

UNIVERSIDAD ADVENTISTA DE CENTROAMÉRICA

ESCUELA DE ENFERMERÍA



TRABAJO DE GRADUACIÓN PRESENTADO PARA OPTAR AL
GRADO ACADÉMICO DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

*“DETERMINAR LAS PRÁCTICAS QUE TIENEN LAS MADRES
ADOLESCENTES ACERCA DE LOS CUIDADOS BÁSICOS HACIA SUS
HIJOS DEL HOGAR POSADA DE BELÉN, COYOL DE ALAJUELA DE
ABRIL A AGOSTO 2014.”*

ELABORADO POR:

BACH. ANDREA MADRIGAL MESÉN

ALAJUELA, COSTA RICA, 2014

TABLA DE CONTENIDOS

DEDICATORIA.....	7
AGRADECIMIENTO.....	8
RESUMEN.....	9
INTRODUCCIÓN.....	10
CAPÍTULO I Planteamiento del problema.....	12
1.1 Tema de Investigación.....	13
1.2 Problema de la Investigación.....	13
1.3 Preguntas de Investigación.....	14
1.4 Objetivos.....	16
1.4.1 Objetivo General.....	16
1.4.2 Objetivos Específicos.....	16
1.5 Justificación.....	17
1.6 Utilidad Teórica.....	21
1.7 Utilidad Práctica.....	22
1.8 Delimitaciones.....	23
1.9 Limitaciones u Obstáculos.....	24
1.9.1 Limitación humana.....	24
1.9.2 Limitación administrativa.....	24
1.9.3 Limitación temporal.....	25
1.9.4 Limitaciones éticas.....	25
1.10 Factibilidad.....	27
1.11 Descripción de la Situación Actual.....	28
CAPÍTULO II Marco Teórico.....	35
2.1 Embarazo en las madres adolescentes en Costa Rica.....	38
2.2 Definición de Madre Adolescente.....	41
2.3 Definición Recién Nacido.....	44
2.4 Valoración Inmediata del Recién Nacido.....	45
2.5 Valoración a Profundidad del Recién Nacido.....	48
2.6 Valoración Neurológica del Niño.....	51
2.7 Desarrollo Normal del Niño.....	52
2.7 Madre adolescente y el cuidado de su hijo.....	59
2.8 Cuidados Básicos del Niño.....	62
CAPÍTULO III Marco Metodológico.....	80
3.1 Ubicación de la investigación.....	81
3.2 Enfoque de la investigación.....	81
3.3 Tipo de investigación.....	82
3.4 Finalidad de la investigación.....	83
3.5 Alcance temporal de la investigación.....	83

3.6 Profundidad de la investigación.....	84
3.7 Según la orientación que asume.....	85
3.8 Áreas de estudio.....	86
3.9 Población objeto de estudio	87
3.10 Tipo de muestra.....	88
3.11 Selección y tamaño de la muestra.....	88
3.12 Recopilación de la información.....	89
3.12.1 Instrumento aplicado.....	89
3.12.2 Tipo de cuestionario.....	90
3.12.3 Validación del instrumento.....	91
3.12.4 Descripción del cuestionario.....	91
3.13 Programa Educativo.....	93
3.14 Importancia de la ética en la investigación.....	94
CAPÍTULO IV Análisis e Interpretación de Resultados.....	98
CAPÍTULO V Conclusiones y Recomendaciones.....	196
Conclusiones.....	197
Recomendaciones.....	202
BIBLIOGRAFÍA.....	204
ANEXOS.....	211
Anexo #1.....	212
Anexo #2.....	217
Anexo #3.....	220
Anexo #4.....	221
GLOSARIO.....	222
CARTAS.....	227

TABLA DE CUADROS Y GRÁFICOS

CAPÍTULO IV Análisis e Interpretación de Resultados.....	98
Cuadro #1.....	100
Gráfico #1.....	100
Cuadro #2.....	102
Gráfico #2.....	102
Cuadro #3.....	103
Gráfico #3.....	103
Cuadro #4.....	105
Gráfico #4.....	105
Cuadro #5.....	107
Gráfico #5.....	107
Cuadro #6.....	108
Gráfico #6.....	108
Cuadro #7.....	110
Gráfico #7.....	110
Cuadro #8.....	112
Gráfico #8.....	112
Cuadro #9.....	114
Gráfico #9.....	114
Cuadro #10.....	116
Gráfico #10.....	116
Cuadro #11.....	118
Gráfico #11.....	118
Cuadro #12.....	119
Gráfico #12.....	119
Cuadro #13.....	121
Gráfico #13.....	121
Cuadro #14.....	123
Gráfico #14.....	123
Cuadro #15.....	125
Gráfico #15.....	125
Cuadro #16.....	127
Gráfico #16.....	127
Cuadro #17.....	129
Gráfico #17.....	129
Cuadro #18.....	131
Gráfico #18.....	131
Cuadro #19.....	133
Gráfico #19.....	133
Cuadro #20.....	135
Gráfico #20.....	135
Cuadro #21.....	137
Gráfico #21.....	137
Cuadro #22.....	139

Gráfico #22.....	139
Cuadro #23.....	141
Gráfico #23.....	141
Cuadro #24.....	143
Gráfico #24.....	143
Cuadro #25.....	145
Gráfico #25.....	145
Cuadro #26.....	147
Gráfico #26.....	147
Cuadro #27.....	149
Gráfico #27.....	149
Cuadro #28.....	151
Gráfico #28.....	151
Cuadro #29.....	153
Gráfico #29.....	153
Cuadro #30.....	154
Gráfico #30.....	154
Cuadro #31.....	156
Gráfico #31.....	156
Cuadro #32.....	158
Gráfico #32.....	158
Cuadro #33.....	160
Gráfico #33.....	160
Cuadro #34.....	162
Gráfico #34.....	162
Cuadro #35.....	164
Gráfico #35.....	164
Cuadro #36.....	166
Gráfico #36.....	166
Cuadro #37.....	168
Gráfico #37.....	168
Cuadro #38.....	170
Gráfico #38.....	170
Cuadro #39.....	172
Gráfico #39.....	172
Cuadro #40.....	174
Gráfico #40.....	174
Cuadro #41.....	176
Gráfico #41.....	176
Cuadro #42.....	178
Gráfico #42.....	178
Cuadro #43.....	180
Gráfico #43.....	180
Cuadro #44.....	182
Gráfico #44.....	182
Cuadro #45.....	184

Gráfico #45.....	184
Cuadro #46.....	186
Gráfico #46.....	186
Cuadro #47.....	188
Gráfico #47.....	188
Cuadro #48.....	190
Gráfico #48.....	190
Cuadro #49.....	192
Gráfico #49.....	192
Cuadro #50.....	194
Gráfico #50.....	194

DEDICATORIA

En primera instancia agradecer a nuestro creador, Dios, porque gracias a Él obtuve la vida, sapiencia, todo el esfuerzo y empeño para lograr finalizar la presente investigación.

A mis padres que han sido durante toda mi vida ese pilar fuerte en donde he logrado apoyarme, lograr salir adelante para conseguir cada una de mis metas siempre contando con su soporte y amor incondicional.

A mi hermano y a mi novio que se convirtieron en mi apoyo incondicional, me brindaron su ayuda, tiempo y tolerancia para lograr finalizar esta investigación.

Gracias a Dios y mi familia cada día estoy más cerca de alcanzar todas las metas que me he propuesto en la vida, sin su sostén el camino hubiera sido muy duro, pero gracias a Dios y la familia que no me abandona.

AGRADECIMIENTO

A Dios que me da la oportunidad de vivir y es el ejemplo del camino que debo seguir día a día. Mi familia y mi novio por estar siempre conmigo apoyándome en todo el proceso de mi carrera y con la investigación presente.

A mis padres que han logrado inculcar en mí los buenos valores de trabajo y responsabilidad que cada día me recuerdan el deber de ser una mejor persona para así convertirme en una excelente profesional.

Agradecer al Hogar Posada de Belén por abrir las puertas para lograr realizar la investigación, y agradecimiento especial a la Lic. Lilliana Cordero quien forma parte del personal de la Posada; su ayuda fue de gran importancia para la realización del proyecto.

A la escuela de Enfermería quien ha sido mi guía para lograr desarrollar mi carrera, convertirme en una gran profesional con valores cristianos y éticos de excelencia.

A mi tutor el Lic. Juan Córdoba, que brindó toda la ayuda y supervisión para lograr alcanzar el éxito de la investigación, así como el Lic. Manuel Wong por su guía, soporte y su entrega con cada estudiante. Gracias a ambos por su paciencia y entrega para así conseguir la finalización triunfante de la indagación.

RESUMEN

La investigación se desarrolló en el Hogar Posada de Belén el cual se fundó en el año 1999.

Nace la necesidad de suplirle a las madres adolescentes una guía de prácticas pertinentes para el cuidado de sus niños con respecto al baño diario, alimentación, cuidados de la piel, cabello, uñas, ojos, cordón umbilical, higiene de las vías respiratorias, lactancia, posturas del bebé, signos de alerta durante su etapa de crecimiento, pues la investigadora analiza que la calidad de vida del recién nacido depende de la atención adecuada que se le brinde.

En el programa se incluirán planes para mejorar el cuidado de los recién nacidos mediante charlas y la realización de una guía de cuidados básicos entre otros con el fin de brindar

soluciones y enriquecer el vínculo entre la madre y el recién nacido.

ABSTRACT

This research takes place in the Posada de Belen, which was founded in 1999. The investigator found that it is important to supply young teenager's moms a practical guidance of the care of their children in the areas of daily bathing, feeding, care skin, hair, nails, eyes, umbilical cord, respiratory hygiene, breastfeeding, warning signs during their growth stage.

The researcher analyzes the quality of life of the newborn depends on proper care it gives you.

The program will include plans to improve the care of newborns through talks and conducting a basic care guide to provide solutions and enrich the bond between mother and newborn.

INTRODUCCIÓN

Embarazo adolescente o embarazo precoz es aquel embarazo que se produce en una mujer adolescente; entre la adolescencia inicial o pubertad y el final de la adolescencia. Se establece la adolescencia entre los 10 y los 19 años.

Existen muchas causas del embarazo adolescente; en algunas sociedades, el matrimonio a edades tempranas y el rol de género que tradicionalmente se asigna a la mujer, son factores importantes en las altas tasas de embarazo en la adolescencia. Así como la práctica de las relaciones sexuales sin métodos anticonceptivos.

En Costa Rica, según el Censo de Población del 2011, un 9,1% de las adolescentes entre los 12 y 19 años ha tenido al menos un hijo nacido vivo. Además, el 20% de todos los nacimientos ocurridos en el país corresponden a jóvenes menores de 18 años, detalla el Censo. Eso significa que, por año, 14.000 adolescentes se convierten en madres. El 70% de esos casos se registran en las zonas rurales.

Es necesario un mayor apoyo a la maternidad adolescente, incluida la ayuda para poder volver a integrarse en la educación obligatoria, asesoramiento y apoyo psicológico y económico, colaboración con los padres jóvenes, mejor cuidado de los niños.

El Hogar Posada de Belén es el lugar donde se desarrolla la investigación presente, el Hogar junto con el PANI y ayuda privada brindan apoyo a la madre adolescente junto con su hijo. Se ofrece educación, así como capacitaciones a nivel técnico, además se dan los cuidados básicos a su hijo para que las madres logren estudiar y capacitarse para luego enfrentar su reintegración a la sociedad junto con su hijo.

Como tema de investigación se propuso determinar las prácticas de las madres adolescentes con respecto al cuidado de sus hijos. Se considera de suma importancia conocer cuáles son los cuidados que brindan las madres adolescentes a sus hijos para así comprobar si existen prácticas inadecuadas para erradicarlas, contribuir al bienestar y desarrollo del infante.

A través del estudio se dan a conocer conceptos de la madre adolescente, riesgos, y actualidad de la problemática. Así como la definición del recién nacido, el desarrollo normal de niño y los cuidados básicos.

Se realizó una evaluación con la ayuda de 30 madres adolescentes, donde se generaron los conocimientos del cuidado básico del niño (a). Luego de analizar los resultados se definen las conclusiones y una serie de recomendaciones.

El estudio no pretende abarcar ni agotar todos los detalles y análisis del cuidado que un niño requiere. Su propósito primordial es conocer cuánto conocen las madres adolescentes del cuidado del bebé en las áreas escogidas para la realización del estudio. Así en el futuro se pueda tomar este trabajo de investigación y profundizar mejor los cuidados de los niños.

CAPÍTULO I

1.1 Tema de Investigación

“Determinar las prácticas que tienen las madres adolescentes acerca de los cuidados básicos hacia sus hijos del Hogar Posada de Belén, Coyol de Alajuela de abril a agosto 2014”.

1.2 Problema de la Investigación

¿Cuáles son las prácticas en el cuidado de los hijos que no realizan o realizan mal las madres adolescentes del Hogar Posada de Belén, Coyol de Alajuela?

1.3 Preguntas de Investigación

I. Área Administrativa

1. ¿Qué es la Posada de Belén?
2. ¿Es la Posada de Belén un centro único en el país?
3. ¿Por qué surgen estos centros en el país?
4. ¿Cómo se financia la Posada de Belén?
5. ¿Qué respaldo legal y sanitario tiene el Hogar Posada Belén?
6. ¿Qué tipo de educación brinda el personal de la Posada de Belén acerca de los cuidados de los niños?
7. ¿Es necesario reforzar los conocimientos al personal para que estos sean transmitidos de forma efectiva o correcta a las madres adolescentes?
8. ¿Se beneficiaría El Hogar Posada de Belén con este estudio?

II. Área de Salud

1. ¿Qué casos y consecuencias relevantes se han dado de prácticas incorrectas por parte de las madres adolescentes?
2. ¿Perjudican los malos cuidados a los niños en su salud?
3. ¿Qué beneficios obtendrían los niños en este Hogar con un adecuado cuidado por parte de sus progenitoras?

III. Área Cognitiva

1. ¿Las madres adolescentes mejorarán sus conocimientos respecto al cuidado de sus hijos?
2. ¿Cuáles son los errores más comunes que cometen las madres en relación con el cuidado de sus hijos?

IV. Área Socio-Afectiva

1. ¿Se mejorará el vínculo entre madre e hijo con una adecuada técnica en el correcto cuidado?
2. ¿Cuál es el promedio de tiempo que las madres adolescentes brindan los cuidados a sus niños?

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo General

- Evaluar el conocimiento de las madres adolescentes acerca de las prácticas de los cuidados básicos hacia sus niños y factores que inciden en esta práctica.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Examinar los cuidados básicos que brindan las madres adolescentes a sus niños en el Hogar Posada de Belén en el Coyol de Alajuela.
- Estimar la importancia y los beneficios del correcto cuidado de sus hijos.
- Valorar mediante la observación las prácticas de las madres en relación con el aseo diario y cuidado de sus hijos.
- Fomentar el fortalecimiento afectivo del binomio madre e hijo.
- Organizar una charla acerca del cuidado básico de sus hijos en cuanto a aseo diario, y signos de alerta.
- Entregar una guía acerca de los cuidados básicos de los niños que incluya cuidados de la piel, pelo, sentidos, sistemas, nutrición, baño del bebé, cordón umbilical, deposiciones, uñas, ropa.

1.5 Justificación

La Organización Mundial de la Salud (OMS), divide la infancia desde el nacimiento hasta los 10 años; preadolescencia de 10 a 14 años y la adolescencia de los 14 a los 19 años. Esta organización, denomina embarazo en adolescentes, al que ocurre durante la adolescencia de la madre, durante el lapso de vida transcurrido entre los 10 y 19 años de edad.

Se define al niño recién nacido como “todo neonato sano, sin enfermedad posible ni probable y con una edad inferior a 28-30 días” (M.J Aguilar Cordero, 2003, p.3).

Según, el Código Política Nacional de Niñez y Adolescencia (PNNA) del 2009, define a la madre adolescente mayor de 12 y menor de 18 años. Además, se considera como un embarazo precoz, debido a que se presenta antes de que la mujer haya alcanzado la suficiente madurez emocional y física para asumir la compleja tarea de la maternidad.

El embarazo en las adolescentes es una problemática que ha aumentado en la sociedad en los últimos años, dicha situación pone en riesgo a la adolescente y al niño (a).

“Cada año quedan embarazadas 1,2 millones de adolescentes en Estados Unidos, lo que representa el 20% de nacimientos. Estudios realizados han evidenciado una tendencia al alza de la actividad sexual en los adolescentes durante los últimos 30 años”. (Gispert, 2011)

En Costa Rica en las últimas décadas el embarazo en la adolescencia se ha convertido en un tema de relevancia pública, dada la alta tasa de incidencia a nivel

nacional. Para el año 2011, se reportan 13.867 partos de mujeres menores de 19 años, lo cual corresponde al 18% del total de partos reportados a nivel nacional, cifra que ha variado poco desde 1998, (I.N.E.C., 2011). Lo anterior ha generado la inclusión del tema en la agenda pública y por ende la formulación de una serie de políticas sociales que pretenden disminuir la incidencia del embarazo en mujeres en la etapa de la adolescencia.

El embarazo en adolescentes supone un impacto a nivel social, traducido en circunstancias como deserción escolar, desempleo y bajos ingresos, entre otras; situación que repercute en la vida tanto de la adolescente madre como de su hijo o hija.

En Costa Rica, desde la década de los años 80, el tema del embarazo adolescente fue colocado como “problema de salud pública” ante el incremento significativo en el número de partos de mujeres adolescentes y debido a las posibles consecuencias que ello puede significar en el desarrollo personal, social y económico tanto de la madre como de su hijo o hija. Lo anterior dio lugar a un marco legal que respalda los derechos de esta población y regula la atención que el estado debe brindar.

Pese a lo anterior, los datos revelan que los esfuerzos del Estado por abordar la temática no han sido suficientes, pues no se identifica una disminución significativa de los números en embarazos de niñas y adolescentes. Durante los últimos diez años, Costa Rica ha manejado un aproximado de 500 embarazos anuales en personas menores de 15 años y alrededor 13.500 casos en adolescentes mayores de 15 y hasta los 19 años (I.N.E.C., 2011).

Luego de la gestación, comienza una nueva etapa para la madre y su bebé, la dependencia del recién nacido de sus madres es un aspecto fundamental para el óptimo desarrollo y bienestar de ambos.

El Hogar Posada de Belén se fundó en el año 1999 con la idea de ayudar a las madres adolescentes y sus hijos; para así disminuir las repercusiones sociales, económicas, psicológicas que embarga todo el tema del embarazo en edades tempranas. Desde su fundación el Hogar ha contribuido con estas jóvenes para que logren desarrollarse a nivel académico contribuyendo en la formación de futuras profesionales en distintos campos. Lo que conlleva, a que las jóvenes dediquen la mayor parte de su tiempo al estudio, por consiguiente, sus hijos quedan a cargo de las niñeras del Hogar; como consecuencia las jóvenes no adquieren la experiencia que conlleva el cuidado directo de sus hijos provocando que se debilite su vínculo afectivo.

A partir de los datos anteriores es que nace la necesidad de suplirle a las madres adolescentes una guía de prácticas pertinentes para el cuidado de sus niños con respecto al baño diario, alimentación, cuidados de la piel, cabello, uñas, ojos, cordón umbilical, higiene de las vías respiratorias, lactancia, posturas del bebé, signos de alerta durante su etapa de crecimiento, pues la investigadora analiza que la calidad de vida del niño depende de la atención adecuada que se le brinde.

Se determina que es necesario una investigación de este tipo porque las variables, cuidados básicos y calidad de vida, están directamente relacionadas entre sí por un común denominador: satisfacción de las necesidades básicas del niño o niña, y solo a través de un programa de educación más formal dirigido a las madres de corta

edad y quienes son las responsables de suplir dichos cuidados se puede enfrentar esta situación.

Este estudio acerca de los cuidados de los niños, es de suma importancia, pues de esta manera las madres adolescentes obtendrán los conocimientos necesarios para el cuidado diario de sus niños (as) ya que, probablemente no cuentan por causa de su inexperiencia y de las responsabilidades de estudio y preparación académica que llevan dentro del Hogar.

Resulta primordial destacar que en este programa se promoverán consejos para el eficaz y correcto cuidado de los niños fortaleciendo vínculos afectivos entre la madre y su bebé, pues un buen desarrollo es estimulado por el afecto, las caricias y los cuidados que se le brindan.

Se decidió realizar esta investigación en el Hogar Posada de Belén, pues ahí viven muchas madres adolescentes en total 57; quienes necesitan fortalecer sus conocimientos en el tema del cuidado de sus recién nacidos. Precisamente se pretende contribuir con la educación de las prácticas correctas que se deben llevar a cabo para que el vínculo entre ellos se fortalezca cada día más.

Estudiantes y futuros profesionales de la salud juegan un papel importante al brindar información precisa, bien fundamentada, acorde con la realidad de cada recién nacido y su madre dentro del Hogar Posada de Belén. Además, el desarrollo de este programa puede convertirse en un instructivo idóneo en las prácticas correctas del cuidado del recién nacido en temas básicos de higiene, salud del sistema respiratorio, cabello, uñas, alimentación, lactancia, ropa, entre otros, que deben ser manejados por su madre.

De acuerdo a la situación planteada se considera que la madre adolescente estará inmersa en un proceso continuo de aprendizaje que va a contribuir a su desarrollo y madurez, tanto física y emocional como cognitiva. Por lo que se va contribuir a disminuir o corregir las fallas en relación a los cuidados del niño (a) debido a su falta de experiencia o desconocimiento acerca de su manejo. Todo esto con el fin de generar un mejor bienestar para las futuras generaciones.

En el programa se incluirán planes para mejorar el cuidado de los niños (as) mediante una charla - talleres y la realización de una guía de cuidados básicos entre otros, con el fin de brindar soluciones y enriquecer el vínculo entre la madre y el niño (a). Tanto las madres adolescentes como los niños (as) se podrán ver beneficiados en la implementación de los talleres al mejorar los conocimientos en el caso de la madre y que el recién nacido reciba los cuidados óptimos para su crecimiento y desarrollo infantil.

1.6 Utilidad Teórica

Las madres adolescentes se verán beneficiadas con un aporte de recomendaciones acerca de los cuidados que necesitan sus hijos para mejorar así, su buen desarrollo. Se contribuirá para tratar de erradicar aquellas malas prácticas que puedan existir con respecto a los cuidados para el recién nacidos así como ideas, prejuicios o tabúes que tengan en algunas de las áreas estudiadas.

Además se contribuirá con la labor que realiza el Hogar Posada de Belén en el continuo apoyo, en este caso en el área de salud tanto a las madres adolescentes así como sus hijos.

1.7 Utilidad Práctica

La promoción y prevención de la salud para el recién nacido es vital, la investigación presente pretende promover cuidados básicos para los niños de la más alta eficacia de modo que se contribuya con el desarrollo recomendable para el infante. Además mediante la investigación se originarán cuidados saludables para los recién nacidos para optimizar su salud, como resultado del aumento de los conocimientos de las madres adolescentes con respecto a este tema para luego contribuir al desarrollo de sus hijos.

Uno de los objetivos establecidos pretende impartir una charla teórico-práctica de manera que puedan reforzarse los conocimientos de las madres así como fortalecer las debilidades con respecto al tema. Además se entregará una guía a cada madre con los cuidados básicos considerados por la investigadora como las áreas más importantes a tratar. De esta manera se van a corregir las dudas o insensateces que puedan tener las madres adolescentes con respecto al cuidado del niño.

Los resultados prácticos se verán reflejados en las madres adolescentes una vez que practiquen los cuidados de manera correcta y con el mínimo de errores, todo esto beneficiará al niño en el desarrollo saludable de su vida.

1.8 Delimitaciones

El tema de la investigación presente se refiere acerca de los cuidados de los hijos de las adolescentes del citado lugar; desde recién nacidos hasta de dos años de edad, dicho tema posee una bibliografía bastante extensa; debido a esta razón y por el corto tiempo de la investigación se deben delimitar los temas acerca del cuidado de estos niños que serán expuestos en este trabajo de investigación.

La madre adolescente se está enfrentando a experiencias nuevas una vez que su bebé haya nacido, esta nueva etapa en las vidas de ambos conlleva a muchos cuidados; y éstos deben ser eficientes para que el desarrollo del bebé sea el más indicado.

La investigadora considera que los temas más importantes a trabajar tomando en cuenta la situación actual que se vive dentro del Hogar Posada de Belén son las siguientes áreas de estudio:

- a) Baño del niño
- b) Cuidados del cordón umbilical
- c) Cuidados de la piel
- d) Cuidados de las uñas
- e) Higiene de las vías respiratorias
- f) Lactancia
- g) Ictericia en el recién nacido
- h) El sueño
- i) Pañales
- j) Ropa adecuada

k) Depositiones

Todas estas áreas de estudio ayudarán de manera secundaria a fortalecer el vínculo entre la madre e hijo.

El cuidado de los niños puede provocar inseguridad; especialmente a madres tan jóvenes, con la investigación se desea colaborar para combatir esos miedos y que sean capaces las madres adolescentes de brindar un cuidado óptimo a sus hijos.

1.9 Limitaciones u Obstáculos

Toda investigación presenta inconvenientes para su desarrollo; en el presente trabajo se han encontrado limitaciones humanas, administrativas, temporales y éticas.

1.9.1 Limitación Humana

En el aspecto humano se encontraron limitaciones en cuanto al acceso para hablar con las madres debido a su timidez, su dificultad para expresar sentimientos y conocimientos acerca del tema del cuidado de sus hijos.

1.9.2 Limitación Administrativa

En el área administrativa la limitación es con el ingreso al centro debido a su regulación con la entrada y salida de los visitantes de manera estricta. Se debe pedir una cita para ingresar, sino es así en la entrada se debe solicitar el permiso con el guarda, el motivo de la visita y a la persona que se desea visitar.

1.9.3 Limitación Temporal

Una limitación bastante importante es la temporal; el corto tiempo para desarrollar la investigación en un periodo de 5 meses de abril a agosto del presente año, esta situación dificulta la investigación para profundizar el tema de indagación.

1.9.4 Limitaciones Éticas

En el aspecto ético, hay algunas consideraciones que debe tratar la investigadora como es el respeto hacia los individuos, en este caso a las madres adolescentes y su hijo.

“Cada individuo es importante y tiene derecho a ser tratado con respeto”

(Gerrish & Lacey, 2008, p32).

Importante el respeto que la investigadora brindará a cada una de las madres adolescentes del Hogar obedeciendo a las necesidades de cada una y velando por la importancia de cada una y su historia.

“Las madres adolescentes corresponden a un grupo de individuos y grupos vulnerables; por todas las dificultades inherentes a las investigaciones. Sin embargo la investigación resulta esencial si se quiere alcanzar avances en los tratamientos y una mejor comprensión de sus necesidades” (Gerrish & Lacey, 2008, p34).

El hecho de mejorar los conocimientos con respecto al cuidado de su hijo (a) permitirá mejorar la capacidad de atención para que en la práctica se puedan aplicar los conocimientos de la mejor manera y contribuyan al desarrollo de sus hijos.

Gerrish & Lacey, (2008)

Las personas capaces de advertir lo que implica la participación también deberían ser capaces de decidir si toman parte en un estudio, por lo que es necesario que los investigadores proporcionen toda la información que resulte fácil de asimilar. El consentimiento del participante ha de prestarse con libertad y debe ofrecerse la oportunidad de retirarlo en una fase posterior. (p.35)

Las madres adolescentes tienen todo su derecho de no ser incluidas en la investigación, sin embargo se les debe explicar ampliamente todos los beneficios, así como ofrecer toda la información clara y precisa para que así ellas determinen su participación o no.

Según Gerrish & Lacey (2008) “los datos recopilados deben protegerse durante su almacenamiento y, en muchos casos, se estipula el modo en que se eliminarán con seguridad una vez utilizados para su propósito principal”. (p.36)

Se mantendrá la confidencialidad de la investigación con el Hogar Posada de Belén y todos los datos obtenidos en cuanto a las madres adolescentes y sus hijos; así como el área administrativa del Hogar durante todo el desarrollo del estudio.

Antes de llevar a cabo este proyecto de investigación, se van a aclarar todos los beneficios potenciales de la participación en dicho estudio, se obtendrán mejorías en el cuidado de sus hijos en el área de la salud y en la asistencia a las madres adolescentes para brindar cada cuidado. Además todo este aprendizaje dará a largo plazo mejoras para las futuras madres que ingresen al Hogar Posada de Belén.

1.10 Factibilidad-Viabilidad

A pesar de los obstáculos mencionados el estudio es viable porque presenta varios factores que benefician a la investigadora y así lograr ser un estudio factible a desarrollar con el mínimo de complicaciones.

Estos factores son los siguientes:

- a) La investigadora tiene cercanía con el Hogar Posada de Belén por lo tanto es de fácil acceso para llegar al lugar, en un corto tiempo.
- b) La investigadora ha desarrollado otras actividades dentro del Hogar por lo tanto conoce al lugar y parte de su personal.
- c) Se cuenta con el apoyo y autorización de la administración del Hogar.
- d) La investigadora es conocida del Hogar por lo tanto tiene acceso al centro con el mínimo de inconvenientes.
- e) Las jóvenes que asisten al Hogar están anuentes a participar en la investigación.
- f) Acceso a la bibliografía especializada sobre el tema de indagación.
- g) Se cuenta con la asesoría profesional por parte del tutor el Msc. Juan Córdoba para guiar la investigación.
- h) El estudio se desarrollará ajustado a un estricto cronograma a cumplir con el tiempo estipulado por la Escuela de Enfermería de la UNADECA. (ver anexo #3).
- i) Como profesional en salud se aplicará el protocolo según las exigencias éticas.

Todos estos factores contribuyen con la investigación para que se pueda desarrollar con la mayoría de los elementos a su favor y así finalizar la indagación con éxito cumpliéndose así todos los objetivos.

1.11 Descripción Situación Actual

El Hogar Posada de Belén Madre Teresa de Calcuta fue fundado por la Conferencia Episcopal de Costa Rica apoyado por el Patronato Nacional de la Infancia, la Junta de Protección Social y la empresa privada en el año 1999. Se encuentra ubicado 600m oeste de Riteve, en el cantón del Coyol de la provincia de Alajuela.

La misión del Hogar Posada de Belén es:

Ser una institución Pro-Vida avalada por la Conferencia Episcopal de Costa Rica, que recibe tanto a niñas y adolescentes madres que dicen sí a la vida y aceptan dar a luz a su bebé. Les brindamos atención integral al lado de sus hijos e hijas en la modalidad de alternativa residencial. Trabajamos para sanar su estado emocional, físico y espiritual, para que puedan asumir su papel de madres. Además proporcionamos su preparación psicosocial, humano, académico y laboral para que tengan una exitosa reinserción en la sociedad al lado de su hijo o hija y evitar así la reproducción de patrones negativos de crianza. Creemos fielmente que al educar a una madre se educan mil generaciones". (L. Cordero, comunicación personal, 8 de abril, 2014).

La Visión del Hogar Posada de Belén es:

Ser la institución modelo en la atención integral de niñas y adolescentes que dicen sí a la vida y aceptan dar a luz a su bebé. Brindar la atención integral también a sus hijos e hijas, para que juntos enfrenten la vida inspiradas en la esperanza, la fe y el amor de Dios y sin reproducir patrones de crianza negativos sanando a muchas generaciones”. (L. Cordero, comunicación personal, 8 de abril, 2014).

El 09 de noviembre de 1989, por Decreto Ejecutivo No. 19276-S, se creó el Sistema Nacional de Salud y se estableció el Reglamento General del Sistema mediante el cual se responsabilizó al Ministerio de Salud de la rectoría del sistema y de la coordinación y el control técnico de los servicios dirigidos a alcanzar salud y bienestar para toda la población.

En el decreto del Sistema Nacional de Salud además de estar integrado por las instituciones estatales que conforman el sector salud, se conforma por otras del sector privado y por la comunidad, como se detalla a continuación:

- Ministerio de Salud (M.S.)
- Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS)
- Instituto Nacional de Seguros (I.N.S.)
- Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (A y A)
- Universidades e institutos, públicos y privados encargados de formar y capacitar a los profesionales y técnicos de salud.

- Servicios de salud privados, cooperativas y empresas de autogestión que brindan servicios de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación y rehabilitación de la salud de las personas.
- Municipalidades
- Comunidades

El Hogar Posada de Belén dentro del Sector Salud se encuentra en los servicios de salud privados de modo que brinda servicios de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación y rehabilitación por parte del personal de salud de manera integral, sin embargo la atención en salud especializada es recibida por parte del Equipo Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS) del Coyol o el Hospital San Rafael de Alajuela a los niños y madres adolescentes.

El horario de atención del Hogar Posada de Belén al público en general es de 8am a 5pm de lunes a viernes. Sin embargo, las madres adolescentes tienen supervisión y cuidado las 24 horas del día, los siete días de la semana.

A la Posada llegan madres adolescentes de diferentes lugares del país especialmente del sector rural; como es el caso de Talamanca, Nicoya, San Carlos y Limón. Generalmente son niñas menores de edad, en riesgo social, sin familiares que puedan hacerse cargo de ellas y su recién nacido. Al llegar, algunas no saben leer ni escribir, por esta situación, una de las prioridades es que continúen su formación académica y se capaciten en algún oficio. Las madres deben salir de La Posada de Belén al cumplir 18 años, es importante que cuenten con conocimientos que les ayuden a conseguir trabajo, y para ello deben iniciar la capacitación antes de los 17 años.

El Hogar Posada de Belén creó programas de capacitación propios y procuran que las madres adolescentes logren obtener una certificación. Así nació el “Establo de la Posada”, el restaurante y otros programas tales como: costura, manicura y pedicura, belleza, entre otros.

Paralelamente a la capacitación laboral que reciben las jóvenes pueden terminar la educación primaria o secundaria asistiendo al Colegio El Carmen, el Liceo del Barrio San José o al Instituto Costarricense de Asesoría en Educación (ICAE) para su bachillerato por madurez. Además, al finalizar tienen la posibilidad de estudiar inglés becadas por el instituto INTENSA, o acceder a los cursos del Instituto Nacional de Aprendizaje (INA).

Conjuntamente tienen sesiones de terapia individuales todos los días; visitan la capilla, el gimnasio, tienen horas de recreación; los fines de semana realizan paseos, e incluso reciben formación humana y espiritual, porque muchas de ellas están enojadas con Dios y la vida.

Los niños del Hogar asisten a Centros de Educación y Nutrición y Centros Infantiles de Atención Integral (CEN-CINAI) y a “Burbujitas”, Academia de natación ubicada en Escazú.

Actualmente el Hogar Posada de Belén, da albergue a 57 madres adolescentes con edades entre 11 y 18 años así como a sus hijos, los cuales suman 62 entre los 0 meses y 3 años de edad, a quienes se les brinda atención integral: psicológica, espiritual y académica.

El Hogar Posada de Belén cuenta con el siguiente personal dividido en diferentes áreas.

Entre ellas están: Personal Administrativo, área de educación, área de salud, área de alimentación, área de aseo, área de cuidado directo, área de cuidado de menores y área de cuidado espiritual.

El Personal Administrativo está conformado:

Directora: Licda. Hannia Mayorga Tenorio.

Vicepresidenta: Licda. Geisa Muñiz

Contabilidad: Licda. Maritza Vega

Asistente de Contabilidad: Licda. Andrea Méndez

Secretaria: TEC. Mariana Azofeifa

Trabajadoras Sociales: Licda. Karol González / Licda. Gloriana Vargas

Psicóloga: Licda. Azucena López / Licda. Nancy Morales

El área de educación está conformada por:

Director de Educación: Lic. Luis Cascante

Profesoras de Primaria: Licda. Yahaira Quesada / Licda. Daniela Pizarro

Profesora del INA área de restaurante: TEC. Francine Vindas / TEC. Mónica Arias

Profesora del INA área de costura: TEC. Sonia Murillo

Profesora del INA área de belleza: TEC. Karina Morales

Área de Salud:

Médico: Lic. Enrique González

Asistente del Médico: TEC. Sandra Medina

Terapeuta Física: Licda. Liliana Cordero Quirós

Área de Alimentación:

Cocinera: Roxana Espinoza

Área de Cuido a menores:

Niñeras: Hazel Vindas / Sharon Villalobos / Seidy Martínez / Rosmery Soto / Bernardita Hernández / Ana Félix Martínez / Anselma Granados.

Área de cuido directo 24 horas:

Rosibel Acuña / Hazel Oviedo / Marisol García / Rosalba Romero / Sonia Murillo /
Teresita Pleites.

Área de Aseo:

Lavandería: Rosa Elizabeth Flores

Mantenimiento y Chofer: Javier Soto Soto / Santiago Jiménez / Ana Yancy Murillo

Área de Cuidado Espiritual:

Monja: Elena Cruz

La infraestructura del Hogar Posada de Belén está conformado de la siguiente manera:

- Edificio Administrativo: directora, vicepresidenta, contabilidad, secretaria. (ver anexos Imagen #1)
- Edificio de Trabajo Social: trabajadoras sociales, psicología. (ver anexos Imagen #2)
- Restaurante: instructora del INA y centro de capacitación. (ver anexos Imagen #8)
- Comedor: cocinera y asistentes. (ver anexos Imagen #5 y#6)
- Gimnasio (ver anexos Imagen #7)

- Edificio Casa Cuna: que incluye las aulas de guardería, estimulación temprana y salud. (ver anexos Imagen #13,#14,#15,#16,#17)
- Edificio de Lavandería (ver anexos Imagen #4)
- 2 Pabellones donde se encuentran los dormitorios. (ver anexos Imagen #18)
- Edificio de educación: incluye 2 aulas de primaria. (ver anexos Imagen #3)
- Edificio de Bodega, Capacitaciones de Costura y Belleza. (ver anexos Imagen #2)
- Baños de visitas (ver anexos Imagen #12)
- Cancha de Fútbol, Voleibol y Playground. (ver anexos Imagen #21)

El Hogar se financia por el Patronato Nacional de la Infancia, la Junta de Protección Social y la empresa privada.

El Hogar Posada de Belén se ha preocupado por ayudar a estas madres adolescentes al igual que sus hijos, su labor es de ejemplo para la sociedad. En las instalaciones se observan muchas jóvenes que luchan por superarse. Todo el personal del Hogar Posada de Belén contribuye con las jóvenes para que cada día se acerquen más a su meta y así conseguir ser mujeres preparadas para afrontar la vida que les espera fuera del Hogar junto con su hijo.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

MARCO TEÓRICO

Gerrish & Lacey, 2008,

La finalidad de la investigación es estudiar cuestiones explícitas. En el caso de la investigación en enfermería, están relacionadas con aquellos aspectos de la actividad profesional que incumben o son responsabilidad de los profesionales de enfermería, e incluyen la formación, la gestión de los servicios y todos los aspectos de la práctica de la profesión. La mayor parte de esta investigación se ocupa de problemas actuales; no obstante, existen estudios que adoptan una perspectiva histórica para analizar la evolución de la enfermería mediante el estudio de fuentes documentales, entre otras. (p4)

El estudio presente es de suma importancia debido a que el profesional de salud en este caso; el enfermero (a) es uno de los tantos responsables de velar por la atención de calidad de las madres adolescentes deben brindarle a sus hijos, objetivo primordial en el desarrollo de la investigación, por otra parte la educación en salud es inherente a la profesión de enfermería en el quehacer diario.

Gerrish & Lacey, 2008,

La investigación en enfermería puede centrar su atención en distintas cuestiones. Hace más de 20 años, se identificó cuatro maneras de abordar una investigación. Las cuatro siguen siendo válidas hasta el día de hoy:

- Investigación que proporciona un mejor entendimiento de la práctica.

- Investigación que aumenta la comprensión de los conceptos básicos de la asistencia en enfermería.
- Investigación que se ocupa del desarrollo de métodos asistenciales nuevos y mejorados.
- Investigación diseñada para probar la eficacia de la asistencia.
(p4-5).

En la investigación presente se abarcará cada una de las áreas en que se debe abordar una investigación de enfermería.

Gerrish & Lacey, 2008

La investigación en enfermería se ocupa de desarrollar nuevos conocimientos sobre la disciplina y la práctica de la enfermería. El conocimiento en enfermería, como en cualquier otro campo, jamás es absoluto: a medida que el mundo exterior cambia, la enfermería se va adaptando y, al mismo tiempo, su conocimiento se desarrolla y evoluciona. La mejor evidencia disponible de este año puede ser desbancada por nuevos planteamientos y descubrimientos. Por tanto, el conocimiento en enfermería es temporal y siempre parcial y, por ello, imperfecto. Esto no significa que los profesionales de enfermería ya no deban esforzarse continuamente por generar nuevos conocimientos con los que sustentar la política y la práctica de la enfermería y la asistencia sanitaria, p5-6).

Mediante este trabajo se darán a conocer nuevos planteamientos con respecto al cuidado que la madre adolescente le brinda a su hijo (a) estos servirán de guía para el desarrollo de los conocimientos y así sustentar el estudio en la investigación de enfermería.

En el transcurso de la carrera de enfermería, específicamente en el curso de Ginecología y Enfermería Materno Infantil uno de sus objetivos fue desarrollar los conocimientos, actitudes y destrezas del infante de 0 a 1 año de edad, además de describir las características del recién nacido, todo este aprendizaje adquirido será utilizado para el desarrollo de la investigación.

En la materia de Enfermería Pediátrica se ampliaron los temas de la promoción de la salud integral, prevención de la enfermedad física y socio-emocional desde la infancia, contenido valioso además de útil para su desarrollo y práctica en el estudio.

2.1 Embarazo en las madres adolescentes en Costa Rica

Informe de Estado de la Población Mundial, 2013 refiere:

En Costa Rica se ha reconocido el desafío que representa el embarazo en la adolescencia dentro de la aspiración de acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva, no obstante no se ha definido una meta concreta de reducción de la fecundidad adolescente a nivel nacional hacia 2015.

Así analiza la realidad en el país el Informe de Estado de la Población Mundial 2013 “Maternidad en la niñez, el reto del embarazo en adolescentes”, elaborado por

el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Donde se expone a profundidad la maternidad adolescente en América Latina y el mundo.

El documento cita claramente la problemática que se está viviendo en el país actualmente; situación que preocupa a las autoridades destinadas como objetivo a reducir el número de embarazos que se presentan en América Latina.

El Informe de Estado de la Población Mundial (2013), revela una cruda realidad, por ejemplo 70 mil mujeres mueren anualmente en el mundo por causas relacionadas con la gestación y el nacimiento. Incluso, en América Latina se estima que el número de abortos inseguros alcanza los 670 mil, en jóvenes entre los 15 y 19 años. El embarazo adolescente no responde, por lo general, a decisiones de la mujer, sino a la ausencia de oportunidades y a las presiones sociales, culturales y económicas de los contextos en que viven las adolescentes. (Informe de Estado de la Población Mundial, 2013).

La madre adolescente se ve envuelta en un ambiente lleno de tensión que en muchas ocasiones culmina con malas decisiones como es el caso del aborto. Es necesario que el gobierno vele por cada una de ellas para que así contribuyan a desarrollar un embarazo con el mínimo de dificultades y con la esperanza de un mejor futuro para ellas y su hijo (a).

Según el Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA (2013) “existen algunos factores de riesgo que propiciarían el auge de la maternidad adolescente en los

países. Entre ellos están la baja escolaridad, las uniones de parejas a temprana edad y las pocas propuestas estatales en cada país”.

Los factores de riesgo para un embarazo en la adolescencia conviene ser tratados con importancia; actuar sobre cada uno de ellos y así disminuir el número de embarazos.

En Costa Rica un 9,1% de las adolescentes entre los 12 y 19 años ha tenido al menos un hijo nacido vivo. Además, el 20% de todos los nacimientos ocurridos en el país corresponden a jóvenes menores de 18 años. Eso significa que, por año, 14.000 adolescentes se convierten en madres. El 70% de esos casos se registran en las zonas rurales. (Censo de Población, 2011)

Los datos anteriores demuestran lo que se está viviendo en el país, cada uno de los porcentaje anteriores deberían preocupar a las autoridades sanitarias para buscar soluciones prontas y efectivas de la problemática.

El informe del Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA (2013), “concluye que los embarazos entre adolescentes de Costa Rica son más comunes en las zonas rurales que en las ciudades”.

Se revela que la proporción de jóvenes que viven en algún tipo de unión de pareja es mayor en el campo si se compara con la ciudad. El estudio toma en cuenta varios factores socioeconómicos, como el nivel educativo,

la etnia, la nacionalidad y el estado de la vivienda en que viven los adolescentes. En el caso de los embarazos adolescentes, la proporción de jóvenes en zonas rural es de 10,8%, mientras que en las zonas urbanas es de un 8,4%. (Informe Uniones Tempranas y Embarazo en la Niñez y Adolescencia en Costa Rica, 2013).

Las zonas rurales del país deben ser lugares en los cuales se preste muchas más atención acerca del tema del embarazo adolescente; esta zona del país se ve influenciada por los factores socioeconómicos y educativos que son dos realidades que contribuyen al aumento de los embarazos entre las jóvenes.

2.2 Definición madre adolescente

A continuación se definirán conceptos básicos acerca de la madre adolescente.

“El embarazo en adolescente y la maternidad precoz varían en las distintas sociedades y guardan una estrecha relación con el grado de información sexual de los jóvenes y los diferentes niveles socioculturales y económicos” (Gispert, 2011, p518).

Esto se ha convertido en un problema de salud de primer orden, su frecuencia se ha incrementado de manera importante alrededor de todo el mundo, situación que preocupa a los habitantes, por lo que se han iniciado campañas en la prevención del embarazo en la adolescencia. Esta problemática que se está generando alarma debido a las consecuencias que conlleva el embarazo, tanto en el aspecto físico, como emocional y sociocultural.

La maternidad en la adolescencia es un acontecimiento que, por diversas razones históricas y culturales, a menudo estigmatiza a las adolescentes, con consecuencias que

violentan sus derechos, defender y garantizar estos derechos, en especial el derecho a la educación, apoyarlas en sus procesos personales y acompañarlas en su proyecto de vida con los menores costos vitales posibles, es función del entorno familiar y, por supuesto, de las instituciones del Estado.

Aparte de todo el conflicto emocional y social que sufre una madre adolescente, está expuesta a complicaciones de salud para ella y el bebé, debido a que tienden a sufrir numerosos problemas.

Gispert, (2011) refiere que:

Algunos de los factores de riesgo en los embarazos de la adolescencia son que el riesgo perinatal es mayor en las adolescentes menores de 15 años, las adolescentes intermedias (de 15 a 17 años) y las adultas jóvenes (de 18 años en adelante) tienen mejores resultados perinatales cuando se controlan otros factores de riesgo. Hay pocas pruebas de que la juventud o la inmadurez fisiológica se relacionen por sí solas con mal pronóstico materno y neonatal. De mayor importancia son factores como malos cuidados perinatales, deficiencias nutricionales, incumplimiento con las prescripciones médicas y condiciones sociales adversas. Los factores que imponen un riesgo adicional son: nivel socioeconómico bajo, malos hábitos nutricionales, peso bajo antes del embarazo, retraso en la búsqueda y recepción de cuidados perinatales, e infecciones, enfermedades de transmisión sexual y falta de apoyo familiar y social. Entre los riesgos perinatales específicos se encuentran: anemia

ferropénica, parto prematuro y feto pequeño para la edad gestacional, preeclampsia, eclampsia e hipertensión crónica, corioamnionitis, endometritis puerperal y, por último, septicemia neonatal. Entre los riesgos psicosociales cabe mencionar: madre soltera, tensión emocional por la crianza, inestabilidad conyugal, compañero no comprometido o falta de apoyo de otro tipo, limitaciones en logros educacionales, ingreso temprano en la población laboral activa, empleo menos calificado y mal remunerado, y tensión familiar y tasa de divorcios dos a cuatro veces mayor que en parejas maduras. El padre adolescente puede encontrar reacciones negativas de personas que lo consideran como “culpable”; aunque sienta una enorme responsabilidad por el embarazo carece de recursos para hacer frente a la situación (p623).

El conocimiento y las consideraciones pertinentes pueden contribuir a planificar cuidados apropiados para el embarazo, debido a que la maternidad en adolescentes se ha asociado con consecuencias desfavorables para la madre, el niño y la sociedad.

Según Lowdermilk, E. Perry, M. Bobak (2001)

Después del nacimiento, la adolescente tiene un riesgo elevado de que su nivel educativo sea bajo, al igual que su nivel socioeconómico y de depender de la beneficencia pública. El embarazo sigue siendo la principal razón para que las jóvenes den por terminada la educación básica antes de tiempo, lo que se asocia con desempleo y pobreza. Además afronta diferentes situaciones como la realidad biológica del

embarazo, aceptar la realidad del niño que está por nacer y aceptar la maternidad con responsabilidad de cuidado y crianza.

El nuevo trabajo que adquiere como madre implica muchas situaciones que generan bastante tensión en su vida, y además debe dejar eso a un lado para hacerse responsable de la vida que trajo al mundo. Su bebé necesita de cuidados especiales para que crezca saludable y de la mejor manera posible rodeado de amor y en un ambiente óptimo.

2.3 Definición Recién Nacido

Kliegman, Behrman, Jenson, Stanton (2009) definen “el período del recién nacido comienza en el nacimiento y comprende el primer mes de vida. Durante este tiempo, se producen importantes transiciones fisiológicas en todos los órganos y sistemas y el lactante aprende a responder a muchos tipos de estímulos externos”. (p41).

Este periodo es de mucha importancia para que la madre adolescente inicie su tarea brindando los mejores cuidados de manera eficaz, correcta y con el mínimo de errores para proporcionar un desarrollo y crecimiento óptimo de su hijo (a).

Chanamé, L (2011) “considera recién nacido al niño o niña de un embarazo a término, entre las 37 y 42 semanas de gestación, que posee un peso adecuado para su edad gestacional (mayor a 2.500 gramos) y un puntaje obtenido de APGAR, entre 7 a 9 al minuto de nacer y de 8 a 10 a los cinco minutos, aspecto físico y comportamiento aparentemente normal y que se adapte satisfactoriamente a la vida extrauterina”.

2.4 Valoración Inmediata del Recién Nacido

Johnson (2010) menciona:

El neonato requiere de una valoración inmediata y detallada para asegurar una adaptación satisfactoria a la vida extrauterina. Debe realizarse una valoración enfocada en la calificación de Apgar, temperatura, estabilidad, nivel de reactividad, tamaño para la edad gestacional y conductas de apego. Se lleva a cabo una valoración enfocada en sistemas inmediatamente después del nacimiento. Dentro de la valoración tenemos:

-La estabilidad de la temperatura: se brindan medidas de apoyo para mantener el calor del cuerpo. Se seca y se le envuelve con una manta o se entibia sobre la piel de la madre para permitir la formación temprana de lazos y el amamantamiento, si se desea. Si se utiliza un calentador radiante, se le deja al neonato descubierto para el calentamiento directo de la piel.

-Se obtiene la calificación Apgar un minuto después del nacimiento y se repite a los 5 minutos. Se asigna una calificación de 0 a 2 a cada área que se valora. A continuación la escala de Apgar.

Prueba de Apgar			
Criterio	0	1	2
Frecuencia cardíaca	Ausente	Lenta, <100 latidos por minuto.	>100
Esfuerzo respiratorio	Ausente	Lento, irregular.	Llanto adecuado.
Tono muscular	Flácido	Flexión de las extremidades.	Se observa movimiento activo.
Color	Palidez a tonos azulados en la piel.	Cuerpo rosado/rojo; extremidades azuladas (acrocianosis).	Toda la piel presenta tonos rosados/rojos.

El nivel de reactividad se determina por la respuesta del neonato o la falta de respuesta a estímulos. Por lo general, los neonatos tienen un período inicial de reactividad inmediatamente después del nacimiento. Durante este período, el neonato se encuentra alerta con una frecuencia respiratoria y cardíaca elevada, movimientos de succión fuertes y episodios de movimientos al azar alternan con tranquilidad. Después de alrededor de 30 minutos de reactividad, el neonato entra en una fase de sueño que dura de 2 a 4 horas. Después del periodo de sueño, experimenta un segundo período de reactividad que puede durar de 4 a 6 h. los periodos de reactividad son momentos ideales para iniciar el amamantamiento si así se desea y para promover la creación de lazos entre el neonato y la familia.

-La edad gestacional se valora con base en las características físicas y el desarrollo neuromuscular. La valoración inicial puede realizarse después de la primera hora y se repite 24 horas después de capturar esos reflejos y

otros datos neurológicos que fueron inestables durante las primeras 24 horas. Puede usarse la nueva clasificación de Ballard o las herramientas de Dubowitz para valorar la edad gestacional.

Las áreas primarias de valoración incluyen lo siguiente:

Madurez neuromuscular:

- Postura (el neonato a término se encuentra con flexión de las extremidades).
- Muñeca (ventana cuadrada con una flexión $>90^\circ$ en el prematuro)
- Rebote del brazo (ángulo de flexión $< 90^\circ$ si es a término).
- Ángulo poplíteo (180° para prematuros a $< 90^\circ$ a término).
- Signo de la bufanda (el codo en el prematuro se lleva más allá de la línea medida del cuerpo resistencia).
- Talón a oreja (el lactante prematuro puede llevar los talones hasta la oreja).

Madurez física:

- Piel (pegajosa, transparente, frágil en el prematuro: correosa y cuarteada en el postérmino).
- Lanugo (ninguno en el prematuro extremo, abundante en el prematuro medio, ninguno en el postérmino).
- Superficie plantar (pliegues en toda la planta del pie en el lactante a término).
- Mamas (no son notorias en el prematuro, areola clara con esbozo mamario de 5 a 10mm).

-Ojos/orejas (párpados del prematuro ligeramente fusionados, ojos abiertos).

-Genitales, varón (escroto plano y liso en el pretérmino, los testículos cuelgan con pliegues profundos).

-Genitales mujer (clítoris prominente en prematuras, labios mayores prominentes en bebé a término).

Conductas de apego

-La valoración inicial de la creación de lazos entre la madre y el lactante comienza con la observación de la respuesta materna después del nacimiento.

Los cuidados inmediatos del neonato son esenciales para conocer el estado general de salud del bebé, una buena valoración por parte del personal será esencial para identificar posibles anomalías o complicaciones que puedan afectar en el futuro.

Además de la valoración inmediata, luego se hace una valoración más detenida por sistemas para evaluar de manera más minuciosa.

2.5 Valoración a Profundidad del Recién Nacido

Según, Johnson (2010) la valoración del neonato a profundidad es la siguiente:

a) Piel: Observar la integridad cutánea (ausencia de lesiones, secreciones), lo que incluye el color (palidez, cianosis) puede indicar una mala circulación u oxigenación, el enrojecimiento puede indicar un mayor flujo sanguíneo o el color amarillento sugiere una ictericia. La textura de la piel, sequedad o humedad, la temperatura suele ser superior

a 36.5°C. Se debe comprobar el llenado capilar, observar marcas de nacimiento, desviaciones en el color de la piel. La presencia de equimosis, abrasiones, petequias pueden indicar un trastorno hemorrágico debido a falta de plaquetas.

b) Pelo: Observar el color, distribución, calidad, textura y elasticidad. El neonato puede tener poco o abundante pelo, en especial si es posmaduro. Pueden apreciarse variaciones étnicas en cuanto a grosor, características generales, pero el pelo, el cuero cabelludo deben estar limpios y sin lesiones. Se puede observar lanugo (pelo fino) en la parte superior de la espalda. La distribución inusual del vello de la cara, brazos, tronco o piernas pueden indicar una patología. La calvicie en un lactante puede sugerir la necesidad de cambios de posición más frecuentes para dormir. Inspeccionar el cuero cabelludo en busca de edemas, hematomas o piel descamada puede indicar cefalo-hematoma, irritación del cuero cabelludo o infección.

c) Dedos: Las puntas de los dedos cianóticas pueden indicar disfunción respiratoria o cardíaca, las uñas deben estar lisas y flexibles.

d) Cabeza y cuello: Se debe vigilar el aumento de tamaño de la cabeza; informar si hay asimetría extrema para una valoración posterior. Se debe observar si hay protuberancias en las fontanelas que pueden indicar un aumento de la presión intracraneal o una depresión en el área.

e) Ojos y vista: Percatarse del tamaño, simetría, color y movimientos de los ojos, así como de las estructuras externas y espaciamiento entre los

ojos. Los párpados deben ser lisos, sin estar caídos o mal colocados. Las pupilas deben tener un tamaño igual, ser reactivas a la luz, el iris claro.

f) Oejas y audición: Inspeccionar las estructuras externas del oído en cuanto a alineación, observar la flexibilidad del cartílago de la oreja. El lactante debe responder a los ruidos fuertes.

g) Boca, garganta, nariz, senos y cuello: Revisar el área de la boca en busca de malformaciones, informar la presencia de aleteo nasal que indica dificultad respiratoria. Observar si hay lesiones en la garganta, boca, labios. La presencia de fisuras, estomatitis o glositis pueden indicar déficits de líquido o nutrición. Las manchas blancas en lactantes pueden ser indicativas de candidiasis. Se debe palpar la cabeza y cuello para encontrar ganglios linfáticos que puedan indicar una infección.

h) Tórax: Revisar la forma del tórax, simetría y movimiento, valorar los pezones, escuchar el corazón del lactante en busca de soplos cardiacos o cardiopatías congénitas. Si el lactante se fatiga o le falta el aliento mientras come, son signos de menor circulación. El pulso de los neonatos en reposo es de 110 a 160 latidos por minuto, la presión arterial puede ser de 70 a 50/30 a 45mm Hg valorado con un monitor interno.

i) Pulmones y respiración: Los ruidos respiratorios reducidos o ausentes pueden indicar congestión o consolidación pulmonar. La frecuencia respiratoria para los neonatos es de 30 a 60 latidos por minuto.

- j) Abdomen: Auscultar y palpar el abdomen en los 4 cuadrantes del abdomen, en busca de problemas en el reflejo abdominal, hiperperistalsis, tumores, signos de dolor que sugieran una inflamación o infección.
- k) Genitourinario: Observar las estructuras genitourinarias y genitales en tamaño y apariencia. Buscar protrusiones anales, hemorroides, lesiones, irritación.
- l) Espalda y extremidades: Observar cualquier falta o dificultad en la movilidad o extremidades evidentemente desiguales. Analizar la curvatura de la columna, debilidad muscular, paresia o asimetría extrema de la fuerza.

Una vez realizada la valoración a profundidad por parte del personal de salud se obtienen datos mucho más fidedignos acerca del real estado de salud del recién nacido; si existiera alguna posible complicación pueda ser tratado lo antes posibles para así evitar las menores complicaciones para el bebé.

2.6 Valoración Neurológica del Niño

Además de la valoración por sistemas del recién nacido es necesario evaluar la función neurológica del neonato. Por ello es necesario valorar los reflejos neonatales.

Gigante (2007) cita:

Gran parte de la exploración neurológica incluye la observación del niño. Además se investigan anomalías en los movimientos, fuerza, tono o masa musculares. Los reflejos osteotendinosos profundos se califican en la misma forma que en los adultos y se buscan con un martillo de reflejos.

Es importante la valoración de los puntos de referencia del desarrollo como parte de la valoración neurológica, y también puede utilizarse una herramienta de detección como parte de dicha valoración. Conforme se incrementa la edad del niño es más fácil realizar la exploración de los pares craneales. (p25-26).

Reflejos Primitivos	Aparición	Desaparición
De Succión	Al nacimiento	3-4 meses
De Moro	Al nacimiento	4-6 meses
Tónico del cuello	Al nacimiento	4-6 meses
De Babinski	Al nacimiento	1 a 2 años

Casado (2011) cita “la ausencia de los reflejos o persistencia durante más tiempo del normal, puede indicar algún déficit o enfermedad y en consecuencia, debería ser conocido, valorado e interpretado por el médico”. (p.33)

La exploración de los reflejos neonatales por parte del personal de salud indicará posibles anomalías en el desarrollo del bebé, además los padres deben estar atentos ante posibles cambios y consultar al profesional de salud para evitar riesgos en el desarrollo del niño.

Muchos retrasos del desarrollo son evidentes o se detectan durante la valoración del neonato. Es esencial la exploración a las 6 semanas y posteriores, deben informarse déficits junto con cualquier dato relevante.

2.7 Desarrollo Normal del Niño

Es fundamental que la madre adolescente a cargo del cuidado del niño tenga conocimiento del desarrollo normal así estará atenta ante cualquier eventualidad o signo de alarma que se presente.

Recién nacido.

Gigante (2007) define:

La capacidad sensorial y de interacción del recién nacido con el entorno es mucho más compleja de lo que alguna vez se creyó. Se ha reconocido la existencia de estados conductuales aislados. Los seis estados que se han descrito son: sueño tranquilo, sueño activo, somnolencia, alerta, irritabilidad y llanto. Los recién nacidos cambian de estado con cierta regularidad. Los estados conductuales determinan el tono muscular, movimientos, patrón electroencefalográfico y la respuesta a estímulos. En la valoración del desarrollo motor de un recién nacido se observa que éste prefiere permanecer en flexión con las manos empuñadas. El recién nacido puede ver objetos y caras a una longitud focal de 20 a 30 cm. Parece demostrar atención diferencial de los objetos con alto contraste, colores brillantes y líneas curvas. Los recién nacidos son muy sensibles a la luz y a menudo abren los ojos solamente con luz de baja intensidad. Un recién nacido de un mes de edad es capaz de distinguir entre la voz del cuidador primario y la de un extraño; tiene bien desarrollados los sentidos del gusto y del olfato; también tiene más yemas gustativas que un adulto, y las que perciben el sabor se distribuyen en forma más amplia. Un recién nacido puede identificar olores y podría girar su cabeza cuando está en contacto con un olor desagradable. (p.53-54)

El inicio del desarrollo del recién nacido es una etapa de diversos cuidados y de considerable atención para así valorar cualquier posible eventualidad que se presente.

Uno a seis meses de edad.

Gigante (2007) define:

Este periodo se caracteriza por crecimiento y desarrollo físicos intensos. El desarrollo motor progresa en dirección cefalocaudal. A los dos meses de edad el lactante es capaz de mantener su cabeza estable en la posición sentada. A los cuatro meses de edad sostiene su cabeza cuando se le cambia de la posición de decúbito a la posición sedente. A partir de los cuatro o cinco meses de edad los lactantes inician a rodarse en la cama y a los seis meses pueden rodarse solos y muchos lactantes pueden permanecer sentados sin apoyo. La desaparición del reflejo palmar durante este periodo le permite sostener y dejar caer objetos. A los dos meses de edad pueden sostener una sonaja por periodos breves. A los cuatro meses pueden alcanzar, sostener y empujar objetos. La sujeción es un movimiento que incluye el borde cubital de la mano a los tres o cuatro meses de edad. Cerca de los cinco meses se incluye el pulgar en este movimiento. A los seis meses transfiere objetos de una mano a otra y también se incrementa la vocalización. A los dos meses de edad inicia la emisión de ruidos y para los seis meses es capaz de pronunciar consonantes. Durante esta etapa el niño se torna más reactivo y está más interesado en el entorno. A los dos meses de edad aparece la sonrisa social y a los cuatro se perciben conductas de imitación, por ejemplo, sacar la lengua y elevar las cejas. (p54)

Esta etapa se refleja cambios en el área motora y cognitiva del niño, los estímulos y correctos cuidados brindan beneficios para el desarrollo.

Casado (2011) cita:

Al mes el bebé tumbado boca abajo, puede levantar el mentón de vez en cuando. Ya intenta mover las piernas para reptar. Tumbado boca arriba, puede sujetar la cabeza por un instante. Puede seguir con la mirada un objeto grande. A los dos meses los brazos y las piernas no están flexionados, permanecen semiflexionados y se mueve cuando está desnudo. Cuando se sienta, puede mantener la cabeza derecha sujeta, aunque por poco tiempo. Tumbado boca abajo, puede levantar la cabeza apoyándose sobre los antebrazos y también sabe seguir los objetos grandes que se mueven cerca. Las manos ya permanecen abiertas durante bastante tiempo y comienza a sonreír con la madre. A los tres meses las manos ya están abiertas y por eso agarra un objeto cuando se le pone en su mano pero no puede cogerlo cuando se cae ni tampoco sabe ir a buscarlo. Ya gira completamente la cabeza para seguir lo que le interesa pero no puede coger las cosas. Tumbado boca abajo, consigue elevar la cabeza, apoyándose en sus antebrazos. Cuando se le sienta, mantiene la cabeza erguida. Comienza a balbucear, a imitar sonido y a interesarse por sus manos. A los cuatro meses tumbado boca abajo, ya se apoya en los codos y por ello puede levantar la cabeza, tumbado boca arriba apoya toda la planta del pie, juega con sus manos e intenta poner en su pie sobre

la rodilla contraria. Ya intenta coger las cosas que le interesan. A los seis meses boca abajo, apoya sus bracitos y eleva el pecho y también el abdomen y ya puede apoyar sólo una mano para jugar con la otra. En esa edad ya sabe buscar y coger el objeto que le interesa y también cambiarse los juguetes de una mano a la otra. Tumbado boca arriba, le gusta mover sus piernas como pedaleando, cogerse un pie para jugar y algunos ya saben darse la vuelta desde la posición de boca abajo a boca arriba, pero no al revés. (p76-77)

El autor realiza una evaluación más minuciosa del desarrollo motor del niño por cada mes en la cual se observa más específicamente cada cambio del bebé.

Seis a 12 meses de edad.

Gigante (2007) menciona:

Esta es una etapa de gran excitación para los lactantes y su familia. El niño es mucho más reactivo e interesado en explorar el entorno.

Conforme el niño lleva a cabo esto, se incrementan las posibilidades de problemas. Por tal motivo, una parte fundamental de la consulta para vigilancia de la salud a esta edad incluye la revisión de aspectos de seguridad. A los seis meses de edad la mayoría se sienta sin apoyo y más tarde se incrementa su movilidad y empiezan a arrastrarse, a los ocho meses de edad empiezan a gatear. Entre los nueve y 10 meses el niño puede ponerse de pie con apoyo e iniciar los primeros pasos. Al año de edad muchos niños caminan en forma independiente, aunque existen

amplias variaciones. También se desarrollan en forma significativa las habilidades motoras finas, de forma que al año de edad realiza con precisión la maniobra de prensión; de igual manera progresa en forma importante su capacidad comunicativa. A partir de los seis meses de edad el lactante inicia la pronunciación de consonantes y a los nueve meses puede pronunciar “mamá” y “papá”. A los 10 meses de edad el lactante promedio es capaz de obedecer una orden en un solo paso que no se acompañe de gestos. Para el año de edad la mayoría de los niños puede decir mamá y papá y de una a tres palabras más. Desde el punto de vista cognitivo, este periodo se caracteriza por el surgimiento de la permanencia de los objetos, lo cual por lo general inicia entre los seis y nueve meses de edad. Este es un concepto en el que el niño percibe que las personas y objetos existen incluso aunque él no pueda verlos. Conforme surge el sentido de la permanencia de los objetos también se desarrolla la ansiedad a los extraños, en la cual el lactante tiene una reacción negativa evidente ante la presencia de un extraño. Esto continúa hasta casi los 18 a 24 meses de edad. Conforme surge el concepto de permanencia del objeto, los lactantes se vuelven capaces de participar en juegos. (p54-55)

En la etapa anterior con certeza se observan los grandes cambios que el niño va desarrollando conforme los meses avanzan. La relación con su madre inicia de una manera más interactiva donde se inicia a fortalecer la relación entre ambos.

Casado (2011) cita:

A los ocho meses tumbado, ya consigue darse vuelta en ambos sentidos, aunque en algunos niños este movimiento se retrasa y en otros se adelanta. Ya puede mantenerse sentado, sin sujeción, y mantener la espalda derecha y su cabeza segura; sin embargo, algunos no pueden mantenerse sentados sin apoyo hasta los diez o doce meses. Las manos las maneja con alegría, juega a tirar objetos, para que se los recojan, y empieza a utilizar su dedo índice para atrapar los objetos que le interesan. A los diez meses puede ponerse de pie, agarrándose en los muebles para levantarse, o se sostiene de pie sujetándose en algo; pasa con facilidad de sentado a de pie y viceversa. Utiliza la pinza de la mano, entre el dedo pulgar y el índice el desplazamiento arrastrándose hacia adelante con sus manos. Sabe decir adiós con la mano, dar palmadas y coger un vaso o el biberón y llevárselo a la boca. (p77)

Doce a 24 meses de edad.

Casado (2011) indica:

Algunos niños ya caminan solos, otros sólo dan algunos pasos, sujetos por una o dos manos, también pueden gatear. Los niños que gatean pronto suelen andar tarde, porque adquieren una gran habilidad y rapidez en sus desplazamientos. El gateo es muy individual, algunos aprenden a desplazarse y conseguir lo que les interesa rodando sobre sí mismo. A esa edad pueden introducir un cubo en otro, utilizan bien su dedo índice para

reclamar de sus padres el objeto que les interesa y lanzan al suelo, como un juego. Ya comprende el tono de voz de advertencia y comienza a decir tres a cuatro sílabas, aunque algunos niños no consiguen decir ninguna palabra hasta los 24 meses, pero saben relacionarse con sus gestos, entienden y saben hacerse entender. Al año y medio los niños andan solos y saben subir la escalera gateando; algunos corren, aunque se caen con facilidad. Pueden sujetar la cuchara y llevársela a la boca, aunque manchan mucho y la cuchara la ponen al revés. Saben pasar las páginas de un libro de ilustraciones, construyen torres de tres o cuatro cubos y tienen un idioma ininteligible, una jerga con la que ellos se entienden, a veces también su mamá y su papá. A los veinticuatro meses ha aprendido a correr, salta sobre sus pies y sube y baja sólo las escaleras. Cuidado porque los más precoces pueden trepar y subirse a lugares desde donde pueden caerse. Ésa es una edad en que los accidentes y las intoxicaciones son frecuentes. (p77-78)

Esta es una de las últimas etapas donde los cambios del niño son más evidentes y el niño logra alcanzar al máximo sus facultades de su desarrollo físico, social y cognitivo.

2.8 Madre adolescente y el cuidado de su hijo

Una vez que inicia la etapa del cuidado de los hijos, las madres adolescentes se ven inmersas en un entorno desconocido lleno de nuevas experiencias y aprendizajes. La madre necesita tener cierto grado de conocimiento para enfrentar esta nueva etapa. El

día a día al lado de su hijo le llenará de más experiencia, capacidad para manejar y brindar los cuidados recomendables según su edad.

Según, Lowdermilk, et al. (2001):

Llevar el embarazo hasta el término y cuidar del bebé es una opción en el proceso de toma de decisiones sexuales de la adolescente. Sin embargo, las habilidades de crianza se basan en la sensibilidad de los padres a las necesidades del bebé. Muchos factores pueden afectar esta sensibilidad, incluidos el estrés, el nivel de desarrollo cognoscitivo de la madre, sus conocimientos, las respuestas del bebé y los sistemas de apoyo disponibles. Aunque hay muchos libros y mucha asesoría sobre el tema de la crianza, ningún hogar es idéntico a los que retratan los libros. Tampoco las sugerencias y recomendaciones son siempre apropiadas. Así, la crianza es un proceso complejo que depende en gran medida de la capacidad de los padres para decidir dentro de su propia situación.

La madre adolescente debe tomar con gran madurez el papel de la crianza de su hijo, proceso en el cual posiblemente se cometen muchos errores pero es necesario la continua ayuda y asesoramiento en el tema para que así pueda realizar este proceso de la mejor manera.

Según, Lowdermilk, et al. (2001):

La valoración de las capacidades de crianza de la adolescente debe incluir: su capacidad para establecer empatía con el niño, su auto

concepto, su definición e identificación con el papel de madre, su capacidad para solucionar problemas y considerar al niño dentro del contexto del futuro y su sistema de apoyo. Es importante valorar también la capacidad de la madre adolescente para emprender aquellas tareas que tienen que ver con los cuidados de alimentación, estimulación, cambio de pañales y atención del niño sano y enfermo.

La capacidad de la adolescente para desempeñar su función maternal se ve afectada por el nivel de estrés que experimenta. Las jóvenes están expuestas a muchos factores estresantes cuando asumen las tareas y responsabilidades de la crianza, papel que aceptan mejor los adultos que cuentan con una seguridad financiera y educativa. Debido a que el estrés puede afectar la calidad del desempeño y hacer que la adolescente se vuelva insensible a las necesidades de los demás, se debe valorar el tipo de factores estresantes vitales, las reacciones de la adolescente al estrés real o percibido, la capacidad de solución de problemas y el sistema de apoyo.

Una vez conocidas las problemáticas y riesgos de la madre adolescente como de su hijo, inició el interés en el tema presente de la investigación. El contribuir a mejorar las prácticas, propiciando de información útil acerca del niño, su desarrollo y correspondientes cuidados para que puedan ser ejecutados de la mejor manera.

Las madres adolescentes van a obtener conocimientos que les permitirán realizar los cuidados correctos y así contribuir al óptimo desarrollo de sus hijos (as).

2.9 Cuidados Básicos del Niño

A continuación se brindará la información acerca de los cuidados básicos del recién nacido según las áreas de estudio delimitadas en la investigación.

Baño del niño.

Según, el Servicio de Neonatología del Hospital Universitario La Fe, Valencia, España (2007):

La tarea del baño debe ser tranquila, realizarla en un momento en que no se tenga prisa. Se puede realizar en una bañera especial de bebé o en el lavado si es amplio, siempre tomando en cuenta el lugar cómodo, con un clima agradable y con todo lo necesario alrededor que se debe preparar con anterioridad.

Se utiliza una esponja suave, jabón de pH neutro sin perfume, peine (si se utiliza, aunque no es necesario), crema, pañal nuevo, ropa limpia, material para curar el ombligo (gasas y antiséptico). Preparar el agua a temperatura agradable, se puede controlar con la cara interna del antebrazo, la temperatura debe ser aproximadamente entre 36°C y 38°C.

El baño más relajante y placentero es por inmersión, por eso si se realiza cerca de la noche, el bebé duerme y descansa mejor. Además es beneficioso porque al sumergirle en agua caliente ayuda a la termorregulación, esto ayuda a que no se quede frío durante el baño. Se debe asegurar la limpieza de todas las partes del cuerpo.

Se debe desnudar despacio, antes de sumergirlo se limpia la zona genital, si tiene el pañal sucio, para no ensuciar el agua de la bañera. Introducir al niño en el agua hasta casi los hombros, si es posible, sujetándole por detrás de la espalda, hasta sujetar su brazo por la axila, así la cabeza queda libre y el cuerpo bien sujeto. Calmarlo si se pone nervioso, hablándole y acariciándole e ir echando agua con la mano por todo el cuerpo.

Lavar la cara con agua. Con la esponja humedecida y escurrida, con poca cantidad de jabón, ir frotando suavemente todo el cuerpo empezando por la cabeza e insistiendo en la zona por detrás de las orejas, seguir con el cuello, brazos, axilas, pecho, espalda, piernas, pies y por último los genitales. Enjuagarle, echándole agua de nuevo con la mano, eliminando todos los restos de jabón. Sacarlo del agua con cuidado y taparlo con una toalla. El secado debe ser preciso, sin frotar, haciendo pequeños toques con la toalla y empapando la humedad, prestando especial atención a las zonas de los pliegues (cuello, axilas, ingles y genitales) y en las manos y pies. No se aconseja el uso de talcos, puede haber riesgo de aspiración y causar daño en los pulmones.

En el caso de las niñas, los genitales deben limpiarse de delante hacia atrás para no arrastrar hacia la vulva las bacterias de la zona anal. En los niños, el pene y los testículos deben limpiarse retrocediendo poco a poco el prepucio.

Según Casado (2011) cita “el niño necesita en los primeros días la limpieza y baño con agua tibia y con un jabón neutro, secado con toalla caliente”. (p.29)

Casado (2011) cita “el agua debe estar tibia, 36-38°C, utilizar jabón neutro, limpiando con más atención los lugares de los pliegues, axilas, ingles, cuello y la zona del pañal por último, después secar con un paño seco, mejor tibio o caliente sin frotar. (p.40)

Los autores anteriores concuerdan con la información acerca de la higiene del niño en cuanto a los materiales que se utilizan y la técnica la cual se debe llevar a cabo el baño.

Cuidados del cordón umbilical.

Según, el Servicio de Neonatología del Hospital Universitario La Fe, Valencia, España (2007):

Se deben lavar las manos con agua y jabón. El ombligo se debe lavar con agua y jabón, movilizándolo desde la pinza. Asegurar de que quede bien seco, puede utilizarse una gasa estéril pero nunca soplar sobre el cordón. No es preciso dejar una gasa enrollada en el cordón, pero sí asegurar que el pañal no roce la zona umbilical.

Según Casado (2011)

El ombligo suele caerse entre el sexto y el décimo día de vida pero a veces tarda más. El cordón umbilical contiene vasos sanguíneos, dos

arterias y una vena que, en los primeros días se secan, desprendiéndose, generalmente, antes de la segunda semana de vida. Cuando esto no sucede, habitualmente es porque el cordón permanece húmedo o raramente porque está infectado, en cuyo caso exuda un líquido maloliente y duele al tocarlo. Para que se desprenda, el cordón umbilical precisa de la momificación del mismo; el muñón del ombligo debe estar seco y duro, este proceso se favorece si el cordón está expuesto al aire, limpio y seco, no tapado con el pañal. Las curas del ombligo se realizarán con agua y jabón, después se coloca una gasa seca encima, sin alcohol ni antisépticos. No existe consenso entre los médicos respecto a la necesidad de utilizar gasas mojadas en alcohol del 70% o no, éste puede mantener húmedo el cordón, retrasando su caída. (p.37)

Cuidados de la piel.

Según, el Servicio de Neonatología del Hospital Universitario La Fe, Valencia, España (2007):

La piel del neonato tiene unas características especiales que se deben tomar en cuenta en el cuidado diario. La capa más externa está poco desarrollada por lo que presenta una mayor pérdida de calor, está más expuesta a infecciones y tiene gran capacidad de absorción de cremas y medicamentos tópicos.

También carece de pilosidad, es decir no tiene vello, sino una especie de «pelusa» llamada lanugo, que se irá perdiendo poco a poco y se descama

fácilmente, lo que la hace muy delicada. Posee escasos factores hidratantes naturales por lo que necesita cuidados especiales.

Gigante (2007) cita “los recién nacidos están muy propensos a exantemas irritativos e infecciones. Los exantemas en áreas prominentes de la piel probablemente son consecuencia de la irritación por la humedad y el pH de la orina. Deben ser tratados con cremas protectoras”. (p.142)

Se demuestra con la información de los autores anteriores la delicadeza de la piel del niño así como los cuidados necesarios que se deben tener con la piel.

Cuidados de las uñas.

Según, el Servicio de Neonatología del Hospital Universitario La Fe, Valencia, España (2007) “las uñas del bebé deben estar cortas, para evitar que se rasguñen y se puedan lastimar. Lo más práctico es cortarle las uñas cuando el bebé esté dormido para así lograr manipular bien los dedos”.

Es importante tomar en cuenta esta norma para cortar las uñas para evitar lastimar al niño (a) y la limpieza de las uñas se realice de manera tranquila y efectiva.

Higiene de las vías respiratorias.

Según, el Servicio de Neonatología del Hospital Universitario La Fe, Valencia, España (2007):

Es común que los recién nacidos tengan flemas por lo que es útil tener una pera, con la que se pueden extraer para ayudarlo a respirar sin

problemas. Se debe tener cuidado con la maniobra, se coloca apretada y despacio por la boca, llegando por detrás de la lengua se suelta lentamente y la pera aspira las flemas. El bebé debe estar de lado.

También se puede utilizar para aspirar la nariz.

Las infecciones respiratorias suelen producir en los meses de septiembre a marzo.

Se da con mayor frecuencia en niños menores de seis meses y es más grave en los menores de seis semanas. Se puede administrar suero fisiológico en fosas nasales (mejora las secreciones y estas se eliminan mejor).

Por lo general los niños en edades tempranas sufren frecuentemente de enfermedades respiratorias, sus cuidadores deben velar por disminuir al mínimo cualquier padecimiento en las vías respiratorias para evadir complicaciones en el niño (a).

Lactancia.

Según, el Servicio de Neonatología del Hospital Universitario La Fe, Valencia, España (2007):

La nutrición es un proceso por el cual se introducen nutrientes en el organismo. La leche materna es el alimento ideal para el niño prematuro pues mejora las defensas, previene alergias, ayuda a la relación madre-hijo favoreciendo el contacto precoz, mejora la absorción, digestión y vaciamiento gástrico, hay una mejor absorción de todos sus componentes

y facilita el crecimiento intestinal, disminuyendo el riesgo de enterocolitis necrotizante. Algunos consejos son el lavado de manos, estimular las mamas después del nacimiento cada tres horas, almacenar en recipientes de plástico o cristal, rotular con nombre, fecha, hora de extracción y guardar en la nevera. Lo mejor para el bebé es la lactancia, y es el alimento que recibirá en los primeros días de vida. Si el bebé precisa alimentación con fórmula se debe prestar mucha atención a la higiene con la que se prepara.

Casado (2011) cita:

Siempre que sea posible, se debe optar por la lactancia natural, porque aporta todos los ingredientes que el niño necesita para desarrollarse física y emocionalmente sano. Además, la leche previene enfermedades, tanto durante el tiempo que el bebé recibe leche materna como durante el resto de su vida. La composición de la leche materna asegura un crecimiento óptimo durante los primeros meses de vida ya que contiene todos los nutrientes en cantidades y calidades adecuadas a cada época de la vida de los niños pequeños. La composición de la leche es diferente en los primeros días de vida que en el resto del periodo de la lactancia, porque las necesidades nutritivas son distintas. La lactancia materna protege al niño de enfermedades infecciosas y también de las no infecciosas. A través de la leche se segregan anticuerpos y sustancias protectoras de las infecciones, y esto es muy importante porque, durante los primeros

meses, existe mayor riesgo de padecer infecciones que, en otras épocas de la vida, puesto que la capacidad de luchar contra las infecciones se encuentra todavía poco desarrollada. La lactancia protege al niño a lo largo de su infancia, incluso cuando y no toman pecho, estos tienen menos tendencia a padecer enfermedades crónicas, como el asma, la alergia o la obesidad. Los beneficios de la alimentación con leche materna protegerán al niño a lo largo de toda su vida. Cuando el hijo sea adulto tendrá por tanto, menos riesgo de padecer obesidad y las enfermedades relacionadas con ésta, como el infarto de miocardio y la arteriosclerosis. Además, la lactancia materna establece un vínculo afectivo tan intenso entre hijo y madre que, no sólo tienen efectos enormemente gratificantes para ambos, también tiene acción protectora contra el despegue de la madre, el rechazo, la negligencia en el cuidado del bebé y los malos tratos. (p.15-16)

Los organismos expertos en nutrición infantil recomiendan alimentación exclusiva al pecho durante los primeros cinco a seis meses de la vida del niño y, luego continuar el amamantamiento, junto con las complementarias adecuadas, hasta los dos años de vida. Estas recomendaciones están basadas en los consejos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de las sociedades científicas de la mayoría de los países europeos y americanos, entre otras la Asociación Española de Pediatría y la Academia Americana de Pediatría (APP). A partir de los cinco a seis meses, los niños necesitan otros alimentos, además de la leche. Estos serán cereales, frutas, verduras, introduciéndose nuevos alimentos, como carne, pollo o pescado, o yogur en las semanas

o meses siguientes. Se debe acercar el pecho a la boca del bebé nada más al nacer o lo antes posible. Este succionará, aunque no tenga hambre, porque el propio reflejo de succión hará que se introduzca el pezón en su boca. Las dos señales más importantes para que el pecho produzca leche son la succión del pezón y el deseo de amamantar. La leche de los primeros días, el calostro, es amarilla, de aspecto aguado y de escasa cantidad. En estos primeros días, los niños pierden peso porque la leche les proporciona, más que sustancias nutritivas, agua, proteínas y agentes que les protegen de las infecciones. La pérdida de peso es, en realidad, pérdida de agua. En los primeros tres a seis días comienza la ganancia de peso del bebé y el pecho parece segregar mayor volumen de leche. Durante las primeras semanas de vida, la frecuencia de tetadas debe ser a demanda, asegurando al menos ocho tomas al día, durante este periodo, los niños pueden y deben comer cada hora o cada dos horas, haciendo intervalos cuando lo deseen de no más de cuatro horas. En las siguientes semanas, generalmente a partir del primer mes de vida, los lactantes autorregulan su digestión y comen cada tres o cuatro horas, de seis a siete veces cada día. Los niños autorregulan tanto la frecuencia como la duración de las tomas. (p.18-19)

Gigante (2007) cita

Las madres que eligen el amamantamiento como la lactancia en el recién nacido deben estar conscientes que los primeros días después del nacimiento el recién nacido recibirá calostro rico en anticuerpos. Entre el tercero y quinto día después del parto inicia la producción de leche materna. Los niños alimentados al seno materno deben comer en

cualquier momento que lo soliciten, de ocho a doce veces al día (por lo común cada dos a tres horas).

En la lactancia entre uno y seis meses de edad es necesario valorar la cantidad de leche materna o fórmula que consume el lactante. Para niños que son amamantados se debe valorar el tiempo y la frecuencia con que se alimentan. Se alimentan cada dos a cuatro horas, durante quince a veinte minutos en cada mama. A partir del cuarto a sexto mes de edad se ofrecen alimentos sólidos. En general, se recomienda que los lactantes inicien con cereales enriquecidos con hierro, más tarde con vegetales y después frutas. (p31)

Los lactantes entre los seis y doce meses de edad de este grupo de edad deben consumir diversos alimentos de consistencia blanda. Podrán necesitar diez intentos con un nuevo alimento antes de que lo acepte. Se inicia con la administración de alimentos con el dedo, y se le debe alentar a alimentarse él mismo. Cuando el niño alcance un año de edad aún deberá consumir leche materna o fórmula láctea. Al año de edad se inicia el consumo de leche entera. De un año a dos años de edad es muy común que alrededor de un año de edad disminuye el apetito. Esto a menudo conduce a dificultades durante la alimentación. La leche se limita a dieciséis o veinticuatro onzas por día. (p35)

La lactancia es un proceso de suma importancia para el bienestar del niño (a) por años la evidencia ha destacado los grandes beneficios del amamantamiento para el desarrollo saludable del infante además de la importancia para las madres.

Ictericia en el recién nacido.

Treviño (2009)

En cualquier momento de la primera semana de vida, casi todos los recién nacidos de término tienen valores de bilirrubina sérica total que exceden 1mg/dl y alrededor del 65% presenta ictericia clínica. A este tipo de hiperbilirrubinemia transitoria se le llama ictericia fisiológica. En los recién nacidos prematuros este término no se aplica.

A pesar de numerosos estudios es difícil establecer un nivel normal de bilirrubina sérica total porque la concentración varía en forma notable debido a las diferencias étnicas de la población, la alimentación con leche materna, factores genéticos y epidemiológicos, además de las variaciones en la medición de los diferentes laboratorios. Aquellos niños cuyos valores de bilirrubina sérica total sobrepasen el percentil 95 ameritan evaluación y seguimiento cuidadosos. (p.349)

El tratamiento de la ictericia es la fototerapia, se debe lograr el máximo de irradiación posible para una fototerapia efectiva. (p351)

Gigante (2007)

Las causas comunes para ictericia incluyen ictericia fisiológica como consecuencia de la inmadurez de las enzimas hepáticas, infecciones, enfermedades autoinmunitarios, enfermedades hemolíticas por defectos eritrocíticos, anomalías enzimáticas y enfermedades hepáticas. Casi 66% de los recién nacidos sufren ictericia en algún momento durante la

primera semana de vida. La ictericia fisiológica por lo común alcanza su máximo a los cuatro días de vida y nunca ocurre en las primeras 24 horas de vida. A todos los recién nacidos que desarrollen ictericia en las primeras 24 horas de vida se les deben realizar mediciones de concentraciones séricas de bilirrubinas totales. Los recién nacidos con ictericia en las primeras 24 horas de vida o aquellos con hiperbilirrubinemia dudosa deben ser sometidos a pruebas de laboratorio para identificar la causa: concentraciones de bilirrubinas totales y directa, grupo sanguíneo, prueba de anticuerpos directos, biometría hemática completa con recuento diferencial, extendido de sangre periférica para valorar la morfología de las células y recuento de reticulocitosis. La mayoría de los recién nacidos con hiperbilirrubinemia no necesita tratamiento. La fototerapia es el tratamiento más común en los recién nacidos con concentraciones de bilirrubina lo suficientemente elevadas para necesitar el tratamiento junto con la alimentación del niño. (p145)

El tema de la ictericia siempre será un tópico complicado y algunas veces difícil de entender sin embargo los autores logran exponer claramente la definición y tratamiento efectivo para este padecimiento que se presente en los primeros días del recién nacido.

El sueño.

Según Gigante (2007)

La mayoría de los recién nacidos duermen dieciocho a veinte horas por día. La posición recomendada para que duerman es sobre la espalda.

Entre el mes y seis meses de edad es importante valorar la posición en que duerme el lactante. La Academia Americana de Pediatría recomienda que estos duerman sobre su espalda. (p31) Entre los seis y doce meses de edad los niños duermen aproximadamente diez a doce horas por la noche y toman dos siestas durante el día, y cada una de estas dura más de una hora, a media mañana y por la tarde. En este punto el lactante debe dormir toda la noche. (p35)

Casado (2011)

Las horas de sueño o vigilia y el llanto en las últimas tres semanas del primer mes de vida también son muy variables. Algunos niños son tranquilos y dormilones, sólo lloran para recibir sus dosis de alimento, pero otros lloran mucho, con mucha fuerza y frecuencia, como si estuviesen protestando por algo, seguramente esto es lo que hacen. (p39)

A lo largo del primer año de vida, el bebé va necesitando cada vez menos horas de sueño. Durante las primeras semanas de vida, los niños duermen de dieciocho o veinte horas al día, transitando por ciclos de sueño superficial y profundo durante el día y ña noche, con muchas interrupciones para comer, necesidad que practican cada 3 a 4 horas. En los siguientes meses, las horas de sueño profundo van aumentando,

estableciéndose el ritmo de vigilia y de sueño, de forma que, a los cuatro meses, el bebé puede dormir tres a cuatro horas seguidas, alternando fases de sueño superficial y de profundo. A los seis meses el niño duerme entre catorce y quince horas al día, de las cuales diez u once horas son durante la noche, algunos de un tirón y otros no, con frecuentes momentos en los que se despierta para volverse a dormir, a veces también para comer. Al año duermen alrededor de doce a catorce horas al día, la mayoría por la noche, con una o dos siestas cortas de una hora y a los dos años suelen dormir doce a trece horas y una siesta. (p120-121)

Pañales.

Según Cires en 2010 define

La dermatitis irritativa del pañal (eritema del pañal), en sentido amplio, cualquier enfermedad cutánea que se manifieste única o primordialmente en la zona cubierta por el pañal. Sin embargo es más correcto definir la dermatitis irritativa del pañal como el proceso cutáneo irritativo e inflamatorio debido a las especiales condiciones de humedad, maceración, fricción y contacto con orina, heces y otras sustancias (detergentes, plásticos, perfumes, etc) que se producen en la zona cubierta por el pañal durante un período muy concreto de la edad del individuo. Aunque se desconoce la causa específica que produce la irritación, se puede considerar que el agente irritativo no es único, sino una mezcla de diversos factores de diferente capacidad irritativa sobre la piel, e incluso el agente causal puede ser diferente en cada paciente. Se debe efectuar

cambios frecuentes de los pañales, e incluso en niños con episodios repetidos puede ser útil mantenerlos unas horas al día sin pañales, si es posible. (p.284-285)

Cires (2010) cita que la prevención es la medida principal que se debe adoptar, manteniendo siempre la piel de la zona del pañal limpio y seco, a través de una buena higiene, para lo cual debe usarse agua tibia y un jabón ácido o neutro.

Según Casado (2011) “los pañales pueden ser desechables; estos son cómodos e higiénicos aunque más caros que los pañales de gasa o algodón. Cuando se utilizan estos últimos, deben ser lavados con jabón suave, no fuerte, para evitar la irritación de la piel”. (p41)

Gigante (2007) refiere “que los recién nacidos necesitan el cambio de pañal de seis a ocho veces al día”. (p31)

Todas las recomendaciones anteriores de los autores son de suma importancia para el correcto tratamiento del eritema del pañal que por lo general afecta a la mayoría de los niños (as).

Ropa adecuada.

Según, el Servicio de Neonatología del Hospital Universitario La Fe, Valencia, España (2007):

La ropa debe ser suave, confortable y que no apriete, debe estar compuesta de fibras naturales, a ser posible algodón 100%, para favorecer la transpiración.

No se debe abrigar demasiado, pues tampoco estaría cómodo. Comprobar que no suda tocándole la zona del cuello y espalda, pues si esto sucede se debe retirar el exceso de ropa. Debemos usar ropa de talla adecuada y cambiarla cuando está sucia o manchada.

Las sábanas y el edredón deben pesar poco, no utilizar almohadas, y solo usar la cuna cuando sea el momento de dormir.

Para el lavado de la ropa de bebés existen detergentes especiales, no obstante es recomendable emplear poca cantidad, enjuagarla bien y no usar suavizantes que pueden irritarle la piel.

Casado (2011)

La ropa debe ser amplia, fácil de poner y quitar y acorde con la temperatura y la época del año. Es muy aconsejable que la ropa interior sea de algodón, sin lazos ni botones. No se debe utilizar fajas ni ombligueros. La ropa del bebé se debe lavar independientemente de la ropa del resto de los miembros de la casa, evitando jabones y aclarándola bien. (p40)

El tema de la ropa en el niño por lo general las madres no le prestan la suficiente atención sin embargo una ropa adecuada puede disminuir irritaciones en la piel del niño así como brindarle comodidad y bienestar.

Deposiciones.

Según, el Servicio de Neonatología del Hospital Universitario La Fe, Valencia, España (2007):

Las primeras deposiciones son viscosas, de color verde oscuro, se llaman meconio. Para el segundo o tercer día las heces comienzan a variar. Lo común es que defecue después de alimentarse, aunque no siempre es así, incluso puede durar varios días sin defecar. Las heces son verdes, amarillentas y pastosas. Se debe observar la consistencia de las heces en busca de estreñimiento o diarrea.

Según Casado (2011)

La frecuencia de estas y su consistencia varían de un niño a otro y en el mismo niño de una semana a otra. El ritmo intestinal normal corresponde a cuatro o más deposiciones, a uno o menos cada día. El color de las deposiciones puede ser amarillo, marrón o verdoso, incluso la misma deposición puede ser la mitad amarilla o marrón y la otra mitad verde. El color definitivo de las heces depende en cualquier edad de la vida, de la bilis y de los pigmentos tomados con la alimentación, estos últimos inexistentes en la alimentación de los primeros meses de vida. (p.39- 40)

La primera deposición que realizará el hijo será espesa y de color negro como el alquitrán, es el meconio. En las primeras micciones puede dejar en el pañal una mancha de color rojo que simula sangre sin serlo, es un pigmento que se elimina por la orina, llamado ácido úrico. Las micciones normales del niño van entre las 6-8 diarias, sin embargo depende de la cantidad de líquido que consuma el bebé.

La primera deposición y la micción aparecen antes del primer día de vida, cuando no es así hay que comunicarlo con un médico. Las siguientes deposiciones, llamadas de transición tanto la deposición casi líquida con grumos amarillos verdosos como la de heces compactas pero no duras. También es normal que la deposición se acompañe de un ruido por movimiento del intestino. (p30-31)

Los cuidados básicos del recién nacido son de suma importancia, las adolescentes madres deben de conocer y así lograr poner en práctica de la manera adecuada con sus hijos. La correcta práctica de los cuidados del recién nacido beneficiará el desarrollo del neonato.

Más allá de todos los cuidados físicos, también es importante el contacto con el bebé. La relación cercana con el bebé lo reconfortará, se sentirá protegido y seguro. Todo lo que la madre le transmita favorecerá el desarrollo y personalidad de su hijo.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

MARCO METODOLÓGICO

3.1 Ubicación de la investigación

El presente estudio se realizó en el Hogar Posada de Belén Madre Teresa de Calcuta, ubicado 600m oeste de Riteve en la zona del Coyol en la provincia de Alajuela, cantón Alajuela, distrito San José.

Este centro inició sus funciones en 1990 con ayuda y financiamiento del Patronato Nacional de la Infancia (PANI), La Junta de Protección Social (JPS) y la empresa privada.

Consta de un edificio central, uno de trabajo social, un gimnasio, edificio de casa cuna, lavandería, aulas, 4 pabellones en donde se ubica, el comedor, los dormitorios, baños, cancha de fútbol, voleibol y playground.

Su finalidad es ofrecer a las madres adolescentes un servicio de atención integral al lado de sus hijos. Se trabaja para sanar el estado emocional, físico y espiritual para que puedan asumir su papel de madres. Además se proporciona preparación psicosocial, humana, académica y laboral para que tengan una exitosa reinserción en la sociedad al lado de su hijo (a).

3.2 Enfoque de la investigación

La presenta investigación está sumergida en el enfoque cualitativo. Este trabajo es de carácter cualitativo porque “su interés se centra en el descubrimiento del conocimiento”. (Barrantes, 2010, p65).

Cualitativo.

En la presente investigación domina el enfoque cualitativo, ya que el objetivo general de la investigación es evaluar el conocimiento de las madres adolescentes acerca de las prácticas de los cuidados básicos hacia sus hijos (as) y factores que inciden en esta práctica.

Además lo anterior se fundamenta según Sampieri (2006), donde define:

“El enfoque cualitativo utiliza la recolección de datos sin medición numérica para descubrir o afinar preguntas de investigación en el proceso de interpretación. Además se fundamenta más en un proceso inductivo (explorar y describir y luego generar perspectivas teóricas)”. (p.8)

3.3 Tipo de investigación

No Experimental.

La investigación se ubica dentro del diseño no experimental porque durante la investigación no se han manipulado o controlado las áreas de estudio, así que los resultados y datos obtenidos se presentan sin ninguna intromisión por parte de la investigadora.

Según Kerlinger (2002)

La investigación no experimental es una indagación empírica y sistemática en la cual el científico no tiene un control directo sobre las variables independientes porque sus manifestaciones ya han ocurrido o porque son inherentemente no manipulables. Las inferencias acerca de las

relaciones entre variables se hacen, sin una intervención directa a partir de la variación concomitante de las variables dependientes e independientes. (p.394)

Se cumple con lo expuesto por el autor debido a que no se han manipulado o intervenido los datos. El Hogar Posada de Belén, las madres adolescentes y sus hijos son situaciones ya existentes.

3.4 Finalidad de la investigación

Obedece a un estudio aplicado, “pues su finalidad es la solución de problemas prácticos para transformar las condiciones de un hecho que nos preocupa. El propósito fundamental no es aportar al conocimiento teórico”. (Barrantes, 2010, p64).

En el caso del estudio presente la finalidad será contribuir con cada una de las madres adolescentes para solucionar las dudas o malas prácticas que realicen con respecto al cuidado de sus hijos para lograr erradicar y así enriquecer los conocimientos de cada una de ellas.

3.5 Alcance temporal de la investigación

Es estudio es de tipo transversal debido a que las áreas de estudio se analizaron en un tiempo establecido.

Según Barrantes (2010) “se estudian aspectos de desarrollo de los sujetos en un momento dado”. (p64)

Las encuestadas que fueron las madres adolescentes participaron en la investigación en un momento determinado, no hubo continuidad del estudio. El trabajo

pertenece a un estudio sincrónico debido a que fueron entrevistadas en un momento único y específico dentro del cronograma de abril a agosto del 2014; además se sujeta a las limitaciones humanas, temporales y éticas expuestas en el capítulo uno.

3.6 Profundidad de la investigación

Descriptivo.

Sampieri en 2006 menciona que:

En el estudio descriptivo la meta del investigador consiste en describir fenómenos, situaciones, contextos y eventos; esto es, detallar cómo son y se manifiestan. Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis". (p.103)

En el estudio descriptivo unas de las metas es describir situaciones, y detallar cómo son y se manifiestan. Se va a describir acerca del tipo de cuidados que las madres adolescentes brindan a sus hijos.

Exploratorio.

Por último es exploratorio porque se va a examinar un tema que no ha sido estudiado dentro del Hogar Posada de Belén. Nunca se ha desarrollado antes y no hay datos concretos acerca del cuidado correcto que dan las madres adolescentes a los recién nacidos.

Según, Sampieri en 2006, (p100)

“Los estudios exploratorios se realizan cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado, del cual se tienen muchas dudas o no se ha abordado antes”.

3.7 Según la orientación que asume

Explicativa.

Las investigaciones de este tipo buscan dar contestación a problemas definidos para la toma de decisiones, además pueden dejar en el encuestado y en las personas involucradas un eslabón que permita realizar un cambio o mejorar una situación determinada.

Sampieri en 2006 expresa que:

Los estudios explicativos van más allá de la descripción de conceptos o fenómenos o del establecimiento de relaciones entre conceptos; es decir, están dirigidos a responder por las causas de los eventos y fenómenos físicos o sociales. Como su nombre lo indica, su interés se centra en explicar por qué ocurre un fenómeno y en qué condiciones se manifiesta, o por qué se relacionan dos o más variables. (p108)

En esta investigación se desea buscar una respuesta de si hay dudas en el cuidado de los niños de este Hogar que puedan ser fortalecidas mediante este estudio de manera que el recién nacido pueda recibir todos los cuidados de la mejor manera.

3.8 Áreas de Estudio

Esta investigación tiene un enfoque cualitativo; en el cual no siempre se formulan hipótesis para el estudio, sin embargo se definen áreas de estudio para desarrollar.

Según Sampieri en 2006

Los estudios cualitativos, por lo regular, no formulan hipótesis antes de recolectar datos (aunque no siempre es el caso), su naturaleza es inductiva, lo cual es cierto, particularmente si su alcance es exploratorio o descriptivo. Su propósito no es medir variables para llevar a cabo inferencias y análisis estadístico. Las hipótesis son proposiciones tentativas acerca de las relaciones entre dos o más variables, y se apoyan en conocimientos organizados y sistematizados. (p.140-141)

Analizando lo expuesto por Sampieri en esta investigación no se formularon hipótesis en su lugar se definieron áreas de estudio las cuales son más acordes con los objetivos del estudio y brindan un aporte exploratorio al proceso de investigación además lograr ofrecer un enfoque más profundo en el estudio de cada área a desarrollar.

A continuación las áreas de estudio definidas según las necesidades analizadas en cuanto al cuidado del niño (a):

- a) Baño del niño
- b) Cuidados del cordón umbilical
- c) Cuidados de la piel
- d) Cuidados de las uñas

- e) Higiene de las vías respiratorias
- f) Lactancia
- g) Ictericia en el recién nacido
- h) El sueño
- i) Pañales
- j) Ropa adecuada para el niño
- k) Deposiciones

3.9 Población objeto de estudio

Sujetos.

La conforman todas las madres adolescentes ubicadas en este centro sin importar su edad ni lugar de residencia durante el periodo de la investigación.

Según Barrantes en 2010 (p.92)

“Los sujetos son todas aquellas personas físicas o corporativas que brindarán información. Debe especificarse con claridad cuál es la población o universo (pueden ser uno o varios) y la muestra (si se utilizará) en cada caso”.

En la investigación presente se utilizará una muestra por conveniencia de las madres adolescentes del Hogar Posada de Belén, las cuales brindarán la información necesaria para el desarrollo del estudio.

Población.

Para la aplicación del instrumento de medición de la investigación presente se eligió una población; en este caso las madres adolescentes.

Según Sampieri en 2006 “Una población es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones”. (p.238)

Para esta investigación la población con la que se cuenta es de 57 madres adolescentes que viven dentro del Hogar Posada de Belén, durante el periodo de abril a agosto del 2014.

3.10 Tipo de muestra

Muestra por conveniencia.

En la investigación presente la muestra es por conveniencia según lo que menciona Sampieri (2006) “que las personas encuestadas y entrevistadas tienen la misma posibilidad de ser escogidos como parte de la muestra. Define las muestras por conveniencia son simplemente casos disponibles a los cuales tenemos acceso”. (p. 571)

En la investigación se tuvo acceso en todo momento a las madres adolescentes del Hogar Posada de Belén quienes participaron de manera voluntaria.

3.11 Selección y tamaño de la muestra

La recolección de datos para la presente investigación se llevó a cabo con las madres adolescentes del Hogar Posada de Belén, se obtuvo la información por medio de un cuestionario pre y un cuestionario post acerca de los cuidados básicos de los niños.

Según Sampieri en 2006 “la muestra en el proceso cualitativo, es un *grupo* de personas, eventos, sucesos, comunidades, etcétera, sobre el cual se habrán de recolectar los datos, sin que necesariamente sea representativa del universo o población que se estudia”. (p. 562)

Tamaños de muestra comunes en estudios cualitativos según Sampieri (2006, p563)

Tipo de estudio	Tamaño mínimo de muestra sugerido
Etnográfico, teoría fundamentada, entrevistas, observaciones.	30 a 50 casos.
Historia de vida familiar	Toda la familia, cada miembro es un caso.
Biografía	El sujeto de estudio (si vive) y el mayor número de personas vinculadas a él, incluyendo críticos.
Estudio de casos en profundidad	6 a 10 casos.
Estudio de caso	Uno a varios casos.
Grupos de enfoque	Siete a 10 casos por grupo, cuatro grupos por cierto tipo de población.

La recolección de datos se va dar mediante las entrevistas por lo tanto según lo expuesto por Sampieri anteriormente se va a seleccionar una muestra por conveniencia de 30 madres adolescentes del Hogar Posada de Belén escogidas al azar.

3.12Recopilación de la información

3.12.1 Instrumento aplicado.

Los medios de recopilación de la información fueron un cuestionario pre y post charla sobre el cuidado del niño (a).

Barrantes en 2010 menciona que:

El cuestionario es un instrumento que consta de una serie de preguntas escritas para ser resuelto sin intervención del investigador. Las funciones básicas del cuestionario son: obtener, por medio de la formulación de preguntas adecuadas, las respuestas que suministren los datos necesarios para cumplir con los objetivos de la investigación. Para ello, debe obtener información pertinente, válida y confiable. (p.188)

Con ayuda del cuestionario se obtienen todos los datos necesarios acerca de los conocimientos del cuidado de sus hijos (as) por parte de las madres adolescentes.

Para analizar la información se utilizó Microsoft Excel mediante cuadros estadísticos y luego sus respectivos gráficos.

3.12.2 Tipo de cuestionario.

Se elaboró un cuestionario donde se abarcaron las áreas de estudio para un total de 33 preguntas entre ellas preguntas abiertas y cerradas. Consta de 11 preguntas abiertas y 23 preguntas cerradas.

Para aplicar el cuestionario se explicó la aplicación del instrumento; así como el propósito del mismo, la duración y las condiciones en las que se aplicaría el cuestionario.

Según Sampieri (2006, p310) “los cuestionarios son los más utilizados para recolectar los datos, consiste en un conjunto de preguntas respecto de una o más variables a medir”.

El cuestionario se le entregó a la adolescente para que lo respondiera individualmente para así recolectar toda la información necesaria para el desarrollo del estudio.

3.12.3 Validación del Instrumento

El cuestionario fue validado al pedirle a la Directora del Hogar Posada de Belén la Licda. Hannia Mayorga Tenorio junto al área administrativa, la vicepresidenta Licda. Geisa Muñiz, la trabajadora social Licda. Karol González, la cocinera Roxana Espinoza y por ultimo a la niñera Hazel Vindas, su resolución para la debida aprobación y el consentimiento para ser aplicado a las madres adolescentes del Hogar. No se aplicó a otras adolescentes.

Según Sampieri (2006, p306) la prueba piloto “consiste en administrar el instrumento a una pequeña muestra, cuyos resultados se usan para calcular la confiabilidad inicial y, de ser posible, la validez del instrumento”.

3.12.4 Descripción del cuestionario.

Según Sampieri (2006, p324) “Además de las preguntas y categorías de respuestas, un cuestionario está formado básicamente por: portada, introducción, instrucciones insertas a lo largo del mismo y agradecimiento final”.

El cuestionario está conformado de la siguiente manera:

Portada.

Se especificó la Universidad, la facultad a la cual pertenece, la investigadora, la razón de la investigación, el año y lugar de la investigación y el tema de la misma.

Introducción.

Se incluye el tema de la investigación, se explica el objetivo del instrumento, una pequeña cláusula de confidencialidad del manejo de la información, una petición de colaboración para responderlo con sinceridad y validez, y por último las instrucciones claras y sencillas para responder el cuestionario.

Preguntas.

Las preguntas del cuestionario son de 2 tipos, cerradas y abiertas, estas son de carácter interrogativo en la mayoría de los casos. Fundamentado lo anterior Barrantes (2005, p188-189) “el contenido de las preguntas de un cuestionario pueden ser tan variado como los aspectos que se midan por medio de éste. Hay dos tipos de básicos de preguntas: cerradas o abiertas. Las preguntas cerradas contienen categorías u opciones de respuestas, o sea, se presentan al sujeto las posibilidades de respuesta y ellos deben circunscribirse a éstas”.

Al inicio las preguntas son acerca datos demográficos de las participantes que incluyen edad, nacionalidad, escolaridad y trabajo.

Luego inician las preguntas según las áreas de estudio:

- Baño del recién nacido: 1 pregunta abierta, 3 preguntas cerradas.
- Cuidados del cordón umbilical: 2 preguntas cerradas, 2 preguntas abiertas.
- Cuidado de la piel: 1 pregunta abierta.
- Cuidado de las uñas: 1 pregunta abierta.

- Alimentación: 3 preguntas cerradas.
- Ictericia: 2 preguntas cerradas.
- Lactancia: 3 preguntas cerradas.
- Sueño: 1 pregunta cerrada.
- Pañales: 1 pregunta cerrada.
- Ropa: 1 pregunta cerrada.
- Higiene de las vías respiratorias: 1 pregunta cerrada.
- Deposiciones: 3 preguntas cerradas.

(Ver cuestionario en Anexo #1, pág. 202)

3.13 Programa Educativo

Para capacitar a las madres adolescentes se brindará una charla acerca de los cuidados del niño (a) para fortalecer los conocimientos de ésta y evacuar dudas o preguntas acerca del tema.

Los temas de la charla estarán desarrollados paralelo a las áreas de estudio evaluadas en el cuestionario. Los temas son: baño del niño, cuidados del cordón umbilical, cuidado de la piel, cuidado de las uñas, alimentación, ictericia del recién nacido, lactancia, sueño, pañales, ropa, higiene de las vías respiratorias y deposiciones.

La charla está dirigida a cada una de las madres adolescentes dentro del Hogar Posada de Belén. La charla tendrá una duración aproximadamente de una hora y media en las instalaciones del Hogar en el edificio de primaria donde se brindará una explicación clara y sencilla de cada área de estudio de la presente investigación.

Luego al finalizar se responderán todas las dudas que tengan las madres para así fortalecer las áreas. Se realizará una pequeña dinámica que consiste en un juego de preguntas y respuestas para así conocer los nuevos conocimientos adquiridos de cada una de las participantes. La ganadora recibirá un pequeño presente para motivar a la participación de todas.

Para clausurar se aplicó un post test para así conocer el nivel de conocimiento de cada una de las participantes.

Por último se entregará una guía pequeña a cada madre para conservarla y así consultarla ante cualquier duda. (ver anexo #4, pág. 213)

3.14 Importancia de la ética en la investigación

En cualquier investigación científica que se implica trabajar con seres humanos, se debe garantizar el respeto de todas las personas que participan en el estudio, tener responsabilidad moral y ética por parte de la investigadora.

Según Gerrish & Lacey (2008) se tomaron en cuenta los siguientes aspectos durante el proceso de investigación:

a) Respeto hacia los participantes

Este principio clave se fundamenta en la creencia de que cada individuo es importante y tiene derecho a ser tratado con respeto. Los adultos en su mayoría, son autónomos, por lo que poseen la habilidad mental de deliberar sobre asuntos que les afectan a tomar decisiones por sí mismos,

ya sean sensatas, absurdas o caprichosas. Respetar al individuo implica respetar sus decisiones. (p.32)

Cada madre adolescente se respeta en esta investigación, el cuestionario aplicado es totalmente anónimo, nunca se van a revelar nombres o fotografías de las participantes.

Según Gerrish & Lacey (2008)

b) Individuos y grupos vulnerables

“Toda persona que recibe atención sanitaria es vulnerable en cierta medida, pero si sus capacidades se encuentran limitadas para actuar de manera autónoma, será aún más vulnerable a las repercusiones de la investigación”. (p.33)

Las madres adolescentes del Hogar se consideran niñas en riesgo social; un grupo vulnerable a considerar en la investigación. El respeto siempre estuvo presente durante todo el estudio así como el trato a cada una de ellas.

Según Gerrish & Lacey (2008)

c) Obtención del consentimiento

“Las personas capaces de advertir lo que implica la participación también deberían ser capaces de decidir si toman parte en un estudio, por lo que es necesario que los investigadores proporcionen toda la información que resulte fácil de asimilar”. (p.35)

A cada madre adolescente se le explicó claramente cada objetivo del estudio así como la mayoría de beneficios que traería para sus vidas a pesar de esto cada una de ellas tomó la decisión de participar o no en el estudio y se respetó su determinación.

Según Gerrish & Lacey (2008)

- a) Mantenimiento de la confidencialidad: “los datos recopilados deben protegerse durante su almacenamiento y, en muchos casos, se estipula el modo en que se eliminarán con seguridad una vez utilizados para su propósito principal, atendiendo a que, según piensan algunos, los usados para un fin no deben, sin permiso, emplearse para otros”.

Cada detalle y datos obtenidos durante el desarrollo de la investigación se mantendrán en total confidencialidad, al ser menores de edad las madres del Hogar con mucho más peso cada averiguación se utilizará únicamente para el estudio y la privacidad será vital.

Estrategias de investigación ética.

Según Gerrish & Lacey (2008, p37) “es necesario hacer un juicio humano que acepte las desventajas de un enfoque específico y tome en consideración los beneficios que puedan aportar la investigación tanto ahora como en el futuro”.

La finalidad del estudio es fortalecer los conocimientos de cada una de las madres adolescentes en el tema del cuidado de su hijo (a) así como todos los beneficios que se brindan al fortalecer éstas áreas para el desarrollo sano del niño (a).

Sin embargo se debe mantener un equilibrio porque pueden aparecer prejuicios o algunas preferencias que tengan las madres adolescentes acerca de varios temas, sin embargo se tiene como propósito fortalecer aquellas áreas débiles y brindar información de utilidad para ayudar a cada una de ellas en el cuidado de su bebé.

Según Gerrish & Lacey (2008, p38) “antes de llevar a cabo cualquier proyecto de investigación, deben aclararse los posibles beneficios a todos los involucrados. El primero podría ser una mejoría directa de la salud o de la asistencia a los individuos que participen en el estudio. En segundo lugar, estarían los beneficios a largo plazo para los demás”

La investigación pretende brindar enormes beneficios a cada una de las madres con respecto al cuidado de su hijo(a) fortaleciendo estas áreas traerán grandes ayudas para evacuar dudas, erradicar prejuicios y fortalecer el vínculo afectivo entre madre e hijo (a).

La exploración se apegó totalmente al principio de la veracidad y en todo momento, se respetó a cada uno de los sujetos participantes en el estudio así como los resultados obtenidos.

Además se respeta el principio ético de únicamente divulgar los resultados para ayudar a las participantes y contribuir en su formación como madres.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E

INTERPRETACIÓN DE

RESULTADOS

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

En el desarrollo de este capítulo se despliegan todos los datos obtenidos con el cuestionario aplicado a cada una de las madres adolescentes con respecto a las áreas de estudio dispuestas en la investigación. Además se representan los resultados posteriores a la charla ejecutada conforme a lo propuesto en el capítulo anterior.

A continuación se presentan todos los datos obtenidos utilizando gráficos de barras verticales u horizontales así como histogramas dependiendo de la variable en cuestión.

Según Fernández, Córdoba, Cordero (2002)

Los histogramas, representan frecuencias simples (absolutas y relativas), que están constituidos por tantos rectángulos como clases se consideran en una distribución. La base de cada rectángulo será la amplitud correspondiente de cada clase. El área de cada rectángulo debe ser igual o proporcional a la frecuencia simple del correspondiente intervalo.

Además el diagrama de barras, se indica mediante una línea gruesa vertical (barra) la frecuencia correspondiente a cada valor de la variable.

Los anteriores descritos fueron utilizados para la interpretación de los datos.

Cuadro #1

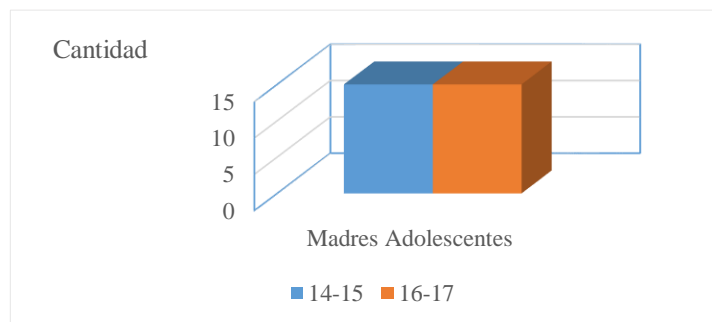
*Edad madres adolescentes del Hogar Posada de Belén,
El Coyol, Alajuela, julio 2014*

Grupo de Edad	Madres Adolescentes	
	Absoluto	Relativo
14-15	15	50.00%
16-17	15	50.00%
TOTAL	30	100%

Fuente: Cuestionario aplicado

Gráfico #1

*Edad madres adolescentes del Hogar Posada de Belén,
El Coyol, Alajuela, julio 2014*



Fuente: Cuadro #1

Análisis Cuadro #1:

En la gráfica número 1 de los 30 sujetos seleccionados se puede observar el 50% corresponde a las edades entre 14-15 años y el otro 50% las edades entre 16-17 años.

El embarazo en adolescentes en Costa Rica según el Censo de Población del 2011, corresponde a las edades entre los 12 y 19 años, en donde han tenido al menos un hijo nacido vivo. Además, el 20% de todos los nacimientos ocurridos en el país corresponden a jóvenes menores de 18 años, detalla el Censo.

Esta información se comprueba con las edades de las madres adolescentes dentro del Hogar Posada de Belén.

Cuadro #2

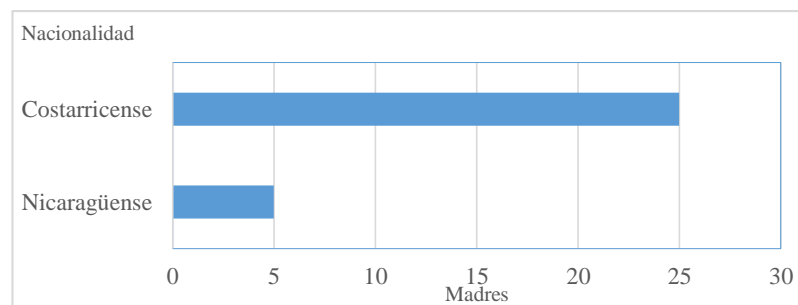
*Nacionalidad de las madres adolescentes del Hogar Posada de Belén,
El Coyol, Alajuela, julio 2014*

Nacionalidad	Madres Adolescentes	
	Absoluto	Relativo
Costarricense	25	83.33%
Nicaragüense	5	16.66%
TOTAL	30	100%

Fuente: Cuestionario aplicado

Gráfico #2

*Nacionalidad de las madres adolescentes del Hogar Posada de Belén,
El Coyol, Alajuela, julio 2014*



Fuente: Cuadro #2

Análisis Cuadro #2:

Existe una minoría de las madres adolescentes nicaragüenses con un 17%, con respecto a las madres adolescentes costarricenses un 83% que conviven dentro del Hogar Posada de Belén.

Costa Rica es el país de origen de la mayoría de las madres adolescentes por lo tanto corresponde a la generalidad de la muestra.

Cuadro #3

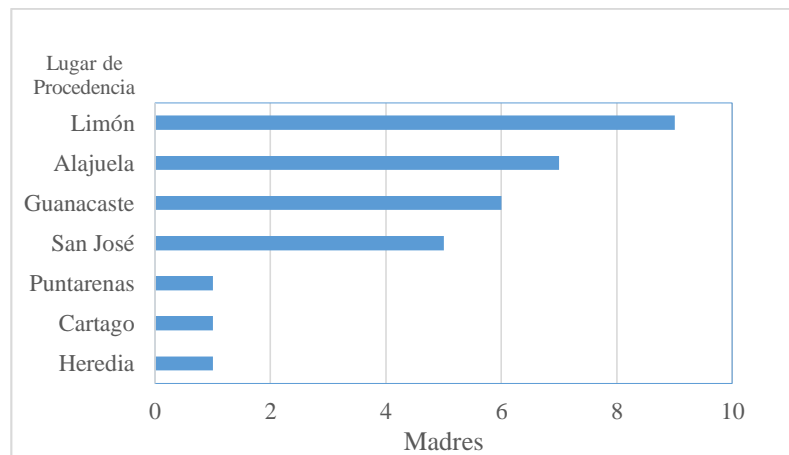
Provincia de procedencia de las madres adolescentes del Hogar Posada de Belén, El Coyol, Alajuela, julio 2014

Lugar de Procedencia	Madres Adolescentes	
	Absoluto	Relativo
San José	5	16.66%
Alajuela	7	23.33%
Heredia	1	3.33%
Cartago	1	3.33%
Guanacaste	6	20.00%
Puntarenas	1	3.33%
Limón	9	30.00%
TOTAL	30	100%

Fuente: Cuestionario aplicado

Gráfico #3

Provincia de procedencia de las madres adolescentes del Hogar Posada de Belén, El Coyol, Alajuela, julio 2014



Fuente: Cuadro #3

Análisis Cuadro #3:

Los datos suministrados por la muestra colocan como el lugar de mayor procedencia de las madres adolescentes a la provincia de Limón que corresponde al 30%, seguida por la provincia de Alajuela con un 23%, Guanacaste con un 20% y San José con un 17%. Coinciden las provincias de Heredia, Puntarenas y Cartago con un 3%.

Durante la aplicación del cuestionario las madres adolescentes compartieron los lugares donde vivían en cada provincia la mayoría pertenecían a zonas rurales.

Es importante destacar la información del Censo de Población del 2011 donde se registra que “el 70% de los casos de madres adolescentes se registran en las zonas rurales”.

Los embarazos entre adolescentes de Costa Rica son más comunes en las zonas rurales que en las ciudades, según concluye el informe del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, por sus siglas en inglés). El estudio toma en cuenta varios factores socioeconómicos, como el nivel educativo, la etnia, la nacionalidad y el estado de la vivienda en que viven las adolescentes. En el caso de los embarazos adolescentes, la proporción de jóvenes en zonas rural es de 10,8%, mientras que en las zonas urbanas es de un 8,4%.

El análisis anterior se ve sustentado por la información expuesta en el informe del (UNFPA) donde el 30% proviene de Limón el cual corresponde en su mayoría a zona rural.

Cuadro #4

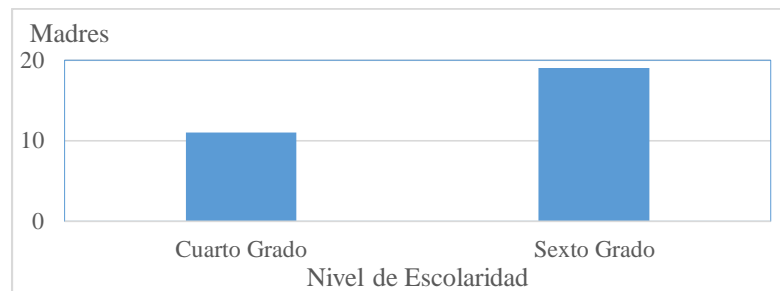
*Escolaridad de las madres adolescentes del Hogar Posada de Belén,
El Coyoil, Alajuela, julio 2014*

Escolaridad	Madres Adolescentes	
	Absoluto	Relativo
Cuarto grado	11	36.66%
Sexto grado	19	63.33%
TOTAL	30	100%

Fuente: Cuestionario aplicado.

Gráfico #4

*Escolaridad de las madres adolescentes del Hogar Posada de Belén,
El Coyoil, Alajuela, julio 2014*



Fuente: Cuadro #4

Análisis Cuadro #4:

Se logró observar en la muestra de la investigación que más de la mitad, que corresponde a un 63% está finalizando su último año escolar y el 37% restante se encuentran cursando el cuarto grado.

Dentro del Hogar Posada de Belén se brinda la preparación académica en primaria que será de gran beneficio para cada una de las madres adolescentes, para así lograr su desarrollo como futuras estudiantes colegiales. Dentro del Hogar Posada de Belén también viven madres adolescentes colegialas pero ellas asisten a un colegio público y no se incluyeron dentro de la muestra.

Cuadro #5

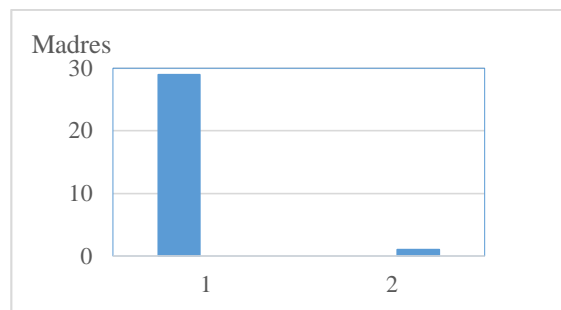
*Madres adolescentes del Hogar Posada de Belén, según número de hijos,
El Coyol, Alajuela, julio 2014*

N° de Hijos	Madres Adolescentes	
	Absoluto	Relativo
1	29	96.66%
2	1	3.33%
TOTAL	30	100%

Fuente: Cuestionario aplicado

Gráfico #5

*Madres adolescentes del Hogar Posada de Belén, según número de hijos,
El Coyol, Alajuela, julio 2014*



Fuente: Cuadro #5

Análisis Cuadro #5:

Un 97% de las madres adolescentes encuestadas, es decir la mayoría, tienen un hijo (a) y únicamente un 3% que corresponde a una madre adolescente de 17 años de edad tiene 2 hijos.

Cuadro #6

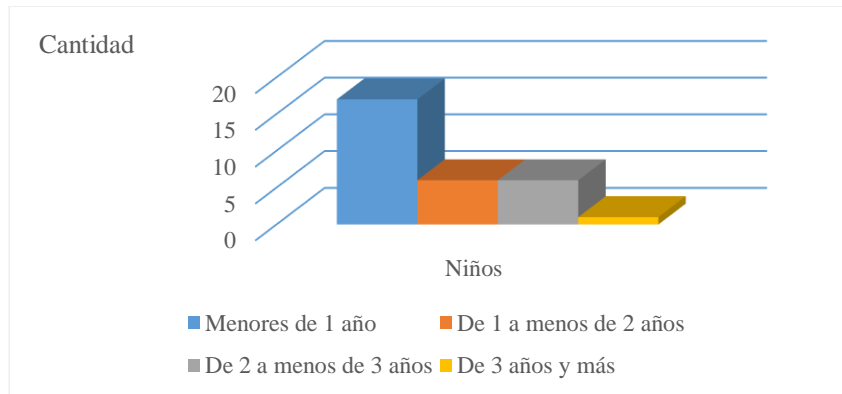
*Edad de los hijos/as de las madres adolescentes del Hogar Posada de Belén,
El Coyol, Alajuela, julio 2014*

Edad	Niños	
	Absoluto	Relativo
Menores de 1 año	17	56.66%
De 1 a menos de 2 años	6	20.00%
De 2 a menos de 3 años	6	20.00%
De 3 años y más	1	3.33%
TOTAL	30	100%

Fuente: Cuestionario aplicado

Gráfico #6

*Edad de los hijos/as de las madres adolescentes del Hogar Posada de Belén,
El Coyol, Alajuela, julio 2014*



Fuente: Cuadro #6

Análisis Cuadro #6:

La muestra evidencia que un 57% de los hijos (as) de las madres adolescentes son menores de 1 año, seguido con un 20% las edades entre 1 años a 3 años y con una minoría del 3% los niños (as) mayores de 3 años.

Cuadro #7

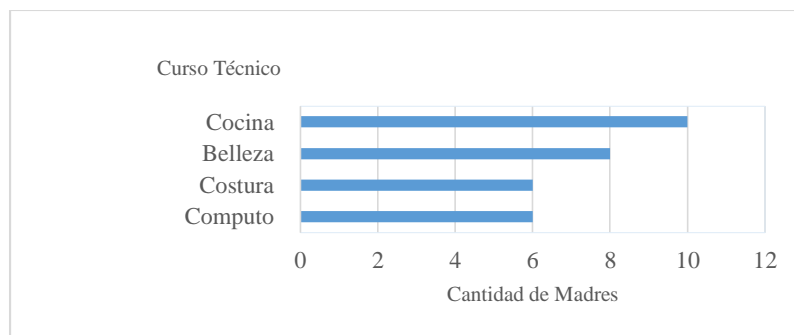
*Curso técnico que realizan las madres adolescentes
del Hogar Posada de Belén,
El Coyol, Alajuela, julio 2014*

Curso Técnico	Madres Adolescentes	
	Absoluto	Relativo
Belleza	8	26.66%
Cocina	10	33.33%
Cómputo	6	20.00%
Costura	6	20.00%
TOTAL	30	100%

Fuente: Cuestionario aplicado

Gráfico #7

*Curso técnico que realizan las madres adolescentes
del Hogar Posada de Belén,
El Coyol, Alajuela, julio 2014*



Fuente: Cuadro #7

Análisis Cuadro #7:

El tipo de capacitación que genera mayor interés de estudio en las madres adolescentes de la muestra, coloca en primer lugar a cocina con un 33%, seguido del curso de capacitación en belleza con un 27% y por último se encuentra la capacitación de costura y cómputo con un 20%.

Cuadro #8

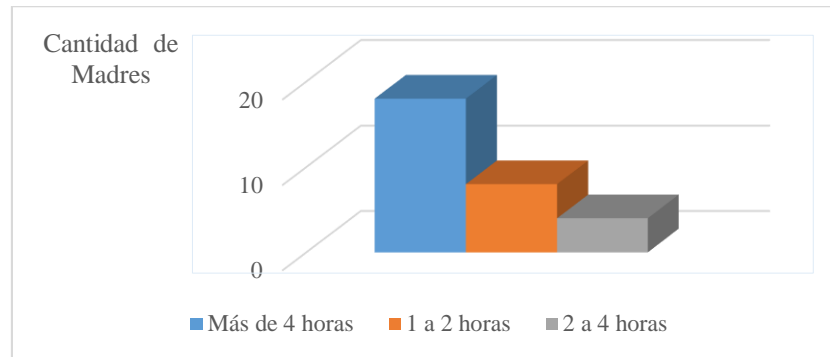
Cantidad de horas diarias para el cuidado de su hijo (a) por parte de la madre adolescente del Hogar Posada de Belén, El Coyol, Alajuela, julio 2014

Cantidad de horas diarias	Madres Adolescentes	
	Absoluto	Relativo
1 a 2 horas	8	26.66%
2 a 4 horas	4	13.33%
Más de 4 horas	18	60.00%
TOTAL	30	100%

Fuente: Cuestionario aplicado

Gráfico #8

Cantidad de horas diarias para el cuidado de su hijo (a) por parte de la madre adolescente del Hogar Posada de Belén, El Coyol, Alajuela, julio 2014



Fuente: Cuadro #8

Análisis Cuadro #8:

La mayoría de las madres adolescentes encuestadas el 60% dedican un tiempo considerable de más de 4 horas en relación con el resto de adolescentes entrevistadas que dedican diariamente un tiempo mínimo en el cuidado de su hijo(a).

Sin embargo se considera importante que durante los primeros meses pasar la mayor cantidad de tiempo junto al niño (a) para fortalecer el lazo entre madre e hijo.

Cuadro #9

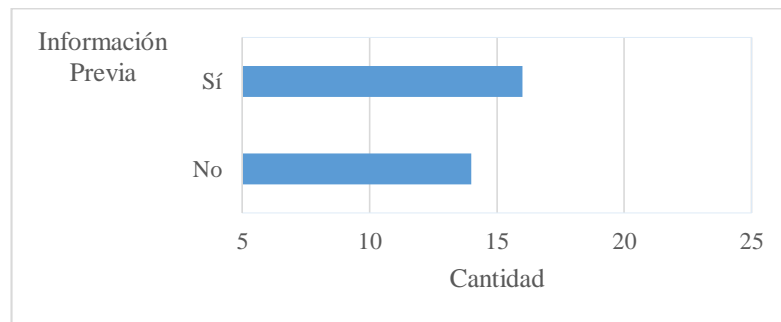
Información previa que poseen las madres adolescentes sobre el cuidado básico del niño (a) del Hogar Posada de Belén, El Coyoil, Alajuela, julio 2014

Información previa	Madres Adolescentes	
	Absoluto	Relativo
Sí	16	53.33%
No	14	46.66%
TOTAL	30	100%

Fuente: Cuestionario aplicado

Gráfico #9

Información previa que poseen las madres adolescentes sobre el cuidado básico del niño (a) del Hogar Posada de Belén, El Coyoil, Alajuela, julio 2014



Fuente: Cuadro #9

Análisis Cuadro #9:

Se puede observar que más de las mitad de las madres adolescentes entrevistadas con un 53%, tuvieron conocimiento previo acerca del cuidado del niño (a), sin embargo se demostró con el gráfico anterior que las horas que se comparten junto con el niño (a) son mínimas por lo tanto el cuidado por parte de las madres adolescentes está muy reducido, de esta manera no pueden poner en práctica los conocimientos aprendidos previamente.

Cuadro #10

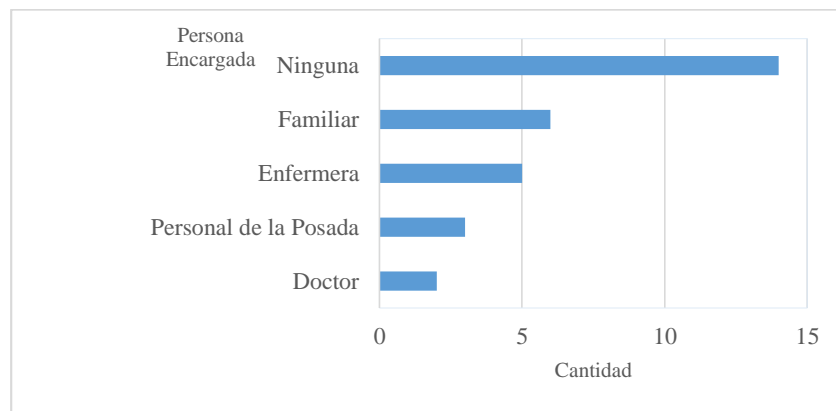
Persona encargada de brindar información previa a madres adolescentes en el cuidado del niño(a) del Hogar Posada de Belén, El Coyol, Alajuela, julio 2014

Persona Encargada	Cantidad	
	Absoluto	Relativo
Enfermera	5	16.66%
Doctor	2	6.66%
Familiar	6	20.00%
Personal de la Posada	3	10.00%
Ninguna	14	46.66%
TOTAL	30	100%

Fuente: Cuestionario aplicado

Gráfico #10

Persona encargada de brindar información previa a madres adolescentes en el cuidado del niño(a) del Hogar Posada de Belén, El Coyol, Alajuela, julio 2014



Fuente: Cuadro #10

Análisis Cuadro #10:

Se reafirma con el gráfico anterior que ninguna persona el cual corresponde a un 47% les enseñó a cuidar a su hijo (a). Seguido por la información brindada por familiares un 20%, luego las enfermeras del hospital un 17% brindaron esta información durante la hospitalización. El personal del Hogar Posada de Belén con un 10% y por último doctores con un 7%.

Se ratifica la gran labor de las enfermeras brindando información fundamentada y científica en aclarar dudas y enseñar los principios básicos de la higiene del niño (a) a cada madre adolescente durante la hospitalización, horas vitales para iniciar un correcto cuidado de su hijo.

Cuadro #11

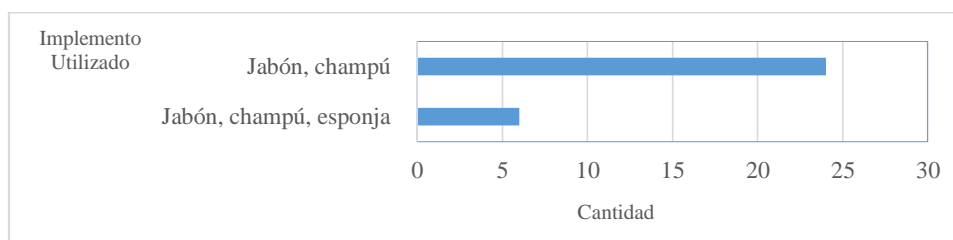
*Implementos más comunes que utilizan en el baño de sus hijos (as)
las madres adolescentes del Hogar Posada de Belén,
El Coyol, Alajuela, julio 2014*

Implemento Utilizado	Cantidad	
	Absoluto	Relativo
Jabón, champú, esponja	6	20.00%
Jabón, champú	24	80.00%
TOTAL	30	100%

Fuente: Cuestionario aplicado

Gráfico #11

*Implementos más comunes que utilizan en el baño de sus hijos (as)
las madres adolescentes del Hogar Posada de Belén,
El Coyol, Alajuela, julio 2014*



Fuente: Cuadro #11

Análisis Cuadro #11:

La mayoría de las madres adolescentes entrevistadas que concierne a un 80% utilizan el jabón y el champú para el baño de sus hijos (as), implementos que informan son los que tienen de mayor accesibilidad para utilizar en el baño de éstos (as) proporcionados por el Hogar Posada de Belén.

Evaluación Posterior a la Charla

Cuadro #12

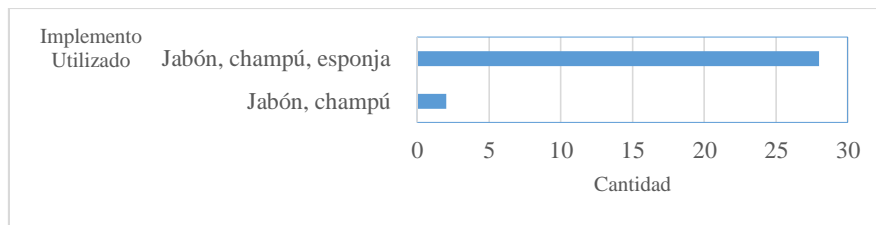
*Implementos más comunes que utilizan en el baño de sus hijos (as)
las madres adolescentes del Hogar Posada de Belén,
El Coyol, Alajuela, julio 2014*

Implemento Utilizado	Cantidad	
	Absoluto	Relativo
Jabón, champú, esponja	28	93.33%
Jabón, champú	2	6.66%
TOTAL	30	100%

Fuente: Cuestionario aplicado

Gráfico #12

*Implementos más comunes que utilizan en el baño de sus hijos (as)
las madres adolescentes del Hogar Posada de Belén,
El Coyol, Alajuela, julio 2014*



Fuente: Cuadro #12

Análisis Cuadro #12:

La mayoría de las madres adolescentes de la muestra que concierne a un 93% luego de la aplicación del cuestionario coinciden que lo más importante es utilizar el jabón, champú y esponja. Se observan resultados positivos en esta pregunta.

Según, el Servicio de Neonatología del Hospital Universitario La Fe, Valencia, España (2007) se debe utilizar una esponja suave, jabón de pH neutro sin perfume. Información que concuerda con la respuesta positiva de las madres adolescentes.

Cuadro #13

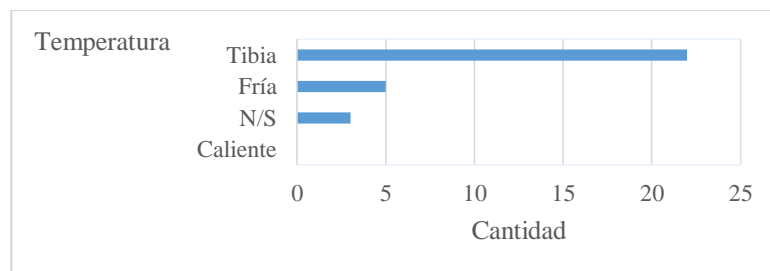
Temperatura del agua que utilizan las madres adolescentes del Hogar Posada de Belén, para el baño de su hijo (a), El Coyol, Alajuela, julio 2014

Temperatura	Madres Adolescentes	
	Absoluto	Relativo
Caliente	0	0.00%
Fría	5	16.66%
Tibia	22	73.33%
N/S	3	10.00%
TOTAL	30	100%

Fuente: Cuestionario aplicado

Gráfico #13

Temperatura del agua que utilizan las madres adolescentes del Hogar Posada de Belén, para el baño de su hijo (a), El Coyol, Alajuela, julio 2014



Fuente: Cuadro #13

Análisis Cuadro #13:

Un 73% de la muestra que equivale a la mayoría de las madres adolescentes opinan que la temperatura ideal para el baño del niño (a) es tibia que equivale de los 36°-38°C.

Coincide con la información brindada por el Servicio de Neonatología del Hospital Universitario La Fe, Valencia, España, donde se explica que la tarea del baño debe ser tranquila, se debe preparar el agua a temperatura agradable, se puede controlar con la cara interna del antebrazo, la temperatura debe ser aproximadamente entre 36°C y 38°C. Además es beneficioso porque al sumergirle ayuda a la termorregulación, esto ayuda a que no se quede frío durante el baño.

Además Casado (2011) cita que “el agua debe estar tibia entre los 36-38°C”.

Los dos autores concuerdan con la temperatura ideal del baño del niño (a), así como la mayoría de las madres adolescentes.

Evaluación Posterior a la Charla

Cuadro #14

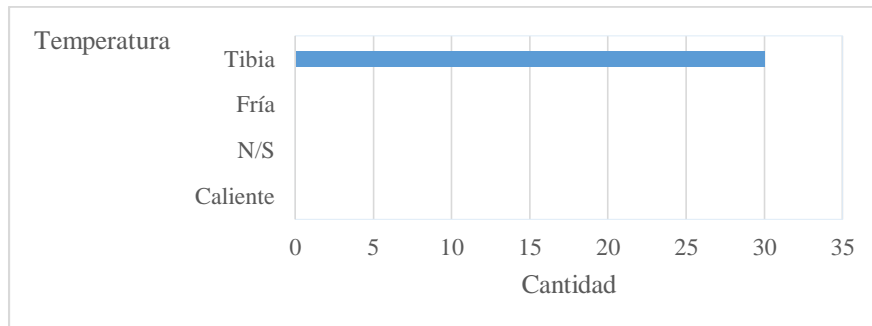
Temperatura del agua que utilizan las madres adolescentes del Hogar Posada de Belén, para el baño de su hijo (a), El Coyol, Alajuela, julio 2014

Temperatura	Madres Adolescentes	
	Absoluto	Relativo
Caliente	0	0.00%
Fría	0	0.00%
Tibia	30	100.00%
N/S	0	0.00%
TOTAL	30	100%

Fuente: Cuestionario aplicado

Gráfico #14

Temperatura del agua que utilizan las madres adolescentes del Hogar Posada de Belén, para el baño de su hijo (a), El Coyol, Alajuela, julio 2014



Fuente: Cuadro #14

Análisis Cuadro #14:

Un 100% de las madres adolescentes encuestadas saben que la temperatura ideal para el baño del niño (a) tibia que equivale de los 36°-38°C. Este dato evidencia que las jóvenes en un 100% comprendieron este conocimiento.

Cuadro #15

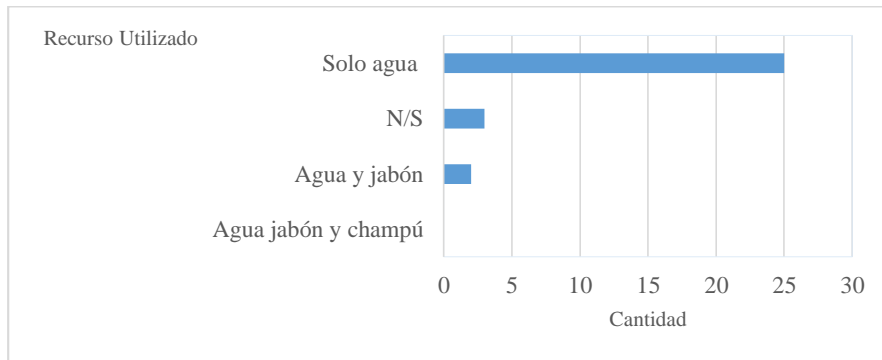
Recursos que utilizan las madres adolescentes del Hogar Posada de Belén, para lavar la cara de su hijo(a), El Coyol, Alajuela, julio 2014

Recursos Utilizados	Madres Adolescentes	
	Absoluto	Relativo
Agua y jabón	2	6.66%
Solo agua	25	83.33%
Agua jabón y champú	0	0.00%
N/S	3	10.00%
TOTAL	30	100%

Fuente: Cuestionario aplicado

Gráfico #15

Recursos que utilizan las madres adolescentes del Hogar Posada de Belén, para lavar la cara de su hijo(a), El Coyol, Alajuela, julio 2014



Fuente: Cuadro #15

Análisis Cuadro #15:

La mayoría de madres adolescentes encuestadas que representan un 83% coinciden con el Servicio de Neonatología del Hospital Universitario La Fe, Valencia, España, 2007 que el agua es el mejor elemento para lavar la cara del recién nacido. (Basado en el Servicio de Neonatología del Hospital Universitario la Fe, 2007, pág. 60, Capítulo II, Marco Teórico).

Evaluación Posterior a la Charla

Cuadro #16

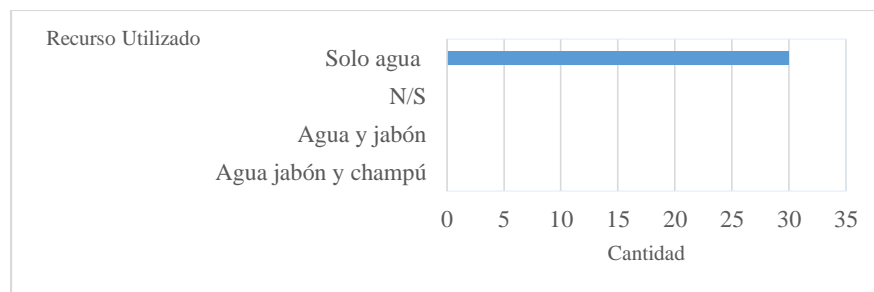
Recursos que utilizan las madres adolescentes del Hogar Posada de Belén, para lavar la cara de su hijo(a), El Coyol, Alajuela, julio 2014

Recursos Utilizados	Madres Adolescentes	
	Absoluto	Relativo
Agua y jabón	0	0.00%
Solo agua	30	100.00%
Agua jabón y champú	0	0.00%
N/S	0	0.00%
TOTAL	30	100%

Fuente: Cuestionario aplicado

Gráfico #16

Recursos que utilizan las madres adolescentes del Hogar Posada de Belén, para lavar la cara de su hijo(a), El Coyol, Alajuela, julio 2014



Fuente: Cuadro #16

Análisis Cuadro #16:

El 100% de las encuestadas respondió que el único recurso para lavar la cara de su hijo (a) es el agua. Se evidencia la aclaración que las madres adolescentes recibieron en relación a este tema. Sustentada la información según el Servicio de Neonatología del Hospital Universitario La Fe, Valencia, España, 2007.

Cuadro #17

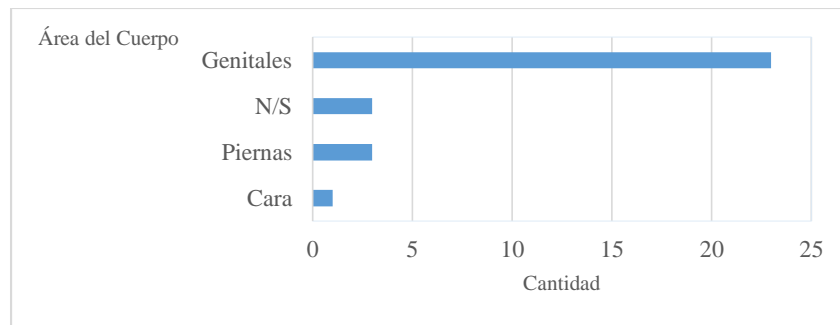
Conocimiento de la madre adolescente del Hogar Posada de Belén acerca de cuál área del cuerpo del niño (a) se debe bañar por último, El Coyol, Alajuela, julio 2014

Área del Cuerpo	Madres Adolescentes	
	Absoluto	Relativo
Cara	1	3.33%
Genitales	23	76.66%
Piernas	3	10.00%
N/S	3	10.00%
TOTAL	30	100%

Fuente: Cuestionario aplicado.

Gráfico #17

Conocimiento de la madre adolescente del Hogar Posada de Belén acerca de cuál área del cuerpo del niño (a) se debe bañar por último, El Coyol, Alajuela, julio 2014



Fuente: Cuadro #17

Análisis Cuadro #17:

El 77% de las madres adolescentes encuestadas con respecto a la última área del cuerpo que se debe bañar respondieron que son los genitales, información que coincide con el Servicio de Neonatología del Hospital Universitario La Fe, Valencia, España, 2007 donde explican que se debe empezar por la cabeza e insistiendo en la zona por detrás de las orejas, seguir con el cuello, brazos, axilas, pecho, espalda, piernas, pies y por último los genitales, de esta manera se evitan infecciones. (Basado en el Servicio de Neonatología del Hospital Universitario la Fe, 2007, pág. 60, Capítulo II, Marco Teórico).

Casado (2011) cita limpiar con más atención los lugares de los pliegues, axilas, ingles, cuello y la zona del pañal por último, después secar con un paño seco, mejor tibio o caliente sin frotar. (Basado Casado 2011, pág. 61, Capítulo II, Marco Teórico).

Evaluación Posterior a la Charla

Cuadro #18

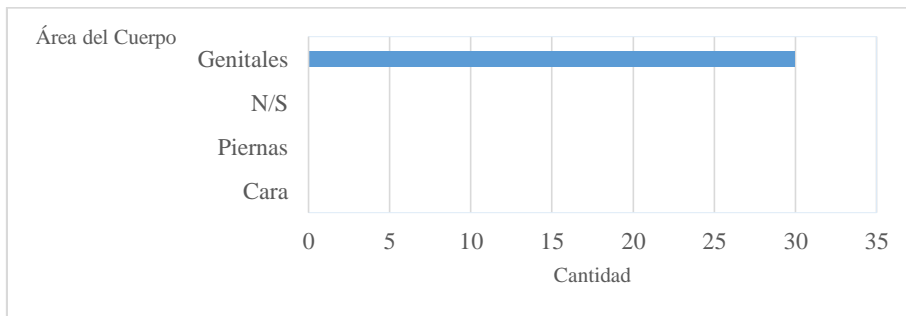
Conocimiento de la madre adolescente del Hogar Posada de Belén acerca de cuál área del cuerpo del niño (a) se debe bañar por último, El Coyol, Alajuela, julio 2014

Área del Cuerpo	Madres Adolescentes	
	Absoluto	Relativo
Cara	0	0.00%
Genitales	30	100.00%
Piernas	0	0.00%
N/S	0	0.00%
TOTAL	30	100%

Fuente: Cuestionario aplicado

Gráfico #18

Conocimiento de la madre adolescente del Hogar Posada de Belén acerca de cuál área del cuerpo del niño (a) se debe bañar por último, El Coyol, Alajuela, julio 2014



Fuente: Cuadro #18

Análisis Cuadro #18:

El 100% de las madres adolescentes encuestadas con respecto a la última área del cuerpo que se debe bañar respondieron que son los genitales. Este conocimiento es de suma importancia para evitar infecciones debido a los malos hábitos higiénicos que pueden generar las malas prácticas, obsérvese que antes de la charla solo un 77% tenían esta práctica.

Cuadro #19

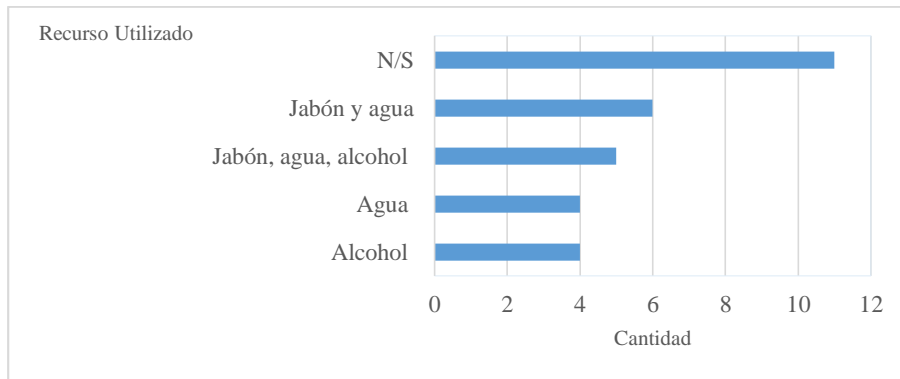
Recursos utilizados por parte de la madre adolescente del Hogar Posada de Belén para el cuidado del cordón umbilical del recién nacido, El Coyol, Alajuela, julio 2014

Recursos Utilizados	Madres Adolescentes	
	Absoluto	Relativo
Alcohol	4	13.33%
Jabón y agua	6	20.00%
Jabón, agua, alcohol	5	16.66%
Agua	4	13.33%
N/S	11	36.66%
TOTAL	30	100%

Fuente: Cuestionario aplicado

Gráfico #19

Recursos utilizados por parte de la madre adolescente del Hogar Posada de Belén para el cuidado del cordón umbilical del recién nacido, El Coyol, Alajuela, julio 2014



Fuente: Cuadro #19

Análisis Cuadro #19:

Existen una variedad de opiniones acerca del cuidado correcto del cordón umbilical por parte de las madres adolescentes de la muestra, sin embargo la mayoría de las madres no tienen conocimientos de cómo es el cuidado del cordón umbilical, con un 37% de la población en estudio, seguido de esto existe la gran variedad de respuestas en cuanto a los recursos utilizados.

El Servicio de Neonatología del Hospital Universitario La Fe, Valencia, España 2007, propone que se debe lavar con agua y jabón, además asegurar que quede bien seco.

Según Casado (2011) las curas del ombligo se realizarán con agua y jabón, después se coloca una gasa seca encima, sin alcohol ni antisépticos.

Es importante corregir todas las dudas que poseen las madres adolescentes con respecto al cuidado del cordón umbilical. Se consulta por vía telefónica el día 17 de julio del 2014 al Dr. Ronald Rodríguez, Director del Área de Salud de San Joaquín de Flores, Heredia y él afirma que lo ideal y lo que se maneja actualmente es lavar el cordón umbilical únicamente con agua y jabón.

Evaluación Posterior a la Charla

Cuadro #20

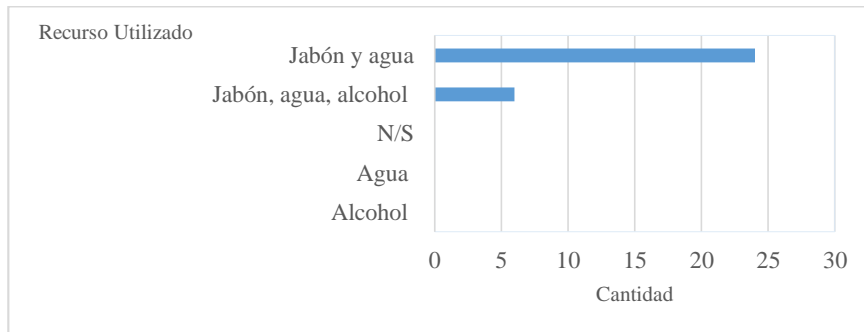
Recursos utilizados por parte de la madre adolescente del Hogar Posada de Belén para el cuidado del cordón umbilical del recién nacido, El Coyol, Alajuela, julio 2014

Recursos Utilizados	Madres Adolescentes	
	Absoluto	Relativo
Alcohol	0	0.00%
Jabón y agua	24	80.00%
Jabón, agua, alcohol	6	20.00%
Agua	0	0.00%
N/S	0	0.00%
TOTAL	30	100%

Fuente: Cuestionario aplicado

Gráfico #20

Recursos utilizados por parte de la madre adolescente del Hogar Posada de Belén para el cuidado del cordón umbilical del recién nacido, El Coyol, Alajuela, julio 2014



Fuente: Cuadro #20

Análisis Cuadro #20:

Previo a la charla solo un 20% utilizaban agua y jabón para el cuidado del cordón umbilical, posterior a ésta un 80% comprendieron como debe realizarse ese cuidado, el 20% restante utilizan jabón, agua y alcohol. Aunque se les explicó los efectos del alcohol las madres adolescentes consideran que proporcionó un buen resultado en el cuidado del cordón umbilical por lo tanto confían en su uso.

Cuadro #21

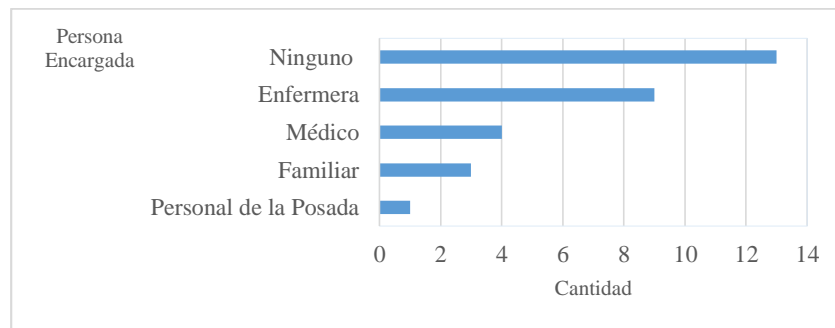
*Información previa que posee la madre adolescente del Hogar
Posada de Belén para el cuidado del cordón umbilical,
El Coyol, Alajuela, julio 2014*

Persona Encargada	Cantidad	
	Absoluto	Relativo
Enfermera	9	30.00%
Familiar	3	10.00%
Médico	4	13.33%
Personal de la Posada	1	3.33%
Ninguno	13	43.33%
TOTAL	30	100%

Fuente: Cuestionario aplicado

Gráfico #21

*Información previa que posee la madre adolescente del Hogar
Posada de Belén para el cuidado del cordón umbilical,
El Coyol, Alajuela, julio 2014*



Fuente: Cuadro #21

Análisis Cuadro #21:

Se observa una vez más que las madres adolescentes encuestadas no recibieron información previa por ninguna persona con respecto al cuidado del cordón umbilical esto se ve reflejado en un 43% de la población total, seguido con un 30% por parte de las enfermeras que han aportado información en este tema; se ratifica la gran ayuda que brindan las enfermeras en la capacitación de las madres adolescentes con respecto al cuidado básico del recién nacido.

Importante nuevamente recalcar el compromiso del Hogar Posada de Belén en fortalecer estos conocimientos en las madres.

Cuadro #22

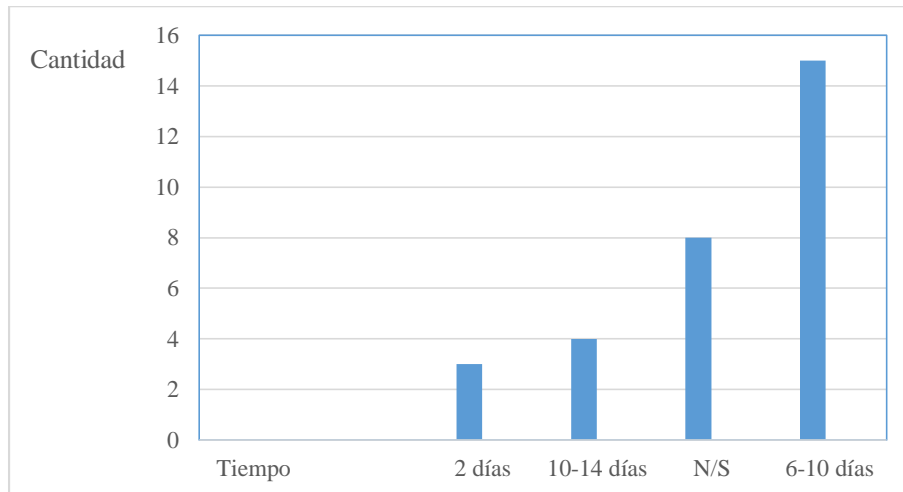
Conocimiento del tiempo que tarda en caerse el cordón umbilical según las madres adolescentes del Hogar Posada de Belén, El Coyol, Alajuela, julio 2014

Tiempo	Madres Adolescentes	
	Absoluto	Relativo
2 días	3	10.00%
6-10 días	15	50.00%
10-14 días	4	13.33%
N/S	8	26.66%
TOTAL	30	100%

Fuente: Cuestionario aplicado

Gráfico #22

Conocimiento del tiempo que tarda en caerse el cordón umbilical según las madres adolescentes del Hogar Posada de Belén, El Coyol, Alajuela, julio 2014



Fuente: Cuadro #22

Análisis Cuadro #22:

Según Casado (2011) el ombligo suele caerse entre el sexto y el décimo día de vida pero a veces tarda más. Se puede observar que las respuestas de las madres entrevistadas acertaron en un 50% respecto al tiempo que tarda en caerse el cordón umbilical.

Sin embargo el otro 53% de la muestra en estudio no conocen el tiempo exacto que tarda el cordón umbilical del recién nacido en caerse. Situación en la cual se debe intervenir para aclarar el correcto concepto a las madres adolescentes.

Evaluación Posterior a la Charla

Cuadro #23

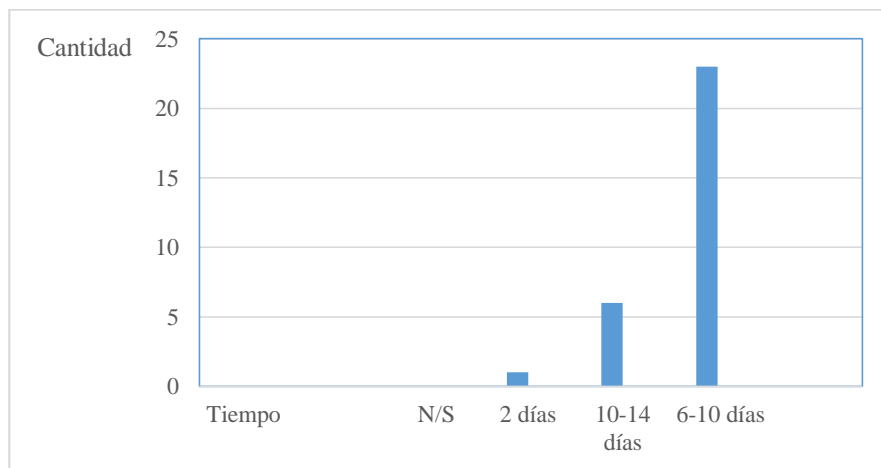
Conocimiento del tiempo que tarda en caerse el cordón umbilical según las madres adolescentes del Hogar Posada de Belén, El Coyol, Alajuela, julio 2014

Tiempo	Madres Adolescentes	
	Absoluto	Relativo
2 días	1	3.33%
6-10 días	23	76.66%
10-14 días	6	20.00%
N/S	0	0.00%
TOTAL	30	100%

Fuente: Cuestionario aplicado

Gráfico #23

Conocimiento del tiempo que tarda en caerse el cordón umbilical según las madres adolescentes del Hogar Posada de Belén, El Coyol, Alajuela, julio 2014



Fuente: Cuadro #23

Análisis Cuadro #23:

El 77% de las madres adolescentes encuestadas contestaron correctamente la pregunta sin embargo algunas madres en un 23% por su propia experiencia con su recién nacido tienen varias opiniones en cuanto al tiempo en que tarda el cordón umbilical en caerse.

Se aclaró que este tiempo es variable no obstante el periodo manejado por los autores y la bibliografía consultada es de 6 a 10 días.

Cuadro #24

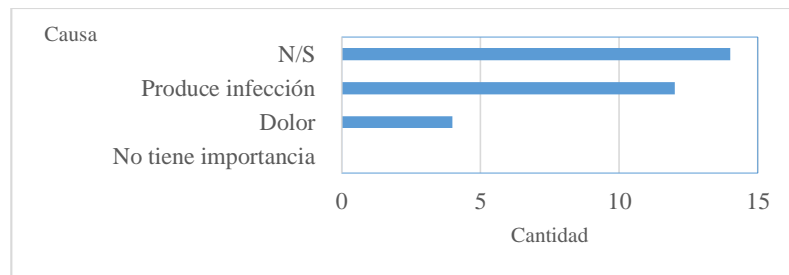
Conocimiento de la madre adolescente del Hogar Posada de Belén sobre los efectos de cubrir el cordón umbilical con el pañal, El Coyol, Alajuela, julio 2014

Causa	Madres Adolescentes	
	Absoluto	Relativo
Dolor	4	13.33%
No tiene importancia	0	0.00%
Produce infección	12	40.00%
N/S	14	46.66%
TOTAL	30	100%

Fuente: Cuestionario aplicado

Gráfico #24

Conocimiento de la madre adolescente del Hogar Posada de Belén sobre los efectos de cubrir el cordón umbilical con el pañal, El Coyol, Alajuela, julio 2014



Fuente: Cuadro #24

Análisis Cuadro #24:

Un alto porcentaje de madres adolescentes de la muestra que corresponde a un 47%, no conocen los efectos que pueden producirse al cubrir el cordón umbilical, igual que un porcentaje considerable del 40% conoce que produce infección.

Según Casado (2011) el cordón umbilical contiene vasos sanguíneos, dos arterias y una vena que, en los primeros días se secan, desprendiéndose, generalmente, antes de la segunda semana de vida. Cuando esto no sucede, habitualmente es porque el cordón permanece húmedo o raramente porque está infectado, en cuyo caso exuda un líquido maloliente y duele al tocarlo. Para que se desprenda, el cordón umbilical precisa de la momificación del mismo; el muñón del ombligo debe estar seco y duro, este proceso se favorece si el cordón está expuesto al aire, limpio y seco, no tapado con el pañal.

Algunas madres adolescentes mencionaron durante la aplicación del cuestionario que no tenían conocimiento debido a que los primeros días no compartieron con su hijo (a) por condiciones de salud que obligaron a mantenerlos en neonatología y fueron entregados días después a las madres cuando ya se había caído el cordón umbilical.

Evaluación Posterior a la Charla

Cuadro #25

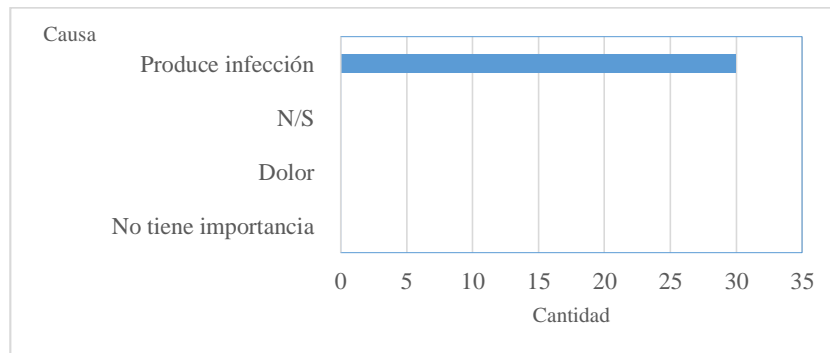
Conocimiento de la madre adolescente del Hogar Posada de Belén sobre los efectos de cubrir el cordón umbilical con el pañal, El Coyol, Alajuela, julio 2014

Causa	Madres Adolescentes	
	Absoluto	Relativo
Dolor	0	0.00%
No tiene importancia	0	0.00%
Produce infección	30	100.00%
N/S	0	0.00%
TOTAL	30	100%

Fuente: Cuestionario aplicado

Gráfico #25

Conocimiento de la madre adolescente del Hogar Posada de Belén sobre los efectos de cubrir el cordón umbilical con el pañal, El Coyol, Alajuela, julio 2014



Fuente: Cuadro #25

Análisis Cuadro #25:

El 100% de las encuestadas coinciden con la importancia de los efectos de cubrir con el pañal el cordón umbilical del recién nacido, lo cual contrasta con el 60% que desconocían esta situación. Algunas madres encuestadas compartieron su propia experiencia con su bebé.

Cuadro #26

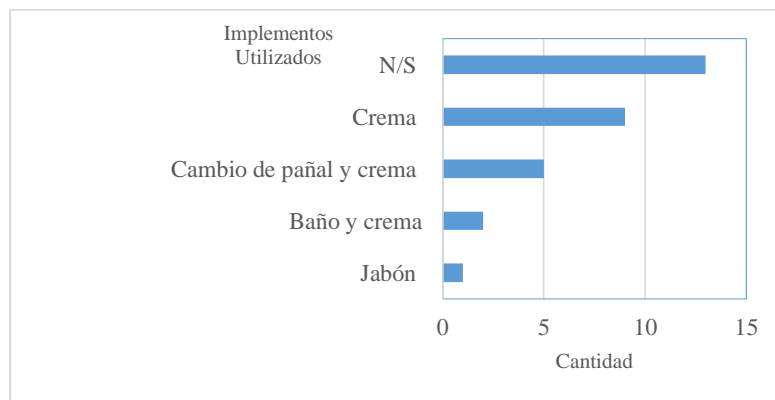
Implementos utilizados por las madres adolescentes del Hogar Posada de Belén para evitar la irritación de la piel de su hijo (a), El Coyol, Alajuela, julio 2014

Implementos utilizados	Madres Adolescentes	
	Absoluto	Relativo
Baño y crema	2	6.66%
Jabón	1	3.33%
Crema	9	30.00%
Cambio de pañal y crema	5	16.66%
N/S	13	43.33%
TOTAL	30	100%

Fuente: Cuestionario aplicado

Gráfico #26

Implementos utilizados por las madres adolescentes del Hogar Posada de Belén para evitar la irritación de la piel de su hijo (a), El Coyol, Alajuela, julio 2014



Fuente: Cuadro #26

Análisis Cuadro #26:

Un 43% de las madres adolescentes entrevistadas no saben qué cuidado se debe tener para evitar la irritación de la piel del recién nacido. Existe gran variedad de criterios de cómo cuidar la piel del recién nacido.

Según, el Servicio de Neonatología del Hospital Universitario La Fe, Valencia, España (2007), la piel del neonato tiene unas características especiales que se deben tomar en cuenta en el cuidado diario. La capa más externa está poco desarrollada por lo que presenta una mayor pérdida de calor, está más expuesta a infecciones y tiene gran capacidad de absorción de cremas y medicamentos tópicos.

Gigante (2007) cita que los recién nacidos están muy propensos a exantemas irritativos e infecciones. Los exantemas en áreas prominentes de la piel probablemente son consecuencia de la irritación por la humedad y el pH de la orina. Deben ser tratados con cremas protectoras y el cambio de pañal recurrente.

Es importante reforzar el cuidado de la piel del niño (a) a cada madre adolescente fundamentando la información en los anteriores autores.

Evaluación Posterior a la Charla

Cuadro #27

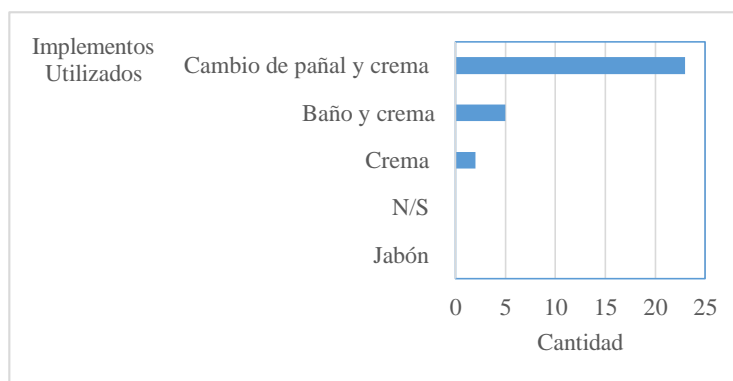
Implementos utilizados por las madres adolescentes del Hogar Posada de Belén para evitar la irritación de la piel de su hijo (a), El Coyol, Alajuela, julio 2014

Implementos utilizados	Madres Adolescentes	
	Absoluto	Relativo
Baño y crema	5	16.66%
Jabón	0	0.00%
Crema	2	6.66%
Cambio de pañal y crema	23	76.66%
N/S	0	0.00%
TOTAL	30	100%

Fuente: Cuestionario aplicado

Gráfico #27

Implementos utilizados por las madres adolescentes del Hogar Posada de Belén para evitar la irritación de la piel de su hijo (a), El Coyol, Alajuela, julio 2014



Fuente: Cuadro #27

Análisis Cuadro #27:

El 77% de las madres adolescentes de la muestra coinciden con el autor en que lo ideal es el cambio de pañal y la utilización de cremas hidratantes aspecto verdadero. En segunda instancia un 17% utiliza el baño y crema, por último con un 7% creen solo en la utilización de la crema. Lo cual evidencia ciertas dudas con respecto a este cuidado vital de la piel del niño (a) que en una futura investigación se debe reforzar el tema para que queden los conceptos claramente para la madre y así evitar complicaciones para sus hijos (as).

Cuadro #28

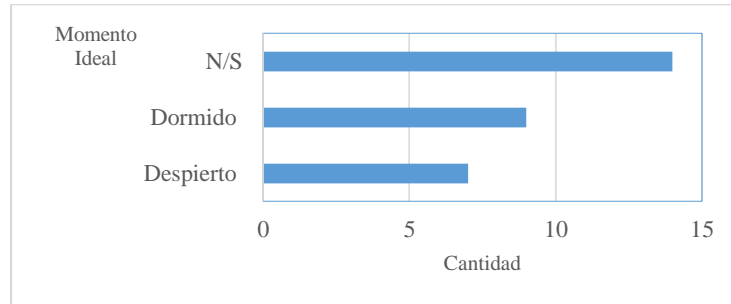
*Conocimiento de la madre adolescente del Hogar Posada de Belén,
sobre el momento ideal para cortar las uñas al niño (a),
El Coyol, Alajuela, julio 2014*

Momento Ideal	Madres Adolescentes	
	Absoluto	Relativo
Dormido	9	30.00%
Despierto	7	23.33%
N/S	14	46.66%
TOTAL	30	100%

Fuente: Cuestionario aplicado

Gráfico #28

*Conocimiento de la madre adolescente del Hogar Posada de Belén,
sobre el momento ideal para cortar las uñas al niño (a),
El Coyol, Alajuela, julio 2014*



Fuente: Cuadro #28

Análisis Cuadro #28:

El Servicio de Neonatología del Hospital Universitario La Fe, Valencia, España (2007), cita que las uñas del bebé deben estar cortas, para evitar que se rasguñen y se puedan lastimar. Lo más práctico es cortarlas cuando el bebé esté dormido para así lograr manipular bien los dedos. (Marco Teórico, pág. 63)

Como se observa en el gráfico anterior el 47% de la muestra no tienen conocimiento de cuál es el momento ideal para cortarlas al niño (a) por lo tanto se debe reforzar este importante dato a las madres adolescentes.

Evaluación Posterior a la Charla

Cuadro #29

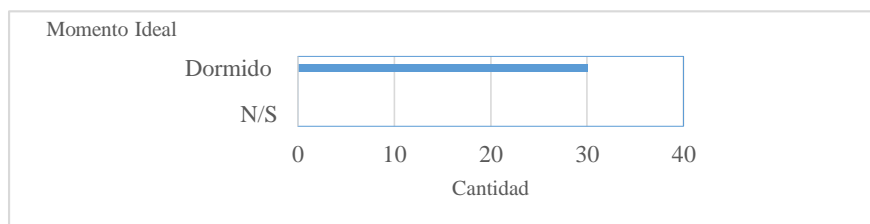
*Conocimiento de la madre adolescente del Hogar Posada de Belén,
sobre el momento ideal para cortar las uñas al niño (a),
El Coyol, Alajuela, julio 2014*

Momento Ideal	Madres Adolescentes	
	Absoluto	Relativo
Dormido	30	100.00%
Despierto	0	0.00%
N/S	0	0.00%
TOTAL	30	100%

Fuente: Cuestionario aplicado

Gráfico #29

*Conocimiento de la madre adolescente del Hogar Posada de Belén,
sobre el momento ideal para cortar las uñas al niño (a),
El Coyol, Alajuela, julio 2014*



Fuente: Cuadro #29

Análisis Cuadro #29:

Lo más práctico es cortarles las uñas al niño (a) cuando esté dormido para así lograr manipular bien los dedos. El 100% de la muestra acertaron esta respuesta, lo que contrasta antes de la charla en que un 70% no sabían el momento oportuno.

Cuadro #30

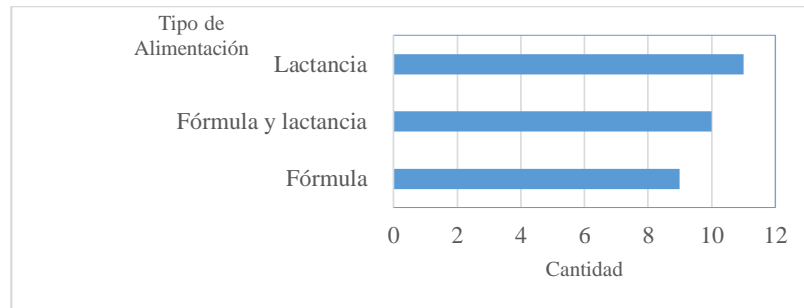
Tipo de alimentación que utiliza la madre adolescente del Hogar Posada de Belén para el niño (a), El Coyol, Alajuela, julio 2014

Tipo de Alimentación	Madres Adolescentes	
	Absoluto	Relativo
Fórmula	9	30.00%
Fórmula y lactancia	10	33.33%
Lactancia materna	11	36.66%
TOTAL	30	100%

Fuente: Cuestionario aplicado

Gráfico #30

Tipo de alimentación que utiliza la madre adolescente del Hogar Posada de Belén para el niño (a), El Coyol, Alajuela, julio 2014



Fuente: Cuadro #30

Análisis Cuadro #30:

Según el Servicio de Neonatología del Hospital Universitario La Fe, Valencia, España (2007), la leche materna es el alimento ideal para el niño pues mejora las defensas, previene alergias, ayuda a la relación madre-hijo favoreciendo el contacto precoz, mejora la absorción, digestión y vaciamiento gástrico, hay una mejor absorción de todos sus componentes y facilita el crecimiento intestinal, disminuyendo el riesgo de enterocolitis necrotizante.

Casado (2011) cita que siempre que sea posible, se debe optar por la lactancia natural, porque aporta todos los ingredientes que el niño necesita para desarrollarse física y emocionalmente sano. Además, la leche previene enfermedades, tanto durante el tiempo que el bebé recibe leche materna como durante el resto de su vida. La composición de la leche materna asegura un crecimiento óptimo durante los primeros meses de vida ya que contiene todos los nutrientes en cantidades y calidades adecuadas a cada época de la vida de los niños pequeños.

Los beneficios de la alimentación con leche materna protegerán al niño a lo largo de toda su vida. Los organismos expertos en nutrición infantil recomiendan alimentación exclusiva al pecho durante los primeros cinco a seis meses de la vida del niño y, luego continuar el amamantamiento, junto con las complementarias adecuadas, hasta los dos años de vida.

Se observa que un 37% de la muestra corresponde a la lactancia materna, sin embargo se debe reforzar la importancia de la leche materna fundamentándose en los autores anteriores.

Cuadro #31

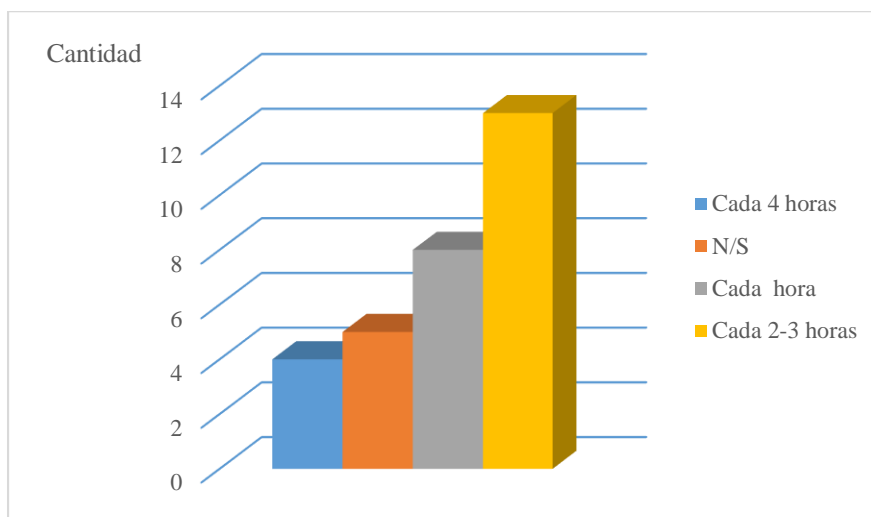
Conocimiento de la madre adolescente del Hogar Posada de Belén sobre el horario recomendado para alimentar a su hijo (a), El Coyol, Alajuela, julio 2014

Horario Recomendado	Madres Adolescentes	
	Absoluto	Relativo
Cada hora	8	26.66%
Cada 2-3 horas	13	43.33%
Cada 4 horas	4	13.33%
N/S	5	16.66%
TOTAL	30	100%

Fuente: Cuestionario aplicado

Gráfico #31

Conocimiento de la madre adolescente del Hogar Posada de Belén sobre el horario recomendado para alimentar a su hijo (a), El Coyol, Alajuela, julio 2014



Fuente: Cuadro #31

Análisis Cuadro #31:

Existe un adecuado conocimiento del 43% de la muestra, por parte de las madres adolescentes con respecto al horario recomendado para la alimentación del recién nacido. Sin embargo hay un 57% que desconocen al respecto.

El autor Casado (2011) refiere que durante las primeras semanas de vida, la frecuencia de tetadas debe ser a demanda, asegurando al menos ocho tomas al día, durante este periodo, los niños pueden y deben comer cada hora o cada dos horas, haciendo intervalos cuando lo deseen de no más de cuatro horas. En las siguientes semanas, generalmente a partir del primer mes de vida, los lactantes autorregulan su digestión y comen cada tres o cuatro horas, de seis a siete veces cada día. Los niños autorregulan tanto la frecuencia como la duración de las tomas.

Según Gigante (2007) los niños alimentados al seno materno deben comer en cualquier momento que lo soliciten, de ocho a doce veces al día (por lo común cada dos a tres horas).

Evaluación Posterior a la Charla

Cuadro #32

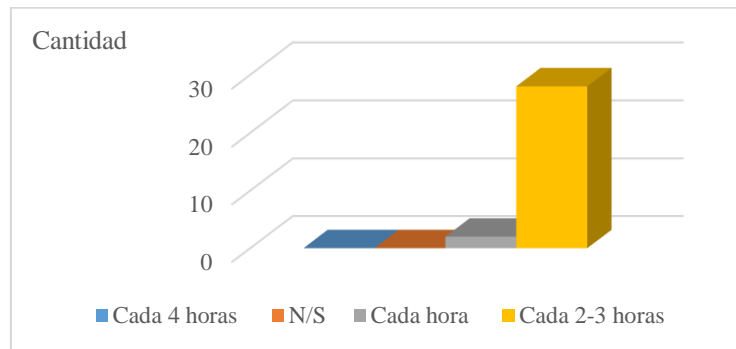
Conocimiento de la madre adolescente del Hogar Posada de Belén sobre el horario recomendado para alimentar a su hijo (a), El Coyol, Alajuela, julio 2014

Horario Recomendado	Madres Adolescentes	
	Absoluto	Relativo
Cada hora	2	6.66%
Cada 2-3 horas	28	93.33%
Cada 4 horas	0	0.00%
N/S	0	0.00%
TOTAL	30	100%

Fuente: Cuestionario aplicado

Gráfico #32

Conocimiento de la madre adolescente del Hogar Posada de Belén sobre el horario recomendado para alimentar a su hijo (a), El Coyol, Alajuela, julio 2014



Fuente: Cuadro #32

Análisis Cuadro #32:

Previo a la charla solo un 43% de las madres adolescentes citaron el horario de alimentación del niño cada 2 a 3 horas luego de la misma, se reafirma que existe un adecuado conocimiento del 93%, de las madres adolescentes de la muestra con respecto al horario recomendado para la alimentación de su hijo (a).

Cuadro #33

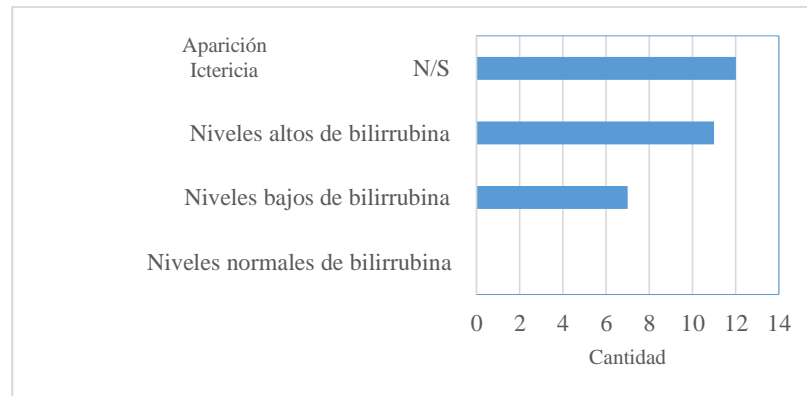
Conocimiento de las madres adolescentes del Hogar Posada de Belén, sobre la causa de la aparición de la ictericia en el recién nacido, El Coyol, Alajuela, julio 2014

Aparición Ictericia	Madres Adolescentes	
	Absoluto	Relativo
Niveles altos de bilirrubina	11	36.66%
Niveles bajos de bilirrubina	7	23.33%
Niveles normales de bilirrubina	0	0.00%
N/S	12	40.00%
TOTAL	30	100%

Fuente: Cuestionario aplicado

Gráfico #33

Conocimiento de las madres adolescentes del Hogar Posada de Belén, sobre la causa de la aparición de la ictericia en el recién nacido, El Coyol, Alajuela, julio 2014



Fuente: Cuadro #33

Análisis Cuadro #33:

El 63% de las madres adolescentes encuestadas no conocen la causa de la ictericia en el recién nacido.

Según Treviño (2009) en cualquier momento de la primera semana de vida, casi todos los recién nacidos de término tienen valores de bilirrubina sérica total que exceden 1mg/dl y alrededor del 65% presenta ictericia clínica. A este tipo de hiperbilirrubinemia transitoria se le llama ictericia fisiológica. Aquellos niños cuyos valores de bilirrubina sérica total sobrepasen el percentil 95 ameritan evaluación y seguimiento cuidadosos.

Es vital enseñarle a las madres adolescentes acerca de estos términos y definiciones porque durante la aplicación del cuestionario se encontraron muchas dudas con respecto al término médico, definición y cómo tratar la ictericia en el recién nacido.

Evaluación Posterior a la Charla

Cuadro #34

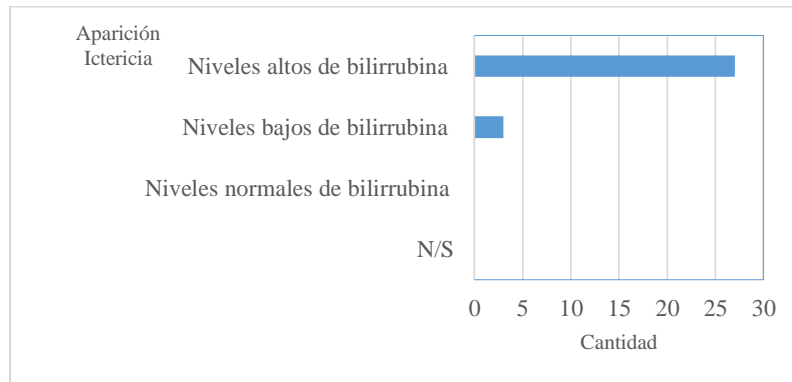
*Conocimiento de las madres adolescentes del Hogar Posada de Belén,
sobre la causa de la aparición de la ictericia en el recién nacido,
El Coyol, Alajuela, julio 2014*

Aparición Ictericia	Madres Adolescentes	
	Absoluto	Relativo
Niveles altos de bilirrubina	27	90.00%
Niveles bajos de bilirrubina	3	10.00%
Niveles normales de bilirrubina	0	0.00%
N/S	0	0.00%
<u>TOTAL</u>	<u>30</u>	<u>100%</u>

Fuente: Cuestionario aplicado

Gráfico #34

*Conocimiento de las madres adolescentes del Hogar Posada de Belén,
sobre la causa de la aparición de la ictericia en el recién nacido,
El Coyol, Alajuela, julio 2014*



Fuente: Cuadro #34

Análisis Cuadro #34:

El 90% de las madres adolescentes de la muestra conocen sobre la ictericia en el recién nacido y su causa después de la charla, antes de la misma un 63% desconocían la causa. Las madres adolescentes se interesaron bastante en este tópico porque sentían la curiosidad de conocer el término y qué provocaba la ictericia.

Cuadro #35

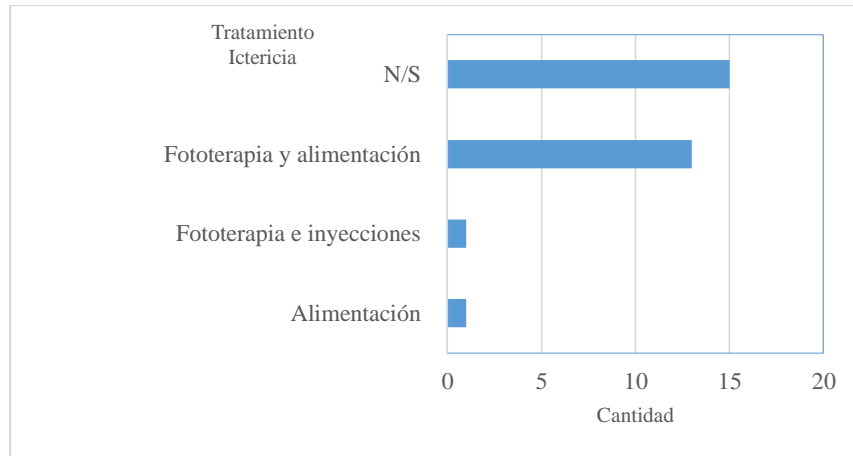
Conocimiento de la madre adolescente del Hogar Posada de Belén, sobre el tratamiento de la ictericia, El Coyol, Alajuela, julio 2014

Tratamiento Ictericia	Madres Adolescentes	
	Absoluto	Relativo
Alimentación	1	3.33%
Fototerapia y alimentación	13	43.33%
Fototerapia e inyecciones	1	3.33%
N/S	15	50.00%
<u>TOTAL</u>	<u>30</u>	<u>100%</u>

Fuente: Cuestionario aplicado

Gráfico #35

Conocimiento de la madre adolescente del Hogar Posada de Belén, sobre el tratamiento de la ictericia, El Coyol, Alajuela, julio 2014



Fuente: Cuadro #35

Análisis Cuadro #35:

Un 57% de las madres adolescentes encuestadas no conoce el tratamiento de la ictericia del recién nacido, una vez más se evidencia la necesidad de reforzar toda la información en lo que respecta a este tema del recién nacido.

Según Treviño (2009) el tratamiento de la ictericia es la fototerapia, se debe lograr el máximo de irradiación posible para una fototerapia efectiva además de la alimentación.

Gigante (2007) refiere la fototerapia es el tratamiento más común en los recién nacidos con concentraciones de bilirrubina lo suficientemente elevadas para necesitar el tratamiento junto con la alimentación del niño.

Evaluación Posterior a la Charla

Cuadro #36

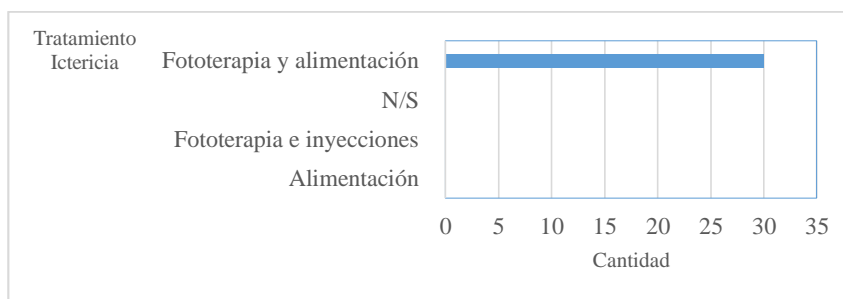
Conocimiento de la madre adolescente del Hogar Posada de Belén, sobre el tratamiento de la ictericia, El Coyol, Alajuela, julio 2014

Tratamiento Ictericia	Madres Adolescentes	
	Absoluto	Relativo
Alimentación	0	0.00%
Fototerapia y alimentación	30	100.00%
Fototerapia e inyecciones	0	0.00%
N/S	0	0.00%
TOTAL	30	100%

Fuente: Cuestionario aplicado

Gráfico #36

Conocimiento de la madre adolescente del Hogar Posada de Belén, sobre el tratamiento de la ictericia, El Coyol, Alajuela, julio 2014



Fuente: Cuadro #36

Análisis Cuadro #36:

El 100% de las madres adolescentes encuestadas actualmente conocen el tratamiento de la ictericia del recién nacido, lo que contrasta con un 57% que lo desconocían antes de la charla, es muy importante que las madres conozcan la definición, el tratamiento y cuál es la causa de este problema. Este resultado positivo se logró al gran interés que mostraron las madres por esta área de estudio.

Cuadro #37

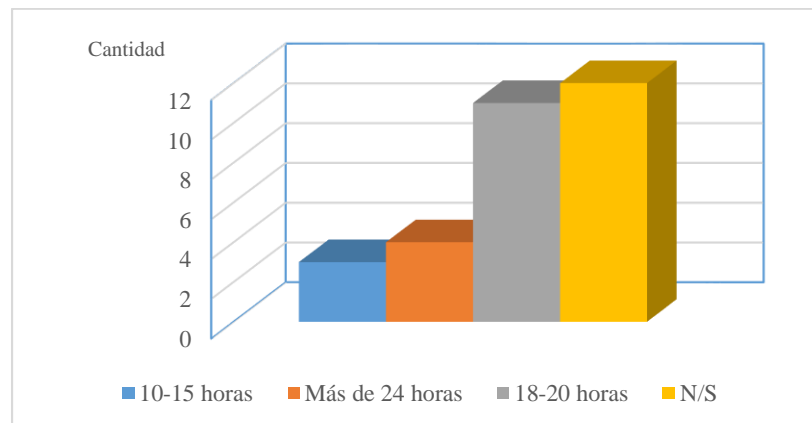
*Conocimiento de la madre adolescente del Hogar Posada de Belén,
sobre la cantidad de horas diarias de sueño del niño (a),
El Coyol, Alajuela, julio 2014*

Cantidad de Horas	Madres Adolescentes	
	Absoluto	Relativo
10-15 horas	3	10.00%
18-20 horas	11	36.66%
Más de 24 horas	4	13.33%
N/S	12	40.00%
TOTAL	30	100%

Fuente: Cuestionario aplicado

Gráfico #37

*Conocimiento de la madre adolescente del Hogar Posada de Belén,
sobre la cantidad de horas diarias de sueño del niño (a),
El Coyol, Alajuela, julio 2014*



Fuente: Cuadro #37

Análisis Cuadro #37:

Más de la mitad de las madres adolescentes de la muestra un 63%, desconocen el tiempo ideal de sueño recomendado para el niño (a) el autor Gigante (2007) cita que la mayoría de los recién nacidos duermen dieciocho a veinte horas por día. La posición recomendada para que duerman es sobre la espalda.

Según el autor Casado (2011) a lo largo del primer año de vida, el bebé va necesitando cada vez menos horas de sueño. Durante las primeras semanas de vida, los niños duermen de dieciocho o veinte horas al día, transitando por ciclos de sueño superficial y profundo durante el día y la noche. En los siguientes meses, las horas de sueño profundo van aumentando, estableciéndose el ritmo de vigilia y de sueño, de forma que, a los cuatro meses, el bebé puede dormir tres a cuatro horas seguidas, alternando fases de sueño superficial y de profundo.

Evaluación Posterior a la Charla

Cuadro #38

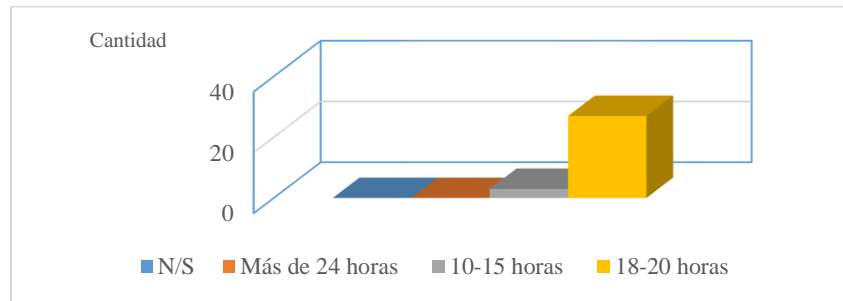
*Conocimiento de la madre adolescente del Hogar Posada de Belén,
sobre la cantidad de horas diarias de sueño del niño (a),
El Coyol, Alajuela, julio 2014*

Cantidad de Horas	Madres Adolescentes	
	Absoluto	Relativo
10-15 horas	3	10.00%
18-20 horas	27	90.00%
Más de 24 horas	0	0.00%
N/S	0	0.00%
<u>TOTAL</u>	<u>30</u>	<u>100%</u>

Fuente: Cuestionario aplicado

Gráfico #38

*Conocimiento de la madre adolescente del Hogar Posada de Belén,
sobre la cantidad de horas diarias de sueño del niño (a),
El Coyol, Alajuela, julio 2014*



Fuente: Cuadro #38

Análisis Cuadro #38:

Las madres adolescentes que corresponden al 90% de la muestra ahora conocen el tiempo ideal de sueño recomendado para un niño (a), antes de la charla un 63% lo desconocía, un 10% restante aún no conocen las horas de sueño ideales. Es importante recalcar que estas dudas surgen por la baja escolaridad de las madres y la confusión con las horas.

Cuadro #39

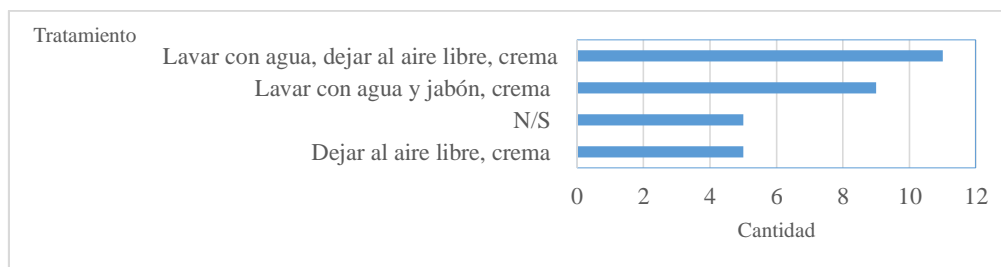
Conocimiento de las madres adolescentes del Hogar Posada de Belén, sobre el tratamiento para el enrojecimiento de los glúteos causado por el pañal, El Coyol, Alajuela, julio 2014

Tratamiento	Madres Adolescentes	
	Absoluto	Relativo
Lavar con agua, dejar al aire libre, crema	11	36.66%
Lavar con agua y jabón, crema	9	30.00%
Dejar al aire libre, crema	5	16.66%
N/S	5	16.66%
TOTAL	30	100%

Fuente: Cuestionario aplicado

Gráfico #39

Conocimiento de las madres adolescentes del Hogar Posada de Belén, sobre el tratamiento para el enrojecimiento de los glúteos causado por el pañal, El Coyol, Alajuela, julio 2014



Fuente: Cuadro #39

Análisis Cuadro #39:

Únicamente un 37% de las madres adolescentes encuestadas conocen el tratamiento ideal contra la dermatitis del pañal, una tercera parte que corresponde a un 60% no tienen conocimiento del cuidado correcto en estas circunstancias.

Según Cires en 2010 refiere se deben efectuar cambios frecuentes de los pañales, e incluso en niños con episodios repetidos puede ser útil mantenerlos unas horas al día sin pañales, si es posible. La prevención es la medida principal que se debe adoptar, manteniendo siempre la piel de la zona del pañal limpio y seco, a través de una buena higiene, para lo cual debe usarse agua tibia y un jabón ácido o neutro.

Evaluación Posterior a la Charla

Cuadro #40

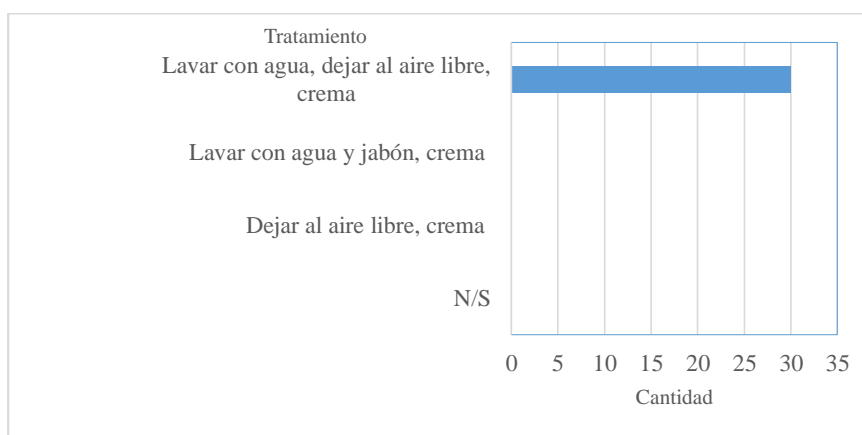
Conocimiento de las madres adolescentes del Hogar Posada de Belén, sobre el tratamiento para el enrojecimiento de los glúteos causado por el pañal, El Coyol, Alajuela, julio 2014

Tratamiento	Madres Adolescentes	
	Absoluto	Relativo
Lavar con agua, dejar al aire libre, crema	30	100.00%
Lavar con agua y jabón, crema	0	0.00%
Dejar al aire libre, crema	0	0.00%
N/S	0	0.00%
TOTAL	30	100%

Fuente: Cuestionario aplicado

Gráfico #40

Conocimiento de las madres adolescentes del Hogar Posada de Belén, sobre el tratamiento para el enrojecimiento de los glúteos causado por el pañal, El Coyol, Alajuela, julio 2014



Fuente: Cuadro #40

Análisis Cuadro #40:

El 100% de las encuestadas acertaron la respuesta, se evidencia la claridad de la charla y los conocimientos aprendidos en ella. Previo a la charla el 60% desconocían este tratamiento.

Cuadro #41

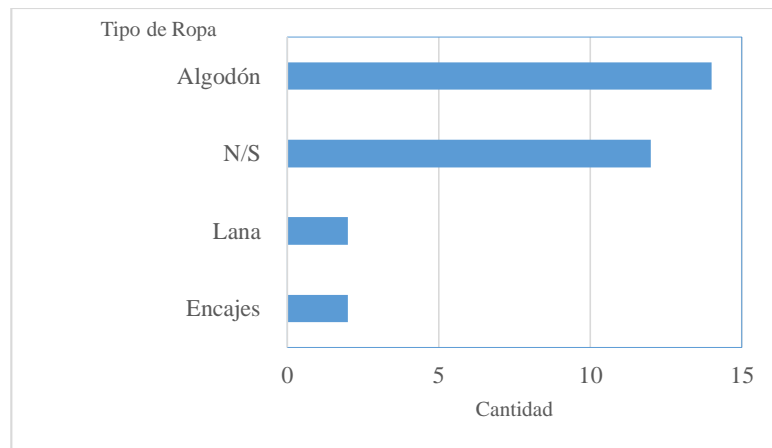
*Conocimiento de la madre adolescente del Hogar Posada de Belén,
sobre el tipo de ropa ideal para el niño (a),
El Coyol, Alajuela, julio 2014*

Ropa Ideal	Madres Adolescentes	
	Absoluto	Relativo
Algodón	14	46.66%
Encajes	2	6.66%
Lana	2	6.66%
N/S	12	40.00%
<u>TOTAL</u>	<u>30</u>	<u>100%</u>

Fuente: Cuestionario aplicado

Gráfico #41

*Conocimiento de la madre adolescente del Hogar Posada de Belén,
sobre el tipo de ropa ideal para el niño (a),
El Coyol, Alajuela, julio 2014*



Fuente: Cuadro #41

Análisis Cuadro #41:

La madres adolescentes entrevistadas no conocen el tipo de material de la ropa que debe utilizar un niño (a), se comprueba con un 53% el desconocimiento al respecto.

Según, el Servicio de Neonatología del Hospital Universitario La Fe, Valencia, España (2007) la ropa debe ser suave, confortable y que no apriete, debe estar compuesta de fibras naturales, a ser posible algodón 100%, para favorecer la transpiración.

El autor Casado (2011) refiere la ropa debe ser amplia, fácil de poner y quitar y acorde con la temperatura y la época del año. Es muy aconsejable que la ropa interior sea de algodón, sin lazos ni botones.

Evaluación Posterior a la Charla

Cuadro #42

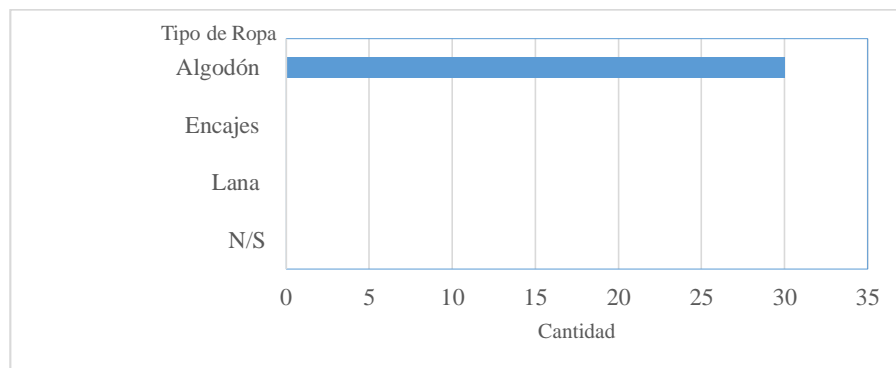
*Conocimiento de la madre adolescente del Hogar Posada de Belén,
sobre el tipo de ropa ideal para el niño (a),
El Coyol, Alajuela, julio 2014*

Ropa Ideal	Madres Adolescentes	
	Absoluto	Relativo
Algodón	30	100.00%
Encajes	0	0.00%
Lana	0	0.00%
N/S	0	0.00%
TOTAL	30	100%

Fuente: Cuestionario aplicado

Gráfico #42

*Conocimiento de la madre adolescente del Hogar Posada de Belén,
sobre el tipo de ropa ideal para el niño (a),
El Coyol, Alajuela, julio 2014*



Fuente: Cuadro #42

Análisis Cuadro #42:

Durante la charla se llevaron diferentes tipos de telas para que las adolescentes tuvieran claro las texturas de la ropa, una vez conocido el material el 100% de las madres adolescentes entrevistadas atinaron la respuesta, antes de la charla y la demostración de las texturas de las telas un 53% tenían total desconocimiento al respecto.

Cuadro #43

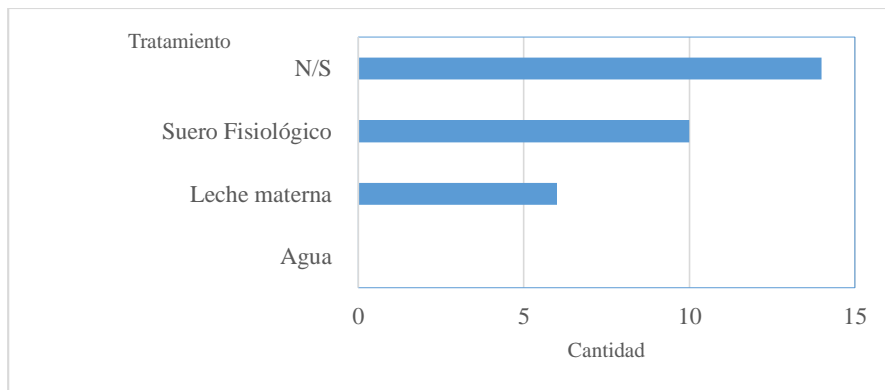
Conocimiento de la madre adolescente del Hogar Posada de Belén, sobre el tratamiento adecuado para las secreciones de las vías respiratorias del niño(a), El Coyol, Alajuela, julio 2014

Tratamiento Vías Respiratorias	Madres Adolescentes	
	Absoluto	Relativo
Agua	0	0.00%
Suero Fisiológico	10	33.33%
Leche materna	6	20.00%
N/S	14	46.66%
TOTAL	30	100%

Fuente: Cuestionario aplicado

Gráfico #43

Conocimiento de la madre adolescente del Hogar Posada de Belén, sobre el tratamiento adecuado para las secreciones de las vías respiratorias del niño(a), El Coyol, Alajuela, julio 2014



Fuente: Cuadro #43

Análisis Cuadro #43:

El Servicio de Neonatología del Hospital Universitario La Fe, Valencia, España (2007) cita que las infecciones respiratorias suelen producir en los meses de septiembre a marzo. Se da con mayor frecuencia en niños menores de seis meses y es más grave en los menores de seis semanas. Se puede administrar suero fisiológico en fosas nasales (mejora las secreciones y estas se eliminan mejor).

Más de la mitad de la muestra entrevistada un 67%, no conoce el tratamiento recomendado contra las secreciones respiratorias.

Evaluación Posterior a la Charla

Cuadro #44

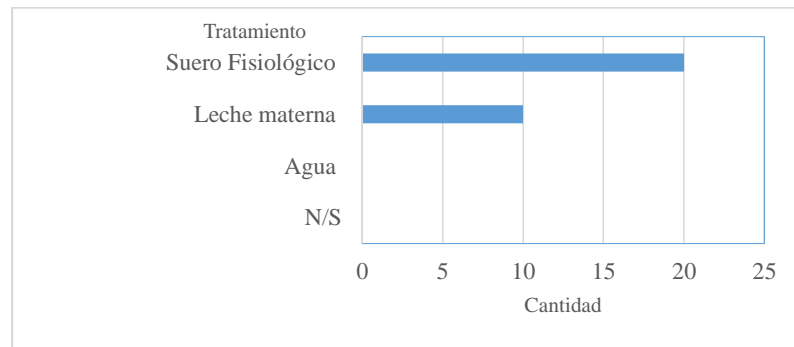
Conocimiento de la madre adolescente del Hogar Posada de Belén, sobre el tratamiento adecuado para las secreciones de las vías respiratorias del niño(a), El Coyol, Alajuela, julio 2014

Tratamiento Vías Respiratorias	Madres Adolescentes	
	Absoluto	Relativo
Agua	0	0.00%
Suero Fisiológico	20	66.66%
Leche materna	10	33.33%
N/S	0	0.00%
TOTAL	30	100%

Fuente: Cuestionario aplicado

Gráfico #44

Conocimiento de la madre adolescente del Hogar Posada de Belén, sobre el tratamiento adecuado para las secreciones de las vías respiratorias del niño(a), El Coyol, Alajuela, julio 2014



Fuente: Cuadro #44

Análisis Cuadro #44:

El 67% de las madres adolescentes de la muestra contestaron correctamente que el suero fisiológico es un buen tratamiento para tratar las secreciones de las vías respiratorias, el 33% restante aún después de la charla consideran que la leche materna les ha dado resultados por lo tanto confían en ella para el tratamiento de las secreciones. Previo a la charla un 67% desconocían esta práctica.

Cuadro #45

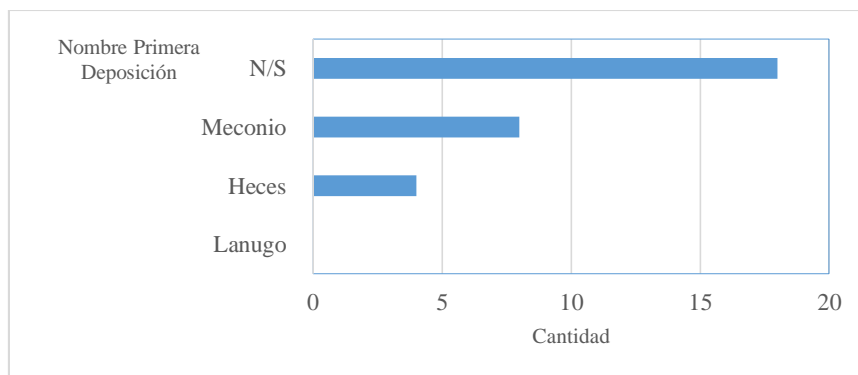
Conocimiento de la madre adolescente del Hogar Posada de Belén sobre la definición de la primera deposición del recién nacido, El Coyol, Alajuela, julio 2014

Primera Deposición	Madres Adolescentes	
	Absoluto	Relativo
Heces	4	13.33%
Meconio	8	26.66%
Lanugo	0	0.00%
N/S	18	60.00%
TOTAL	30	100%

Fuente: Cuestionario aplicado

Gráfico #45

Conocimiento de la madre adolescente del Hogar Posada de Belén sobre la definición de la primera deposición del recién nacido, El Coyol, Alajuela, julio 2014



Fuente: Cuadro #45

Análisis Cuadro #45:

El Servicio de Neonatología del Hospital Universitario La Fe, Valencia, España (2007), especifica que las primeras deposiciones son viscosas, de color verde oscuro, se llaman meconio y para el segundo o tercer día las heces comienzan a variar.

Casado (2011) define la primera deposición que realizará el hijo será espesa y de color negro como el alquitrán, es el meconio.

De las 30 madres adolescentes entrevistadas solo un 27% de ellas conocían el concepto de meconio, y más de un 73% de las madres no tenían ningún conocimiento acerca de este término tan común en el recién nacido.

Evaluación Posterior a la Charla

Cuadro #46

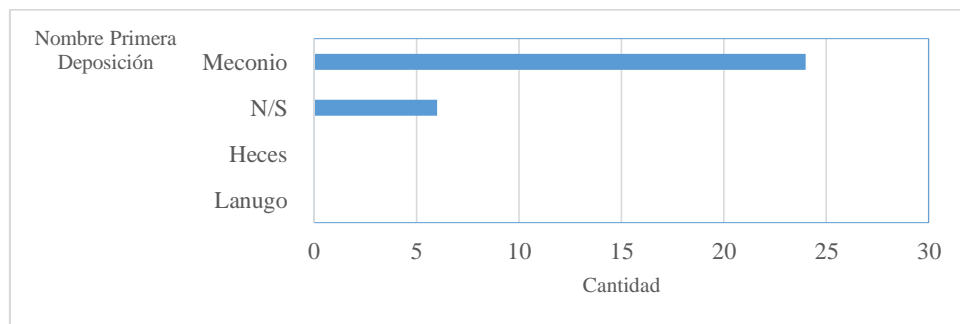
Conocimiento de la madre adolescente del Hogar Posada de Belén sobre la definición de la primera deposición del recién nacido, El Coyol, Alajuela, julio 2014

Primera Deposición	Madres Adolescentes	
	Absoluto	Relativo
Heces	0	0.00%
Meconio	24	80.00%
Lanugo	0	0.00%
N/S	6	20.00%
TOTAL	30	100%

Fuente: Cuestionario aplicado

Gráfico #46

Conocimiento de la madre adolescente del Hogar Posada de Belén sobre la definición de la primera deposición del recién nacido, El Coyol, Alajuela, julio 2014



Fuente: Cuadro #46

Análisis Cuadro #46:

El término médico de meconio se les dificulta a un grupo mínimo de la muestra encuestada un 20%, sin embargo el 80% de las madres adolescentes contestaron correctamente y aprendieron a manejar la definición y composición de las primeras heces del recién nacido.

Previo a la charla un 73% desconocían ese término.

Cuadro #47

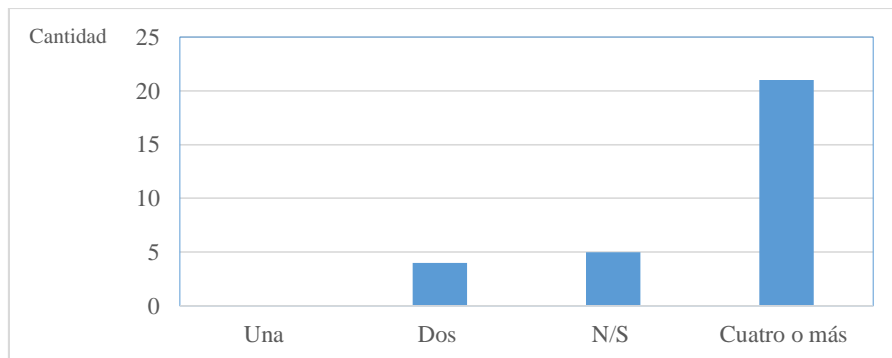
*Conocimiento de las madres adolescentes del Hogar Posada de Belén,
sobre la cantidad de deposiciones diarias de los niños (as),
El Coyol, Alajuela, julio 2014*

Cantidad Deposiciones Diarias	Madres Adolescentes	
	Absoluto	Relativo
Una	0	0.00%
Dos	4	13.33%
Cuatro o más	21	70.00%
N/S	5	16.66%
<u>TOTAL</u>	<u>30</u>	<u>100%</u>

Fuente: Cuestionario aplicado

Gráfico #47

*Conocimiento de las madres adolescentes del Hogar Posada de Belén,
sobre la cantidad de deposiciones diarias de los niños (as),
El Coyol, Alajuela, julio 2014*



Fuente: Cuadro #47

Análisis Cuadro #47:

En este caso las madres adolescentes encuestadas correspondientes a un 70% tenían conocimiento de la cantidad de deposiciones del recién nacido.

Según Casado (2011) refiere la frecuencia de estas y su consistencia varían de un niño a otro y en el mismo niño de una semana a otra. El ritmo intestinal normal corresponde a cuatro o más deposiciones, a uno o menos cada día.

Evaluación Posterior a la Charla

Cuadro #48

*Conocimiento de las madres adolescentes del Hogar Posada de Belén,
sobre la cantidad de deposiciones diarias de los niños (as),
El Coyol, Alajuela, julio 2014*

Cantidad Deposiciones Diarias	Madres Adolescentes	
	Absoluto	Relativo
Una	0	0.00%
Dos	0	0.00%
Cuatro o más	30	100.00%
N/S	0	0.00%
TOTAL	30	100%

Fuente: Cuestionario aplicado

Gráfico #48

*Conocimiento de las madres adolescentes del Hogar Posada de Belén,
sobre la cantidad de deposiciones diarias de los niños (as),
El Coyol, Alajuela, julio 2014*



Fuente: Cuadro #48

Análisis Cuadro #48:

En esta pregunta las madres adolescentes de la muestra correspondientes a un 100% les quedó claro que un niño (a) puede tener cuatro o más deposiciones al día. Previamente un 70% tenían ese conocimiento.

Cuadro #49

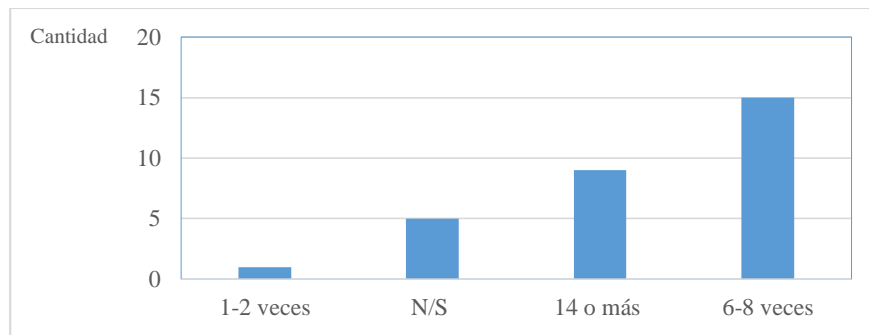
*Conocimiento de la madre adolescente del Hogar Posada de Belén,
según la cantidad de veces que el niño (a) orina el pañal,
El Coyol, Alajuela, julio 2014*

Cantidad de veces	Madres Adolescentes	
	Absoluto	Relativo
1-2	1	3.33%
6-8	15	50.00%
14 o más	9	30.00%
N/S	5	16.66%
<u>TOTAL</u>	<u>30</u>	<u>100%</u>

Fuente: Cuestionario aplicado

Gráfico #49

*Conocimiento de la madre adolescente del Hogar Posada de Belén,
según la cantidad de veces que el niño (a) orina el pañal,
El Coyol, Alajuela, julio 2014*



Fuente: Cuadro #49

Análisis Cuadro #49:

Un 50% aproximadamente de las madres adolescentes de la muestra desconocen cuál es la cantidad de veces que un niño orina en su pañal sin embargo el porcentaje restante el otro 50%, sí tiene conocimiento de esta información. Este dato debe de suministrarse con el fin de evitar complicaciones en el niño, tal es el caso de enrojecimiento, rash en zona de genitales y glúteos producto de la orina depositada en el pañal.

Según Casado (2011) refiere en las primeras micciones puede dejar en el pañal una mancha de color rojo que simula sangre sin serlo, es un pigmento que se elimina por la orina, llamado ácido úrico. Las micciones normales del niño van entre las 6-8 diarias, sin embargo depende de la cantidad de líquido que se consuma.

Evaluación Posterior a la Charla

Cuadro #50

*Conocimiento de la madre adolescente del Hogar Posada de Belén,
según la cantidad de veces que el niño (a) orina el pañal,
El Coyol, Alajuela, julio 2014*

Cantidad de veces	Madres Adolescentes	
	Absoluto	Relativo
1-2	0	0.00%
6-8	28	93.33%
14 o más	2	6.66%
N/S	0	0.00%
TOTAL	30	100%

Fuente: Cuestionario aplicado

Gráfico #50

*Conocimiento de la madre adolescente del Hogar Posada de Belén,
según la cantidad de veces que el niño (a) orina el pañal,
El Coyol, Alajuela, julio 2014*



Fuente: Cuadro #50

Análisis Cuadro #50:

Un 93% de las madres adolescentes encuestadas respondieron correctamente la pregunta, únicamente un 7% falló la respuesta, previo a la charla solo un 50% contestó correctamente.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y

RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

Al finalizar la investigación se recabó información de suma importancia acerca de la madre adolescente y el cuidado del niño.

Un 50% de las madres adolescentes de la muestra tienen edades entre los 14-15 años el otro 50% restante corresponde a las edades entre los 16-17 años.

El 83% de las madres entrevistadas son de nacionalidad costarricense y únicamente un 17% son nicaragüenses.

Un 30% de las madres encuestadas provienen de la provincia de Limón específicamente de zonas rurales, las madres que vienen de las demás provincias coinciden en vivir en la zona rural.

Todas las madres adolescentes de la muestra están en la primaria en el ciclo de cuarto grado a sexto grado, además se están capacitando en cursos como cómputo, belleza, cocina y costura.

El 97% de las madres adolescentes encuestadas tienen un solo hijo, y el 57% de los niños son menores de un año de edad.

La mayoría de las madres adolescentes de la muestra con un 60% comparten con sus hijos de 4 a más horas diarias, sin embargo las encuestadas declaran que este tiempo es al final del día, luego de finalizar la escuela y los cursos de capacitación. Este punto es importante de recalcar debido a que la madre adolescente se pierde todo el desarrollo de su hijo así como su crecimiento y comparte muy poco con su hijo, esta situación en un futuro podría debilitar la relación entre ambos.

Específicamente en el cuidado del recién nacido se descubrieron los siguientes datos:

Baño del Niño

Solo un 20% de las madres de la muestra conoce que es necesario para el baño del niño utilizar jabón, champú y una esponja.

El agua tibia es la temperatura ideal para el baño del niño, un 73% acertó la respuesta.

Un 83% atinó que solo se debe lavar con agua la cara del niño y un 77% conocen que la última parte del cuerpo que se debe lavar en el niño son los genitales.

Es significativo explicar la importancia del lavado de los genitales en última instancia durante el baño para así evitar infecciones en el niño (a) la mayoría de los datos recolectados arrojan resultados muy positivos.

Cuidados del Cordón Umbilical

En el cuidado del cordón umbilical se encontraron una gran variedad de respuestas de los implementos que se deben utilizar sin embargo solo el 20% de la muestra considera que lo ideal es utilizar agua y jabón respuesta correcta según la bibliografía consultada, el 80% restante utiliza diferentes implementos como el alcohol o desconoce cómo debe limpiarlo. El 50% contestó correctamente que el cordón umbilical se cae entre los 6-10 días el 50% restante no tenía conocimiento o considera otra cantidad de días, esto dependiendo de su propia experiencia con su niño (a). Por último el 47% de la muestra desconoce porque el pañal no debe tocar el cordón

umbilical del recién nacido. A las madres adolescentes se les advierte durante la charla todos los cuidados necesarios para el cordón umbilical así como los signos de alerta. Esta es un área de estudio importante de fortalecer debido a la diversidad de respuestas y mitos de las madres.

Cuidado de la piel

El 43% desconocen cuáles son los implementos necesarios para cuidar la piel del niño (a) sin embargo el porcentaje restante utiliza implementos como el agua, jabón o crema los cuales se consideran correctos para la piel del niño (a).

Cuidado de las Uñas

El 70% de las madres adolescentes encuestadas no consideran que el momento ideal para cortar las uñas del niño (a) es mientras esté dormido.

Alimentación

El 43% de las entrevistadas consideran que el niño (a) se debe alimentar cada 2-3 horas. Sin embargo refieren que eso depende de la crianza de cada una de ellas y la demanda del niño (a).

Ictericia del recién nacido

Únicamente un 37% de las madres adolescentes de la muestra tienen conocimiento sobre la ictericia del recién nacido, el porcentaje restante no tienen ese conocimiento. Además más del 57% no tienen conocimiento acerca del tratamiento de la

misma. Área de investigación muy importante de fortalecer en las madres por el desconocimiento en este tema.

Sueño

El 37% de la muestra sí conocen que el niño (a) duerme entre 18-20 horas diarias. El porcentaje restante consideró menos horas o no tenían conocimiento.

Pañal

Solamente un 37% de las encuestadas están al tanto acerca del tratamiento ideal del enrojecimiento de los glúteos causado por el pañal, el porcentaje sobrante utiliza otros implementos o no reconoce el tratamiento correcto.

Ropa

Más del 50% de las madres entrevistadas no consideran el algodón como la ropa ideal para el niño (a), no obstante ellas tenían muchas dudas acerca del tipo de texturas de la ropa por lo tanto su respuesta no fue certera.

Vías Respiratorias

Exclusivamente solo un 33% de las encuestadas conocen el suero fisiológico como tratamiento efectivo contra las secreciones de las vías respiratorias. El 67% sobrante no conocen lo que se debe hacer o eligieron la leche materna como tratamiento.

Deposiciones

El término de meconio como el nombre de la primera deposición del recién nacido solamente un 27% de la muestra acertaron esta respuesta. El resto de las madres no están al tanto de este término.

Importante recalcar que el 70% de las madres encuestadas sí conocen que el niño (a) tienen entre 4 o más deposiciones al día y un 50% de las entrevistadas sabían que el niño (a) micciona de 6-8 veces al día.

RECOMENDACIONES

El Hogar Posada de Belén brinda ayuda a madres adolescentes y sus hijos, su trabajo es de respeto y admiración por todo el refuerzo que contribuye para la madre adolescente en el área educativa así como para el crecimiento y desarrollo normal de su hijo (a).

Es importante detallar algunas recomendaciones para el Hogar Posada de Belén, a las madres adolescentes y la Escuela de Enfermería de la UNADECA.

Hogar Posada de Belén

- Evaluar trimestralmente el tipo de cuidados que la madre adolescente le brinda a su hijo (a).
- El personal de la Posada debe ser totalmente accesible para que las madres adolescentes puedan evacuar dudas de temas relacionados con el niño (a).
- Instruir a las madres adolescentes cada seis meses mediante charlas sobre conceptos débiles o deficientes acerca del niño (a), previo diagnóstico o evaluación.
- Colocar un buzón de preguntas donde las madres adolescentes en anonimato puedan preguntar de cualquier tema de interés y así el Hogar pueda instruir correctamente acerca del tema en cuestión.
- Considerar que la madre adolescente debe compartir más horas con su hijo (a) para fortalecer la relación entre ambos, manteniendo un equilibrio entre su preparación académica, capacitaciones y cuidado de su hijo (a).

- Facilitar y solicitar ayuda a la Escuela de Enfermería de la UNADECA acerca del cuidado del niño (a) como ayuda a esas madres.

Madre Adolescente

- Evacuar todas las dudas que puedan surgir con respecto al niño (a) y su desarrollo.
- Solicitar al área administrativa charlas de temas de interés acerca del crecimiento y desarrollo del niño (a).

Escuela de Enfermería UNADECA

- Conformar un equipo de enfermeras o estudiantes avanzados que puedan visitar al Hogar Posada de Belén cada 6 meses para brindar ayuda con charlas o talleres de contenidos solicitados por el Hogar de acuerdo a las necesidades de la madre adolescente y su hijo.

Estas recomendaciones son consideradas las más importantes y en las cuales se debe actuar lo antes posible para continuar con el proceso continuo de enseñanza para la madre adolescente.

La actual investigación no profundizó ni abarcó todos los cuidados del niño (a), pero se consideraron los aspectos de los cuidados mínimos y básicos que ellos necesitan saber.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

Consultas

Artículo 8 de la Ley General de Protección a la Madre Adolescente, N° 7735, de 19 de diciembre de 1997.

Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA Costa Rica), Noviembre 2013.

INEC, Censo de la Población 2011.

Citas

Deitra Leonard Lowdermilk, Shannon E. Perry, Irene M. Bobak. (2011). *Enfermería Materno-Infantil*. Barcelona, España: OCEANO.

Echavarría, R. B. (2010). *Investigación. Un camino al conocimiento, un enfoque cualitativo y cuantitativo*. San José, Costa Rica: EUNED .

Edmonds, D. K. (2007). *Ginecología y Obstetricia de Dewhurst* . Mexico: McGraw Hill.

Fernández, Córdoba, Cordero (2002). *Estadística Descriptiva*. Madrid, España: Gráficas Dehon

Fred. N Kerlinger, Howard B. Lee. (2002). *Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en ciencias sociales*. México: Mc Graw Hill.

Gilberto Treviño. (2009). *Pediatría*. México: McGraw Hill.

Gispert, C. d. (2011). *Diccionario de Medicina MOSBY*. Barcelona, España:OCEANO.

Gispert, C. d. (2011). *Nuevo Manual de la Enfermería*. Barcelona, España: OCEANO.

Johnson, J. Y. (2010). *Enfermería Materno-Neonatal*. Mexico: Manual Moderno.

Joseph Gigante. (2007). *Pediatría primer contacto con la especialidad*. México: Mc Graw Hill.

Juan Casado Flores. (2011). *El gran libro de pediatría, guía de salud infantil para padres*. España: Reditar Libros.

Kate Gerrish, Anne Lacey. (2008). *Investigación en enfermería*. España: Mc Graw Hill.

Lowdermilk, Perry, Bobak. (2001). *Enfermería Materno Infantil*.Madrid, España: OCEANO.

Miriam Cires et al. (2010). *Guía terapéutica para la atención primaria en salud*. La Habana, Cuba: ECIMED.

Purificación Segovia, M. L. (2007). *Cuidados básicos en el recién nacido*. Hospital Universitario la Fe, Valencia: Textomatges, S.A.

Robert M. Kliegman, Richard E. Behrman, Hal B. Jenson, Bonita F. Stanton. (2009). Nelson Tratado de Pediatría. Barcelona, España: Elsevier Saunders

Sampieri, R.H. (2006). Metodología de la Investigación. Mexico: McGraw Hill.

Santiago Fernández, Alejandro Córdoba, José María Cordero (2002). *Estadística Descriptiva*. Segunda edición, Madrid, España: ESIC EDITORIAL.

Electrónica

Araya, Daniela (2012), *Posada Belén: Donde el dolor se vuelve historia*

Recuperado de: <http://www.crhoy.com/posada-belen-donde-el-dolor-se-vuelve-historia/>

Baby Center (2014) *Tú bebé semana a semana*

Recuperado de: <http://espanol.babycenter.com/tu-beb%C3%A9-de-1-semana#ixzz357Z58y18>

Cardozo, Johanna (2008) *Conocimientos madres adolescentes sobre el cuidado del recién nacido*

Recuperado de: <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/tesis09.pdf>

Chanamé, L (2011). *Características anatomofisiológicas del recién nacido.*

Recuperado de: <http://es.scribd.com/doc/59211360/caract-RN>

Eco Católico (2013)

Recuperado de:

http://www.eleccatolico.org/index.php?module=displaystory&story_id=1400&format=html

El arte de saber hacer (2010)

Recuperado de: <http://www.saberhacer.com/espanol/categorias-de-video/padres-y-familia/recien-nacidos-cuidados-basicos>

El Sistema Nacional de Salud en Costa Rica. *Decreto ejecutivo N° 19276-s 9 noviembre 1989.*

Recuperado de: <http://www.cendeiiss.sa.cr/cursos/sistemanacsaludgeneral.pdf>

Embarazo 10 (2013)

Recuperado de: <http://embarazo10.com/cuidados-del-bebe-recien-nacido/>

Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). (2013). *Informe de Estado de la Población Mundial*.

Recuperado de: <http://www.unfpa.or.cr/estado-de-la-poblacion-mundial-2013>

Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). (2013) *Uniones Tempranas y Embarazo en la Niñez y Adolescencia en Costa Rica 2013*.

Recuperado de:

<http://paniamor.org/Uniones%20impropias/Uniones%20impropias%20UNFPA-Paniamor%202014.pdf>

García, G Rossana (2004) *El Sistema Nacional de Costa Rica*

Recuperado de: <http://www.cendeisss.sa.cr/cursos/sistemanacsaludgeneral.pdf>

Instituto Nacional de Estadística (2011). *Censo de Población 2011*.

Recuperado de: http://www.ine.es/censos2011_datos/cen11_datos_inicio.htm

M.J Aguilar Cordero et. al. (2003). *Nutrición Hospitalaria*.

Recuperado de: <http://www.nutricionhospitalaria.com/>

PANI (2010)

Recuperado de:

http://www.pani.go.cr/index.php?option=com_content&view=article&id=48&Itemid=58

Política Nacional para la Niñez y la Adolescencia Costa Rica. (2009-2021). *Código Política Nacional de Niñez y Adolescencia del 2009-2021.*

Recuperado de:

http://www.unicef.org/costarica/docs/cr_pub_Politica_NNA_CR.pdf

Rojas, Pablo (2013). *Pese a problemática, Costa Rica no define meta para reducir embarazo adolescente.*

Recuperado de: <http://www.crhoy.com/pese-a-problematika-costa-rica-no-define-meta-para-reducir-embarazo-adolescente/>

Solano, Andrea (2013). *Embarazo, primera causa de muerte entre adolescentes*

Recuperado de: http://www.nacion.com/vivir/Embarazo-primera-causa-muerte-adolescentes_0_1375462480.html

Ulloa, David (2013). *Embarazos adolescentes en Costa Rica son más frecuentes en el campo que en la ciudad, revela estudio.*

Recuperado de: <http://www.ameliarueda.com/nota/adolescentes-del-campo-mas-vulnerables-a-embarazos-que-las-de-la-ciudad-rev>

ANEXOS

ANEXOS

Anexo #1 Cuestionario

Universidad Adventista de Centroamérica

Escuela de Enfermería

El presente cuestionario es parte del desarrollo del trabajo de investigación que se realiza para optar al grado de licenciatura en enfermería. Por lo que su colaboración será de gran importancia para concluir con este requisito.

Tema:

“Determinar las prácticas que tienen las madres adolescentes acerca de los cuidados básicos hacia sus hijos del Hogar Posada de Belén, Coyol de Alajuela de abril a agosto 2014”

Le agradezco su participación y espero que sus respuestas sean contestadas con toda seriedad y sinceridad, además le aclaro que toda la información proporcionada será de carácter confidencial y utilizada únicamente para la presente investigación.

Que Dios la bendiga.

Bach. Andrea Madrigal Mesén

Instrucciones:

Por favor conteste las siguientes preguntas marcando con una “X” la respuesta de su elección.

1. ¿Qué edad tiene? _____

2. ¿Cuál es su nacionalidad? _____

3. ¿Cuál es su lugar de procedencia? _____

4. ¿Cuál es su escolaridad? _____

5. ¿Cuántos hijos tiene?

A) 1

B) 2

C) 3

6. ¿Qué edad tiene su hijo? _____

7. ¿Qué actividades realiza dentro de la Posada de Belén?

8. ¿Cuántas horas diarias dedica al cuidado de su hijo(a)?

A) 1 a 2 horas

B) 2 a 4 horas

c) Más de 4 horas

9. ¿Alguna vez has sido instruida acerca de los cuidados básicos del recién nacido?

A) Sí

B) No

10. ¿Por quién? _____

Baño diario del niño

11. Dentro de los cuidados del bebé, específicamente el baño ¿qué utiliza para bañar al niño (a)? _____

12. ¿Cuál es la temperatura ideal del agua para el baño del niño (a)?

A) Tibia

B) Fría

C) Caliente

D) N/S

13. ¿Con que se debe lavar la cara del niño (a)?

- A) Agua y jabón B) Solo agua C) Agua, jabón, champú D) N/S

14. ¿Cuál es la última parte del cuerpo que se debe lavar en el niño (a)?

- A) Las piernas B) La cara C) Los genitales D) N/S

Cuidados del Cordón Umbilical

15. Con respecto a los cuidados del cordón umbilical, ¿Qué se utiliza para lavar el cordón umbilical?

16. ¿Quién le enseñó cómo debe curarse el cordón umbilical?

17. ¿Cuántos días dura el cordón umbilical en caerse?

- A) 6-10 días B) 2 días C) 10-14 días D) N/S

18. ¿Por qué el pañal del bebé no debe cubrir el cordón umbilical?

- A) No tiene importancia B) Produce infección C) Le duele al bebé D) N/S

Cuidado de la Piel

19. Para evitar la dermatitis (irritación) en la piel del niño (a), ¿Qué debe hacer?

Cuidado de las Uñas

20. ¿Cuál es el momento ideal para cortar las uñas del niño (a)?

Alimentación

21. ¿Cómo se alimenta su niño (a)?

- A) Lactancia B) Fórmula C) Lactancia y fórmula

22. ¿Cada cuánto tiempo se recomienda alimentar al niño (a)?

- A) Cada hora B) Cada 2 a 3 horas C) Cada 6 horas D) N/S

Ictericia del Recién Nacido

23. ¿Qué es la ictericia (piel amarillenta) del recién nacido?

- A) Niveles bajos de bilirrubina B) Niveles normales de bilirrubina C) Niveles elevados de bilirrubina D) N/S

24. ¿Cuál es el tratamiento de la ictericia?

- A) Alimentación B) Ponerlos al sol y alimentación C) Ponerlos al sol e inyecciones D) N/S

Sueño

25. ¿Cuántas horas puede dormir un niño (a) durante un día?

- A) 18-20 horas diarias B) Más de 24 horas C) 10-15 horas D) N/S

Pañales

26. ¿Cuál es el tratamiento para el enrojecimiento de los glúteos causado por el pañal?

- A) Lavar con agua, dejar un rato al aire libre y colocar óxido de zinc (crema pañalito) B) Lavar con agua y jabón, colocar óxido de zinc (crema pañalito) C) Dejar al aire libre, colocar óxido de zinc (crema pañalito) D) N/S

Anexo #2 Imágenes del Hogar Posada de Belén

Imagen #1 Edificio Administrativo



Imagen #2 Edificio Trabajo Social



Imagen #3 Edificio de Educación



Imagen #4 Lavandería



Imagen #5 Comedor Vista Exterior



Imagen #6 Comedor Vista Interior



Imagen #7 Gimnasio



Imagen #8 Restaurante



Imagen #9 Aula Educación



Imagen #10 Aula Educación



Imagen #11 Aula Educación



Imagen #12 Baños



Imagen #13 Casa Cuna



Imagen #14 Cambio de Pañales



Imagen #15 Consultorio



Imagen #16 Consultorio

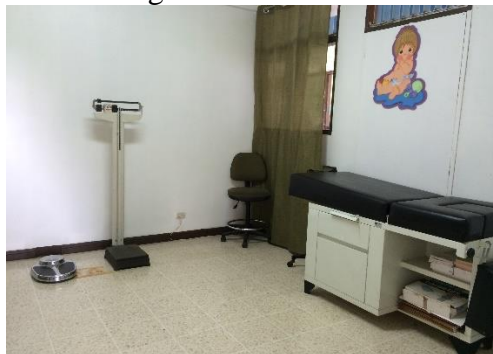


Imagen #17 Estimulación Temprana



Imagen #18 Pabellones de Cuartos



Imagen #19 Aula Computación

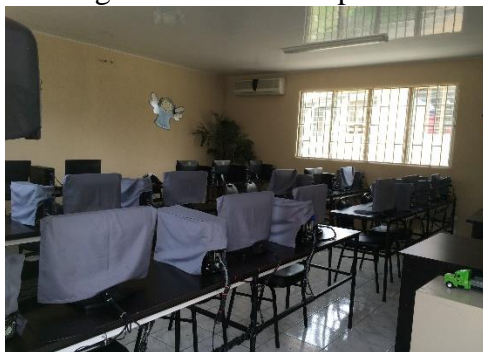


Imagen #20 Playground



Imagen #21 Cancha de Fútbol



Anexo #3 Cronograma

Abril	<ul style="list-style-type: none"> • Entrega de anteproyecto a la escuela de Enfermería. • Se realizan correcciones. • Aceptación por parte de la escuela de Enfermería del tema de la tesis.
Mayo	<ul style="list-style-type: none"> • Inicia elaboración de la tesis. • Recaudación de bibliografía. • Preparación I Capítulo. • Se inicia el II Capítulo. • Reunión con tutor.
Junio	<ul style="list-style-type: none"> • Se realizan correcciones indicados por el tutor. • Continuación del II Capítulo. • Se inicia el III Capítulo. • Entrega de cartas al Hogar Posada de Belén. • Aceptación de cartas por parte del Hogar. • Se inicia a visitar el Hogar.
Julio	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación de cuestionarios a la muestra. • Se trabaja en el IV capítulo, análisis de datos. • Se realiza charla a la muestra. • Se aplican nuevamente los cuestionarios. • Se continúa y finaliza el análisis de datos. • Reunión con el tutor para analizar los datos.
Agosto	<ul style="list-style-type: none"> • Se trabaja en el último capítulo; conclusiones y recomendaciones. • Revisión general por parte del tutor. • Se revisa por última vez la tesis para ser entregada a filólogo.
Setiembre	<ul style="list-style-type: none"> • Entrega al filólogo. • Se trabajan las correcciones hechas por el filólogo.
Octubre	<ul style="list-style-type: none"> • Entrega de la tesis a lector. • Se realizan las correcciones hechas por el lector.
Noviembre	<ul style="list-style-type: none"> • Tesis lista para la defensa.

Anexo #4 Guía para las madres adolescentes acerca del cuidado del niño (a)

GLOSARIO

A

Abrasión: erosión o desprendimiento de una superficie por fricción. La abrasión puede ser consecuencia de un traumatismo, como en las heridas de las rodillas, de tratamientos, como la dermatitis que se observa al eliminar un tejido cicatrizal, o ser un fenómeno fisiológico como el desgaste de los dientes por la masticación.

Anemia Ferropénica: anemia microcítica hipocrómica originada por aporte inadecuado del hierro necesario para la síntesis de hemoglobina. Se caracteriza por palidez, fatiga y debilidad.

Antiséptico: agente que tiende a inhibir el crecimiento y la reproducción de los microorganismos.

B

Bilirrubina: pigmento de color amarillo-anaranjado de la bilis formado principalmente por la degradación de la hemoglobina de los hematíes tras la terminación de su periodo normal de vida.

C

Candidiasis: infección producida por una especie de *Candida*, que se caracteriza por prurito, un exudado blanco, erosión cutánea y sangrado fácil.

Cianosis: coloración azulada de la piel y las membranas mucosas debido al exceso de hemoglobina no oxigenada en la sangre o a un defecto estructural de la molécula de hemoglobina.

D

Diuresis: mayor formación y secreción de orina.

E

Eclampsia: forma más grave de toxemia del embarazo caracterizada por convulsiones similares a las del gran mal, hipertensión, proteinuria y edemas.

Enterocolitis: inflamación aguda del intestino que suele afectar a los recién nacidos de peso inferior al normal.

Epidermis: capa superficial avascular de la piel constituida por una región externa, muerta, cornificada y otra más profunda, celular y viva.

Equimosis: cambio de color de un área cutánea o mucosa, debida a extravasación de sangre hacia el tejido celular subcutáneo, por traumatismo o fragilidad de los vasos sanguíneos subyacentes.

Eritema: enrojecimiento o inflamación de la piel o las membranas mucosas como resultado de la dilatación y congestión de los capilares superficiales.

Estomatitis: trastorno inflamatorio de la boca producida por una infección bacteriana, vírica o fúngica, la exposición a ciertas sustancias químicas o fármacos, deficiencias vitamínicas o enfermedades inflamatorias sistémicas.

Exanguinotransfusión: intercambio del 75-80% de la sangre circulante de un recién nacido con sangre total mediante extracciones repetidas de pequeñas cantidades, y sustitución de las mismas con cantidades iguales de sangre del donante.

Exudado: líquido, células u otras sustancias que se han eliminado lentamente de las células o los vasos sanguíneos a través de pequeños poros o roturas en la membranas celulares.

F

Fiebre Puerperal: síndrome asociado a una infección bacteriana sistemática y septicemia que se produce después del parto, habitualmente como consecuencia de realizar una técnica obstétrica no estéril.

Fisura: hendidura o surco en la superficie de un órgano, que muchas veces lo divide en varias partes.

Fontanelas: espacio cubierto por una membrana fuerte entre los huesos del cráneo del lactante.

Fototerapia: tratamiento de determinadas enfermedades mediante el uso de la luz, especialmente la luz ultravioleta.

G

Glositis: inflamación de la lengua.

H

Hiperbilirrubinemia: elevación de los niveles sanguíneos de bilirrubina por encima de lo normal.

I

Ictericia: coloración amarillenta de la piel, mucosas o conjuntivas causada por cifras de bilirrubina en sangre superiores a las normales.

L

Lanugo: vello que cubre al feto y que aparece al quinto mes de gestación y desaparece hacia el noveno.

M

Meconio: material que se acumula en el intestino del feto y constituye las primeras heces del recién nacido. Tiene una consistencia espesa y pegajosa un color verdusco o negro y está compuesto por las secreciones de glándulas intestinales, algo de líquido amniótico y detritos intrauterinos tales como pigmentos biliares, ácidos grasos, células epiteliales, moco, lanugo y sangre.

P

Perinatal: relativo al tiempo y al proceso de nacimiento.

Petequias: mancha muy pequeña de color rojo o púrpura que aparecen en la piel y corresponde a una hemorragia diminuta localizada en la dermis o las capas submucosas.

Precoz: perteneciente o relativo a un desarrollo físico o mental prematuro.

Pre eclampsia: trastorno del embarazo caracterizado por la aparición de hipertensión aguda después de la semana 24 de la gestación.

Presión Intracraneal: presión que se produce en el interior del cráneo.

Profiláctico: que previene de una enfermedad. Aplicase a un agente capaz de prevenir la extensión de una enfermedad.

S

Septicemia: infección sistémica caracterizada por la aparición de patógenos en sangre circularmente procedentes de una infección localizada en cualquier parte del organismo.

Surco: hendidura estrecha, depresión o canal en la superficie de un órgano.

T

Termorregulación neonatal: regulación de la temperatura corporal de un recién nacido, sobre la cual influyen fenómenos de evaporación, conducción, radiación y convección.

CARTAS