolescentes de la muestra conoce moderadamente sobre la alimentación adecuada para su bebé, un 30% la desconoce y solo un 6% tiene un apropiado conocimiento sobre esta. Es de destacar que el mayor porcentaje reconoce el valor nutricional de la leche materna y da pecho y en algunos casos pecho y leche modificada, no identificando otros beneficios de la lactancia natural como son las defensas que transmite, la estimulación del desarrollo y el vínculo afectivo y menos aún los bajos costos y la practicidad.

Solo el 4% de las madres tiene conocimiento sobre la importancia y las medidas de higiene; el 47% tiene un mediano conocimiento, identificando, por ejemplo el valor del baño para evitar enfermedades; no así para favorecer el vínculo madre- hijo y el desarrollo del bebé. El 49% no conoce los cuidados necesarios para la higiene de su bebé.

Con respecto a la termorregulación las mamás no conocen la dificultad del recién nacido para regular su temperatura y tampoco reconocen todas las formas de perder calor.

Si bien el mayor porcentaje sabe cómo tomar la temperatura axilar, es preocupante el desconocimiento sobre el valor normal de la temperatura del bebé.

Quedó evidenciado en este trabajo que el 50% de las madres en estudio no sabe cómo transmitir afecto a su hijo, un 24 % reconoce el realizar las tareas de cuidado con amor y un 26% agrega a esto la importancia de las caricias, los besos, los arrullos, la contención. Es de destacar que un 7% de las madres que no sabe cómo transmitir afecto a su bebé, no reconoce como importante transmitirle afecto a su hijo en esta etapa.

El vínculo afectivo que se genere entre la madre y el bebé en esta etapa es fundamental, pues determina el establecimiento de sus relaciones interpersonales futuras. Erick Erickson expresa que la confianza básica es fundamental en esta etapa para el desarrollo del recién nacido, lo cual se manifiesta a partir de las miradas, las caricias, los besos, los arrullos, y cualquier actitud que exprese afecto, protección, demostrando así preocupación por el bienestar del niño, enmarcado siempre en un contexto de amor.

Siendo que un buen sueño resulta tan esencial como la comida ya que contribuye al crecimiento y a la maduración cerebral, aparte de eliminar tensiones y estrés; preocupa que un porcentaje muy elevado de las madres, desconoce las necesidades del bebé en este aspecto, como las horas de descanso y la posición al dormir, siendo esta última fundamental para evitar el síndrome de muerte súbita del lactante.

El 66% de las madres identifica moderadamente las medidas necesarias para la prevención de accidentes, el 29% tiene una noción correcta y un 6% desconoce las mismas.

Es inquietante la ignorancia de las madres en lo referente a signos de alarma, siendo fundamental la pronta respuesta ante los mismos por el riesgo que conlleva para la salud y resguardo, en muchos casos, de la vida del bebé dada su labilidad. El 70% no sabe ante qué signos debe consultar inmediatamente a un centro de salud, el 27% reconoce algunos signos y solo el 3% los registra.

V.2 RECOMENDACIONES

- Observando el gran desconocimiento que presentan las madres adolescentes, la vulnerabilidad de las mismas y del recién nacido, se considera sustancial la creación de un programa de atención al recién nacido de madre adolescente; realizando un acompañamiento afectivo e integral a la madre adolescente, favoreciendo el empoderamiento de la misma para ejercer su papel de cuidadora, fortaleciendo sus conocimientos e incorporando aquellos aun no adquiridos, garantizando al RN un cuidado de calidad que favorezca su crecimiento y desarrollo.
- Continuar realizando estudios de investigación que favorezcan al conocimiento para ofrecer una atención de calidad a la madre adolescente y su bebé en las diferentes etapas evolutivas.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

- ACPD, CEDPA, CFFC, CRLP, FCI, IPPF, IWHC, la red Latinoamericana y Caribeña de Jóvenes por los Derechos Sexuales y Reproductivos, NAPY y la coalición de Jóvenes a favor de la CIPD. La salud materna: Implicaciones para niños, niñas y adolescentes. Disponible en: http://www.ipas.org/Publications/asset_upload_file6792603.pdf.
- ARBULU, Pamela. BUSTILLOS, Katia. DELUCHI, Claudia. Factores socioeconómicos y personales que influyen en el nivel de conocimiento sobre la atención del recién nacido en primíparas de la victoria. Revista de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma. 1999. Disponible en: http://www.sisbib.unmsm.edu.pe/Revistas/rfmh_urp/v01n1/a09.htm.
- Ayres JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. Saúde e Sociedade. 2004; 13(3):16-29.
- BEJARANO, Nancy. ARGOTE, Luz Ángela. RUIZ, Carmen. VASQUEZ, Marta Lucia. MUÑOZ, Lucy. Protegiendo al recién nacido durante el puerperio la madre adolescente asegura un hijo sano y fuerte. Colombia. 2002.
- Boff L. O cuidado essencial: princípio de um novo ethos. Revista Inclusão Social. 2005; 1(1):10-15.
- BOJANINI, Juan Fernando. GOMEZ, Joaquín. Resultados obstétricos y perinatales en adolescentes. Colombia. 2004. Base de datos en línea Scielo. Página Web versión HTML Colombia 2004. Disponible en: www.scielo.com.co/obstetriciaperinatalesadolescentes.html.
- Carpenito LJ. Diagnósticos de enfermería. 9ª ed. Madrid: McGraw Hill Interamericana; 2002. p. 541-548.
- Cavanagh, S. (1993). Modelo de Orem. Aplicación práctica. Barcelona: Masson - Salvat Enfermería.
- Clínica, Departamento de Medicina y Psiquiatría. Universidad de Alicante:1995. Pág. 25-47. 2001.
- Conceptos básicos Madrid; DuPont Pharma, S.A.; Unidad de epidemiología
- CORREA, Hernández, Ana Cecilia. Puericultura del recién nacido. Sociedad Colombiana de Pediatría. Volumen 34. No. 4. 1999. Disponible en: <http://www.encolombia.com/pediatria34499-crianza.htm>.
- CORREA, Lorenza. Universidad de Medellín. Coordinación Editorial. Pautas para la presentación de informes. Febrero de 2005.
- Curso de medicina naturista: Composición y propiedades de la leche materna. 2003. Disponible en: http://www.unizar.es/med_naturista/lactancia3Composición de Leche materna.pdf
- Denyes, M., Orem, D., y SozWiss, g. (2001). Cuidados personales: una ciencia fundacional. 14.1 Quarterly, ciencia, 48-54 de enfermería.
- Denyes, M., Orem, D., y SozWiss, g. (2001). Cuidados personales: una ciencia fundacional. 14.1 Quarterly, ciencia, 48-54 de enfermería.

- Fawcett J, George J, Walker L, Watson J. Enfermería: Ciencia humana y atención humana, una teoría de la enfermería. *Enfermería ciencia Quarterly* 1985; 2 (3): 149-154.
- Foucault M. *História da sexualidade: o cuidado de si*. 4a ed. Rio de Janeiro: Editora Graal; 1985
- FREITEZ, Rojas, Francisco. Nivel de conocimientos proporcionados a madres adolescentes durante el control prenatal en relación al cuidado del recién nacido. Servicio de maternidad del Hospital Central Antonio María Pineda. Venezuela. 2000. Capítulo II.
- Fundamentos de Lactancia Materna. Guía práctica de Lactancia. Posturas para dar de mamar. Disponible en: <http://bebé.consumer.es/lactancia/posturas-para-dar-de-mamar>.
- GADEA, De Nicolás. Confianza contra desconfianza. Escuela para padres y maestros. Primera edición. México. 2003.
- García Sánchez M. H., Hernández Hernández M. L., Manjon Sánchez A.: "Embarazo y adolescencia" - Dto. Obst. y Ginec. Hptal. Clín. Univers. de Salamanca – Rev. sobre Salud Sexual y Reproductiva N° 2, año 2, junio 2.000, pág. 10-12 – Asociación Argentina por la Salud Sexual y Reproductiva (AASSER).
- Ginecología y obstetricia: Vol. 44 n°2. Julio 1998: El parto en la adolescente. Estudio de 3 grupos adolescencia temprana, tardía y grupo control.
- Guirao- Goris JA. La agencia de autocuidados. Una perspectiva desde la complejidad. *Educare* 2003; 2.
- http://www.clarin.com/salud/titulo_0_336566401.html
- <http://www.qui.una.py/toxiweb/> Curso de Toxicología. Teoría de Investigación Tipos de estudios clínicos epidemiológicos. pdf .
- <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v11n3/9402.pdf>
- Hungler- polit. "Investigación Científica en Ciencias de la Salud". Sexta edición. Mc Graw Hill. México. 1999
- Issler JR. Embarazo en la adolescencia. *Rev Posgr Via Catedr Med* 2001; 107: 11-23.
- Kérouac S, Pipino J, Ducharme F, principales f. la pensée infirmière. 2a ed. Laval (Québec): Beauchemin; 2003.
- Khoury Marina Claudia: Módulo 1/ Marina Claudia Khoury; Margarita Robertazzi; Maria Fernanda Bonet; Edición literaria a cargo de: Mariela Rossen- 1ª edición. Bs. As: Ministerio de Salud de la Nación, 2007.
- MALDONADO, Josefa. SERRANO, Pilar. CALERO, Carmen. MAR TINEZ, Ana RELLO, Consuelo. MONTE, Covadonga. Lactancia materna. Suplemento Salud entre todos. Otoño 2000 No. 85. Disponible en: <http://www.sid.cu/galerias/pdf/sitios/puricultura/lme.pdf>.
- MANUAL SALUD REPRODUCTIVA: CAP.26 "Embarazo en la adolescencia".
- Martínez Pérez Ángela Patricia, "Modificación de los conocimientos de las madres adolescentes sobre los cuidados básicos al recién nacido después

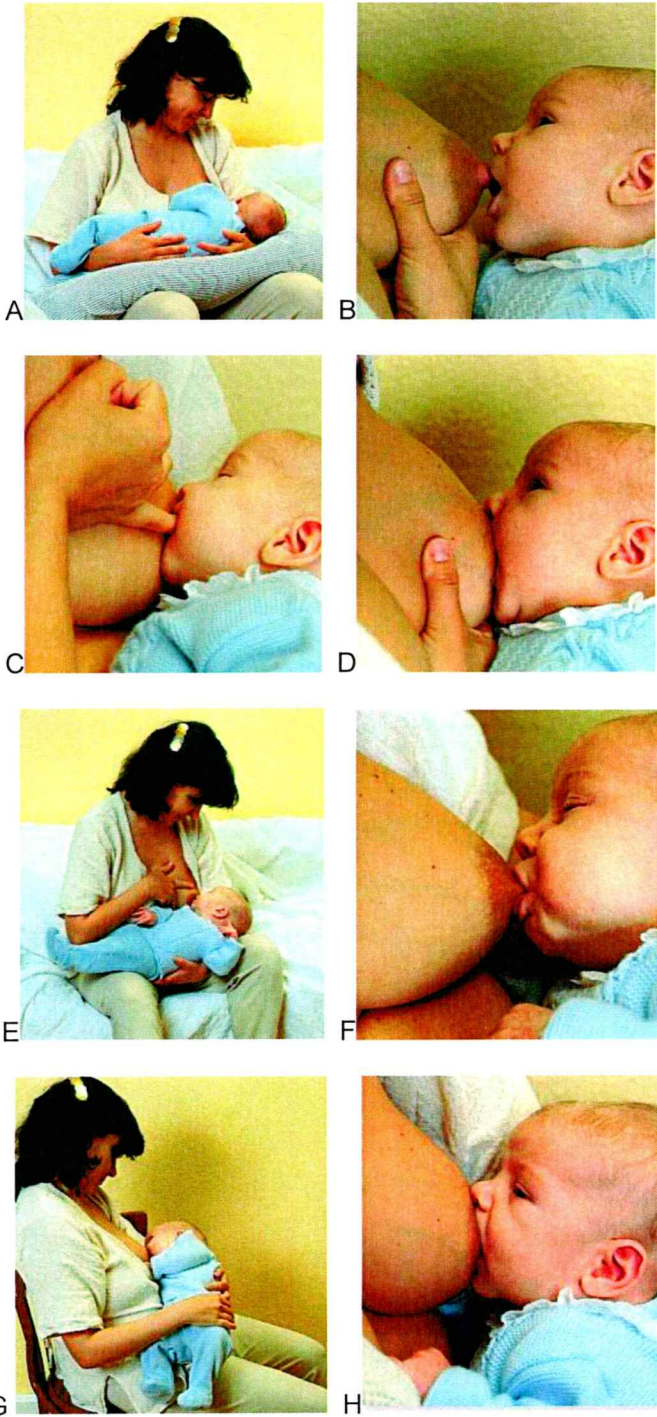
- de la aplicación de un programa educativo localidad de ciudad Bolívar, Bogotá d.c. primer semestre de 2009". Trabajo de Grado
- McAnarney E, Hendee W comportamientos sexuales de adolescentes y resultados relacionados con la salud. Salud pública Rep 1993; 108 (supl 1) : 31–36.
 - McAnarney E, Hendee W. Embarazo en la adolescencia y sus consecuencias. JAMA 1989; 262:74–77
 - McAnarney E, Hendee W. Embarazo en la adolescencia y sus consecuencias. JAMA 1989; 262:74–77 <http://salud.doctissimo.es/diccionario-medico/sueno.html>
 - MERCER, Ramona. Estimulación y asesoramiento a madres adolescentes durante el periodo perinatal en el cuidado del recién nacido. Clínicas de enfermería de Norteamérica. Vol. 2 Capitulo 1. Asistencia sanitaria en adolescentes. Editado Interamericana. Febrero 2, 1984.
 - Minay de Souza María Cecilia. "El Desafío del Conocimiento". Investigación cualitativa en salud. Buenos Aires. Lugar Editorial. 2004.
 - MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. Protocolo de mortalidad por EDA. Diciembre 2007. Disponible en: [http://www.ins.gov.co/pdf/vcsp/Protocolo 12dic2006 EDA 2007.pdf](http://www.ins.gov.co/pdf/vcsp/Protocolo%2012dic2006%20EDA%202007.pdf).
 - MUÑOZ, Juan José. BAENA, Gloria, VENZALA, María José. Guía de cuidados del recién nacido. Hospital Universitario Reina Sofía. Dirección de enfermería. Imprenta Vista alegre. Colombia.
 - Mustard LW. Atención y competencia. Ética de ley Healthc de AUZOA Regul 2002; 4 (2): 36-43.
 - PITA FERNANDEZ, S. Metodología de la investigación. Tipos de estudios clínicos epidemiológicos. 2001. Disponible en: http://www.fisterra.com/mbe/investiga/6tipos_estudios/6tipos_estudios.asp.
 - PITA FERNANDEZ, S. Tratado de Epidemiología Clínica. Epidemiología.
 - PROFAMILIA JOVEN. EMBARAZO EN ADOLESCENTES. 2007. Disponible en: <http://www.profamilia.org.co/jovenes/> .
 - PROFAMILIA. 2006. Salud sexual y reproductiva. Encuesta Nacional de
 - Revista Colombia Médica, Vol. 36, No. 3(s1), Jul-Sept, 2005, pp.58-64
 - Revista de enfermería UCLM nº 206. Art. Embarazo en la adolescencia.
 - Revista de Postgrado de la Cátedra Vía Medicina Nº 107 - Agosto/2001 Página: 11-23.
 - Revista de Postgrado de la Vía Cátedra de medicina nº 153, Enero 2006 Pag. 13-17.
 - Revista de psicología y medicina CEPVI. Sección de psicología. Psicología evolutiva las etapas del desarrollo. Desarrollo Cognitivo. Pág. 3. Disponible en: [http://www.cepvi.com/articulos/desarrollo cognitivo2.html](http://www.cepvi.com/articulos/desarrollo%20cognitivo2.html).
 - RIBES, C. MORAGA, F.A. Recién nacido, cuidados de la piel. Protocolo diagnostico y terapéutico en dermatología pediátrica.
 - SADLER, Michelle. AGUAYO, Francisco. Gestación adolescente y dinámicas familiares. Centro Interdisciplinarios de estudio de género. Universidad de Chile. Marzo 2006.

- Sampieri-Collado-Lucio "Metodología de investigación". Tercera edición. Mc Graw Hill. México. 2010
- VALDIVIA, Verónica. Conocimiento de las madres adolescentes sobre cuidados maternos del recién nacido. Servicio de Ginecobstetricia. Hospital Universitario "Antonia María Pineda". Venezuela. 2000.
- VENTURA, Junca. Patricio. Manual de pediatría. Neonatología. Termorregulación. Pontificia Universidad Católica de Chile. 2007. Disponible en:
<http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/ManualPed/RNTermoreg.html>.
- VILLALOBOS, Ana Marcela, Psicóloga. Desarrollo psicosexual. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/adolescencia/0010.html>.
- VITORA, Isidro. Cuidados del bebé, mitos y errores. Tercera Edición. 2006. Disponible en: <http://www.aguainfant.com>
- WHALEY, L. F. WONG, D. I. Tratado de enfermería pediátrica. Segunda edición Interamericana Mc Graw Hill Pág.133-161. Madrid. 1993
http://www.cgtsanidadlpa.org/f/opes/aux_enfermeria/T2-AE-SCS-2007.pdf.
C McAnarney E, Hendee W comportamientos sexuales de adolescente resultados relacionados con la salud. Salud pública Rep 1993; 108(supl 1):31-36).

ANEXOS

ANEXO I

FORMAS DE AMAMANTAR



ANEXO II

ENCUESTA SOBRE LOS CUIDADOS A TU BEBÉ

La decisión de participar en esta investigación es completamente voluntaria y no tiene ningún riesgo para la madre. Los datos obtenidos en la investigación se archivarán en la base de datos de la investigación a la cual tienen acceso las investigadoras y docentes de la investigación. Los datos personales de las madres no serán oficiales en la presentación de resultados, se tendrá total reserva de la información.

I. CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Edad:	
-------	--

Estado civil:	
Casada, unión estable	
Sola, otro	

Nivel de instrucción:	
Analfabeta	
Primario incompleto	
Primario completo	
Secundario incompleto	
Secundario completo	

Trabajo remunerado:							
Ninguno		En la casa		Fuera de la casa		Horas fuera de la casa	

II- CONOCIMIENTOS

INDICAR CON UN CRUZ LA O LAS OPCIONES QUE SE CONSIDEREN ADECUADAS PARA EL CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO

1. ALIMENTACION:

1.1 ¿Qué toma tu bebé?

Teta	
Leche maternizada	
Leche de vaca	
Otro, especificar	

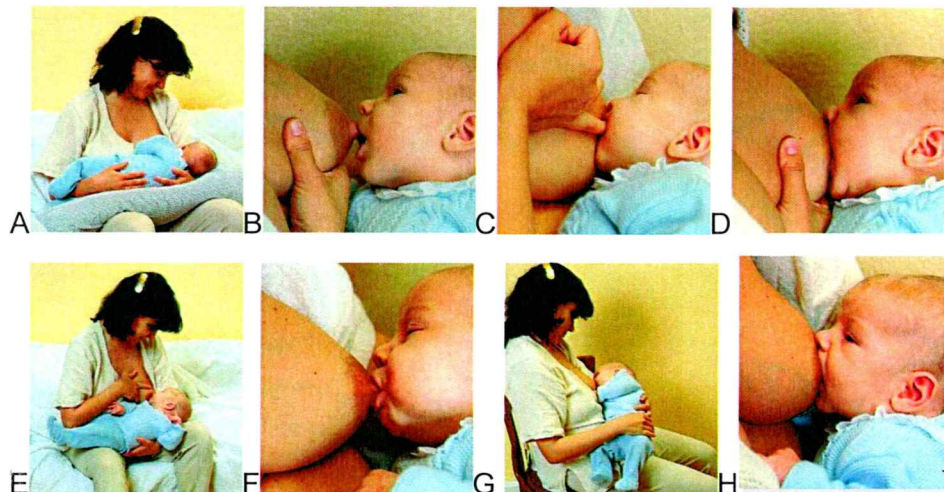
1.2 Consideras que darle leche materna al bebé:

- a) No es importante porque no hay diferencia con la leche maternizada.
- b) Fortalece su salud ya que con su leche la mamá le pasa todas las defensas.
- c) Es un alimento completo que suple todos los nutrientes para el crecimiento y desarrollo del recién nacido.
- d) No tiene ningún costo, tiene la temperatura justa y no es necesario calentarla como a la leche modificada.

1.3 El bebé recién nacido debe ser alimentado:

- a) Cuando pide, mínimo cada 2 horas, máximo cada 4 horas
- b) Cada 6 horas.
- c) Cada vez que llora.

1.4 ¿Cuál o cuáles de las siguientes imágenes muestran la forma correcta de amamantar?



1.5 Si amamantas, ¿que no consumirías?

- a) Papas, lentejas, cítricos.
- b) Alcohol, tabaco.
- c) Mate, café en exceso.
- d) Medicamentos u otras drogas.

2. HIGIENE

2.1 La frecuencia mínima recomendada para bañar a tu bebé es:

- a) Diariamente
- b) Cada 2 días
- c) 2 veces al día

2.2 Es importante el baño porque:

- a) Fortalece el vínculo entre la mamá y el bebé.
- b) Estimula el desarrollo del bebé.
- c) Lo protege de enfermedades.

2.3 ¿Cuál o cuáles de las siguientes precauciones se debe tener en cuenta al bañarlo?

- a) Sostener siempre la cabeza del recién nacido y el cuerpo en la bañera.
- b) Usar jabones o cremas con perfumes.
- c) Dejar solo al bebé en la bañera.
- d) Probar previamente que el agua esté tibia.
- e) Evitar corrientes de aire en la habitación.

2.4 ¿Qué cuidados deben realizarse al ombligo?

- a) No es necesario realizar ningún cuidado específico.
- b) Limpiar diariamente con alcohol y algodón.
- c) Limpiar en cada cambio de pañal con solución yodada y gasa.
- d) vigilar la presencia de secreciones, olores fuertes y/o irritación en el mismo.

2.5. La frecuencia con que se debe realizar el cambio de pañal al bebé es:

- a) Cada vez que se sienta el pañal pesado o tenga una deposición.
- b) Cada vez que orina.
- c) De 3 a 4 veces al día.

2.6. Las precauciones que se deben tener en cuenta al cambiar el pañal son:

- a) Usar talcos para mantener seca la piel del bebé.
- b) Poner el pañal de tal forma que no cubra el muñón umbilical del bebé.
- c) Limpiar los genitales del bebé en cada cambio de pañal.
- d) Lavarse las manos con agua y jabón antes y después del cambio de pañal.

2.7. ¿Cuál o cuáles de las siguientes recomendaciones debe tenerse en cuenta para vestirlo?

- a) Ponerle siempre ropa abrigada aunque no esté haciendo frío.
- b) Aplicarle perfume antes de vestirlo.
- c) Ponerle ropa limpia sin residuos de detergente.
- d) No poner ganchos de ropa si la ropa le queda grande.
- e) Ponerle ropa según la temperatura del ambiente que haga, calculando un abrigo más que el que usan los padres y ropa adecuada al tamaño del bebé RN.

3 TERMOREGULACIÓN

3.1 ¿Cuál o cuáles de las siguientes situaciones pueden bajar la Temperatura de tu bebé?

- a) Ponerlo cerca de una pared.
- b) Bañarlo con agua fría.
- c) Tener abierta la ventana de la habitación donde se encuentra.
- d) Situaciones que lo hagan transpirar.

3.2 Proteger al bebé del frío o del calor excesivo es importante porque:

- a) El bebé recién nacido no puede regular su temperatura.
- b) Evita enfermedades.
- c) Evita convulsiones.
- d) Mantiene siempre la temperatura adecuada del bebé recién nacido.

3.3 ¿Cuál es la temperatura normal del bebé recién nacido?

- a) 35 a 36°C
- b) 36 a 37°C
- c) 36.5 a 37.5°C
- d) 37 a 38°C

3.4 La temperatura del bebé se controla:

- a) Colocando los labios sobre su frente.
- b) Colocando el termómetro durante 3 minutos en la axila.

4. AFECTO

4.1. Expresarle afecto al bebé es:

- a) Importante porque:
 - a. Influye en la creación del vínculo madre e hijo y estimula su crecimiento y desarrollo.
 - b. Satisface necesidades físicas y emocionales del bebé.
- b) No es importante a esta edad.

4.2 Puedes transmitir afecto a tu bebé:

- a) Realizando con amor cada una de las actividades que se realicen con él, por ejemplo: alimentarlo, bañarlo.
- b) Acompañándolo, realizando masajes suaves,teniéndolo en brazos, acunándolo, conteniéndolo cuando llora.

5. SUEÑO

5.1. ¿Cuántas horas al día debe dormir tu bebé?

- a) 6 a 8 horas.
- b) 10 a 12 horas.
- c) 18 a 20 horas.

5.2. De las siguientes posiciones ¿cuál o cuáles están indicadas mientras duerme?

- a) Boca abajo.
- b) De medio lado.
- c) Boca arriba.

5.3. ¿Cuál o cuáles de las siguientes precauciones deben tenerse en cuenta durante el sueño?

- a) Acostarlo en el sofá o en la cama de los padres.
- b) Colocar al bebé tocando el fondo de la cuna con los pies y abrigarlo con cobijas preferentemente de algodón, con los brazos por fuera de las mismas.
- c) Usar una almohada pequeña cuando duerme ajustándola a la cama.

6. PREVENCIÓN DE ACCIDENTES

6.1 ¿Cuál o cuáles de las siguientes precauciones se deben tener en cuenta para evitar accidentes?

- a) No darle objetos pequeños al bebé; no colocar pulseras ni cadenas.
- b) No Usar ganchos de ropa para sujetar prendas de vestir o pañales.
- c) Probar la temperatura del agua y de los alimentos.
- d) No Jugar con el bebé recién nacido lanzándolo al aire.
- e) No dejarlo solo en lugares sin sujeción.

7. SIGNOS DE ALARMA

7.1 ¿Cuál o cuáles de las siguientes situaciones indican que el recién nacido requiere atención inmediata en un centro de salud u hospital?

- a) Temperatura más alta o más baja de lo normal.
- b) No moja el pañal con pis.
- c) Vómito.
- d) Llanto débil e irritable.
- e) Movimientos repetitivos de una parte del cuerpo.
- f) Cambios en la coloración de la piel, palidez, color amarillo o azulado.
- g) Más de 5 deposiciones líquidas al día.
- h) Dificultad para succionar.
- i) Rechaza o pide pocas veces la teta o mamadera.
- k) Duerme más de 15 horas diarias despertándose a comer cada 2 o 3hs.
- l) Dificultad para respirar, tos, quejido, agitación.
- m) Estornudo.
- n) Diarrea con sangre.
- ñ) No evacua intestino durante 2 o 3 días estando alimentado a pecho.