

**UNIVERSIDAD NACIONAL TORIBIO RODRIGUEZ DE
MENDOZA DE AMAZONAS
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



INFORME FINAL DE TESIS

**EFFECTIVIDAD DE LA TÉCNICA AUDIOVISUAL PARTICIPATIVA
PARA MEJORAR EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS
PRIMIGESTAS SOBRE LOS CUIDADOS DEL NEONATO,
HOSPITAL REGIONAL VIRGEN DE FÁTIMA,
CHACHAPOYAS - 2016**

Tesis para optar el título profesional de licenciado en enfermería

Autor : Bach. JOEL CASTILLO TENORIO

Asesor : Dr. Enf. EDWIN GONZÁLES PACO

Chachapoyas – Perú

2018

DEDICATORIA

A mis padres por ser lo más importante en mi vida, quienes me brindaron su apoyo incondicional durante mis estudios.

A mis hermanos quienes me dieron siempre una palabra de aliento.

AGRADECIMIENTO

A todas las madres primigestas atendidas en el Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas; por haber permitido entrar en sus vidas privadas y permitir la recolección de datos, los mismos que fueron fundamentales para concluir con la presente investigación.

Al Director Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas, por haber permitido la recolección de datos.

Al Dr. Edwin Gonzáles Paco, por su acertado asesoramiento, colaboración, apoyo y comprensión en la realización del presente estudio.

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

Dr. POLICARPIO CHAUCA VALQUI

Rector

MIGUEL ANGEL BARRENA GURBILLON

Vicerrector Académico

Dra. FLOR TERESA GARCIA

Vicerrectora de investigación

Dr. EDWIN GONZALES PACO

Decano de la Facultad de ciencias de la salud

Mg. WILFREDO AMARO CÁCERES

Director de la escuela profesional de Enfermería

DECLARACIÓN JURADA DE NO PLAGIO

Yo, Joel Castillo Tenorio, identificada con DNI: 447460070, estudiante de la Escuela Profesional de enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas.

Declaro bajo juramento que:

1. Soy autora de la tesis titulada:

“efectividad de la técnica audiovisual participativa para mejorar el nivel de conocimiento de las primigestas sobre los cuidados del neonato, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas - 2016”

La misma que presento para optar:

Título profesional

2. La tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente, para la cual se han respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas.
3. La tesis presentada no atenta contra los derechos de terceros.
4. La tesis no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.
5. Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falsificados, ni duplicados, ni copiados.

Por lo expuesto, mediante la presente asumo con responsabilidad que pudiera derivarse por la autoría, originalidad y veracidad del contenido de la tesis, así como por los derechos sobre la obra y/o invención presentada. Asimismo, por la presente me comprometo a asumir además todas las cargas pecuniarias que pudiera derivarse para LA UNTRM en favor de terceros por motivo de acciones, reclamaciones o conflictos derivados del incumplimiento de lo declarado o las que encontraren causa en el contenido de la tesis.

De identificarse fraude, piratería, plagio, falsificación o que el trabajo de investigación haya sido publicado anteriormente; asumo las consecuencias y sanciones civiles y penales que de mi acción se deriven.

Chachapoyas, 08 de agosto del 2018

.....
Firma

VISTO BUENO

Yo, Dr. Edwin Gonzáles Paco identificado con DNI N° 19990654 con domicilio legal en Pje. Abelardo Quiñonez N° 101. Docente nombrado de la Facultad de Ciencias de la Salud en la Categoría de Principal a DE, Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza Amazonas. **DOY VISTO BUENO**, a la tesis titulada: “Efectividad de la técnica audiovisual participativa para mejorar el nivel de conocimiento de las primigestas sobre los cuidados del neonato, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas - 2016

”. Que estuvo conducida por el tesista Joel Castillo Tenorio. Para optar el título Profesional de Licenciado en Enfermería en la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas.

Por lo tanto

Firmo la presente para mayor constancia

Chachapoyas, Julio del 2018.

Dr. Edwin Gonzáles Paco

DNI 19990654

JURADO CALIFICADOR

(Resolución de Decanato N° 253-2018 UNTRM-VRAC/F.C.S.)

Mg. YSHONER ANTONIO SILVA DÍAZ

Presidente

Mg. OSCAR PIZARRO SALAZAR

Secretario

Mg. CARLA ORDINOLA RAMÍREZ

Vocal

ÍNDICE DE CONTENIDOS

DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTO	ii
AUTORIDADES UNIVERSITARIAS	iii
DECLARACIÓN JURADA DE NO PLAGIO	iv
VISTO BUENO DEL ASESOR	v
JURADO DE TESIS	vi
ÍNDICE DE CONTENIDOS	vii
ÍNDICE DE TABLAS	viii
ÍNDICE DE FIGURAS	x
ÍNDICE DE ANEXOS	xii
RESUMEN	xiii
ABSTRAC	xiv
I. INTRODUCCIÓN	01
II. OBJETIVOS	06
III. MARCO TEÓRICO	07
IV. MATERIAL Y MÉTODO	38
V. RESULTADOS	44
VI. DISCUSIÓN	58
VII. CONCLUSIONES	65
VIII. RECOMENDACIONES	67
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	68
X. ANEXOS	72

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 01. Nivel de conocimiento de las primigestas sobre los cuidados del neonato, en el Grupo Experimental antes y después de la técnica audiovisual participativa, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas – 2016.	44
Tabla 02. Nivel de conocimiento de las primigestas sobre los cuidados del neonato en la dimensión de alimentación del recién nacido, en el Grupo Experimental antes y después de la técnica audiovisual participativa, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas – 2016.	46
Tabla 03. Nivel de conocimiento de las primigestas sobre los cuidados del neonato en la dimensión de higiene del recién nacido, en el Grupo Experimental antes y después de la técnica audiovisual participativa, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas – 2016.	48
Tabla 04. Nivel de conocimiento de las primigestas sobre los cuidados del neonato en la dimensión de termorregulación del recién nacido, en el Grupo Experimental antes y después de la técnica audiovisual participativa, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas – 2016.	50
Tabla 05. Nivel de conocimiento de las primigestas sobre los cuidados del neonato en la dimensión de vínculo afectivo del recién nacido, en el Grupo Experimental antes y después de la técnica audiovisual participativa, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas – 2016.	52
Tabla 06. Nivel de conocimiento de las primigestas sobre los cuidados del neonato en la dimensión de sueño del recién nacido, en el Grupo Experimental antes y después de la técnica audiovisual participativa, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas – 2016.	54
Tabla 07. Nivel de conocimiento de las primigestas sobre los cuidados del neonato en la dimensión de signos de alarma del recién nacido, en el Grupo Experimental antes y después de la técnica audiovisual	

participativa, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas –
2016.

56

ÍNDICE DE FIGURAS

- Figura 01.** Nivel de conocimiento de las primigestas sobre los cuidados del neonato, en el Grupo Experimental antes y después de la técnica audiovisual participativa, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas – 2016. 44
- Figura 02.** Nivel de conocimiento de las primigestas sobre los cuidados del neonato en la dimensión de alimentación del recién nacido, en el Grupo Experimental antes y después de la técnica audiovisual participativa, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas – 2016. 46
- Figura 03. Nivel de conocimiento de las primigestas sobre los cuidados del neonato en la dimensión de higiene del recién nacido, en el Grupo Experimental antes y después de la técnica audiovisual participativa, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas – 2016. 48
- Figura 04. Nivel de conocimiento de las primigestas sobre los cuidados del neonato en la dimensión de termorregulación del recién nacido, en el Grupo Experimental antes y después de la técnica audiovisual participativa, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas – 2016. 50
- Figura 05. Nivel de conocimiento de las primigestas sobre los cuidados del neonato en la dimensión de vínculo afectivo del recién nacido, en el Grupo Experimental antes y después de la técnica audiovisual participativa, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas – 2016. 52
- Figura 06. Nivel de conocimiento de las primigestas sobre los cuidados del neonato en la dimensión de sueño del recién nacido, en el Grupo Experimental antes y después de la técnica audiovisual participativa, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas – 2016. 54
- Figura 07. Nivel de conocimiento de las primigestas sobre los cuidados del neonato en la dimensión de signos de alarma del recién nacido, en el

Grupo Experimental antes y después de la técnica audiovisual participativa, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas – 2016.

56

ANEXOS

Anexo N° 01: Matriz de consistencia	74
Anexo N° 02: Operacionalización de variables	76
Anexo N° 03: prueba de cocimientos	79
Anexo N° 04: Cuestionario de funcionamiento familiar	85
Anexo N° 05: Instrumento de medición	92
Anexo N° 06: Validez del instrumento	93
Anexo N° 07: consentimiento informado	94

RESUMEN

El presente estudio fue de enfoque cuantitativo; de nivel explicativo; de tipo: experimental, prospectivo, transversal y analítico. Con diseño cuasi experimental. Cuyo objetivo fue: Determinar la Efectividad de la técnica audiovisual participativa para mejorar el nivel de conocimiento de las primigestas sobre los cuidados del neonato, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas - 2016. La muestra estuvo constituida por 14 primigestas. Los datos se recolectaron mediante la técnica audiovisual participativa sobre “Cuidados del neonato”, Los resultados evidencian que del 100% de primigestas el nivel de conocimiento en el grupo experimental antes de la aplicación de la técnica audiovisual participativa fue de un 57.2% de nivel medio, el 42.8% malo. Mientras que en el grupo experimental después de la aplicación de la técnica audiovisual el nivel de conocimiento fue alto en un 78.6% y un 21.4% de nivel medio. La hipótesis fue contrastada mediante la prueba estadística paramétrica de la t – student cuyo valor fue de 6.333; con $gl = 15$; un $p = 0.001 < 0.05$, en la cual se aceptó la hipótesis alterna, quiere decir que la técnica audiovisual participativa mejoró el nivel de conocimiento de las primigestas sobre el cuidado de los neonatos. En Conclusión el nivel de conocimiento de las primigestas en el grupo experimental antes de la aplicación de la técnica audiovisual participativa fue predominantemente de nivel medio seguida de un nivel bajo. Mientras que en el grupo experimental después de la aplicación de la técnica audiovisual el nivel de conocimiento fue alto mayoritariamente y solo una cuarta parte de nivel medio.

Palabras claves: Técnica audiovisual participativa, nivel de conocimiento, primigestas sobre los cuidados del neonato

ABSTRAC

I study the present you went from quantitative focus; Of explanatory level; Of guy: Experimental, prospective, transverse and analytical. Patterned quasi experimental. Whose objective went: Determining the Effectiveness of the audiovisual communicative technique for the better the level of knowledge of the primigestas on the neonate's cares, Regional Hospital Chachapoyas, Fátima's Virgin - 2016. The sample was composed of 14 primigestas. They gathered the data by means of the audiovisual communicative technique on Cuidados of the neonate, results evidence than the level of knowledge in the experimental group before the audiovisual communicative technique's application software went from 57,2 % of half a level, the 42,8 bad % of 100 % of primigestas. While in the experimental group after the audiovisual technique's application software the level of knowledge was tall in a 78,6 % and 21,4 % of half a level. The hypothesis was contrasted by means of the statistical parametric proof of the t – student whose value was of 6,333; With gl 15; One p 0,001 0,05, the one in which the alternating hypothesis was accepted, you mean that the audiovisual communicative technician improved the level of knowledge of the primigestas on the neonates' care. In conclusion the level of knowledge of the primigestas in the experimental group before the audiovisual communicative technique's application software was predominantly of half a level obeyed of a bad level. While in the experimental group after the audiovisual technique's application software the level of knowledge was tall by majority and solo a fourth part of half a level.

Key words: Audiovisual communicative technique, level of knowledge, primigestas on the neonate's cares

I. INTRODUCCIÓN

A nivel mundial, la práctica del cuidar de otro es el más viejo procedimiento de la historia del mundo. Cuidar es inherente a la supervivencia de todas las criaturas vivas, garantizando la continuidad de la vida en la especie humana. El cuerpo de la mujer reconoce períodos de cuidados más dedicados en su vida, entre ellos la pubertad, la gestación, el parto y el nacimiento del hijo. El cuerpo, objeto del cuidado, se convierte en un instrumento privilegiado de cuidados, pues es a través del cuerpo que la mujer presta cuidados al recién nacido transformándolo en un acontecimiento social (Da Silva, et al, 2007, p. 2).

A nivel mundial el nivel de conocimientos de las madres es relativamente deficiente sobre todo en las primigestas, es así que, el 58% de las madres Españolas primigestas, el 65% de la Colombianas, el 52% de la Chilenas, el 89% de la madres Africanas, el 92% de las Aitianas, etc, etc., desconocen sobre los cuidados del neonato; sobre todo en sus primeros días de vida, y poco a poco se van adaptando conforme transcurren los días de cuidado; pero aun así los hacen simplemente por ese instinto maternal; desconociendo sobre sus bondades que un buen cuidado prevendrá la presentación de enfermedades y garantizará la salud de los neonatos (OMS, 2011, p. 62).

En el año 2011 se informó que la onfalitis (inflamación e infección del ombligo) y fue muy frecuente en América Latina 1,5 millones de neonatos murieron debido a la infección que generalmente tienen como puerta de entrada el cordón umbilical puesto que sus cuidados del recién nacido culminan en el hogar y las principales responsables de estos hechos son las madres con conocimientos muy deficientes y otros factores sobre el cuidado del neonato (OMS, 2011, p. 62)

Según experiencias de las cubanas las técnicas participativas mejoran el conocimiento de las madres, es así que el gobierno cubano ha implementado dichos resultados para que las instituciones encargadas de brindar información a las gestantes estas estén preparadas para actuar con el mejor de los cuidados en el momento del nacimiento del niño, inclusive han mejorado sus conocimientos y los van transmitiendo de generación en generación (OMS, 2016, p. 34).

De acuerdo a las tendencias actuales del cuidado, el nacimiento de un hijo tiene implicancias para la familia que la posicionan en su conjunto como objeto de cuidado.

Es el momento en el que una amplia gama de necesidades surgen tanto para el recién nacido como para los padres y se hace imperioso dar respuestas efectivas para garantizar la salud, el bienestar y el desarrollo de esta familia (Morí, 2010, p. 1).

En el mundo se registran aproximadamente 130 millones de nacimientos cada año, de los cuales mueren 2,7 millones de lactantes durante su primer mes de vida solamente por los cuidados deficientes de las madres que no ayudan a la sobrevivencia de sus niños en esta etapa; y el número de mortinatos es similar durante el primer mes, casi la mitad de los fallecimientos tienen lugar en las primeras 24 horas de vida y un 75% durante la primera semana. Las 48 horas posteriores al nacimiento es el momento más importante para la supervivencia del recién nacido. Es en este periodo cuando se debe realizar un seguimiento a la madre y al niño para evitar y tratar enfermedades (OMS, 2016, p. 34).

En los últimos años la población de Perú ha ido aumentando a razón de 135 mil personas por año, se estima que en este año 2016 la población peruana sea de 31 488 625 habitantes, lo cual nos indica que para el año 2025 habrá una población aproximada de 34 412 393 habitantes con tendencia a duplicarse en 35 años. Según estimaciones del INEI, se registran aproximadamente 574957 nacimientos cada año, sin embargo se estima que anualmente ocurrirían 12365 defunciones en menores de 5 años, de los cuales 10000 son menores de un año y 5300 son defunciones durante el primer mes de vida. Más de la mitad de las muertes infantiles ocurren el primer mes de vida, por los simples motivos del deficiente cuidado de estos niños, sumado a esto está el desconocimiento de las madres sobre los cuidados más primordiales y básicos para garantizar la supervivencia de estos neonatos. (ENDES, 2015, p. 60).

Las muertes neonatales son prevenibles y para ello es preciso intensificar las medidas para garantizar la supervivencia de los neonatos, es así que en el Perú en diciembre 2014 el Ministerio de Salud aprobó el Plan Nacional “Bienvenidos a la Vida”, que está orientado a mejorar la calidad de vida de los recién nacidos mediante los cuidados acertados de las madres, sobre todo de la primerizas, y así reducir la morbilidad y mortalidad neonatal, siendo uno de sus lineamientos la educación a la madre para mejorar el reconocimiento de los signos de alarma y complicaciones del recién nacido y el uso oportuno de los servicios de salud; así mismo el ministerio de Salud, en la Norma técnica de salud para la atención integral de salud neonatal tiene como finalidad

contribuir a la reducción de la morbilidad neonatal, mejorando la calidad de atención de la niña y el niño durante el periodo neonatal en los establecimientos de salud públicos y privados del Sector Salud a nivel nacional en los diferentes niveles de atención. (Ministerio de Salud. DGSP, 2015, p. 32).

El recién nacido es incapaz de sobrevivir por sí mismo 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 acuerdo a las tendencias actuales del cuidado, el nacimiento de un hijo tiene implicancias para la familia que la posicionan en su conjunto como objeto de cuidado. Es el momento en el que una amplia gama de necesidades surgen tanto para el recién nacido como para los padres y se hace imperioso dar respuestas efectivas para garantizar la salud, el bienestar y el desarrollo de esta familia (Rose, 2010, p. 18).

La maternidad de por sí implica mucha responsabilidad para la madre como el compromiso de que asuma su autocuidado y el cuidado del recién nacido, el cual se encuentra en un proceso de adaptación al ambiente extrauterino, y requiere de muchos cuidados especiales a fin de evitar y/o prevenir riesgos, complicaciones que contribuyan a la morbilidad materno infantil. De ello se deriva que la madre conozca acerca de todos los cuidados que debe recibir el neonato, los practique de forma correcta y de esta manera contribuir a que el proceso de adaptación se logre satisfactoriamente, estos cuidados que brinda la madre se deben manifestar en atención integral, ya que de ello dependerá el buen estado de salud del recién nacido (Aguilar, 2003, p. 253).

Así mismo en las etapas iniciales del desarrollo, sólo los miembros de la familia y en especial la madre, puede asegurar un óptimo crecimiento y desarrollo del recién nacido (RN) Entendiéndose a éste como todo neonato sano, sin enfermedad posible, y con una edad inferior de 28 a 30 días. Un RN, no requiere de cuidados especiales, pero si de los cuidados básicos para su supervivencia, debido a que es un individuo inmaduro que no puede satisfacer sus necesidades por si mismo, lo que lo hace un ser totalmente dependiente de su madre, la cual debe satisfacer sus necesidades y velar por su salud (Aguilar, 2003, p. 253).

Durante las prácticas pre-profesionales en el Hospital Regional Virgen de Fátima - Chachapoyas se ha podido observar a madres puérperas primerizas con diferentes condiciones sociales y culturales, las cuales frente a la atención de su recién nacido se tornaban nerviosas y algunas temerosas y al momento de dar de lactar a sus hijos no lo hacían de forma correcta por lo que su recién nacido no cesaba de llorar, al momento de cambiar el pañal; ellas lo hacían de forma rápida y sin limpiar el área genital en su totalidad. Asimismo ellas referían que tenían temor de limpiar el cordón umbilical, porque pensaban que le causarían dolor a su bebé, otras decían que no sabían cómo bañarles cediendo esta función a otros miembros de la familia (mamá, hermanas, etc.) conllevando al descuido del recién nacido. En tal sentido, al ser los cuidados del recién nacido un tema tan importante, y a fin de promover los cuidados adecuados que debe brindar la madre primípara al bebé en el hogar; se plantea el siguiente problema de investigación. ¿Cuál es la efectividad de la técnica audiovisual participativa para mejorar el nivel de conocimiento de las primigestas sobre los cuidados del neonato, Hospital Regional Virgen de Fátima, ¿Chachapoyas – 2016?

Un adecuado conocimiento de las acciones a tratar después del parto es responsabilidad del personal de enfermería que es el encargado de brindar cuidados desde la recepción del recién nacido, y más aun con su rol educador que jugará un papel importante en la madre, sobre todo si es primigesta.

Con los resultados del presente estudio se buscaron lograr el bienestar del recién nacido, así como prevenir la morbimortalidad del neonato mediante los conocimientos básicos sobre su cuidado durante los primeros días de nacido para la prevención de complicaciones para identificar los conocimientos de las puérperas sobre el cuidado neonatal y tomando en cuenta que la charla convencional que se brinda a todas las madres al momento del alta

Así mismo sirvió para que por este medio se conduzca a una planificación de acciones para la solución de problemas; facilitando el aprendizaje, profundizando el tema expuesto y propiciando además a una educación eminentemente participativa. Tanto, es que se considera que esta investigación va a ser sumamente valiosa, y contribuirá a resolver todas las interrogantes de las madres primerizas.

Además, sirvió para que las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales participen con sus agremiadas para sensibilizarse sobre los primeros cuidados que se le debe brindar al niño desde el momento que nace, y según sus ciclos de vida.

I. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL

- Determinar la efectividad de la técnica audiovisual participativa para mejorar el nivel de conocimiento de las primigestas sobre los cuidados del neonato, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas – 2016.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar el nivel de conocimientos de las primigestas sobre el cuidado del neonato antes de la implementación de la técnica audiovisual participativa, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas – 2016.
- Identificar el nivel de conocimientos de las primigestas sobre el cuidado del neonato según dimensiones: Alimentación, higiene, termorregulación, vínculo afectivo, sueño, signos de alarma del recién nacido Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas – 2016.
- Identificar el nivel de conocimientos de las primigestas sobre el cuidado del neonato después de la aplicación la técnica audiovisual participativa, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas – 2016.

II. MARCO TEÓRICO:

3.1 Antecedentes de estudio

Betzabe, C., et al, (2012). Venezuela. En su estudio de investigación: cuyo objetivo fue determinar el conocimiento de la madre sobre la importancia de los cuidados al recién nacido. Los resultado fueron: Del 100 % de madre el 97% fueron correctas, en la dimensión alimentación con 61%, la dimensión Confort con 53% en respuestas correctas y en cuanto a la dimensión atención en salud un 43% respondieron incorrectamente. En donde concluyó que las puérperas encuestadas obtuvieron un mayor porcentaje en respuestas correctas en cuanto al conocimiento de los cuidados al recién nacido.

Martinez, P., & Angela, P. (2009). Bolívar, Bogotá. En su estudio de investigación: cuyo objetivo: identificar cual es la modificación de conocimientos en las madres adolescente sobre cuidados básicos del recién nacido después de la aplicación de un programa educativo; en la localidad de la ciudad de Bolívar, Bogotá D.C. Las conclusiones a las que se llegaron fueron: “La modificación de los conocimientos en las madres adolescentes sobre cuidados básicos al recién nacido en cuanto a necesidades como alimentación, higiene, termorregulación, afecto, sueño, prevención de accidentes y signos de alarma, a partir de la aplicación de un programa educativo, se identificó en el post-test que se encuentra por encima del 90%, lo cual indica de manera positiva el aporte de los programas de educación dirigidos a la población adolescentes. Con respecto a los cuidados básicos del recién nacido, la modificación de los conocimientos en las madres adolescentes, identificadas en el post test se evaluaron en un 90% en cuanto a frecuencia en la lactancia materna, en el cambio de pañal, los mecanismos de pérdida de calor y horas de sueño en el recién nacido.

Saavedra, P., & Saavedra, J. (2005). Chile. En su estudio de investigación: cuyo objetivo cuantificar los efectos del Programa de Intervención Temprana del INRPAC en el desarrollo motor de los RN Pret menores de 1500 grs. de peso al nacer y/o menores de 32 semanas de edad gestacional. El método fue cuasiexperimental, con una población de 11 niños durante los meses de mayo a agosto del 2005. El instrumento de medición que utilizaron fue la Escala Motora

del “Bayley Scales of Infant Development”, para el análisis estadístico se utilizó el método de la prueba del signo. Dentro de sus principales conclusiones, entre otras tenemos que: “El PIT mediante la educación a los padres. Se ha visto que tiene una relevancia importante al evaluar la efectividad de estos programas, ya que la evidencia acerca de la PIT centrada sólo en el neurodesarrollo muchas veces resulta inconclusa. Con respecto a esto, se desconoce si los padres cumplían las instrucciones dadas en el PIT con respecto a la estimulación de sus hijos en casa, lo que plantea la posibilidad de que algunos niños con bajos resultados se deba a un no seguimiento de instrucciones por parte de sus cuidadores”.

Mamani, Y. (2013). Perú. En su estudio de investigación: cuyo objetivo fue determinar los factores socioculturales y la relación que existe con el nivel de conocimiento del cuidado del recién nacido en madres primíparas del Hhut. La población estuvo constituida por 84 madres primíparas, hospitalizadas en el servicio de Gineco-obstetricia del Hhut. Las conclusiones fueron que los factores socioculturales tales como: Etapa de vida, nivel de instrucción, estado civil, ocupación, información por parte del personal de salud, lengua materna, lugar de procedencia y experiencia cuidando bebés menores de un mes se relacionan con el nivel de conocimiento del cuidado del recién nacido en madres primíparas.

Moya, M. (2010). Perú. En su estudio de investigación: cuyo objetivo: Determinar la eficacia de una técnica audiovisual- participativa en el conocimiento de las madres adolescentes primíparas sobre el cuidado al recién nacido. Respecto a los datos generales presentaron el 85% como conocimiento incorrecto, desconocen totalmente el 13% y sólo un 2% presentaron un conocimiento correcto. En los resultados del post-test, el conocimiento incorrecto aumentó al 87%, desconocen bajó al 6 % y manifestaron un conocimiento correcto el 2% de las madres del grupo control. Con respecto al grupo experimental, en el pre-test, un 93% presentaron un conocimiento incorrecto, y el 7% desconocían totalmente. Mientras que luego de la aplicación de la técnica audiovisual-participativa, el 93% presentaron un conocimiento correcto, y solo el 2%, presentó un conocimiento incorrecto. En conclusión, la técnica audiovisual-participativa demostró su eficacia en el grupo experimental, ya que se pudo comprobar; que esta técnica facilita el aprendizaje para identificar, comprender y crear mensajes.

Calderón, Y. (2007). Perú. En su estudio de investigación: cuyo objetivo fue determinar la influencia de una intervención educativa en el nivel de conocimiento sobre prácticas de autocuidado durante el puerperio en adolescentes, en 2007, influyó significativamente en el nivel de conocimiento de las adolescentes sobre las prácticas de autocuidado durante el puerperio inmediato y mediato, clasificándose antes de la intervención en el nivel medio el 52,3% ($x = 24,5 \pm 10,4$ DE) y después de la intervención en nivel alto el 100,0% ($x = 94,5 \pm 1,2$ DE)” En consecuencia, es importante que el personal de salud y, en especial la enfermera, identifique las necesidades de información que requiere la adolescente, desarrolle y refuerce los programas educativos sobre autocuidado en el puerperio durante la fase de trabajo de parto, utilizando estrategias que aseguren que la adolescente sea consiente de esa necesidad y ejerza su autocuidado”.

Sánchez, G, C. (2006). Perú. En su estudio de investigación: cuyo objetivo fue determinar la Efectividad de una dinámica grupal para madres adolescentes en el conocimiento y prácticas del cuidado del recién nacido en el Hospital Nacional Hipólito Unanue Noviembre 2005 - Febrero 2006” concluyendo que: “El conocimiento de las madres adolescentes, del grupo experimental, sobre el cuidado de su recién nacido valorado en el pre test es bajo en el 28.1% y en el post test en mayor porcentaje mejora sus conocimientos y es regular medio en el 34.4%. Las prácticas de las madres adolescentes del grupo experimental en el pre test es inadecuada en el 32.8% cifra que mejora en el post test a adecuada en el 35.9%”.

Cerdan, I. (2004). Perú. En su estudio de investigación: cuyo objetivo determinar el nivel de conocimiento después de la aplicación del programa educativo sobre el cuidado que brindan las madres a los recién nacidos prematuros en el hogar. Las conclusiones fueron: “Los conocimientos de las madres antes de aplicar el programa educativo fueron: 33.33 % bueno, con 46.67 % regular y el 20 % malo. Después de la aplicación del programa educativo los resultados fueron: bueno con 46.67 %, regular con 50 % y malo con 3.33% verificándose que hubo un incremento significativo en los puntajes de conocimientos sobre cuidados del recién nacido prematuro en el hogar. Por lo que se concluye que el programa educativo mejoró el nivel de conocimientos de las madres de un 33.33 % de nivel bueno antes de la aplicación del programa educativo a un 46.67 % de nivel bueno

después de la aplicación. El porcentaje de complicaciones presentadas por los recién nacidos prematuros cuyas madres fueron capacitadas fue baja.

Pineda, R. (2013). Perú. En su estudio de investigación: cuyo 1 objetivo de determinar la efectividad del programa educativo “cuidado de mi recién nacido” en el nivel de conocimientos sobre los cuidados básicos del recién nacido en primerizas del asentamiento humano Pedro Castro Alva. Chachapoyas 2013. Los resultados muestran que en el nivel de conocimiento ante aplicar el programa educativo el grupo control y experimental fue bajo 90% y 100% respectivamente y después experimental en bueno 91% y regular 45.5 %. En donde concluyó que el programa educativo influye en el nivel de conocimientos sobre cuidados básicos del recién nacido.

3.2 Base teórica

A. TÉCNICAS PARTICIPATIVAS

A.1 Definición:

Las técnicas participativas son consideradas como un componente de la metodología, como el medio o procedimiento que se usa para realizar la metodología misma. En otras palabras, las técnicas son sólo uno de los muchos ingredientes interactivos de cualquier metodología participativa. Bajo esta definición, se puede esperar la utilización de una determinada técnica en diferentes metodologías. Las técnicas participativas están compuestas por diferentes actividades como ser dinámicas de grupo, sociodramas, adecuación de juegos populares con fines de capacitación, títeres, vídeos, dibujos y cualquier otro medio que tenga como objetivo generar la participación, el análisis, la reflexión y un cambio de actitud consciente y duradero en los participantes, que conduzca a una planificación de acciones para la solución de problemas (Manual de Técnicas Participativas, 2016, p. 1).

“La Asociación Pro-Bienestar de la familia de Guatemala”, indica que las técnicas participativas son una poderosa fuerza impulsiva que facilita el aprendizaje, profundiza los temas expuestos y propenden además a una

educación eminentemente participativa. Con la finalidad de comprender mejor la importancia de las técnicas participativas y los objetivos que se persigue con las mismas, a continuación se señala dos clasificaciones (Manual de Técnicas Participativas, 2016, p. 1).

A.2 Clasificación:

A.2.1 Clasificación según los sentidos que se utilizan para comunicarse:

según el (Manual de Técnicas Participativas, 2016, p. 1)

- Técnicas o dinámicas vivenciales.
- Técnicas con actuación.
- Técnicas auditivas y audiovisuales, que se caracterizan por el uso del sonido o de la combinación con imágenes, por ejemplo el “Radiodrama”, la proyección de vídeos, videos foros, etc. Estas técnicas permiten aportar elementos de información adicional y/o enriquecer el análisis y reflexión sobre algún tema.
- Técnicas visuales.

A.2.2 Clasificación según los objetivos de las técnicas: Tomando en cuenta el objetivo general que se quiere lograr con el uso de las diferentes técnicas, se maneja tres grupos de técnicas:

- Técnicas o dinámicas de presentación y de animación.
- Técnicas o dinámicas de análisis y profundización.
- Técnicas o dinámicas de evaluación.

A.3 Categorías de la efectividad de la técnica participativa

Efectiva: Es la Eficacia o capacidad de alcanzar los Objetivos, va a depender en primera medida de las Estrategias de Mantenimiento que se apliquen a cada participante (Altmann, 2011, p. 2).

No efectiva: Es la incapacidad para lograr el efecto que desea o se espera.

A.4 Metodologías participativas

Una metodología es el conjunto de pasos que tratan de llegar a un resultado concreto. Las metodologías participativas buscan fomentar en las personas las diferentes formas de adquirir conocimientos (intuitivo y racional) y que de esta forma permita tener una visión amplia de la realidad. Las metodologías participativas se fundamentan en tres conceptos básicos:

- Primero, por su largo trayecto histórico.
- Segundo, están diseñadas con un fundamento que recomienda el uso de las mismas aplicando una serie de técnicas y materiales didáctico para apoyar el aprendizaje.
- Tercero, sus fundamentos pedagógicos han sido probados por diferentes escuelas de la enseñanza y de estudio de la conducta (Manual de Técnicas Participativas, 2016, p. 1)

B. CONOCIMIENTO:

B.1 Definición:

El conocimiento, es un conjunto de ideas, conceptos, enunciados que pueden ser claros, precisos, ordenados, fundados, vago e inexacto; en base a ello tipifica al conocimiento en: conocimiento científico y ordinario o vulgar. El primero lo identifica como un conocimiento racional, cuántico, objetivo, sistemático y verificable a través de la experiencia; y al conocimiento vulgar como un conocimiento vago, inexacto, limitado a la observación (Bunge, 2004, p. 58).

Es la capacidad del hombre para comprender por medio de la razón la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas. El término conocimiento indica un conjunto de datos o noticias que se tiene de una materia o ciencia. Así mismo, conocimiento hace referencia a una persona con la que se tiene relación o trato, pero sin llegar a tener una amistad como yo tengo conocimiento de lo que hace ese señor (Bunge, 2004, p. 58).

El conocimiento se origina a través de la percepción sensorial, luego al entendimiento y finaliza en la razón. La metodología de generar conocimiento tiene dos etapas: la investigación básica, etapa donde se observa la teoría y, la investigación aplicada, etapa donde se aplica la información (Salazar, 1953, p. 78).

El conocimiento puede ser "A priori" cuando no necesita de la experiencia solo le basta la razón para llegar a un conocimiento y "A posteriori" cuando necesita de la experiencia para llegar a un conocimiento válido.

Existe diversos tipos de conocimientos como; conocimiento mutuo es un tipo de conocimiento que comparte dos o más personas, conocimiento teológico es el conocimiento relativo a Dios que se llega mediante la aceptación de la revelación divina, conocimiento artístico es aquel que comunica ideas, pensamientos y sentimientos, conocimiento intelectual es la facultad del ser humano que lo distingue de los animales, conocimiento cultural es cuando en una organización se utilizan términos, procedimientos, acordados internamente (Eyssautier, 2006, p. 89).

B.2 Tipos de conocimientos: Según (Bunge, 2004, p. 50).

- **El conocimiento científico, racional, filosófico:** Se obtiene mediante el método de la ciencia (observación, hipótesis, experimentación, demostración, conclusiones) y puede someterse a prueba para enriquecerse. Parte del conocimiento común para someterlo a comprobación. Crea conjeturas y teorías que después contrasta con la

- experiencia para verificar o desmentir por medio de métodos y técnicas especiales. También se le puede llamar declarativo.
- **Conocimiento declarativo o proposicional:** Consiste en tener un saber sobre un tema o materia al que se llega por medio de la investigación y no por la experiencia personal. Es un saber público, lógico y coherente, verificable mediante reglas de comprobación. Es abstracto, conceptual y es la base de los conocimientos académicos. De forma similar en el conocimiento demostrativo la mente hace conjeturas acerca de algo pero no decide inmediatamente que una idea sea verdadera o falsa, sino mediante el raciocinio en donde acude a otras ideas que ayuden a obtener claridad, es decir, a probarlas.
- **Conocimiento ordinario:** No es especializado y parte de la experiencia, es intuitiva, consiste en las opiniones generadas por el sentido común. Es una acumulación de información no vinculada entre sí. Es una experiencia privada de la vida cotidiana que genera impresiones humanas y tiene un punto de vista antropocéntrico (el hombre como centro del universo); su objetividad es limitada por estar relacionada con la percepción y la acción. También se le llama conocimiento natural, vulgar o popular, ya que no se ahonda en las causas de los sucesos observados y suele ser transmitido por padres o abuelos, adquirido por una práctica.
- **Conocimiento funcional:** Se relaciona con la experiencia y se basa en el declarativo para llevarlo a la práctica, es un tipo de conocimiento procedimental y condicional, es flexible, específico, pragmático y de gran alcance. Para tener más claridad, el conocimiento intuitivo es lo que la mente presiente, de modo inmediato, que es correcto pensar acerca de algo, sin que otras ideas influyan este pensamiento. La mente percibe algo como verdadero y no ve la necesidad de probarlo o examinarlo.
- **Conocimiento procedimental:** Implica saber cómo hacer algo, se desarrolla por medio de las destrezas y no depende del conocimiento

declarativo. Abarca las competencias para saber actuar en una determinada situación.

- **Conocimiento condicional:** Contiene al procedimental y al declarativo en un nivel teórico, influye en la toma de decisiones para saber cuándo y porque hacer algo y no hacer lo contrario.
- **Conocimiento de divulgación:** Se transmite a través de un medio impreso o audiovisual, puede ser original y de primera mano para ser sometido a una crítica racional, calificado según su aporte a la ciencia. O puede ser de divulgación popular cuando ha sido sometido a cambios y posee poco nivel de conocimiento científico.
- **Conocimiento sensible:** Es una forma de percepción de la mente, la cual distingue una sensación acerca de algo y luego reflexiona acerca de esa sensación. Una idea llega a la mente a través de los sentidos y la memoria la revive (Eyssautier, 2006, p. 23).

C. RECIÉN NACIDO.

C.1. Generalidades del recién nacido:

Se denomina recién nacido o neonato al niño cuya edad gestacional calculada va proveniente de una gestación de 22 semanas o más; desde que es separado del organismo de la madre hasta que cumple 28 días de vida extrauterina. Este periodo de 28 días es importante ya que es un periodo de adaptación y se atiende y vigila que los signos que presenta el recién nacido estén dentro de la que considera indicadores de adaptación al nuevo medio (Cardozo, 2008, p. 5).

C.2. Cuidados del recién nacido:

El cuidado del recién nacido tiene como “objetivo supervisar que el proceso de adaptación se realice en forma normal comprendiendo las características propias de este período y de fenómenos fisiológicos que no ocurren en ninguna otra edad”.

Los cuidados del recién nacido van enfocados a lo siguiente: alimentación, higiene, termorregulación, cuidado del cordón umbilical, sueño, y signos de alarma, los cuáles son factores determinantes en el bienestar del recién nacido y la satisfacción de sus necesidades básicas (Farnetani, 2002, p. 32).

C.3. La Alimentación del Recién Nacido:

La alimentación del recién nacido es la leche materna ya que es el mejor alimento en forma de nutrición natural, sus ventajas nutritivas, inmunitarias y psicológicas hacen que éste sea un alimento idóneo y su composición la ideal para el mejor crecimiento, desarrollo y maduración durante los seis primeros meses de vida (Barrabriga, 2003, p. 2).

Luego de la alimentación los recién nacido tragan aire mientras se alimentan y este aire se acumula en su estómago. Los eructos les ayudan a eliminar este aire acumulado y les hacen sentir más cómodos (BabyCenter, 2015, p. 82).

El calostro es un fluido espeso y amarillento que secreta la mamá durante la primera semana después del parto, el color amarillo del calostro se debe a los al betacaroteno que son la principal fuente de vitamina "A", esencial para el crecimiento y desarrollo normal, el funcionamiento del sistema inmunitario y la vista. Está compuesto por inmunoglobulinas, agua, proteínas, grasas, carbohidratos y otros componentes (OMS, 2011, p. 5).

La Organización Mundial de Salud (OMS) y la Academia Americana de Pediatría (AAP) y el comité de lactancia de la Asociación Española de Pediatría recomiendan la alimentación exclusiva del pecho durante los primeros 6 meses de vida del bebé y continuar el amamantamiento junto con las comidas complementarias adecuadas hasta los 2 años de edad. Dar pecho al recién nacido cuando lo requiera, siendo lo habitual cada 3 horas mínimo, 7 veces al día, cada succión de cada pecho, debe

durar aproximadamente 10 minutos, después debe sacarle los gases (OMS, 2011, p. 5).

C.3. 1 Composición de la leche materna: Según (Curso de medicina naturista, 2003, p. 21).

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

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.

El color amarillo del calostro se debe al beta caroteno. El nivel de carotenoides puede ser diez veces más alto, las concentraciones de sodio, potasio, y cloro son superiores a las de la leche madura. Las proteínas, vitaminas liposolubles y minerales son 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 del cuerpo del recién nacido, evitando la pérdida de peso del mismo. Son proteínas de protección frente al crecimiento de bacterias patógenas como la E. Coli. Proteínas como la lactoferrina y la transferrina, captan y camuflan, ambos 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

prolifere, pues estas precisan ambas vitaminas para su desarrollo. La vitamina A se encuentra 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 bífida en el tracto digestivo, y la expulsión del meconio.
- Contiene un factor de crecimiento esencial para el *Lactobacillus bífido*, 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.
- 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 a lo largo de su vida, pasan al bebé a través del calostro. Sin embargo no le dejan inmunidad permanente, le protegen hasta que empieza a madurar su sistema inmunitario, hacia los tres años.
- Al amamantar al neonato con el calostro estimula el vínculo madre e hijo. En la tabla y figura 07, se observa que del 100% de primigestas el nivel de conocimiento sobre la

- dimensión sobre los signos de alarma del recién nacido en el grupo experimental antes de la aplicación de la técnica audiovisual participativa fue de un 85.7% de nivel malo y alto en un 14.3% medio. Mientras que en el grupo experimental después de la aplicación de la técnica audiovisual el nivel de conocimiento fue medio en un 78.6% y un 21.4% de nivel alto.
- hijo y evita el desarrollo de la agresividad en los niños.

C.3. 2 Leche madura: según el (Curso de medicina naturista, 2003, p. 25). 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 está asociada a 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.

Acciones fisiológicas de los lípidos de la leche materna:

- Se absorben perfectamente en el intestino, a mayor saturación, peor absorción y se absorben mejor los de cadena menor.
- 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 vista.

Según el (Curso de medicina naturista, 2003, p.25). Por otro lado las proteínas como la caseína, el nitrógeno no proteico ayudan en 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, entre otros agentes fundamentales en el desarrollo de enfermedades específicamente prevalentes e menores de 5 años.

- Otros componentes de la leche materna son las lisas enzimas, que es una enzima bacteriolítica contra las enterobacterias y bacterias Gram 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.

C.3. 3 Ventajas de la lactancia materna: según la (OMS, 2011, p. 45).

Ventajas para el niño:

- El calostro, lo protege contra infecciones, enfermedades y es un laxante natural para el recién nacido.
- La leche materna garantiza el crecimiento, desarrollo e inteligencia del niño y fortalece el vínculo afectivo.

- La leche materna protege al niño de alergias, enfermedades de la piel, desnutrición, obesidad, diabetes juvenil y deficiencia de micronutrientes.

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.
- Incrementa el amor entre la madre, el hijo y la familia.

Ventajas para la familia:

- Disminuye el riesgo de enfermedad los niños y las niñas.
- Se ahorra dinero al no comprar otras leches, teteros chupos y combustible.
- Integra a la familia, promueve el amor y genera cultura.

C.3.4 Beneficios: según la (OMS, 2011, p. 34).

- Protección contra infecciones respiratorias, gástricas, intestinales y de oído.
- Evita diarreas.
- Ayuda a un buen desarrollo neurológico.
- Protección y barrera contra las alergias.
- Excelente nutrición ya que contiene todos los nutrientes que el bebé necesita.
- Alto contenido de sustancias inmunológicas y anti-infecciones mejorando el sistema de defensa del bebé.
- Favorece el desarrollo dental y mandibular

- Protección frente a la deshidratación

C.4. Técnicas de amamantamiento. La colocación correcta del lactante al pecho es uno de los requisitos para el éxito de la lactancia, buena parte de los problemas que surgen, sobre todo al principio del amamantamiento, se deben a una mala posición o a un inadecuado agarre del pecho. La técnica correcta evita la aparición de grietas en el pezón y permite un buen vaciamiento del seno materno favoreciendo la producción adecuada de leche y el mantenimiento de la lactancia (Berruezo, 2004, p. 5).

C.4.1 Posturas para amamantar: según (Torrras: 2013, pp. 65-67).

Es importante que cada madre conozca varias posiciones para amamantar, las formas de sostener el pecho y las técnicas de lactancia materna.

- **Posiciones sentada.** Cuando la madre amamanta sentada debe hacerlo en una silla cómoda. Es más cómodo para ella apoyar los pies sobre un pequeño banco y colocar un cojín sobre las piernas para de esta forma dar altura al niño y acomodarlo a la altura del pecho. Esta es una de las posiciones más conocidas, el niño acostado frente a la madre a la altura de los pechos, el abdomen del niño debe quedar frente al de la madre, el brazo de esta sirve de apoyo al cuerpo y cabeza del niño, con la mano en forma de “C” la madre ofrece el pecho, con el pezón estimula el labio inferior del niño para que abra la boca en ese momento acerca el niño hacia el pecho de tal forma que el pezón y la areola queden dentro de la boca del niño.
- **Posiciones de caballito.** La madre sentada y el niño enfrente el pecho sentado sobre la pierna de esta, la madre afirma al niño con el brazo del mismo lado en que esta el niño, la mano en forma de “C” y los dedos del medio y pulgar detrás de las orejas, con la mano libre ofrece el pecho.

- Esta posición está recomendada para los niños híper o hipotónicos, niños con fisura palatina y mamas muy grandes.
- **Posición acostada.** La madre y el niño acostados en decúbito lateral, frente a frente, la cara del niño enfrentando el pecho y abdomen, pegado al cuerpo de su madre. Para la comodidad de la madre, ésta debe apoyar su cabeza sobre una almohada y el niño se apoya sobre el brazo inferior de esta, la madre con la mano libre debe dirigir el pecho hacia la boca del niño. Esta posición se recomienda para las madres que se recuperan de una cesárea o una episiotomía, para amamantar de noche o en momentos de gran cansancio, sin importar la edad del bebé.
- **Posición en canasta o pelota.** En esta posición se ubica al niño debajo del brazo del lado que va a amamantar con el cuerpo rodeando la cintura de la madre. La madre maneja la cabeza del niño con la mano del lado que amamanta, tomándolo por la base de la nuca. Esta posición se recomienda para alimentar a gemelos en forma simultánea, en caso de cesárea para no presionar la zona de la herida operatoria.
- **Posición madre recostada de espalda y el niño sobre esta en decúbito ventral.** La madre acostada de espalda y el niño recostado sobre ella en decúbito ventral, la madre sostiene la frente del niño con su mano y de esta forma el niño toma el pezón y la areola para comenzar la succión.

Esta posición se recomienda a las madres que tienen reflejo de eyección excesivo, en esta posición el flujo de leche pierde fuerza y el bebé puede succionar y tragar de manera más cómoda. Es una posición transitoria mientras la madre encuentra otra posición más cómoda (Torras: 2013, p. 76).

C.5. Baño del Recién Nacido. El baño del recién nacido debe ser diario pues su piel necesita mantener buenas condiciones higiénicas. La piel del recién nacido transpira notablemente y además tiene una gran capacidad de absorción, por lo que deberemos mantenerla lo más limpia posible (Materno infanti, 2015, pp. 1-2).

C.5.1 Beneficios del baño en el Recién Nacido: según (La Vanguardia, 2015, p. 45).

- Desarrolla el reflejo de la glotis: ésta se activa automáticamente, cerrando las vías respiratorias, evitando que el niño trague agua y llegue a sus pulmones.
- Sirve de vínculo de unión entre los padres y sus hijos, haciendo del baño un momento imprescindible para jugar relajadamente.
- Ayuda a relajar al niño, provocándole sueño y apetito.
- Ayuda a fortalecer sus músculos y a aprender nuevos movimientos y a controlar su respiración.
- El agua influye en su desarrollo y conocimiento, le hace al niño más independiente y social.
- Artículos necesarios para el baño, shampo, jabón neutro sin alcohol ni perfumes, utilizar un paño suave y limpio, toalla, tina pequeña con agua tibia, ropa completa y pañal para después del baño. (Cárdenas, 2003, p. 23).

C.5.2 Técnica para Bañar al Recién Nacido: Según (Materno Infantil, 2015, pp. 1-2).

- Antes de manipular al recién nacido se debe hacer un lavado minucioso de las manos, luego colocar al alcance todos los artículos que necesitará.
- Primero se debe llenar la bañera con agua tibia comprobando que el agua esté a una temperatura adecuada y placentera.

- Retirarle la ropa al recién nacido y si es necesario limpiar la zona del pañal antes de introducirlo en la bañera.
- Aprovechar la hora del baño para revisar al recién nacido, descartando erupciones, inflamaciones u otros problemas que pudieran presentarse.
- La duración del baño no debe prolongarse, sobre todo en el primer trimestre.
- Para empezar a bañar al recién nacido se debe agarrar con un brazo su espalda de manera que el niño apoye su cabeza en el antebrazo, sosteniéndole por la axila y hombro, de modo que la otra mano quede libre para manipular al recién nacido.
- Se debe empezar limpiando la cara del recién nacido, sin verter agua directamente sino únicamente limpiar con agua, utilizando un paño pequeño o simplemente hacerlo con la mano.
- Los ojos se pueden limpiar con una gasa y suero fisiológico, desde el ángulo interno hasta el ángulo exterior.
- Para el lavado del cabello y el cuero cabelludo, humedecer con agua la cabeza del niño. Colocar el shampoo y frotar suavemente la cabeza de adelante hacia atrás, evitando el contacto con los ojos. Enjuagar la cabeza con agua limpia y secar con la toalla con movimientos suaves para evitar la pérdida de calor.
- Para bañar el cuerpo del recién nacido, se debe comenzar por el cuello, la parte anterior, las axilas y los brazos , luego por la espalda, las piernas y por último los genitales, se debe tener muy en cuenta en no frotar el muñón umbilical.
- Por último enjuagar y secar todo el cuerpo rápidamente con una toalla limpia y suave, especialmente entre los pliegues y la zona del cordón, sin frotar solo mediante toques suaves.

- El siguiente paso después del baño es vestir al recién nacido, la madre debe hacerlo de forma ágil y a la vez con delicadeza para evitar resfríos.

C.6. Cuidado del Cordón Umbilical. El cordón umbilical requiere cuidado especial durante las primeras semanas, mientras persista, ya que constituye la principal puerta de entrada a infecciones que a esta temprana edad suelen ser muy graves. Hasta que cicatrice y caiga el ombligo la manipulación ha de realizarse siempre con las manos muy limpias, por lo que es condición imprescindible lavárselas con agua y jabón (Castro, 2011, p. 82).

El muñón del cordón umbilical se desprende del vientre del recién nacido entre la segunda y la tercera semana de vida o entre el séptimo y vigésimo día y tarda entre 3 y 5 días más en cicatrizar la herida debe dejarse que el cordón se caiga por sí solo. “La curación del Cordón Umbilical, consiste en realizar cuidados antisépticos al muñón umbilical, con el fin de prevenir su infección” (Castro, 2011, p. 83).

Materiales

- Gasas estériles.
- Alcohol 70°

C.6.1. Técnica para la limpieza: Según (Castro, 2011, p. 83).

- Lavado de manos de la madre.
- Empapar con alcohol una gasa estéril de forma que los dedos no topen la parte central de la gasa ya que esta se pondrá en contacto con el ombligo.
- Limpiar la base del ombligo con un movimiento de rotación alrededor del mismo.
- Con otra gasa estéril limpiar la parte distal del ombligo.

C.6.2 Recomendaciones. Según (Pediatrics, 2013, p. 74).

- Evitar tapar el muñón umbilical con el pañal, para ello se debe doblar hacia abajo la parte superior del pañal para que el ombligo quede al aire libre, de esta manera se evitará que cuando el recién nacido moje el pañal éste no entre en contacto con el muñón.
- Identificar los signos de alarma que pueden presentarse cuando existen alteraciones del ombligo como hemorragia, secreción purulenta, enrojecimiento, mal olor y edema alrededor del ombligo.
- Limpiar el muñón umbilical con alcohol de 70° dos o tres veces al día. No colocar sobre el ombligo cuerpos extraños como ombligueros, monedas, botones.

Además de todo ello, se debe tener cuidados con los pañales, el cambio de pañal debe realizarse cuando haya orinado o tenag deposición, puesto que 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 piel y los genitales.

C.7. Sueño del Recién Nacido.

La importancia del sueño durante las primeras semanas de vida del recién nacido es enorme, ayudará a que el recién nacido crezca mejor y más rápidamente, ya que durante el sueño la hipófisis segrega la hormona del crecimiento, también contribuye psicológicamente, mejorando la memoria y la maduración cerebral, aparte de eliminar tensiones y estrés, de hecho también constituye la maduración del sistema nervioso y regula el crecimiento armónico de los distintos órganos (Foundation, 2015, pp. 3-5).

Durante las primeras semanas el recién nacido puede dormir en un promedio de 16 a 20 horas al día, además las horas que deben dormir un recién nacido depende de la edad.

Es importante durante estas horas de sueño, velar porque el niño este en un lugar seguro y confortable, abrigado pero no en exceso y cobijarlo

preferentemente con mantas o cobertores de algodón, en una posición de preferencia de lado o de espalda, evitando una posición boca abajo, ya que se asocia con la aparición de apneas. Así mismo se recomienda en que el primer año de vida no utilice almohada, ya que puede flexionar el cuello y tráquea, y existe riesgo de asfixia (Foundation, 2015, pp. 3-5).

C.8. Termorregulación. “La termorregulación es una función fisiológica crítica en el recién nacido ligada a la supervivencia, esto es la habilidad de mantener un equilibrio entre la producción y la pérdida de calor para que la temperatura corporal esté dentro del rango normal”; las temperaturas normales que se pueden presentar en el neonato varían entre 36.5°C y 37.5°C, siendo la temperatura rectal 0.5° a 1° mayor que la temperatura axilar (Ventura, 1999, p. 10).

Las formas de como el recién nacido puede ganar o perder calor son las siguientes: según (Ventura, 1999, p. 10).

- **Conducción:** es la pérdida de calor a través de dos cuerpos en contacto con diferentes temperaturas.
- En el recién nacido es la pérdida de calor hacia las superficies que están en contacto con su piel, ropa, colchón y sábanas.
- **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.
- **Irradiación:** debido a objetos más fríos que la temperatura ambiente cercanos al recién nacido. La pérdida térmica aumenta a medida que los objetos están más fríos y más próximos al niño.
- **Convección:** consiste en la corriente de calor que fluye de la superficie corporal al aire de un ambiente más frío. La cantidad de pérdida de calor depende de la temperatura ambiental, de la velocidad de la corriente de aire y de la humedad relativa.

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 (Ventura, 1999, p. 10).

C.9. Afecto:

El desarrollo del vínculo afectivo del recién nacido con sus padres inicia desde el momento en que es deseado o no, principalmente este vínculo está más ligado a la madre ya que durante los nueve 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 lo 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 la estabilidad familiar, sino en un desarrollo óptimo del niño (Aguayo. S. M. 2006, pp.3-5).

Para suplir esta necesidad básica que tiene el recién nacido de afecto es fundamental que cada una de las actividades que se realicen 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 él bebé (Aguayo. S. M. 2006, pp. 3-5).

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 el sentimiento de paz, seguridad, confianza generando entre ellos sentimientos de apego y amor. El masaje suave, el cargarlo, acunarlo, tocarlo es la forma como el niño siente el afecto que le expresa la madre hacia el generando aspectos positivos en su crecimiento y desarrollo (Aguayo. S. M. 2006, pp. 3-5).

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 con otras personas que sean quienes cuiden y suplan las necesidades del niño, la intensidad y duración del apego son fundamentales para que el niño pueda sobrevivir y desarrollarse de manera óptima (Aguayo. S. M. 2006, pp. 3.5).

C.10. Signos de Alarma. Según (Martinez, 2015, p. 1).

En recién nacido es un ser vulnerable por la inmadurez que aun presentan muchos de sus órganos y sistemas. Esto hace necesario que quienes cuidan al niño conozcan los signos y síntomas que puedan representar un peligro importante.

- **Fiebre:** En un recién nacido la fiebre es un acontecimiento grave la temperatura corporal de un recién nacido normal de término debe oscilar entre 36^o5C y 37^oC (tomada en la axila), esto puede provocarse por factores ambientales como excesivo abrigo, cercanía a fuentes de calor o debido a la elevada temperatura ambiente.
- **Hipotermia:** Se refiere a la temperatura corporal por debajo de los 35 grados la piel del recién nacido se encuentra muy fría, los síntomas de la hipotermia son: temblores, extremidades frías, respiración y pulso lento, falta de apetito. Es muy fácil que el recién nacido se enfríe si no está adecuadamente arropado, si se enfrenta a corrientes de aire frías o superficies frías sobre las que se apoya.
- **Flacidez:** Cuando observamos que el bebé se encuentra con muy poco tono muscular, tiene un llanto muy débil o se encuentra muy adormilado (que incluso no se despierta para sus tomas, apenas se mueve o se mueve mucho menos de lo habitual).Las causas pueden ser muy variadas pero de cualquier forma, no es un comportamiento normal en un recién nacido y podría ser la expresión de alguna enfermedad grave.

- **Llanto débil o constante:** Los bebés tienen el reflejo del llanto que es una respuesta normal a estímulos, como el dolor o el hambre. Es posible que los bebés prematuros no tengan el reflejo del llanto, por lo que se los debe vigilar muy de cerca para observar sus signos de hambre o dolor.
- **Cianosis:** En los recién nacidos es normal observar como hay zonas del cuerpo como las manos o los pies, que presentan cierto grado de cianosis. Este hecho no es patológico sin embargo es importante saber diferenciar cuando este signo no es normal. Por lo general, la cianosis debe preocuparnos si se observa en zonas como el interior de la boca y la lengua, esto se produce por la falta de oxigenación y las causas pueden ser muy variadas, pudiendo ir desde la hipotermia a la presencia de defectos cardíacos o problemas respiratorios.
- **Dificultad para comer:** Recuerda que todos los bebés son diferentes y no siempre toman las cantidades de leche estandarizadas, el bebé se alimentará de acuerdo a su necesidad. Sin embargo si notas que de un momento a otro el bebé tiende a rechazar el alimento y presenta vómito e inflamación a nivel del abdomen.
- **Vomito constante:** Cuando el recién nacido se alimenta es normal que algo de leche se devuelva bien sea porque no ha tragado todo o porque expulsa aire, esto es lo que conocemos como regurgitaciones sabes que no se trata como tal de vómito porque es poca cantidad y el bebé no hace fuerza. Si por el contrario notas que el bebé constantemente está vomitando mayores cantidades, que ya no es sólo leche (tiene un olor amargo por tratarse de bilis), notas que su abdomen se ve hundido o inflamado y empieza a presentarse pérdida de peso, es necesario consulta de inmediato al médico.
- **Más de 5 deposiciones líquidas al día:** Pueden presentarse dos casos: que el bebé aumente las deposiciones y sean acuosas, algunas veces con presencia de moco o sangres, acompañados de malestar o vómito; en este caso se trata de una diarrea a la que debes prestarle atención para evitar una deshidratación

- **Pérdida de peso:** La pérdida de peso en el bebé recién nacido es normal durante los 4 primeros días de vida, se trata de “Una pérdida transitoria denominada pérdida fisiológica y se debe a la pérdida de líquidos que sufre el bebé al pasar del medio acuoso en el que se encontraba en el interior del útero, a un ambiente seco ya en el exterior”.
- **Ictericia:** “Se denomina a la coloración amarillenta de piel y mucosas por acumulación de una sustancia denominada bilirrubina”. (Rodríguez, 2008, p. 38).

Aproximadamente un 60% de los recién nacidos van a presentar lo que se denomina una ictericia fisiológica en la primera semana de vida, esa ictericia suele ser de carácter leve y remite de forma espontánea en unos días. Por el contrario, si la aparición de la coloración es muy exacerbada y brusca, se produce en las primeras 24 horas de vida del bebé o se acompaña de orina muy oscura y deposiciones blanquecinas (Rodríguez, 2008, p. 38).

C.11. Rol educativo de la Enfermera y las estrategias didácticas.

Hay que considerar que entre las funciones de la enfermera destaca la actividad de docente en los servicios de salud, tanto en la capacitación al personal de salud en los temas de su competencia; así como en las acciones de promoción y educación sanitaria inherente al proceso de atención de enfermería, es así que en la práctica diaria la enfermera demuestra su compromiso real con la salud de la población, en donde el ejercicio de la profesión se hace cada vez más horizontal en el contexto de una real relación enfermera-paciente; y así de modo evita la verticalidad de la relación (El Rol de la Enfermera en el Cuidado del paciente y en el Desarrollo Regional y del país, 2004, p. 89).

La importancia de la participación de Enfermería, radica en que como el principal agente educativo, tiene la responsabilidad social y el deber profesional de cuidar la vida y la salud tanto individual como colectiva, desarrollando actividades generales para obtener influencia positiva sobre las relaciones interpersonales del usuario, brindando información y orientando acerca del cuidado (promoción de la salud y prevención de la enfermedad, prioritariamente); sintiéndose en la obligación de hacer abogacía por la comunidad vulnerada (El Rol de la Enfermera en el Cuidado del paciente y en el Desarrollo Regional y del país, 2004, p. 89).

Existen diferentes métodos en educación para la salud, que pone en práctica la enfermera, entre los cuales destaca: la actividad educativa, que constituye uno de los medios más utilizados, dirigida a grupos más o menos numerosos de la comunidad, interesados en un tema en concreto. No obstante y a pesar de su amplio uso, el resultado de estas actividades pocas veces está a la altura de lo esperado (Cárdenas, 2003, p. 23).

3.3 Teorías y/o modelo

3.3.1 Teoría de la adopción del rol maternal:

Mercer (1980), expresa que la adopción del rol maternal, es un proceso interactivo y evolutivo que tiene lugar a lo largo de un cierto período de tiempo y durante el cual la madre establece un vínculo con el niño, adquiere competencia en la realización de los cuidados relacionados con su rol y expresa placer y gratificación en el cumplimiento del mismo. Por lo tanto, el estado personal de las madres es un factor muy importante porque la misma experimenta sentimientos de armonía, confianza y competencia en la forma en que desempeña su rol constituye el punto final de la adopción del rol maternal, la identidad como madre. “El cuidado de enfermería debe contribuir identificando junto con la gestante situaciones que dificultan y/o fuentes de apoyo que contribuyen en este proceso, para plantear acciones que favorezcan alcanzar en forma exitosa la adopción del rol materno” (Marriner, 2010, P. 616).

Otro de los conceptos importantes para la teoría es la gratificación-satisfacción: interpretando estos aspectos como la satisfacción, la alegría, la recompensa o el placer que una mujer experimenta en la relación con su hijo y al cumplir las tareas normales relacionadas con la maternidad. Sin embargo consideró que existen temperamentos fáciles y difíciles; estos últimos se relacionan con la capacidad del niño de enviar mensajes a su madre, difíciles de interpretar, lo que le crea sentimientos de incompetencia y frustración; a todo esto ella lo llamó temperamento del niño. Aspecto importante en el cuidado de la adolescente a su hijo, puesto que muchas veces por la inexperiencia de la madre, se le dificultará comprender los mensajes que envía el niño. Tanto el temperamento como el estado de la salud del niño son elementales, porque cuando el niño presenta patología, puede producir la separación con su madre, lo que interfiere en la vinculación (Marriner, 2010, p. 616).

Un elemento muy importante para la adopción del rol maternal según la teórica, es la familia, la cual la considera como un sistema dinámico que incluye subsistemas, individuales y de pareja, que se incluyen dentro del sistema global de la familia. Así mismo indica que el padre o compañero; en este caso de la madre adolescente juega un papel muy importante para favorecer la adopción del rol maternal, de tal manera que ninguna otra persona lo puede sustituir, porque las interacciones de éste ayudan a diluir las tensiones. Al igual que otras teóricas, Mercer también define los conceptos importantes dentro de la teoría que sustenta: siendo para ella el estado de salud la percepción que la madre y el padre poseen de su salud anterior, actual y futura, la resistencia, susceptibilidad a la enfermedad, la preocupación por la salud, la orientación de la enfermedad y el rechazo del rol enfermo (Marriner, 2010, P. 616).

El estado de salud de la familia se ve perjudicado por el estrés preparto. La salud también se considera como un objetivo deseable para el niño y está influida por variables tanto maternas como infantiles. El entorno lo describe teniendo en cuenta la cultural del individuo, la pareja, la familia o red de apoyo y la forma como dicha red se relaciona con la adopción del papel maternal. El amor, el apoyo y la contribución por parte del cónyuge, los

familiares y los amigos son factores importantes para hacer a la mujer capaz de adoptar el papel de madre. La “adopción” en relación al rol materno (Marriner, 2010, P. 616).

Estadios en la adopción del rol maternal: según (Marriner, 2010, P. 616).

- **Anticipación:** empieza en la gestación e incluye los primeros ajustes sociales y psicológicos al embarazo. La madre aprende las expectativas del rol, fantasea con él, establece una relación con el feto y se inicia la adopción del rol.
- **Formal:** empieza cuando nace el niño e incluye el aprendizaje del rol y su activación. Las conductas del rol se orientan por medio de las expectativas formales y consensuadas de los otros en el sistema social de la madre.
- **Informal:** empieza cuando la madre desarrolla sus propias maneras de realizar el rol no transmitidas por el sistema social, basándose en las experiencias pasadas y objetivos futuros la mujer hace que el nuevo rol encaje en su estilo de vida.
- **Personal:** la mujer interioriza el rol, la madre experimenta un sentimiento de confianza armonía y competencia de modo que lleva a cabo el rol y alcanza el rol maternal”.

Según Mercer, el compañero del rol de la madre, su hijo reflejará la competencia de la madre con respecto a su rol, por medio del crecimiento y desarrollo; es decir que el niño es un compañero activo en el proceso de adopción del rol maternal. La adopción del rol maternal se sitúa en los círculos concéntricos de Bronfenbrenner del microsistema, el mesosistema y el macrosistema. El microsistema es el entorno inmediato donde ocurre la adopción del rol materno, que influyen factores como el funcionamiento familiar, la familia, relaciones entre la madre y el padre, el apoyo social y el estrés. El niño está incluido en el sistema familiar. (Marriner, 2010, P. 616).

La familia se considera como un sistema semicerrado que mantienen los límites y el control sobre el intercambio del sistema familiar. El microsistema es la parte que más afecta la adopción del rol maternal, este rol se consigue por las interacciones con el padre, la madre y el niño. Mercer amplió los conceptos iniciales y el modelo para destacar la importancia del padre (pareja) en la adopción del rol, ya que este ayuda a difuminar la tensión en la dualidad madre-niño, la adopción del rol maternal se consigue en el microsistema por medio de las interacciones con el padre, la madre y el niño. El mesosistema incluye, interactúa y agrupa con las personas en el microsistema (Marriner, 2010, P. 616).

Las interacciones del mesosistema influyen en lo que ocurre con el rol materno en desarrollo y el niño; en este se incluyen la escuela, guarderías, entorno laboral, lugares de culto y otras entidades de la comunidad. El macrosistema se refiere a los prototipos que existen en la cultura en particular o en la coherencia cultural transmitida, también incluye influencias culturales, políticas y sociales. El macrosistema lo origina el entorno del cuidado de la salud sobre la adopción del rol maternal, las leyes nacionales respecto a las mujeres y niños y las prioridades del rol materno en la adopción del rol materno. Incluye las influencias sociales, políticas y culturales sobre los otros dos sistemas. El entorno de cuidado de la salud y el impacto del actual sistema de cuidado de la salud sobre la adopción del rol maternal origina el microsistema. Las leyes nacionales respecto a las mujeres y a los niños y las prioridades sanitarias que influyen en la adopción del rol maternal (Marriner, 2010, P. 616).

3.3.2 Aporte de la teoría al trabajo de investigación.

El proceso interactivo al invertir en la adopción de la madre con el rol maternal del proceso desde el embarazo a ser madre es una transición de cambio de vida entre la familia, amigos y padres es donde inicia las interacciones con el padre, la madre e hijo y se identifica como madre (Raile, 1015, pp. 524-537).

3.4 Definición de términos básicos:

- **Cuidado del neonato.** Se entiende por Cuidados Centrados en la Familia un nuevo enfoque en el manejo del niño que precisa de cuidados especiales en las unidades neonatales. El núcleo de esta nueva filosofía se basa en un cambio de actitud, reconociendo a la familia como referencia permanente en la vida del niño incluso durante su hospitalización. Los miembros de la familia se implican en sus cuidados, forman parte prioritaria de los mismos y participan en las decisiones respecto a su hijo. Como padres son sus cuidadores naturales y por tanto deberían formar parte del equipo de cuidadores; si se les ofrece el soporte apropiado, ellos serán un apoyo muy valioso para el niño y para el equipo de profesionales.
- **Recién nacido.** Como todo neonato sano, sin enfermedad posible ni probable y con una edad inferior a 28-30 días. El cambio más importante que debe soportar él bebe es la transición de la circulación placentaria a la respiración independiente. El proceso de pasar a la vida extrauterina es un ajuste fisiológico completo, que hace que las primeras 24 horas sean críticas ya que pueden aparecer complicaciones, como dificultad respiratoria, circulatoria e hipotermia. En este periodo es donde se da la mayor morbimortalidad de todas las etapas de la morbilidad infantil.
- **Técnica audiovisual participativa.** Son una poderosa fuerza impulsiva que facilita el aprendizaje, profundiza los temas expuestos y propenden además a una educación eminentemente participativa.

Hipótesis

H_a: La aplicación de técnica audiovisual participativa tiene un efecto significativo en el incremento de conocimientos de las primigestas sobre los cuidados del neonato del hospital Regional Virgen de Fátima.

H₀: La aplicación de técnica audiovisual participativa no tiene un efecto significativo en el incremento de conocimientos de las primigestas sobre los cuidados del neonato del hospital Regional Virgen de Fátima.

III. MATERIALES Y MÉTODOS:

3.5 Diseño de Investigación

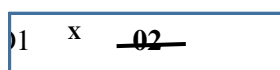
La presente investigación fue de enfoque cuantitativo, de nivel explicativo, de tipo: según la manipulación de las variables fue experimental, según la planificación de la toma de datos fue prospectivo, de acuerdo al número de mediciones de la variable fue longitudinal y según el número de variables de interés fue analítico. (Supo, 2015, pp. 2 - 19).

De enfoque cuantitativo porque permitió recoger y analizar datos totalmente cuantificables para describir la modificación de conocimientos de las madres primíparas sobre los cuidados del neonato. De nivel Explicativo porque buscó la dependencia de la variable dependiente dentro de la variable independiente. Tipo de investigación: Tipo de investigación: **Experimental** porque se manipularon las variables en estudio específicamente la variable independiente (técnica audiovisual participativa); **Prospectivo** porque los datos se recolectaron de fuentes primarias o sea directamente de la muestra objeto de estudio. **Longitudinal**, porque la variable fue valorada en diferentes intervalos de tiempo. **Analítico** porque el análisis estadístico fue bivariado y se puso a prueba las hipótesis estadísticas.

Diseño de investigación:

Fue el **cuasi experimental** porque la selección de la muestra no fue de manera aleatoria y se realizó una intervención, cuyo propósito fue mejorar o modificar una condición a una población en estudio, que en la situación del presente trabajo será la técnica participativa. (Supo, 2015, p. 27).

Cuyo esquema de diagrama de estudio fue el siguiente:



Dónde:

G: Primigestas

O₁: Observación en el pre-test (madres antes del estímulo)

X: Estimulo (aplicación de la técnica adiovisual participativa)

O₂: Observación en el pos-test (madres después del estímulo)

En la presente investigación se aplicó una Pre y post prueba con un solo grupo. En donde al grupo investigado se le aplicó un pre test previo a la aplicación de la técnica participativa (estímulo) de cuidados del neonato, después se realizó dicha técnica participativa y finalmente se le aplicó un post test.

3.6 Población y muestra:

3.6.1 Universo: Estuvo conformada por todas las gestantes entre las primigestas y multigestas que acudieron a su control prenatal del Hospital Regional Virgen de Fátima, que sumaron un total de 69.

GESTANTES	trimestre	trimestre	trimestre	TOTAL
primigestas	6	10	14	30
antes multíparas	11	16	12	39
TOTAL	17	16	26	69

Fuente: Libro de Registro de gestantes del HRVF.

Criterios de inclusión:

- Primigestas del 6to al 8vo mes de gestación que acudieron al control prenatal.
- Primigestas que desearon participar voluntariamente en el estudio.

Criterio de exclusión:

- Gestantes multíparas.
- Primigestas que no desearon participar.

3.6.2 Población:

Gracias a los criterios de selección, la población estuvo conformada por todas las primigestas del III trimestre que acudieron a su control prenatal del Hospital Regional Virgen de Fátima, que suman un total de 14.

GESTANTES	III - trimestre
primigestas	14
TOTAL	14

Fuente: Libro de Registro de gestantes del HRVF.

3.6.3 Muestra:

La muestra estuvo constituida por el 100% de las primigestas del III - trimestre que acude a su control prenatal del Hospital Regional Virgen de Fátima, que suman un total de 14 gestantes.

3.6.4 Muestreo:

En el presente estudio no se utilizó ningún muestreo ya que la muestra corresponde al 100% de la población, donde la selección no dependió de la probabilidad sino del proceso de toma de decisiones.

Durante el proceso de investigación, se empleó los siguientes métodos científicos:

3.7 Método de investigación:

Hipotético – Deductivo: porque nos permitió verificar la hipótesis planteada en un determinado tiempo.

3.8 Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos:

3.8.1 Técnicas:

Las técnicas a utilizar fueron dos: la primera referida a la técnica audiovisual participativa sobre “Cuidados del neonato”, la cual estuvo estructurada en 4 sesiones estructurada de la siguiente manera:

- **Primera Sesión:** Alimentación del recién nacido.
- **Segunda sesión:** Higiene del recién nacido y Termorregulación
- **Tercera sesión:** Vínculo afectivo entre padre e hijo
- **Cuarta sesión:** Signos de alarma.

3.8.2 Instrumento:

Se utilizó el Cuestionario, el cual consta de las siguientes partes: la primera parte comprendió la introducción, las instrucciones y los datos generales. Y la segunda parte constó de 20 ítems constituidos en una escala dicotómica, con preguntas de opción múltiple acerca de los conocimientos que tienen las madres primíparas en el cuidado del neonato.

$$\mathbf{V = 1} \quad \mathbf{F = 0}$$

Estuvo estructurado de la siguiente manera:

04 preguntas sobre alimentación del recién nacido.

07 preguntas de higiene del recién nacido.

03 preguntas sobre termorregulación

02 preguntas sobre el descanso y sueño de recién nacido

03 preguntas de vínculo afectivo del recién nacido

01 pregunta de signos de alarma del recién nacido.

Cada interrogante tuvo un valor de 1 punto. En donde se estableció niveles de puntuación en las categorías de:

Bajo = 0 a 6 puntos,

Medio = 7 a 13 puntos

Alto = 14 a 20 puntos.

El cuestionario fue validado mediante el juicio de expertos y los resultados se sometieron a la prueba binomial y la $z - \text{gauss}$. $VC = 4.5297 > VT = 1.6449$.

Para hallar la confiabilidad del instrumento se aplicó una prueba piloto al 10% de la muestra en estudio. Cuyos resultados se calcularon mediante el coeficiente Alfa de Cronbach fue de 0.89.

3.8.3 Procedimiento de recolección de datos:

El procedimiento de recolección de datos, se realizó de la siguiente manera:

- La recolección de la información se realizó mediante un primer contacto con las primigestas que cumplan con los criterios de inclusión con el fin de motivarlas a ser parte de la investigación y dándoles a conocer los objetivos de la misma.
- Luego se realizó un Pre-Test para identificar sus conocimientos sobre los cuidados del neonato, creado a partir de la revisión de la literatura, el cual abarca cada uno de los cuidados del neonato, teniendo en cuenta sus necesidades básicas.
- Posteriormente se aplicó la técnica audiovisual participativa sobre cuidados del neonato
- Luego se procedió a aplicar el post-Test, para identificar cuáles son las modificaciones de conocimientos en las primigestas sobre el cuidado del neonato, teniendo en cuenta los cuidados propuestos en el marco teórico.
- Finalmente se elaboró la tabulación de las mediciones obtenidas para su respectivo análisis estadístico.

3.9 Análisis de datos

Los datos fueron procesados mediante el sistema automatizado, haciendo uso del programa SPSS – versión 21. Para contrastar la hipótesis se utilizó la prueba estadística paramétrica de la t -student con un nivel de significancia del $\alpha = 0.05$, el

mismo que nos indicó que existe el 95 % de confiabilidad y el 5 % de margen de error; esta prueba sirvió para hallar la diferencia de cambios entre el grupo experimental antes de aplicar la técnica participativa y después de aplicar dicha técnica.

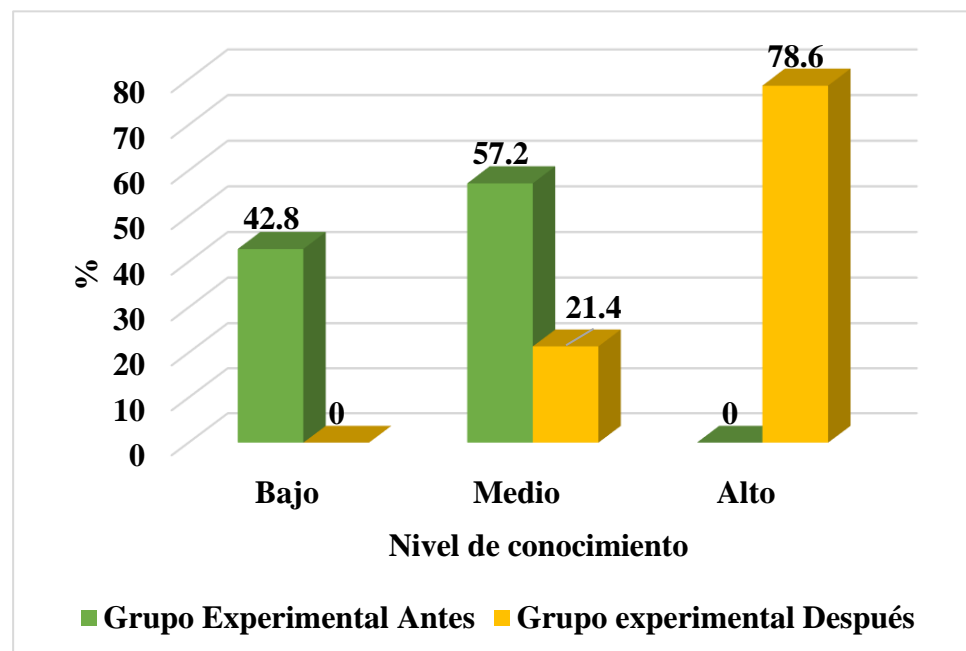
IV. RESULTADOS

Tabla 01: Efectividad de la técnica audiovisual participativa para mejorar el nivel de conocimiento de las primigestas sobre los cuidados del neonato, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas – 2016.

Nivel de conocimiento	Grupo Experimental Antes		Grupo experimental Después	
	fi	%	fi	%
	Bajo	6	42.8	0
Medio	8	57.2	3	21.4
Alto	0	0	11	78.6
Total	14	100	14	100

Fuente: prueba de conocimiento T – Student = 6.333; gl = 15; p = 0.001 < 0.05

Figura 01: Efectividad de la técnica audiovisual participativa para mejorar el nivel de conocimiento de las primigestas sobre los cuidados del neonato, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas – 2016.



Fuente: Tabla 01

En la tabla y figura 01, se observa que del 100% de primigestas el nivel de conocimiento en el grupo experimental antes de la aplicación de la técnica audiovisual participativa fue de un 57.2% de nivel medio, el 42.8% bajo. Mientras que en el grupo experimental después de la aplicación de la técnica audiovisual el nivel de conocimiento fue alto en un 78.6% y un 21.4% de nivel medio.

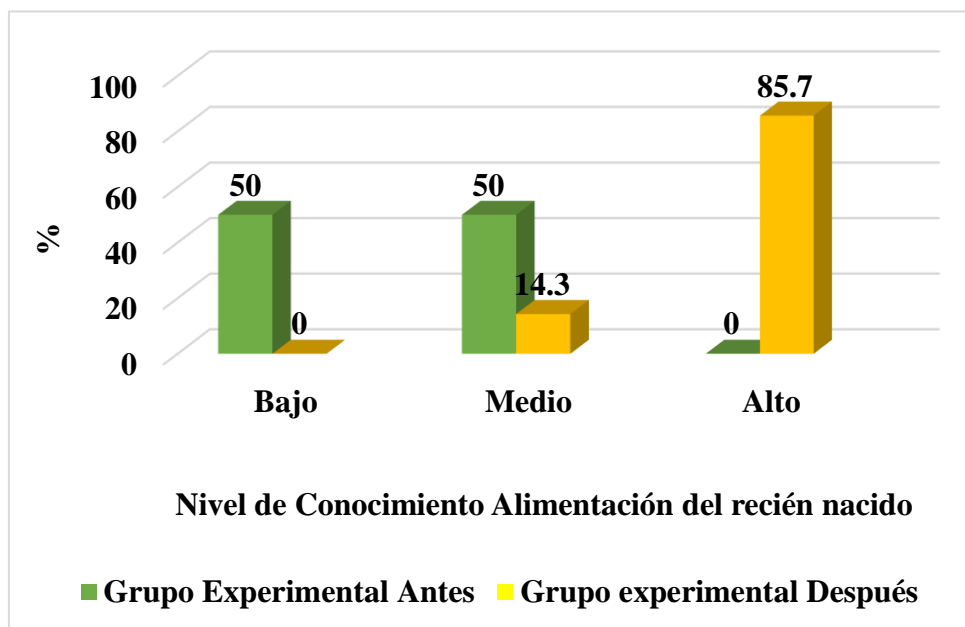
La siguiente tabla de contingencia se sometió a la prueba estadística paramétrica de la t – student cuyo valor fue de 6.333; con $gl = 15$; un $p = 0.001 < 0.05$, aceptando la hipótesis alterna, quiere decir que la técnica audiovisual participativa mejoró el nivel de conocimiento de las primigestas sobre el cuidado de los neonatos.

Tabla 02: Nivel de conocimiento de las primigestas sobre los cuidados del neonato en la dimensión de alimentación del recién nacido, en el Grupo Experimental antes y después de la técnica audiovisual participativa, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas – 2016.

Nivel de conocimiento Alimentación del recién nacido	Grupo Experimental Antes		Grupo experimental Después	
	Fi	%	fi	%
	Bajo	7	50	0
Medio	7	50	2	14.3
Alto	0	0	12	85.7
Total	14	100	14	100

Fuente: Prueba de conocimiento de la salud bucal T - student = -9.459; gl = 15; p = 0.001 < 0.05

Figura 02: Nivel de conocimiento de las primigestas sobre los cuidados del neonato en la dimensión de alimentación del recién nacido, en el Grupo Experimental antes y después de la técnica audiovisual participativa, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas – 2016.



Fuente: Tabla 02

En la tabla y figura 02, se observa que del 100% de primigestas el nivel de conocimiento sobre la alimentación del recién nacido en el grupo experimental antes de la aplicación de la técnica audiovisual participativa fue de un 50% de nivel medio y otro 50% bajo. Mientras que en el grupo experimental después de la aplicación de la técnica audiovisual el nivel de conocimiento fue alto en un 85.7% y un 14.3% de nivel medio.

La siguiente tabla de contingencia se sometió a la prueba estadística paramétrica de la t – student cuyo valor fue de -9.459; con $gl = 15$; un $p = 0.001 < 0.05$, aceptando la hipótesis alterna, quiere decir que la técnica audiovisual participativa mejoró el nivel de conocimiento de las primigestas sobre el cuidado de los neonatos.

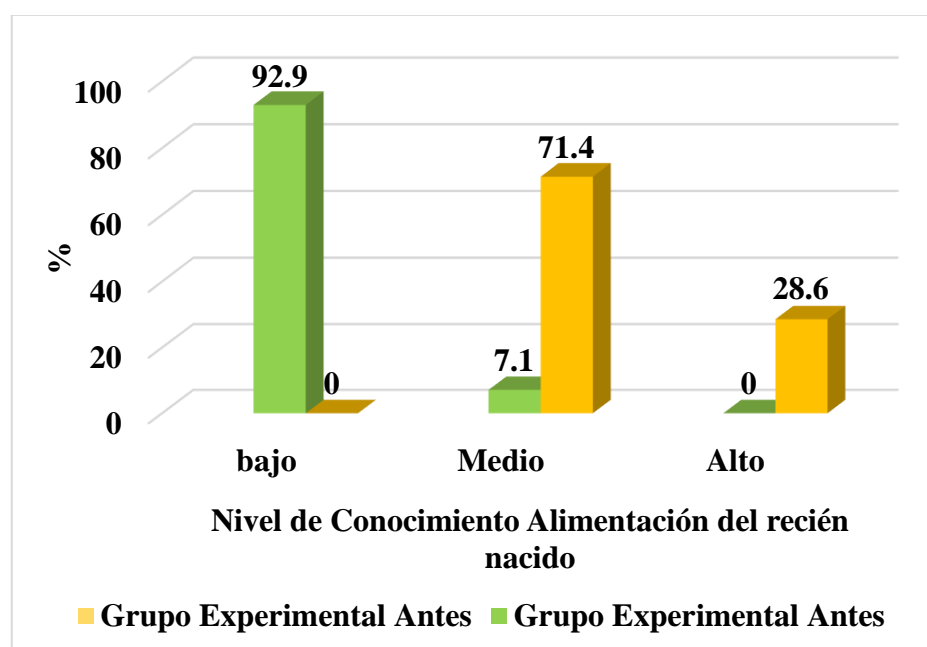
Tabla 03: Nivel de conocimiento de las primigestas sobre los cuidados del neonato en la dimensión de higiene del recién nacido, en el Grupo Experimental antes y después de la técnica audiovisual participativa, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas – 2016.

Conocimiento Higiene del recién nacido	Grupo Experimental		Grupo experimental	
	Antes		Después	
	f _i	%	f _i	%
Bajo	3	92.9	0	0
Medio	1	7.1	10	71.4
Alto	0	0	4	28.6
Total	4	100	14	100

Fuente: Prueba de conocimiento de la salud bucal

T- student = -4.860; gl = 15; p = 0.004 < 0.05

Figura 03: Nivel de conocimiento de las primigestas sobre los cuidados del neonato en la dimensión de higiene del recién nacido, en el Grupo Experimental antes y después de la técnica audiovisual participativa, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas – 2016.



Fuente: Tabla 03

En la tabla y figura 03, se observa que del 100% de primigestas el nivel de conocimiento sobre la dimensión higiene del recién nacido en el grupo experimental antes de la aplicación de la técnica audiovisual participativa fue de un 92.9% de nivel bajo y 7.1% medio. Mientras que en el grupo experimental después de la aplicación de la técnica audiovisual el nivel de conocimiento fue medio en un 71.4% y un 28.6% de nivel alto.

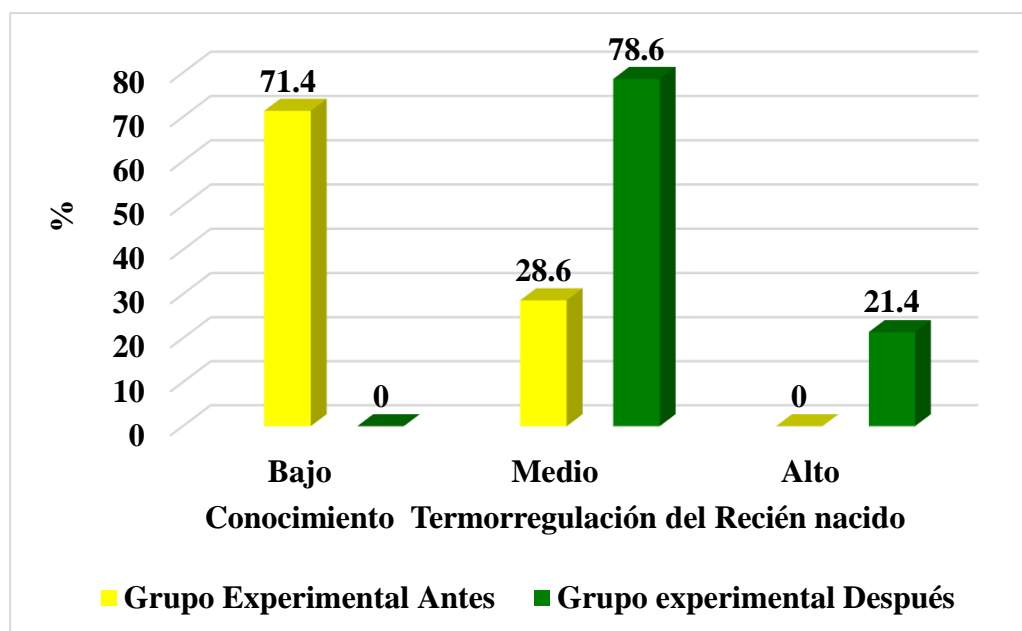
La siguiente tabla de contingencia se sometió a la prueba estadística paramétrica de la t – student cuyo valor fue de -4.860; con $gl = 15$; un $p = 0.004 < 0.05$, aceptando la hipótesis alterna, quiere decir que la técnica audiovisual participativa mejoró el nivel de conocimiento de las primigestas sobre el cuidado de los neonatos.

Tabla 04: Nivel de conocimiento de las primigestas sobre los cuidados del neonato en la dimensión de termorregulación del recién nacido, en el Grupo Experimental antes y después de la técnica audiovisual participativa, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas – 2016.

Conocimiento termorregulación del Recién nacido	Grupo Experimental Antes		Grupo experimental Después	
	fi	%	fi	%
Bajo	0	71.4	0	0
Medio	4	28.6	11	78.6
Alto	0	0	3	21.4
Total	4	100	14	100

Fuente: Prueba de conocimiento de la salud bucal T - student = -3.780; gl = 15; p = 0.001 < 0.05

Figura 04: Nivel de conocimiento de las primigestas sobre los cuidados del neonato en la dimensión de termorregulación del recién nacido, en el Grupo Experimental antes y después de la técnica audiovisual participativa, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas – 2016.



Fuente: Tabla 04

En la tabla y figura 04, se observa que del 100% de primigestas el nivel de conocimiento sobre la dimensión de termorregulación del recién nacido en el grupo experimental antes de la aplicación de la técnica audiovisual participativa fue de un 71.4% de nivel bajo y 28.6% medio. Mientras que en el grupo experimental después de la aplicación de la técnica audiovisual el nivel de conocimiento fue medio en un 78.6% y un 21.4% de nivel alto.

La siguiente tabla de contingencia se sometió a la prueba estadística paramétrica de la t – student cuyo valor fue de -3.780; con $gl = 15$; un $p = 0.001 < 0.05$, aceptando la hipótesis alterna, quiere decir que la técnica audiovisual participativa mejoró el nivel de conocimiento de las primigestas sobre el cuidado de los neonatos.

Tabla 05: Nivel de conocimiento de las primigestas sobre los cuidados del neonato en la dimensión de vínculo afectivo del recién nacido, en el Grupo Experimental antes y después de la técnica audiovisual participativa, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas – 2016.

Conocimiento sobre Vínculo afectivo	Grupo Experimental		Grupo experimental	
	Antes		Después	
	fi	%	fi	%
Bajo	0	35.7	0	0
Medio	6	57.1	6	42.9
Alto	8	7.2	8	57.1
Total	4	100	22	100

Fuente: Prueba de conocimiento de la salud bucal t - student = -6.763; gl = 15; p = 0.003 < 0.05

Figura 05: Nivel de conocimiento de las primigestas sobre los cuidados del neonato en la dimensión de vínculo afectivo del recién nacido, en el Grupo Experimental antes y después de la técnica audiovisual participativa, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas – 2016.

Fuente: Tabla 05

En la tabla y figura 05, se observa que del 100% de primigestas el nivel de conocimiento sobre la dimensión de vinculo afectivo del recién nacido en el grupo experimental antes de la aplicación de la técnica audiovisual participativa fue de un 57.1% de nivel medio, 35.7% bajo y 7.2% alto. Mientras que en el grupo experimental después de la aplicación de la técnica audiovisual el nivel de conocimiento fue medio en un 57.1% y un 42.9% de nivel alto.

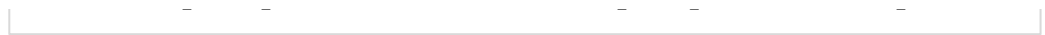
La siguiente tabla de contingencia se sometio a la prueba estadística paramétrica de la t – student cuyo valor fue de -6.763; con gl = 15; un $p = 0.003 < 0.05$, aceptando la hipótesis alterna, quiere decir que la técnica audiovisual participativa mejoró el nivel de conocimiento de las primigestas sobre el cuidado de los neonatos.

Tabla 06: Nivel de conocimiento de las primigestas sobre los cuidados del neonato en la dimensión de sueño del recién nacido, en el Grupo Experimental antes y después de la técnica audiovisual participativa, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas – 2016.

Nivel de conocimiento sobre sueño del Recién nacido	Grupo Experimental Antes		Grupo experimental Después	
	Fi	%	fi	%
Bajo	13	92.9	0	0
Medio	0	0	7	50
Alto	1	7.1	7	50
Total	14	100	14	100

Fuente: Prueba de conocimiento de la salud bucal t - student = -7.763; gl = 21; p = 0.004 < 0.05

Figura 06: Nivel de conocimiento de las primigestas sobre los cuidados del neonato en la dimensión de sueño del recién nacido, en el Grupo Experimental antes y después de la técnica audiovisual participativa, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas – 2016.



Fuente: Tabla 06

En la tabla y figura 06, se observa que del 100% de primigestas el nivel de conocimiento sobre la dimensión sobre el sueño del recién nacido en el grupo experimental antes de la aplicación de la técnica audiovisual participativa fue de un 92.9% de nivel bajo y un 7.1% nivel alto. Mientras que en el grupo experimental después de la aplicación de la técnica audiovisual el nivel de conocimiento fue medio en un 50% y un 50% de nivel alto.

La siguiente tabla de contingencia se sometió a la prueba estadística paramétrica de la t – student cuyo valor fue de -6.763; con $gl = 15$; un $p = 0.004 < 0.05$, aceptando la hipótesis alterna, quiere decir que la técnica audiovisual participativa mejoró el nivel de conocimiento de las primigestas sobre el cuidado de los neonatos.

Tabla 07: Nivel de conocimiento de las primigestas sobre los cuidados del neonato en la dimensión de signos de alarma del recién nacido, en el Grupo Experimental antes y después de la técnica audiovisual participativa, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas – 2016.

Nivel de conocimiento sobre signos de alarma del Recién nacido	Grupo Experimental Antes		Grupo experimental Después	
	fi	%	fi	%
Bajo	12	85.7	0	0
Medio	2	14.3	11	78.6
Alto	0	0	3	21.4
Total	14	100	14	100

Fuente: Prueba de conocimiento de la salud bucal t - student = -6.35; gl = 15;
p = 0.002 < 0.05

Figura 07: Nivel de conocimiento de las primigestas sobre los cuidados del neonato en la dimensión de signos de alarma del recién nacido, en el Grupo Experimental antes y después de la técnica audiovisual participativa, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas – 2016.

Fuente: Tabla 07

En la tabla y figura 07, se observa que del 100% de primigestas el nivel de conocimiento sobre la dimensión sobre los signos de alarma del recién nacido en el grupo experimental antes de la aplicación de la técnica audiovisual participativa fue de un 85.7% de nivel bajo y alto en un 14.3% medio. Mientras que en el grupo experimental después de la aplicación de la técnica audiovisual el nivel de conocimiento fue medio en un 78.6% y un 21.4% de nivel alto.

La siguiente tabla de contingencia se sometio a la prueba estadística paramétrica de la t – student cuyo valor fue de -6.35; con $gl = 15$; un $p = 0.004 < 0.05$, aceptando la hipótesis alterna, quiere decir que la técnica audiovisual participativa mejoró el nivel de conocimiento de las primigestas sobre el cuidado de los neonatos.

V. DISCUSION

Los resultados del presente estudio en forma general indican que el 57.2% de primigestas antes de la aplicación de la técnica audiovisual tienen un nivel de conocimiento de nivel medio, el 42.8% bajo; quiere decir que las madres primigestas conocen parcialmente sobre la alimentación, higiene, termorregulación, vínculo afectivo, sueño y signos de alarma del recién nacido. Mientras que en el grupo experimental después de la aplicación de la técnica audiovisual el nivel de conocimiento fue alto en un 78.6% y un 21.4% de nivel medio. quiere decir que las madres primigestas conocen de forma total sobre la alimentación, higiene, termorregulación, vínculo afectivo, sueño y signos de alarma del recién nacido (tabla 01).

Una adecuada nutrición durante la infancia y niñez temprana es esencial para asegurar que los niños alcancen todo su potencial en relación al crecimiento, salud y desarrollo. La nutrición deficiente incrementa el riesgo de padecer enfermedades y es responsable, directa o indirectamente.

Se aceptó la hipótesis alterna mediante la contrastación de la prueba estadística paramétrica de la t – student cuyo valor fue de 6.333; con $gl = 15$; un $p = 0.001 < 0.05$, quiere decir que la técnica audiovisual participativa mejoró el nivel de conocimiento de las primigestas sobre el cuidado de los neonatos.

Mientras que el nivel de conocimiento de las primigestas en la dimensión de alimentación del recién nacido en el grupo experimental antes de la aplicación de la técnica audiovisual participativa fue de un 50% de nivel medio y otro 50% bajo. Mientras que en el grupo experimental después de la aplicación de la técnica audiovisual el nivel de conocimiento fue alto en un 85.7% y un 14.3% de nivel medio (tabla 02).. Quiere decir que las primigestas tienen un conocimiento de nivel medio sobre el tipo de alimento del neonato, Importancia de lactancia materna, Frecuencia de lactancia materna, Posiciones para lactar: madre, RN.

Así mismo el nivel de conocimiento sobre la dimensión higiene del recién nacido en el grupo experimental antes de la aplicación de la técnica audiovisual participativa fue de un 92.9% de nivel bajo y 7.1% medio. Mientras que en el grupo experimental después de la aplicación de la técnica audiovisual el nivel de conocimiento fue medio en un 71.4% y un 28.6% de nivel alto. (Tabla 03).

El recién nacido, por su condición de ser muy inmaduro necesita de una serie de cuidados y atenciones que van a conseguir evitarle gran cantidad de problemas. Su desarrollo adecuado se conseguirá fácilmente cuidando su alimentación, higiene y sueño.

Mientras que el nivel de conocimiento sobre la dimensión de termorregulación del recién nacido en el grupo experimental antes de la aplicación de la técnica audiovisual participativa fue de un 71.4% de nivel bajo y 28.6% medio. Mientras que en el grupo experimental después de la aplicación de la técnica audiovisual el nivel de conocimiento fue medio en un 78.6% y un 21.4% de nivel alto. (Tabla 04).

El nivel de conocimiento sobre la dimensión de vínculo afectivo del recién nacido en el grupo experimental antes de la aplicación de la técnica audiovisual participativa fue de un 57.1% de nivel medio, 35.7% bajo y 7.2% alto. Mientras que en el grupo experimental después de la aplicación de la técnica audiovisual el nivel de conocimiento fue medio en un 57.1% y un 42.9% de nivel alto. (Tabla 05).

Otro de los resultados indica que el nivel de conocimiento sobre la dimensión sobre el sueño del recién nacido en el grupo experimental antes de la aplicación de la técnica audiovisual participativa fue de un 92.9% de nivel bajo y alto en un 7.1% alto. Mientras que en el grupo experimental después de la aplicación de la técnica audiovisual el nivel de conocimiento fue medio en un 50% y un 50% de nivel alto. (Tabla 06).

Existe una variación en su duración dependiendo del niño. Según la edad, la necesidad de dormir disminuye gradualmente, pero casi nunca es inferior a las 10 horas. El pequeño, cuando duerme, debe de estar boca arriba con la cabeza lateralizada; así se evita el síndrome de la muerte súbita y si vomita o regurgita la aspiración del contenido alimenticio por el pulmón. Debe cambiársele con frecuencia la posición de la cabeza, para evitar deformaciones de la misma. Nunca se le debe molestar cuando esté dormido. Es causa de numerosas consultas el insomnio del niño, sobre todo a partir de los 6-8 meses de vida.

Así mismo el nivel de conocimiento sobre la dimensión sobre los signos de alarma del recién nacido en el grupo experimental antes de la aplicación de la técnica audiovisual participativa fue de un 85.7% de nivel bajo y alto en un 14.3% medio. Mientras que en

el grupo experimental después de la aplicación de la técnica audiovisual el nivel de conocimiento fue medio en un 78.6% y un 21.4% de nivel alto. (Tabla 07)

Cuidar es inherente a la supervivencia de todas las criaturas vivas, garantizando la continuidad de la vida en la especie humana. El cuerpo de la mujer reconoce períodos de cuidados más dedicados en su vida, entre ellos la pubertad, la gestación, el parto y el nacimiento del hijo. El cuerpo, objeto del cuidado, se convierte en un instrumento privilegiado de cuidados, pues es a través del cuerpo que la mujer presta cuidados al recién nacido transformándolo en un acontecimiento social.

El nivel de conocimiento de las madres es relativamente deficiente sobre todo en las primigestas, es así que, desconocen sobre los cuidados del neonato; sobre todo en sus primeros días de vida, y poco a poco se van adaptando conforme transcurren los días de cuidado; pero aun así los hacen simplemente por ese instinto maternal; desconociendo sobre sus bondades que un buen cuidado prevendrá la presentación de enfermedades y garantizará la salud de los neonatos

Comparando con los estudios de, Betzabe, C., et al, (2012). Venezuela. En su estudio de investigación: cuyo objetivo fue determinar el conocimiento de la madre sobre la importancia de los cuidados al recién nacido. Los resultados fueron: Del 100 % de madre el 97% fueron correctas, en la dimensión alimentación con 61%, la dimensión Confort con 53% en respuestas correctas y en cuanto a la dimensión atención en salud un 43% respondieron incorrectamente. En donde concluyó que las puérperas encuestadas obtuvieron un mayor porcentaje en respuestas correctas en cuanto al conocimiento de los cuidados al recién nacido.

Martinez, P., & Angela, P. (2009). Bolívar, Bogotá. En su estudio de investigación: cuyo objetivo: identificar cual es la modificación de conocimientos en las madres adolescente sobre cuidados básicos del recién nacido después de la aplicación de un programa educativo; en la localidad de la ciudad de Bolívar, Bogotá D.C. Las conclusiones a las que se llegaron fueron: “La modificación de los conocimientos en las madres adolescentes sobre cuidados básicos al recién nacido en cuanto a necesidades como alimentación, higiene, termorregulación, afecto, sueño, prevención de accidentes y signos de alarma, a partir de la aplicación de un programa educativo, se identificó en el post-test que se encuentra por encima del 90%, lo cual indica de manera positiva el

aporte de los programas de educación dirigidos a la población adolescentes. Con respecto a los cuidados básicos del recién nacido, la modificación de los conocimientos en las madres adolescentes, identificadas en el post test se evaluaron en un 90% en cuanto a frecuencia en la lactancia materna, en el cambio de pañal, los mecanismos de pérdida de calor y horas de sueño en el recién nacido.

Saavedra, P., & Saavedra, J. (2005). Chile. En su estudio de investigación: cuyo objetivo cuantificar los efectos del Programa de Intervención Temprana del INRPAC en el desarrollo motor de los RN Pret menores de 1500 grs. de peso al nacer y/o menores de 32 semanas de edad gestacional. El método fue cuasiexperimental, con una población de 11 niños durante los meses de mayo a agosto del 2005. El instrumento de medición que utilizaron fue la Escala Motora del “Bayley Scales of Infant Development”, para el análisis estadístico se utilizó el método de la prueba del signo. Dentro de sus principales conclusiones, entre otras tenemos que: “El PIT mediante la educación a los padres. Se ha visto que tiene una relevancia importante al evaluar la efectividad de estos programas, ya que la evidencia acerca de la PIT centrada sólo en el neurodesarrollo muchas veces resulta inconclusa. Con respecto a esto, se desconoce si los padres cumplían las instrucciones dadas en el PIT con respecto a la estimulación de sus hijos en casa, lo que plantea la posibilidad de que algunos niños con bajos resultados se deba a un no seguimiento de instrucciones por parte de sus cuidadores”.

Moya, M. (2010). Perú. En su estudio de investigación: cuyo objetivo: Determinar la eficacia de una técnica audiovisual- participativa en el conocimiento de las madres adolescentes primíparas sobre el cuidado al recién nacido. Respecto a los datos generales presentaron el 85% como conocimiento incorrecto, desconocen totalmente el 13% y sólo un 2% presentaron un conocimiento correcto. En los resultados del post-test, el conocimiento incorrecto aumentó al 87%, desconocen bajó al 6 % y manifestaron un conocimiento correcto el 2% de las madres del grupo control. Con respecto al grupo experimental, en el pre-test, un 93% presentaron un conocimiento incorrecto, y el 7% desconocían totalmente. Mientras que luego de la aplicación de la técnica audiovisual-participativa, el 93% presentaron un conocimiento correcto, y solo el 2%, presentó un conocimiento incorrecto. En conclusión, la técnica audiovisual-participativa demostró su eficacia en el grupo experimental, ya que se pudo comprobar; que esta técnica facilita el aprendizaje para identificar, comprender y crear mensajes.

Calderón, Y. (2007). Perú. En su estudio de investigación: cuyo objetivo fue determinar la influencia de una intervención educativa en el nivel de conocimiento sobre prácticas de autocuidado durante el puerperio en adolescentes, en 2007, influyó significativamente en el nivel de conocimiento de las adolescentes sobre las prácticas de autocuidado durante el puerperio inmediato y mediato, clasificándose antes de la intervención en el nivel medio el 52,3% ($x = 24,5 \pm 10,4$ DE) y después de la intervención en nivel alto el 100,0% ($x = 94,5 \pm 1,2$ DE)” En consecuencia, es importante que el personal de salud y, en especial la enfermera, identifique las necesidades de información que requiere la adolescente, desarrolle y refuerce los programas educativos sobre autocuidado en el puerperio durante la fase de trabajo de parto, utilizando estrategias que aseguren que la adolescente sea consciente de esa necesidad y ejerza su autocuidado”.

Sánchez, C. (2006). Perú. En su estudio de investigación: cuyo objetivo fue determinar la Efectividad de una dinámica grupal para madres adolescentes en el conocimiento y prácticas del cuidado del recién nacido en el Hospital Nacional Hipólito Unanue Noviembre 2005 - Febrero 2006” concluyendo que: “El conocimiento de las madres adolescentes, del grupo experimental, sobre el cuidado de su recién nacido valorado en el pre test es bajo en el 28.1% y en el post test en mayor porcentaje mejora sus conocimientos y es regular medio en el 34.4%. Las prácticas de las madres adolescentes del grupo experimental en el pre test es inadecuada en el 32.8% cifra que mejora en el post test a adecuada en el 35.9%”.

Cerdan, I. (2004). Perú. En su estudio de investigación: cuyo objetivo determinar el nivel de conocimiento después de la aplicación del programa educativo sobre el cuidado que brindan las madres a los recién nacidos prematuros en el hogar. Las conclusiones fueron: “Los conocimientos de las madres antes de aplicar el programa educativo fueron: 33.33 % bueno, con 46.67 % regular y el 20 % malo. Después de la aplicación del programa educativo los resultados fueron: bueno con 46.67 %, regular con 50 % y malo con 3.33% verificándose que hubo un incremento significativo en los puntajes de conocimientos sobre cuidados del recién nacido prematuro en el hogar. Por lo que se concluye que el programa educativo mejoró el nivel de conocimientos de las madres de un 33.33 % de nivel bueno antes de la aplicación del programa educativo a un 46.67 % de nivel bueno después de la aplicación. El porcentaje de complicaciones presentadas por los recién nacidos prematuros cuyas madres fueron capacitadas fue baja.

Pineda, R. (2013). Perú. En su estudio de investigación: cuyo l objetivo de determinar la efectividad del programa educativo “cuidado de mi recién nacido” en el nivel de conocimientos sobre los cuidados básicos del recién nacido en primerizas del asentamiento humano Pedro Castro Alva. Chachapoyas 2013. Los resultados muestran que en el nivel de conocimiento ante aplicar el programa educativo el grupo control y experimental fue bajo 90% y 100% respectivamente y después experimental en bueno 91% y regular 45.5 %. En donde concluyó que el programa educativo influye en el nivel de conocimientos sobre cuidados básicos del recién nacido.

Comparando los resultados del presente estudio con los estudios de Betzabe, C., et al, (2012). Martinez, P., & Angela, P. (2009). Moya, M. (2010). Perú. Calderón, Y. (2007). Sánchez, C. (2006). Cerdan, I. (2004). Pineda, R. (2013). Los resultados del presente estudio son muy similares en sus respuestas ya que las puérperas modificaron su nivel de conocimiento inicial, gracias a técnica audiovisual participativa. Quiere dcir que las técnicas audiovisuales participativas mejoran el conocimiento de las madres, es así que se debe brindar información a las primigestas y que estas estén preparadas para actuar con el mejor de los cuidados en el momento del nacimiento del niño, estos conocimientos los transmiten de generación en generación.

Es necesario indicar que las técnicas participativas son consideradas como un componente de la metodología, como el medio o procedimiento que se usa para realizar la metodología misma. En otras palabras, las técnicas son sólo uno de los muchos ingredientes interactivos de cualquier metodología participativa. Los conocimientos y experiencias previas de las personas participantes se constituyen en puntos de partida y principales insumos de los procesos educativos, ya que, es a partir de las vivencias, que se construyen nuevos conocimientos o se replantean conocimientos anteriores. Se considera, además, que toda persona, independientemente de su edad, origen, sexo, profesión o situación socio-económica, puede realizar aportes al proceso de enseñanza aprendizaje, de ahí la importancia de abrir espacios, que permitan la expresión de saberes, sentimientos y pensamientos.

La metodología participativa concibe a las personas participantes como protagonistas y reconoce sus habilidades, potencialidades y capacidades para la transformación de la realidad mediante los procesos de construcción de conocimiento.

Es determinante indicar que la familia es una unidad social y como tal constituye un medio en el que pueden operar constructivamente o negativamente sobre la salud y bienestar de sus integrantes a través de la mayor o menor efectividad de sus funciones. En toda sociedad o grupo los equilibrios pueden perturbarse por cambios del ambiente exterior de la familia o por cambios en algunos o varios miembros del grupo familiar; cambios como en la situación económica o la presencia de enfermedad en algunos de sus miembros poniendo de manifiesto que se descubran áreas de fortaleza y áreas de debilidad, es el soporte social que actuará de manera amortiguadora entre eventos estresantes de la vida. Para que el sistema familiar se mantenga en equilibrio, se relaciona conformando redes de relaciones (con individuos, organizaciones, grupos, entre otros); estas relaciones generalmente se asocian con la satisfacción de necesidades de diversa índole (proyectos personales, apoyo emocional y cooperación grupal, logro de beneficios materiales).

Formar una conciencia preventiva de aprendizaje y logro de conocimientos permite a los seres humanos percibir de manera más profunda la importancia del cuidado de la salud frente a los determinantes de la misma. La conciencia no es algo que nos permite justificar cualquier cosa que queramos hacer, ni tampoco es simplemente un 'sentimiento' acerca de lo que deberíamos o no hacer.

VI. CONCLUSIONES

- El nivel de conocimiento de las primigestas en el grupo experimental antes de la aplicación de la técnica audiovisual participativa fue predominantemente de nivel medio seguida de un nivel bajo. Mientras que en el grupo experimental después de la aplicación de la técnica audiovisual el nivel de conocimiento fue alto mayoritariamente y solo una cuarta parte de nivel medio.
- La hipótesis fue contrastada mediante la prueba estadística paramétrica de la t – student cuyo valor fue de 6.333; con $gl = 15$; un $p = 0.001 < 0.05$, en la cual se aceptó la hipótesis alterna, quiere decir que la técnica audiovisual participativa mejoró el nivel de conocimiento de las primigestas sobre el cuidado de los neonatos.
- El conocimiento de las primigestas en la dimensión de alimentación del recién nacido en el grupo experimental antes de la aplicación de la técnica audiovisual participativa fue de nivel medio y bajo respectivamente. Mientras que en el grupo experimental después de la aplicación de la técnica audiovisual fue de nivel alto y medio.
- El conocimiento de las primigestas en la Dimensión higiene del recién nacido en el grupo experimental antes de la aplicación de la técnica audiovisual participativa fue prioritariamente de nivel bajo y ligeramente medio. Mientras que en el grupo experimental después de la aplicación de la técnica audiovisual el conocimiento fue en más del cincuenta por ciento fue de nivel medio y alto.
- El conocimiento de las primigestas en la dimensión de termorregulación del recién nacido en el grupo experimental antes de la aplicación de la técnica audiovisual participativa fue de nivel bajo en más de las tres cuartas partes de las primigestas y una cuarta parte de nivel medio. Mientras que en el grupo experimental después de la aplicación de la técnica audiovisual el nivel de conocimiento fue medio y alto.
- El conocimiento de las primigestas en la dimensión de vínculo afectivo del recién nacido en el grupo experimental antes de la aplicación de la técnica audiovisual participativa fue de nivel medio y bajo predominantemente.

- Mientras que en el grupo experimental después de la aplicación de la técnica audiovisual el conocimiento de las primigestas fue predominantemente de nivel medio y de nivel alto.
- El conocimiento de las primigestas en la dimensión del sueño del recién nacido en el grupo experimental antes de la aplicación de la técnica audiovisual participativa fue casi el total de nivel bajo y alto. Mientras que en el grupo experimental después de la aplicación de la técnica audiovisual el nivel de conocimiento fue de nivel medio y alto.
- El conocimiento en la dimensión sobre los signos de alarma del recién nacido en el grupo experimental antes de la aplicación de la técnica audiovisual participativa fue mayoritariamente de nivel bajo y alto. Mientras que en el grupo experimental después de la aplicación de la técnica audiovisual el nivel de conocimiento fue medio prioritariamente y un alto.

VII.RECOMENDACIONES

- El Hospital Regional Virgen de Fátima debe sustentar intervenciones educativas con un carácter activo, permanente, equitativo e inclusivo, de calidad que potencie formas de vida y desarrollo hacia la mejora de conocimientos sobre el cuidado del recién nacido, de esta forma tener una sana y responsable actitud que garantice la salud atendiendo a sus necesidades y a las demandas del entorno social y ambiental, que le permita desarrollarse como tal frente a los demás y tengan la misma igualdad de posibilidades y oportunidades, frente a cualquier ciudadano.
- Los estudiantes durante las prácticas intrahospitalarias o extrahospitalarias deben fortalecer los conocimientos de las primigestas asistentes al Hospital y a la vez, implementar la técnica audiovisual participativa, para así fomentar las actitudes de aprendizaje y velar por sus derechos brindándoles una mejor calidad de vida.
- Fomentar las capacitaciones periódicas y tenerlos actualizados facilitando la atención y educación de las primigestas y la familia en general y así ejecuten programas de educación de calidad que garanticen conocimientos sobre los temas de mejorar y optimizar un comportamiento adecuado y una actitud de mejora de conocimientos.
- La Facultad de Ciencias de la Salud y la escuela profesional de enfermería Incentivar a los estudiantes a realizar investigaciones similares, ya estos pueden ayudar a sensibilizar y crear diferentes estrategias, para mejorar el cuidado de los neonatos conjuntamente con sus madres.
- A través de la Facultad de Ciencias de la Salud deben de fortalecer en todos los niveles educativos la enseñanza de valores éticos, el respeto a la dignidad de la personas y de los derechos del niño, la cooperación entre los padres de familia, con la finalidad de modificar los módulos de conducta sociales y culturales de los padres.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acuña, J., et al. (2010). *Cuidados desde el nacimiento*. Recuperado el 26 de julio del 2016. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/plancalidad/SNS/pdf/equidad/cuidadosDesdeNacimiento.pdf>
- Ávila, J., Tavera, M., & Carrasco, M. (2013). *Mortalidad Neonatal en el Perú y sus departamentos, 2011 – 2012*. 1ª edición. Ministerio de Salud, Dirección General de Epidemiología.
- Aguilar, R. (2003). *Tratado de enfermería infantil*. Editorial. oseano/mosby. España.
- Aguayo, S, M. (2006). *Gestación adolescente y dinámicas familiares. Centro de interdisciplinarios de estudios de género*. Univeridad de Chile.
- Altmann, C. (2011). *La Efectividad de las actividades de Mantenimiento*. Editorial: SA. España.
- Barrabriga, A. (2003). *Alimentación del recién nacido*. Recuperado del manual de pediatría el 23.de Agosto del 2016. Disponible en: www.monografias.com/.../madres-adolescentes/madres-adolescentes.shtm.
- BabyCenter. (2015). *Sacar los gases al recién nacido*. Recuperado el 28 de julio del 2016. Disponible en: <http://espanol.babycenter.com/a900199/c%C3%B3mo-sacarle-el-aire-a-los-beb%C3%A9s>.
- Berruezo, M. (2004). Manual práctico de lactancia. (ALVA LACTANCIA MATERNA, 10). Recuperado el 04 de Setiembre del 2016. Disponible en: http://www.pediatría.gob.mx/enfe_cuid.pdf.
- Betzabe, C., et al. (2012). “conocimiento de la madre sobre la importancia de los cuidados al recién nacido. Unidad de maternidad go1 y go4 hospital central universitario DR. “Antonio Maria Pineda” barquisimeto estado-lara.” (Tesis de licenciatura). Venezuela.

- Bunge, M. (2004). *“La investigación científica”*, México: Panamenia
- Cerdan, I. (2004). *“Efectividad de la intervención de un programa educativo en los conocimientos de las madres sobre el cuidado del recién nacido prematuro en el hogar en el Hospital San Bartolome, en el periodo de Agosto y Septiembre del 2004”*. (Tesis para optar el título profesional de licenciada en enfermería). Facultad de enfermeris. Lima- Perú.
- Calderón, Y. (2007). *“Influencia de una intervención educativa en el nivel de conocimiento sobre prácticas de autocuidado durante el puerperio en adolescentes”*. (Tesis Licenciatura): Universidad Peruana Cayetano Heredia, Perú.
- Cardozo, J. (2008). Tesis de enfermeria/ universidad javeriana. Recuperado el 10 de Agosto del 2016. Disponible en: <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/tesis09.pdf>
- Cárdenas, T. (2003). *Composición y propiedades de la leche materna*. Trecuperado el 03 de Setiembre 2016) Disponible en: http://www.unizar.es/med_naturista/lactancia%203/Composicion%20eche%20materna,.pdf .
- Castro, A. (2011). *Manejo del recién nacido*. Obtenido de cuidado del cordón umbilical. Recuperado el 20 d2 setiembre del 2016. Disponible en: <https://www.el cordón umbilical cuidado especial>.
- Da silva, R., et al. (2007). *La práctica del cuidado ofrecido por las mujeres a sus hijos en su domicilio*. ISSN 1695-6141.
- El Rol de la Enfermera en el Cuidado del paciente y en el Desarrollo Regional y del país. (2004). Recuperado el 16 de junio del 2016. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVrevistas/situa/2004_n2/Pdf/a07.pdf.
- Eyssautier, M. (2006). *“Desarrollo de la inteligencia”*, Metodología de la investigación, México: Panamenia.

- Farnetani, I. (2002), *cuidado básicos del recién nacido*. Recuperado el 18 de setiembre del 2016. Disponible en: <https://es.wikipedia.org/wiki/Neonato>.
- Foundation, N. (2015). Sueño en el recién nacido.
- La Vanguardia. (2015). *Estimulación temprana del recién nacido. El niño en el medio acuático*.
- Ministerio de Salud (DGSP). (2015). *Norma técnica de salud para la atención integral de salud neonatal. Perú*.
- Martinez, P., & Angela, P. (2009). *Modificación de los conocimientos de las madres adolescentes sobre cuidados básicos al recién nacido después de la aplicación de un programa educativo*. Pontificia Universidad de Javeriana. Bolivar – Bogota.
- Manual de Técnicas Participativas. (2016). Recuperado el 03 de Setiembre del 2016. Disponible en: <http://www.rlc.fao.org/proyecto/163nze/pdf/comunicacion/4.pdf>.
- Materno infantil. (2015). *Higiene del recién nacido*. lavanguardia, 1-2.
- Martinez, M. (2015). *Regurgitación y vomito*. Recuperado el 01 de agosto del 2016. Disponible en: <http://www.mapfre.es/salud/es/cinformativo/regurgitacion-vomititos-bebes.shtml>.
- Marriner, T. (2010). *Ann. Modelos y Teorías en enfermería*. 3^{era} Edición. Madrid-España.
- Mamani, Y. (2013). *“factores socioculturales y su relación con el nivel de conocimiento del cuidado del recién nacido en madres primíparas del Hhut”*. (Tesis licenciatura en enfermería). Tacna – Perú.
- Moya, M. (2011). *“Eficacia de una técnica audiovisual-participativa en el conocimiento de las madres adolescentes primíparas sobre los cuidados del recién nacido. Instituto Nacional Materno Perinatal”*. (Tesis de licenciatura en Enfermería). Lima - Perú.

- OMS. (Organización Mundial de la Salud). (2016). *The partnership, for maternal, newborn & child health*. Recuperado el 04 de Octubre del 2026. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/es/>.
- OMS. (Organización Mundial de la Salud). (2011). *Causas de muerte neonatal*. Recuperado el 10 de agosto del 2016. Disponible en: <http://www.who.int/whosis/mort/table2.cfm> de la mortalidad.
- OMS. (Organización Mundial de la Salud). (2011). *Definición de adolescentes*. Recuperado el 05 de agosto del 2016. Disponible en: http://www.unicef.org/ecuador/SOWC-2011-Main Report_SP_02092011.pdf.
- Pediatrics, A. (2013). *Cuidado del cordón umbilical*. Recuperado el 20 de julio del 2016. Disponible en: <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001926.htm>.
- Pineda, R. (2013). *Efectividad del programa educativo “cuidado de mi recién nacido” en el nivel de conocimientos sobre los cuidados básicos del RN en primerizas del AA.HH Pedro Castro Alva*. (Tesis doctoral). Chachapoyas- Perú.
- Rodríguez, J. (2008). *Ictericia neonatal*. Recuperado el 20 de julio del 2016. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/38.pdf>.
- Rose, S. (2010). Educación a los padres del recién nacido en el alojamiento conjunto.
- Raile, M. (2015). *“Modelos y teorías en enfermería”*, 8va edición. Editorial Elsevier España.
- Saavedra, P., & Saavedra, J. (2005). *“Efectos del Programa De Intervención Temprana del INRPAC en el Desarrollo Motor de Prematuros Menores de 1500 Grs. de Peso Al Nacer y/o Menores de 32 Semanas de Edad Gestacional”*, (Tesis para optar el Título de licenciada en Kinesiología). Universidad de Chile.
- Salazar, B. (1999). *“Introducción a la filosofía”*, México: Santana.
- Sanchez, G. (2006). *“Efectividad de una dinámica grupal para madres adolescentes en el conocimiento y prácticas del cuidado del recién nacido en el Hospital Nacional Hipólito Unanue Noviembre 2005 - Febrero 2006”*. (Tesis

Especialidad: Enfermería Pediátrica). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú.

Supo, J. (2014). *Metodología de la Investigación científica*. 5ta Edición. Editorial Universitaria. Arequipa. Perú.

Torras, E. (2013). *Posturas y posiciones para amamantar*. Recuperado el 18 de setiembre del 2016. Disponible en: <http://albalactanciamaterna.org/lactancia/claves-para-amamantar-com-exito/posturas-y-posiciones-para-amamantar/>.

Ventura, T. (1999). *Manual de neonatología. Obtenido de termorregulación*. Recuperado el 20 de agosto del 2016. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/manualped/RNTermorreg.html>

ANEXOS

**Anexo N° 01:
MATRIZ DE CONSISTENCIA**

MULACION DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES	MARCO METODOLOGICO	D IABLE DE
<p>¿Cuál es la la efectividad de la técnica audiovisual participativa para mejorar el nivel de conocimiento de las primigestas sobre los cuidados del neonato, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas – 2016?</p>	<p>eral</p> <p>Determinar la efectividad de la técnica audiovisual participativa para mejorar el nivel de conocimiento de las primigestas sobre los cuidados del neonato, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas – 2016.</p> <p>cíficos:</p> <p>ificar el nivel de conocimientos de las primigestas e el cuidado del neonato antes de la implementación técnica audiovisual participativa.</p> <p>car la técnica audiovisual participativa a las igestas</p>	<p>V1: técnica audiovisual participativa</p> <p>V2: nivel de conocimiento.</p>	<p>que: Cuantitativo</p> <p>l: Explicativo</p> <p>: experimental, Prospectivo, gitudinal y Analítico</p> <p>ño: Cuasiexperimental</p> <p>= 14</p> <p>odo de Investigación: Hipotético - ctivo</p> <p>odo de RD: Encuesta</p> <p>ica de RD: Cuestionario</p> <p>umentos:</p>	<p>Cuantitativa</p>

	<p>medir el nivel de conocimientos de las primigestas sobre el cuidado del neonato después de la aplicación de la técnica audiovisual participativa.</p> <p>medir la efectividad de la técnica audiovisual participativa para mejorar el nivel de conocimiento de las primigestas sobre los cuidados del neonato</p> <p>medir la variación del nivel de conocimiento sobre los cuidados al neonato.</p>		<p>Las técnicas a utilizar son dos: la primera referida a la técnica audiovisual participativa sobre “Cuidados del neonato”,</p> <p>Prueba de conocimiento</p> <p>Análisis: Prueba estadística paramétrica t-Student.</p>	
--	---	--	--	--

ANEXO N° 02
OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Categoría	Escala
			Medición	
Efectividad de la técnica participativa	Efectividad se define cuando la relación entre los niveles iniciales y los resultados finales es óptima, lo cual permite valorar los aspectos que influyen de los sujetos a los individuos.	Efectividad se encuentra al observar la realidad de la técnica participativa, y la aplicación de la técnica participativa a las gestas. Se medirá mediante una prueba de conocimiento de los cuidados del parto.	Activo = $P < \alpha$ (Activo = $P >$ 0,05)	Utilizará la escala de razón

			os de alarma del ecién nacido	e termia gico ultad para succionar bios en la coloración de piel idratación ultad para respirar	: 1 pts Bajo: 0 pts		
--	--	--	----------------------------------	---	------------------------	--	--

Anexo N° 03

UNIVERSIDAD NACIONAL TORIBIO RODRÍGUEZ DE MENDOZA DE AMAZONAS
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

PRUEBA DE CONOCIMIENTO SOBRE CUIDADOS DEL NEONATO MODIFICADO

I. PRESENTACIÓN

El presente estudio se realiza con la finalidad de: Determinar la efectividad de la técnica audiovisual participativa para mejorar el nivel de conocimiento de las primigestas sobre los cuidados del neonato, Hospital Regional Virgen De Fátima, Chachapoyas – 2016. Dándole seguridad que la información brindada es totalmente confidencial y anónima y con fines de investigación.

II. INSTRUCCIONES:

A continuación, encontrara una lista de preguntas sobre el cuidado del recién nacido, señala tu respuesta marcando con una “X, aspa o circulo” la que cree correcto.

III. Datos Generales:

1. Edad:

- a) \leq 15 años ()
- b) 16 - 20 años ()
- c) 21 – 25 años ()
- d) 26 – 30 años ()
- e) De 30 años a mas ()

2. Estado Civil:

- a) soltera ()
- b) casada ()
- c) Conviviente ()
- d) Divorciada ()

- a) Con su Pareja
- b) Sola

3. Grado de Instrucción:

- c) Primaria ()
- d) Secundaria ()
- e) Superior ()

4. Con quien vive usted.

- f) Con sus Padres
- g) En su Tía (o)

 M F

IV. CONOCMIENTOS:

1.1. Alimentarios del recién nacido.

1. ¿Con cuál o cuáles de las siguientes opciones alimenta a su recién nacido?

- a. Frutas, verduras y caldos
- b. Leche materna

c. Leche de vaca

d. Leche de tarro

2. ¿Alimentar la Recién nacido con leche materna al recién nacido es importante, por qué?

a. No es importante darle leche materna

b. Fortalece la salud del recién nacido

c. Es un alimento completo que suple las necesidades de crecimiento y desarrollo del recién nacido.

d. No tiene ningún costo

3. ¿Con que frecuencia debe alimentar al recién nacido?

a. Libre demanda

b. Cada 3 horas.

c. Cada 6 horas.

d. Cada vez que llore

4. ¿En cuál o cuáles de las siguientes posiciones se debe alimentar al recién nacido?

a. La mamá se acuesta de lado apoyada en almohadas y pone al recién nacido acostado de lado acercándole al seno, sujetando al recién nacido si es necesario.



b. La madre está sentada apoyando sus brazos en la silla, sin necesidad de apoyo de la espalda, ella sujeta al bebé acostándolo en su brazo y le acerca el seno sin necesidad de sujetar este.



c. La madre está sentada en una silla sin apoyabrazos, teniendo un apoyo recto de la espalda, coge al bebé como para llevarlo en un brazo sujetándolo las nalgas con la mano y con la cabeza a la altura del codo

cuidando que el cuerpo del bebe no este hacia arriba. Se sujeta el pecho si es necesario y se acerca al bebe, introduciendo no solo el pezón sino la areola.



- d. Se tiene al bebé en los brazos, inclinando y el cuerpo hacia arriba, la madre se inclina acercándole el seno, introduciendo el pezón.



1.2. Higiene del recién nacido.

5. ¿Con qué frecuencia se debe de bañar al recién nacido?

- a. Diariamente
- b. Cada tres días
- c. Dos veces al día
- d. En cada cambio del pañal

6. ¿Es importante bañar al recién nacido por qué?

- a. Fortalece el vínculo madre-hijo
- b. Estimula el desarrollo del recién nacido
- c. Protege de enfermedades.
- d. Mantener la temperatura del recién nacido.

7. ¿Cuál o cuáles de las siguientes precauciones debe tener en cuenta al bañar al recién nacido?

- a. Sostener siempre la cabeza del recién nacido y el cuerpo en la tina
- b. Usar jabones o cremas con perfumes
- c. Recostar al niño en la tina si la mamá necesita salir de la habitación donde lo baña
- d. Probar previamente que el agua este tibia
- e. Evitar corrientes de aire en la habitación donde se baña

8. ¿Cuáles son los cuidados que se le deben realizar al ombligo del recién nacido?

- a. No es necesario realizar algún cuidado específico
- b. Se debe limpiar diariamente con alcohol de 90° y algodón
- c. Se debe limpiar en cada cambio de pañal con alcohol de 70° y gasa
- d. Vigilar la presencia de secreciones, olores fuertes y /o irritación en el ombligo

9. ¿Con que frecuencia se debe realizar el cambio del pañal del recién nacido?

- a. Cada vez que sienta el pañal pesado
- b. Cada vez que el recién nacido orina
- c. Cada vez que el recién nacido haga deposiciones
- d. De 3 a 4 veces al día.

10. ¿Qué precauciones debe tener en cuenta al cambiar el pañal al recién nacido?

- a. Usar talcos con olor
- b. Poner el pañal de tal forma que cubra el muñón del recién nacido.
- c. Lavar los genitales del bebe en cada cambio del pañal
- d. Lavarse las manos con agua y jabón antes y después del cambio del pañal.

11. ¿Cuál o cuáles de las siguientes recomendaciones tiene en cuenta para vestir al recién nacido?

- 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. Poner ganchos de ropa, por ejemplo, nodrizas, si la ropa le queda grande.

1.3. Termorregulación

12. ¿En cuál o cuáles de las siguientes condiciones su recién nacido puede perder temperatura?

- a. Poner al recién nacido cerca de una pared
- b. Bañarle al recién nacido con agua fría
- c. Tener la ventana abierta en la habitación del recién nacido
- d. Ponerle en situaciones donde el recién nacido sude

13. ¿Proteger al bebé del frío o del calor excesivo es importante por qué?

- a. El recién nacido no puede regular su temperatura
- b. Evitar enfermedades
- c. Evitar convulsiones
- d. Mantener siempre caliente al recién nacido

14. ¿Cuál es la temperatura normal del recién nacido?

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

1.4. Vínculo afectivo entre padre e hijo

15. Las diferentes maneras para expresar afecto a su hijo son:

- a. llamar a su Por su nombre
- b. cantar al bebé
- c. acariciar y cuidar
- d. hablar al bebé

16. ¿Expresarle afecto al recién nacido es importante por qué?

- a. No es importante en esta edad
- b. Influye en la creación del vínculo madre- hijo
- c. Estimula el crecimiento y desarrollo del recién nacido
- d. Satisface necesidades físicas y emocionales del recién nacido

1.5. Sueño

17. ¿Cuántas horas al día debe dormir el recién nacido?

- a. 6 a 8 horas
- b. 10 a 12 horas
- c. 14 a 16 horas
- d. 18 a 20 horas

18. De las siguientes posiciones cual o cuales están indicadas mientras duerme el recién nacido:

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

d. Sentado

19. ¿Cuál o cuáles de las siguientes precauciones debe tener en cuenta durante el recién nacido?

- a. Vigilar la posición del niño cuando duerme boca abajo
- b. Acostarlo en el sofá o en la cama de los padres
- c. Abrigarlo con cobijas preferiblemente de algodón
- d. Usa una almohada pequeña cuando duerme ajustándola a la cama

1.6. Signos de alarma.

20. ¿Cuál o cuáles de las siguientes situaciones indican un problema de salud en el recién nacido que requiere de atención inmediata en un centro médico?

- a. Fiebre
- b. Temperatura baja
- c. Vómito
- d. Llanto débil o irritable
- e. Movimientos repetitivos de una parte del cuerpo
- f. Cambios en la coloración de la piel, palidez, amarillo, azulado
- g. Deposiciones líquidas y abundantes
- h. Dificultad para succionar
- i. El recién nacido duerme más de 15 horas diarias
- j. Dificultad para respirar.

Muchas gracias por su participación.

ANEXOS N° 04
PLAN DE TÉCNICA AUDIOVISUAL PARTICIPATIVA



- I. TEMA:** Cuidados del Recién Nacido.
- II. PARTICIPANTES:** Primigestas que se encuentran entre el 6to y 8vo mes de gestación que asisten a su control prenatal en el Hospital Regional Virgen de Fátima.
- III. LUGAR:** Auditorio del Hospital Regional Virgen de Fátima
- IV. FECHAS:** 15 de Octubre al 12 de Noviembre 2016
- V. RESPONSABLE:** Joel Castillo Tenorio
- VI. MATERIALES:** carteles, proyector de imágenes, muñeco para la demostración práctica, cámara fotográfica, carteles.
- VII. OBJETIVO:** Fortalecer los conocimientos sobre los cuidados del neonato a primigestas.
- VIII. DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD EDUCATIVA**

A. PRIMERA sesión:

Concepto de cuidados básicos

Cuidado primario que el recién nacido necesita para subsistir, se relaciona a la alimentación, higiene, horas de sueño, cuidado del cordón umbilical, identificación de signos de alarma que pongan en peligro la vida del recién nacido, todos estos cuidados deben ser aplicados y provistos por la madre.

Lactancia materna

La alimentación del recién nacido es la leche materna ya que es el mejor alimento en forma natural con ventajas nutritivas, inmunitarias, psicológicas para un buen crecimiento y desarrollo.

Calostro materno

El calostro es una secreción espesa, que se empieza a producir en la mama de la mujer a mediados del embarazo y se excreta durante el primer y cuarto día después del parto es de 2 a 20 ml por mamada, es un nutriente ideal y se considera como la primera vacuna que recibe el recién nacido.

Técnica de amamantamiento

Una lactancia exitosa hay que asegurar una buena técnica de amamantamiento y un buen acoplamiento boca pezón – areola.

1. La madre se sienta cómoda con la espalda apoyada e idealmente un cojín sobre su espalda, apoya la cabeza del niño sobre el ángulo del codo sostiene el seno con la mano en forma de "C".
2. La madre comprime por detrás de la areola con sus dedos índice y pulgar para cuando el recién nacido abra la boca, al estimular el reflejo de apertura, tocando el pezón a sus labios ella introduce el pezón y la areola a la boca del bebe sus labios, así su lengua masajea los senos lactíferos contra el paladar y así extraer la leche sin comprimir el pezón.

B. Segunda sesión

Baño

La piel del recién nacido debe asearse a diario para retirar la grasa y las células que se descaman, activar la circulación, establecer un contacto sensitivo generando confort y sensación de frescura.

Técnica del baño

Artículos necesarios para el baño, shampo, jabón neutro sin alcohol ni perfumes, utilizar un paño suave y limpio, toalla, tina pequeña con agua tibia, ropa completa y pañal para después del baño.

Técnica para bañar al recién nacido

- Antes de manipular al recién nacido se debe hacer un lavado minucioso de las manos, luego colocar al alcance todos los artículos que necesitará.
- Primero se debe llenar la bañera con agua tibia comprobando que el agua esté a una temperatura adecuada y placentera.
- Retirarle la ropa al recién nacido y si es necesario limpiar la zona del pañal antes de introducirlo en la bañera.
- Aprovechar la hora del baño para revisar al recién nacido, descartando erupciones, inflamaciones u otros problemas que pudieran presentarse.
- La duración del baño no debe prolongarse, sobre todo en el primer trimestre.
- Para empezar a bañar al recién nacido se debe agarrar con un brazo su espalda de manera que el niño apoye su cabeza en el antebrazo, sosteniéndole por la axila y hombro, de modo que la otra mano quede libre para manipular al recién nacido.
- Se debe empezar limpiando la cara del recién nacido, sin verter agua directamente sino únicamente limpiar con agua, utilizando un paño pequeño o simplemente hacerlo con la mano.
- Los ojos se pueden limpiar con una gasa y suero fisiológico, desde el ángulo interno hasta el ángulo exterior.

- Para el lavado del cabello y el cuero cabelludo, humedecer con agua la cabeza del niño. Colocar el shampo y frotar suavemente la cabeza de adelante hacia atrás, evitando el contacto con los ojos. Enjuagar la cabeza con agua limpia y secar con la toalla con movimientos suaves para evitar la pérdida de calor.
- Para bañar el cuerpo del recién nacido, se debe comenzar por el cuello, la parte anterior, las axilas y los brazos , luego por la espalda, las piernas y por último los genitales, se debe tener muy en cuenta en no frotar el muñón umbilical.
- Por último enjuagar y secar todo el cuerpo rápidamente con una toalla limpia y suave, especialmente entre los pliegues y la zona del cordón, sin frotar solo mediante toques suaves.
- El siguiente paso después del baño es vestir al recién nacido, la madre debe hacerlo de forma ágil y a la vez con delicadeza para evitar resfríos.

Cuidado del cordón umbilical

El cordón umbilical requiere cuidado especial durante las primeras semanas, mientras persista, ya que constituye la principal puerta de entrada a infecciones que a esta temprana edad suelen ser muy graves.

El muñón del cordón umbilical se desprende del vientre del recién nacido entre la segunda y la tercera semana de vida o entre el séptimo y vigésimo día y tarda entre 3 y 5 días más en cicatrizar la herida debe dejarse que el cordón se caiga por sí solo.

Materiales y técnica de curación del ombligo:

- Gasas estériles, Alcohol.
- Limpiar alrededor del ombligo y sobre todo la base.
- Con una gasa con alcohol enrosque la alrededor del cordón.
- Con otra gasa eche alcohol en la base de inserción del cordón umbilical
-

Termorregulación

Es una función fisiológica crítica en el recién nacido ligada a la supervivencia, esto es la habilidad de mantener un equilibrio entre la producción y la pérdida de calor para que la temperatura corporal esté dentro del rango normal.

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

Conducción: En el recién nacido es la pérdida de calor hacia las superficies que están en contacto con su piel, ropa, colchón y sábanas.

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.

Irrradiación: debido a objetos más fríos que la temperatura ambiente cercanos al recién nacido, rayos solares, radiadores de calefacción.

Convección: consiste en la corriente de calor que fluye de la superficie corporal al aire de un ambiente más frío, la cantidad de pérdida de calor depende de la temperatura ambiental, de la velocidad de la corriente de aire y flujo sanguíneo.

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 al aire de un ambiente más frío, la cantidad de pérdida de calor depende de la temperatura ambiental, de la velocidad de la corriente de aire y flujo sanguíneo.

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.

C. Tercera sesión: Vínculo afectivo entre padre e hijo

El desarrollo del vínculo afectivo del recién nacido con sus padres inicia desde el momento en que es deseado o no, principalmente este vínculo está más ligado a la madre ya que durante los nueve 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 lo 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 la 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 realicen 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 el 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 el sentimiento de paz, seguridad, confianza generando entre ellos sentimientos de apego y amor. El masaje suave, el cargarlo, acunarlo, tocarlo es la forma como el niño siente el afecto que le expresa la madre hacia el generando aspectos positivos en su crecimiento y desarrollo.

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 con otras personas que sean quienes cuiden y suplan las necesidades del niño, la intensidad y duración del apego son fundamentales para que el niño pueda sobrevivir y desarrollarse de manera óptima.

D. Cuarta sesión

Signos de alarma

El recién nacido es un ser vulnerable por la inmadurez que aun presentan muchos de sus órganos y sistemas. Esto hace necesario que quienes cuidan al recién nacido conozcan los signos y síntomas que puedan poner en riesgo su salud y bienestar.

Los signos de alarma más importantes en el recién nacido son:

- Sangrado por el ombligo u otro sitio.
- Olores fétidos provenientes del ombligo.
- Fiebre
- Hipotermia.
- Flacidez.
- Llanto débil o constante.
- Quejido constante.
- Cambios en la coloración de la piel, cianosis, palidez o ictericia.
- Dificultad para comer.
- Vómito.
- Más de 5 deposiciones líquidas al día.
- Pérdida de peso.
- Ictericia

2	5	100	0	0	0.03125	*
3	5	100	0	0	0.03125	*
4	5	100	0	0	0.03125	*
5	4	80	1	20	0.15625	---
6	5	100	0	0	0.03125	*
7	5	100	0	0	0.03125	*
8	5	100	0	0	0.03125	*
9	5	100	0	0	0.03125	*
10	5	100	0	0	0.03125	*
TOTAL	49	98	1	2	4.5297	

Fuente: Apreciación de los expertos

* : Significativa (P < 0.05)

** : Altamente significativa (P < 0.01)

Por lo tanto en el resultado se indica que el instrumento es adecuado para su aplicación (4.5297)

ANEXO 07
AUTORIZACION DE LOS PADRES DE FAMILIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante el presente documento yo,.....
identificado (a) con DNI..... autorizo a mi menor hijo (a) a participar en la
investigación realizada por el Bachiller en Enfermería Lleny Marlit Trigoso Gaslac.

Para lo cual he sido informado (a) que el objetivo del estudio es: Determinar el tipo de
maltrato infantil que presentan los estudiantes de la Institución Educativa Primaria Pedro Castro
Alva N° 18006 - Chachapoyas 2017.

Con la finalidad de identificar los tipos de maltrato infantil, se aplicará un instrumento del test de
maltrato infantil.

La información obtenida será de carácter confidencial y no será usada para otro propósito fuera
de este estudio sin mi consentimiento.

Para lo cual firmo en señal de conformidad.

Firma del Padre o Apoderado