

**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE LOS ANDES**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**Tesis**

**Factores y cuidados básicos del recién nacido sano, en puérperas del servicio de alojamiento conjunto del Hospital Regional Cusco-2024.**

Asesor:

Mag. Cuadros Tairo, Luz Maribel

Autora:

Camacho Tapara, Fortunata

Para optar el Título Profesional de:

Licenciada en Enfermería

Cusco - Cusco - Perú

2025



# Universidad Tecnológica de los Andes

Transformando vidas

"Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"

## ACTA DE EXAMEN DE TÍTULO N.º 010-2025-UTEA-FCS-EPE

Reunido la comisión especial, constituido por los señores Docentes:

- ✓ MG. FERNANDEZ TOHALINO, KARLA :PRESIDENTE
- ✓ MG. GUDIEL TORRES, CARMEN DE GUADALUPE :PRIMER MIEMBRO - DICTAMINANTE
- ✓ MG. SOTO TRELLES, ROSSLUSA :SEGUNDO MIEMBRO - REPLICANTE

La Postulante al TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA.

Bachiller: **CAMACHO TAPARA, FORTUNATA**

Ha cumplido con la Exigencia de Reglamento General de Grados y Títulos de la Universidad Tecnológica de los Andes, aprobado con Resolución de Consejo Universitario N° 0943-2024-UTEA-CU, de fecha 16 de abril del 2024, para la obtención del Título Profesional de Licenciado en Enfermería por la:

**MODALIDAD: SUSTENTACION DE TESIS**

**TITULO** :“FACTORES Y CUIDADOS BASICOS DEL RECIEN NACIDO SANO, EN PUERPERAS DEL SERVICIO DE ALOJAMIENTO CONJUNTO DEL HOSPITAL REGIONAL CUSCO - 2024”

<b>CAMACHO TAPARA, FORTUNATA</b>	<b>Aprobado con la Nota:</b>	<b>13</b>	<b>Trece</b>	<b>Aprobada</b>
----------------------------------	------------------------------	-----------	--------------	-----------------

Se expide el Acta, conforme al Libro de Actas de Sustentación de Tesis de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Tecnológica de los Andes, que corre a fojas 108 y 109 en el Libro de Actas de Sorteo de Grados y Fijación de fecha y hora para la Sustentación de Tesis, de la Escuela Profesional de Enfermería, a los que nos remitimos en caso necesario.

Cusco, 20 de febrero del 2025

MG. FERNANDEZ TOHALINO, KARLA  
PRESIDENTE

MG. GUDIEL TORRES, CARMEN DE GUADALUPE  
DICTAMINANTE

MG. SOTO TRELLES, ROSSLUSA  
REPLICANTE

# Factores y cuidados básicos del recién nacido sano, en púerperas del servicio de alojamiento conjunto del Hospital Regional Cusco-2024.docx

## INFORME DE ORIGINALIDAD



## FUENTES PRIMARIAS

1	<a href="https://hdl.handle.net">hdl.handle.net</a> Fuente de Internet	4%
2	<a href="https://repositorio.unac.edu.pe">repositorio.unac.edu.pe</a> Fuente de Internet	2%
3	Submitted to Universidad Tecnologica de los Andes Trabajo del estudiante	1%
4	<a href="https://repositorio.unsaac.edu.pe">repositorio.unsaac.edu.pe</a> Fuente de Internet	1%
5	Submitted to unsaac Trabajo del estudiante	1%
6	<a href="https://tesis.ucsm.edu.pe">tesis.ucsm.edu.pe</a> Fuente de Internet	1%
7	<a href="https://repositorio.unamba.edu.pe">repositorio.unamba.edu.pe</a> Fuente de Internet	<1%
8	<a href="https://repositorio.unc.edu.pe">repositorio.unc.edu.pe</a> Fuente de Internet	<1%

## Metadatos

<b>Datos del Autor</b>		
Apellidos y nombres	:	Camacho Tapara, Fortunata
Tipo de Documento de Identidad	:	DNI
Numero de Documento de Identidad	:	45726940
URL ORCID	:	
<b>Datos del Asesor</b>		
Apellidos y nombres	:	Mag. Cuadros Tairo, Luz Maribel
Tipo de Documento de Identidad	:	DNI
Numero de Documento de Identidad	:	23982261
URL ORCID	:	<a href="https://orcid.org/0000-0003-4647-2866">https://orcid.org/0000-0003-4647-2866</a>
<b>Datos de la Investigación</b>		
Facultad	:	Ciencias de la Salud
Escuela Profesional	:	Enfermería
Línea de investigación	:	Salud Pública
Rango de año en que se realizó la investigación	:	febrero 2024 - febrero 2025
Fuente de financiamiento	:	Autofinanciado
Porcentaje de similitud	:	24%
URL de OCDE	:	<a href="https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.03">https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.03</a>

## **Dedicatoria**

Dedico principalmente a mis padres, a mis hermanos y hermanas, a mi familia en sí, por ser la luz de mi camino. Dedico a mis hermanas, quienes estuvieron en el momento que más necesité, gracias por su gran apoyo constante, por sus palabras de ánimo.

Fortunata Camacho Tapara

## **Agradecimiento**

Agradezco principalmente a Dios por la vida que me dio, por siempre estar conmigo en cada momento, por darme sabiduría, fuerza de voluntad, perseverancia, fortaleza, salud y por permitirme llegar hasta donde me encuentro.

Agradezco a mi familia por su amor, paciencia y apoyo constante; han sido la fuerza impulsora detrás de este logro. Gracias.

A mi asesora, Mag. Cuadros Tairo Luz Maribel, por su apoyo y motivación para la culminación de mi trabajo de investigación de tesis.

A todos los docentes de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Tecnológica de los Andes, quienes estuvieron durante mi formación profesional.

Así mismo, agradezco a todos los profesionales, quienes me apoyaron, que hicieron posible que llegara a mi meta, de concluir el presente estudio. Gracias.

Agradezco a todos quienes participaron en mi trabajo de investigación de tesis.

Fortunata Camacho Tapara

## Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la relación existente entre los factores y cuidados básicos del recién nacido sano, en puérperas del servicio de alojamiento conjunto del Hospital Regional Cusco 2024. La metodología fue de enfoque cuantitativo, el diseño descriptivo correlacional y de corte transversal, la muestra conformada por 156 puérperas. Los resultados fueron: Factores sociales, la edad entre 18 a 23 años se relaciona con  $p$ -valor = 0.034;(OR=2.57) tener de 2 a más hijos con  $p$ -valor = 0.001; (OR=3.21) procedencia de zona rural con  $p$ -valor = 0.020; (OR=1.82). Factores económicos, el nivel de ingresos se relacionan con  $p$ -valor =0.035, los que ganan menos de S/1025.00; (OR=1.80). Factores culturales, mantener creencias familiares, se relacionan con un  $p$ -valor = 0.010; (OR=1.80), recibir consejerías sobre el cuidado del recién nacido con  $p$ -valor = 0.000; (OR=2.36), recibir consejería durante el control prenatal con  $p$ -valor =0.002; (OR=3.00). Factores institucionales, el tipo de parto se relacionan con  $p$ -valor = 0.000; (OR= 4.14) para parto natural, para cesárea con  $p$ -valor = 0.003 (OR=0.33), la participación del padre en el cuidado con  $p$ -valor = 0.000; (OR=2.30). En conclusión, los factores sociales, económicos, culturales e institucionales influyen de manera diversa en los cuidados básicos del recién nacido sano. La edad, el número de hijos, la procedencia de zona rural, el nivel de ingresos, mantener creencias familiares, recibir consejería, sobre todo durante el control prenatal, el tipo de parto y la participación del padre en el cuidado del recién nacido se relacionan significativamente.

**Palabras clave:** Cuidados básicos, recién nacido sano, puérperas, servicio de alojamiento conjunto.

## **Abstract**

The present investigation aimed to determine the existing relationship between the factors and basic care of the healthy newborn in postpartum women of the joint accommodation service of the Regional Hospital Cusco 2024. The methodology was quantitative approach, the descriptive correlational and cross-sectional design, the sample made up of 156 postpartum women. The results were: Social factors, age between 18 to 23 years is related to p-value = 0.034; (OR = 2.57) having 2 or more children with p-value = 0.001; (OR = 3.21) coming from a rural area with p-value = 0.020; (OR = 1.82). Economic factors, income level is related to p-value = 0.035, those who earn less than S / 1025.00; (OR = 1.80). Cultural factors, maintaining family beliefs, are related to a p-value = 0.010; (OR=1.80), receiving counseling on newborn care with p-value = 0.000; (OR=2.36), receiving counseling during prenatal care with p-value = 0.002; (OR=3.00). Institutional factors, such as the type of delivery, are related with p-value = 0.000 (OR=4.14) for natural birth, for cesarean section with p-value = 0.003 (OR=0.33), and the father's involvement in care with p-value = 0.000; (OR=2.30). In conclusion, social, economic, cultural, and institutional factors have diverse influences on basic care for healthy newborns. Age, number of children, rural origin, income level, maintaining family beliefs, receiving counseling, especially during prenatal care, the type of delivery, and the father's involvement in newborn care are significantly related.

**Keywords:** Basic care, healthy newborns, postpartum women, rooming-in service.

## Índice

Portada .....	i
Acta de sustentación .....	ii
Reporte de similitud .....	iii
Metadatos .....	iv
Dedicatoria.....	v
Agradecimiento .....	vi
Resumen .....	vii
Abstract.....	viii
Índice de tablas .....	xi
Índice de figuras .....	xiii
<b>I. Introducción.....</b>	<b>14</b>
<b>II. Planteamiento del problema.....</b>	<b>16</b>
2.1. Descripción y formulación del problema.....	16
2.2. Objetivos.....	21
2.2.1. Objetivo general.....	21
2.2.2. Objetivos específicos .....	21
2.3. Justificación e importancia .....	21
2.4. Hipótesis .....	22
2.5. Variables .....	24
<b>III. Marco teórico .....</b>	<b>27</b>
3.1. Antecedentes.....	27

3.2.	Bases teóricas.....	39
3.2.1.	Factores.....	39
3.2.2.	Cuidado del recién nacido .....	46
3.3.	Definición de término .....	71
<b>IV.</b>	<b>Metodología.....</b>	<b>73</b>
4.1.	Tipo y nivel de investigación.....	73
4.2.	Ámbito temporal y espacial .....	75
4.3.	Población y muestra.....	75
4.4.	Instrumentos.....	77
4.5.	Procedimientos.....	84
4.6.	Análisis de datos .....	84
4.7.	Consideraciones éticas .....	85
<b>V.</b>	<b>Resultados y discusión .....</b>	<b>86</b>
<b>VI.</b>	<b>Conclusiones .....</b>	<b>127</b>
<b>VII.</b>	<b>Recomendaciones.....</b>	<b>131</b>
<b>VIII.</b>	<b>Referencias.....</b>	<b>133</b>
<b>IX.</b>	<b>Anexos.....</b>	<b>142</b>

## Índice de tablas

<b>Tabla 01.</b> Operacionalización de variables .....	24
<b>Tabla 02.</b> Tratamiento estadístico de juicio de expertos.....	79
<b>Tabla 03.</b> Determinación de la ubicación del valor de DPP en la escala de valoración.....	80
<b>Tabla 04.</b> Rangos para interpretación del coeficiente de confiabilidad.....	81
<b>Tabla 05.</b> Confiabilidad Alfa de Cronbach para la variable factores .....	81
<b>Tabla 06.</b> Estadísticas de elemento para la variable factores.....	81
<b>Tabla 07.</b> Estadísticas para la variable factores .....	82
<b>Tabla 08.</b> Alfa de Cronbach para los elementos de la variable factores.....	82
<b>Tabla 09.</b> Alfa de Cronbach para la variable cuidados básicos del recién nacido sano .....	82
<b>Tabla 10.</b> Estadísticas de elemento para la variable cuidados básicos del recién nacido sano .....	83
<b>Tabla 11.</b> Estadísticas para la variable cuidados básicos del recién nacido sano .....	83
<b>Tabla 12.</b> Alfa de Cronbach para los elementos de la variable cuidados básicos del recién nacido sano. ....	83
<b>Tabla 13.</b> Edades de las puérperas .....	86
<b>Tabla 14.</b> Estado civil de las puérperas .....	87
<b>Tabla 15.</b> Grado de instrucción de las puérperas .....	88
<b>Tabla 16.</b> Número de hijos de las puérperas.....	89
<b>Tabla 17.</b> Lugar de procedencia de las puérperas.....	90
<b>Tabla 18.</b> Ocupación de las puérperas .....	91
<b>Tabla 19.</b> Ingreso familiar de las puérperas.....	92
<b>Tabla 20.</b> Idioma de las puérperas .....	93
<b>Tabla 21.</b> Mantiene creencias familiares sobre el cuidado del recién nacido.....	94
<b>Tabla 22.</b> Consejería recibida respecto al cuidado del recién nacido. ....	95

<b>Tabla 23.</b> Donde fue la consejería recibida respecto al cuidado.....	96
<b>Tabla 24.</b> Tipo de parto de las puérperas .....	97
<b>Tabla 25.</b> Calificación de la consejería que recibieron las puérperas.....	98
<b>Tabla 26.</b> Participación del padre en el cuidado del recién nacido.....	99
<b>Tabla 27.</b> El hospital permite la participación de la familia en el cuidado.....	99
<b>Tabla 28.</b> Cuidados básicos del recién nacido sano de las puérperas.....	100
<b>Tabla 29.</b> Tuvo contacto de piel a piel, inmediatamente después del nacimiento.....	101
<b>Tabla 30.</b> Logró la lactancia materna en la primera hora de nacer.....	102
<b>Tabla 31.</b> Recibió consejería sobre higiene del recién nacido.....	103
<b>Tabla 32.</b> Recibió consejería sobre cuidado del cordón umbilical .....	104
<b>Tabla 33.</b> Recibió consejería sobre reconocimiento de signos de alarma .....	105
<b>Tabla 34.</b> Recibió consejería sobre la importancia de proteger del calor o frío .....	106
<b>Tabla 35.</b> Recibió consejería sobre la importancia del afecto .....	107
<b>Tabla 36.</b> Recibió consejería sobre efectos de las vacunas administradas .....	108
<b>Tabla 37.</b> Relación de factores en los cuidados básicos .....	110
<b>Tabla 38.</b> Relación de factores sociales en los cuidados básicos .....	113
<b>Tabla 39.</b> Relación de los factores económicos en los cuidados básicos .....	115
<b>Tabla 40.</b> Relación de factores culturales en los cuidados básicos .....	117
<b>Tabla 41.</b> Relación de factores institucionales en los cuidados básicos.....	119

## Índice de figuras

<b>Figura 01.</b> Diseño de investigación .....	74
---	----

## **I. Introducción**

La importancia del cuidado del recién nacido, es una gran responsabilidad de la enfermera debido a que el periodo más vulnerable para el recién nacido es entre 0 a 28 días de vida, que requiere atención, tanto de parte de la institución prestadora de servicios de salud, como de la madre, para su adaptación de la vida intrauterina al extrauterina. Por ende, la madre, ya sea primeriza o multípara, asume una gran responsabilidad, ya que depende de su cuidado la supervivencia del recién nacido, por ello la importancia de la educación a la madre por parte del profesional de Enfermería es indispensable sobre la atención del neonato, que la madre que sea capaz de acudir ante una emergencia o antes de esta.

En el Hospital Regional de Cusco se atiende a madres de distintas provincias de Cusco y otros departamentos, como Puno, Madre de Dios, Apurímac, madres con distintos niveles de conocimiento, cultura, creencias, quienes tienen dificultad, miedo, escasa confianza en sí mismas y múltiples interrogantes al atender a su recién nacido, motivo por el cual se ha elegido el tema. Para determinar qué factores están relacionados con el cuidado básico del recién nacido sano. Beneficioso principalmente para los recién nacidos, madres de familia, así como para el personal de salud que labora en servicio de alojamiento conjunto.

El presente trabajo está organizado de la siguiente manera: I se encuentra la introducción, II se encuentra el planteamiento del problema, descripción y formulación del problema; así mismo se encuentran los objetivos, la justificación, la hipótesis y las variables. III se encuentra el marco teórico, que comprende antecedentes a nivel internacional, nacional y a nivel local; así mismo se encuentra las bases teóricas y definición de términos. Seguidamente. IV se encuentra la metodología de la investigación. V se presentan los resultados y discusión con base en los antecedentes de estudio. VI se presentan conclusiones a las que se llegó con la investigación; posteriormente se encuentran las recomendaciones del estudio, referencia y anexos correspondientes.

## **II. Planteamiento del problema**

### **2.1. Descripción y formulación del problema**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2024 informa que, en el año 2022, aproximadamente 2,300,000 neonatos fallecieron alrededor de los 20 días de haber nacido, un período especialmente crítico que requiere atención médica intensiva y de alta calidad. De acuerdo con la OMS, el 75% de los neonatos fallecen, en los primeros siete días, y alrededor de un millón fallecen a las 24 horas de haber nacido. Entre las causas de muerte más frecuentes se incluyen el parto pretérmino, un parto complicado por razones como la asfisia perinatal y el traumatismo obstétrico, así como infecciones neonatales y malformaciones congénitas.

En este sentido, la OMS recomienda que tanto la mujer parturienta como el neonato permanezcan bajo vigilancia médica durante las 24 horas posteriores al parto debido a que es un período vulnerable en el que se pueden presentar complicaciones inesperadas. Desafortunadamente, un gran número de neonatos fallecen en sus hogares gracias a una pronta salida del hospital. En muchos países, incluida nuestra nación, se ha implementado el servicio de "alojamiento conjunto", donde la progenitora y el neonato se encuentran en el establecimiento sanitario hasta que se otorgue el alta médica. Este modelo no solo facilita el monitoreo constante de la salud del neonato, sino que también refuerza el lazo entre la progenitora y el neonato, al involucrar activamente a la familia en este proceso, lo que contribuye positivamente al bienestar de ambos. (1)

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) con el objetivo de reducir la cantidad de muertes neonatales, lanzó la campaña titulada “28 días, tiempo para cuidar y amar”, una propuesta conjunta con el Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP), con el fin de generar conciencia, proporcionar información, fortalecer los saberes y las capacidades de las progenitoras y las familias, se enfoca en aumentar la confianza de los cuidadores en su capacidad de dar un cuidado adecuado a los neonatos. Además, tiene un componente crucial dirigido a los profesionales de la salud, con el fin de sensibilizarlos sobre la importancia de aplicar buenas prácticas en el cuidado neonatal. Al resaltar el impacto firme de estas prácticas tanto en la salud de los bebés como en el bienestar general de las familias, la OPS y el CLAP buscan fomentar un entorno más seguro y saludable para los recién nacidos, reduciendo así las tasas de mortalidad en esta población vulnerable (2)

De acuerdo al Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), ocurre una muerte infantil cada 6 segundos en el mundo. Aparte de los motivos principales de muerte neonatal ya conocidos, también se debe a la limitación para poder acceder a una atención inicial de salud de alta calidad con actuaciones fundamentales, como las vacunaciones. Disponibilidad de personal calificado durante la atención del parto, apoyo continuado de la lactancia materna y, además, un diagnóstico y tratamiento en el momento oportuno. (3)

Según el periódico nacional El Peruano, respecto a las muertes en recién nacidos, indica que en Latinoamérica ha disminuido el 61 % de las muertes neonatales, desde 23 fallecimientos neonatales por mil en 1990 a 9 por mil en 2022. Podemos apreciar que al paso de años se redujeron el número de fallecimientos neonatales (4)

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) 2022, refiere que la tasa de natalidad es superior en la zona rural que en la urbana y, a su vez, indica que influye la etnicidad y el nivel cultural (5). La tasa de natalidad en el departamento de Cusco, estimada por (INEI) para el año 2023, es de 2.0 hijos por cada mujer. (6)

En el Perú, de acuerdo con las valoraciones dadas por el Grupo Interinstitucional para la Mortalidad Infantil, conformado por organismos internacionales como las Naciones Unidas, UNICEF, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Banco Mundial, se estima que durante el año 2021 se registraron 7 fallecimientos por 1.000 nacimientos exitosos. Esto refleja un aspecto crucial de la salud pública, ya que la mortalidad infantil es un claro reflejo del estado social y económico, las condiciones sanitarias y la facilidad para acceder a algún servicio de salud de una nación. Pese a los progresos en el ámbito de salud neonatal, esta cifra destaca la necesidad de continuar implementando políticas de prevención, atención y en especial, en el cuidado adecuado para los neonatos, con el fin de aminorar la tasa de fallecimiento infantil y garantizar el bienestar de la población más vulnerable (7).

Según el Ministerio de Salud (MINSA) 2024, datos actuales obtenidos, para el año 2024 hasta la semana epidemiológica 11, fallecieron 416 neonatos en total en el Perú y en el departamento de Cusco dejaron de existir 24 neonatos (8). La importancia del cuidado del recién nacido es una gran responsabilidad de la enfermera debido a que es un ser vulnerable, que requiere atención, tanto de parte de la institución prestadora de servicios de salud, como de la madre, para su adaptación a la vida extrauterina. (9)

En el Hospital Regional del Cusco, las mujeres que dieron a luz entre el 09 de septiembre al 09 de octubre del año 2024 y que se encontraban en el servicio de alojamiento conjunto, tienen el problema de que algunas de ellas no conocen el cuidado básico de un neonato sano y otras tienen dificultad, miedo, escasa confianza en sí mismas al brindar el cuidado a su recién nacido, surgiendo así múltiples interrogantes al atender las necesidades que requiere el recién nacido. Es decir, la madre, ya sea primeriza o multípara, asume una gran responsabilidad, ya que depende de su cuidado la supervivencia del recién nacido. De hecho, uno de los problemas en cuanto a la lactancia materna es que las puérperas dificultan

al momento de amamantar a su bebé; muchas de ellas desconocen la significación y la técnica del amamantamiento único. Como consecuencia de la mala práctica de amamantamiento, se presentan grietas en los pezones y, por miedo al dolor, no amantan; por consiguiente, se inflama la glándula mamaria y, como una complicación grave, se presenta la infección (la mastitis).

Así mismo, respecto al reconocimiento de los signos de alarma en el neonato como: dificultad para lactar, vómitos, diarrea, fiebre, polipnea, llanto débil, cianosis, irritabilidad, problemas en el cordón umbilical, micción en poca cantidad y cuándo acudir al establecimiento de salud, muchas no tienen conocimiento; del mismo modo, en el cuidado del cordón umbilical, la higiene, efecto de las vacunas administradas y otros. Según las estadísticas, la cantidad de muertes neonatales ha disminuido, lo cual no indica que el problema se haya acabado. Mientras siga habiendo neonatos fallecidos por causas prevenibles, seguirá siendo un problema.

Esta situación se debe a que existen muchos factores, tanto sociales, económicos, culturales e institucionales, como el nivel de instrucción que está relacionado al nivel de atención del neonato. Las madres que dieron a luz recientemente en dicho sanatorio son de distintas localidades y departamentos como Apurímac, Puno, Madre de Dios; son madres con diferentes culturas y creencias.

Si esta situación continúa, lo que va a pasar es que los recién nacidos no van a recibir los cuidados necesarios. La importancia del cuidado del neonato, entre 0 a 28 días de existencia, es el periodo en el cual es el ser más vulnerable, debido a que pasa por procesos de adaptación de la vida intrauterina a extrauterina, por lo que se deben brindar cuidados esenciales o básicos con gran responsabilidad, para evitar complicaciones, secuelas o la muerte.

Esta investigación da como aporte sugerencias, como la consideración de los factores que tienen mucho que ver con la atención del neonato. La educación a la madre por parte del experto de Enfermería es indispensable sobre la atención del neonato, consejería y orientación brindada en servicio de alojamiento conjunto, la cual debe ser precisa, dirigida y teniendo en cuenta la interculturalidad de las madres y familias, en general lograr que la madre adquiera el conocimiento para brindar los cuidados básicos a su niño, que sea capaz de acudir ante una emergencia o antes de esta. En resumen, lograr un inicio del crecimiento y desarrollo saludable del recién nacido.

### **2.1.1. Problema general.**

¿Cuál es la relación existente entre los factores y los cuidados básicos del recién nacido sano, en púerperas del servicio de alojamiento conjunto del Hospital Regional Cusco-2024?

### **2.1.2. Problemas específicos.**

- ¿Cuál es la relación existente entre los factores sociales y los cuidados básicos del recién nacido sano, en púerperas del servicio de alojamiento conjunto del Hospital Regional Cusco-2024?
- ¿Cuál es la relación existente entre los factores económicos y los cuidados básicos del recién nacido sano, en púerperas del servicio de alojamiento conjunto del Hospital Regional Cusco-2024?
- ¿Cuál es la relación existente entre los factores culturales y los cuidados básicos del recién nacido sano, en púerperas del servicio de alojamiento conjunto del Hospital Regional Cusco-2024?
- ¿Cuál es la relación existente entre los factores institucionales y los cuidados básicos del recién nacido sano, en púerperas del servicio de alojamiento conjunto del Hospital Regional Cusco-2024?

## **2.2. Objetivos**

### **2.2.1. Objetivo general**

Determinar la relación existente entre los factores y los cuidados básicos del recién nacido sano, en puérperas del servicio de alojamiento conjunto del Hospital Regional Cusco-2024.

### **2.2.2. Objetivos específicos**

- Conocer la relación existente entre los factores sociales y los cuidados básicos del recién nacido sano, en puérperas del servicio de alojamiento conjunto del Hospital Regional Cusco-2024.
- Identificar la relación existente entre los factores económicos y los cuidados básicos del recién nacido sano, en puérperas del servicio de alojamiento conjunto del Hospital Regional Cusco-2024.
- Estimar la relación existente entre los factores culturales y los cuidados básicos del recién nacido sano, en puérperas del servicio de alojamiento conjunto del Hospital Regional Cusco-2024.
- Determinar la relación existente entre los factores institucionales y los cuidados básicos del recién nacido sano, en puérperas del servicio de alojamiento conjunto del Hospital Regional Cusco-2024.

## **2.3. Justificación e importancia**

Este estudio tiene una justificación teórica porque, a pesar de que existen otros estudios relacionados con este tema, no se han encontrado investigaciones en este hospital, con estas puérperas y con estas dos variables. Por esta razón, este estudio está llenando un vacío en el conocimiento teórico de la temática.

Desde el punto de vista práctico, esta investigación ayuda a la prevención de las graves consecuencias negativas que podrían poner en peligro la vida del recién nacido, como

son las complicaciones de salud, secuelas, incluyendo la muerte neonatal. Además, de prevenir la morbimortalidad neonatal al disminuir las afecciones de salud de los recién nacidos.

Desde el punto de vista social, brinda información útil al personal de salud sobre las dificultades que tienen las puérperas para el cuidado del recién nacido. Además, se trabajó con mujeres que están envueltas en factores culturales, económicos, sociales e institucionales que tienen mucha relación con los cuidados básicos de los recién nacidos, por ende, su vida. Al Hospital Regional del Cusco acuden madres con diferentes factores sociales, culturales y niveles educativos. La educación brindada por parte del equipo de salud responsable de la atención y cuidado del recién nacido corresponde principalmente al profesional de Enfermería. La consejería y orientación brindada debe ser entendible, precisa y puntual, sobre los cuidados básicos del recién nacido. Los beneficiados principalmente son los recién nacidos, las madres y las familias.

Existe también una justificación de tipo metodológica porque se ha creado un cuestionario específicamente para este estudio.

Y, por último, hay una justificación investigativa porque este estudio sirve de base a otros profesionales que deseen continuar sus investigaciones en este tema.

## **2.4. Hipótesis**

### **2.4.1. Hipótesis general**

Existe una relación significativa entre los factores y los cuidados básicos del recién nacido sano, en puérperas del servicio de alojamiento conjunto del Hospital Regional Cusco-2024.

#### **2.4.2. Hipótesis específicas**

- Existe una relación significativa entre los factores sociales y los cuidados básicos del recién nacido sano, en puérperas del servicio de alojamiento conjunto del Hospital Regional Cusco-2024.
- Existe una relación significativa entre los factores económicos y los cuidados básicos del recién nacido sano, en puérperas del servicio de alojamiento conjunto del Hospital Regional Cusco-2024.
- Existe una relación significativa entre los factores culturales y los cuidados básicos del recién nacido sano, en puérperas del servicio de alojamiento conjunto del Hospital Regional Cusco-2024.
- Existe una relación significativa entre los factores institucionales y los cuidados básicos del recién nacido sano, en puérperas del servicio de alojamiento conjunto del Hospital Regional Cusco-2024.

## 2.5. Variables

**Tabla 01.**

*Operacionalización de variables*

<b>Variables</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Indicador</b>	<b>Índice de medición</b>	<b>Escala de medición</b>
<b>Variable independiente</b>  <b>Factores</b>  Bembibre, citado por Arreaga (2019), según el cual indica que un factor se define como elementos que influyen en la situación y pueden hacer que los acontecimientos avancen o cambien (21)	<b>Factores sociales</b> Los factores sociales en la salud: “se refiere a la situación del ciudadano, definido por sus vínculos familiares y de convivencia” (26) Para fines del presente estudio se consideró: Edad de la madre Estado civil Grado de instrucción Número de hijos y procedencia.	Factores sociales	Edad de la madre	a) De 18 de 23 años b) De 24 a 29 años c) De 30 a 35 años d) De 35 a 40 años	Intervalo
			Estado civil	a) Soltera b) Conviviente c) Casada d) Divorciada	Nominal
			Grado de instrucción	a) Sin estudios b) Primaria c) Secundaria d) Superior	Nominal
			Número de hijos	a) 1 hijo (primípara) b) 2 hijos o más (multípara) c) Más de 6 hijos (gran múltipara)	Nominal
			Procedencia	a) Zona rural b) Zona urbana	Nominal

<p><b>Factores económicos</b> El nivel de ingresos, tanto a nivel familiar como individual, es la principal variable que define el grado de pobreza en una comunidad, según este enfoque, el cual se fundamenta en modelos econométricos (Foster et al., 1984) (34). Para fines del presente estudio se consideró: La ocupación e ingresos familiares</p>	Factores económicos	Ocupación	a) Ama de casa b) Estudiante c) Independiente d) Dependiente	Nominal
		El ingreso familiar	a) Menos del mínimo vital S/1025 b) Ingreso mínimo vital S/1025 c) Más del mínimo vital S/1025.	Ordinal
	Factores culturales	Idioma	a) Quechua b) Castellano c) Castellano y quechua d) Otros	Nominal
		Mantiene creencias familiares sobre el cuidado del recién nacido	a) Si b) No c) Muy poco	Nominal
		Recibió consejería, respecto al cuidado del recién nacido	a) Si b) No	Nominal
	<p><b>Factores culturales</b> Arias N. et al. Como cito a Cruzado M. refiere que son los componentes conjuntos de todas las formas, modelos o patrones a través de los cuales se manifiesta una sociedad. Incluye el lenguaje, las costumbres, las prácticas y los códigos de conducta, normas y reglamentos de comportamiento, la vestimenta, la religión, los rituales (16).</p>			

	Para fines del presente estudio se consideró: Idioma, creencias familiares, consejería recibida.		La consejería recibida, respecto al cuidado del recién nacido fue.	a) Durante control prenatal b) Alojamiento conjunto c) Parto anterior	Nominal
	<p><b>Factores institucionales</b></p> <p>Margarita Latiesa, citado por (Gallardo 2022) determina a los factores institucionales como características estructurales que distinguen a cada establecimiento y su nivel influyente otorgado a cada institución de salud (37).</p> <p>Para fines del presente estudio se consideró: Tipo de parto, consejería recibida, la participación del padre y la familia en el cuidado del recién nacido.</p>	Factores institucionales	Tipo de parto	a) Natural b) Cesárea	Nominal
			Consejería sobre el cuidado del recién nacido, por parte del profesional de Enfermería.	a) Excelente b) Bueno c) Regular d) Malo	Nominal
			El papá participa en el cuidado del recién nacido.	a) Si b) No c) Muy poco	Nominal
			El hospital permite la participación de la familia o acompañante en el cuidado del recién nacido.	a) Si b) No c) Muy poco	Nominal
<p><b>Variable dependiente</b></p> <p><b>Cuidados básicos del recién nacido.</b></p> <p>Leder, como se citó en (valencia &amp; Vidal,</p>	<p><b>Cuidados del recién nacido</b></p> <p>Según la resolución ministerial 828-2013/MINSA, los cuidados esenciales para el recién nacido comprenden: la alimentación a través de la lactancia materna, el</p>	Cuidados del recién nacido	Contacto de piel a piel al mentó de nacimiento.	a) Si (45-60 minutos) b) No (no se realizó) c) Muy poco (menos de 45 minutos)	Nominal
			Lactancia materna en la primera hora.	a) Si b) No	Nominal

<p>2020), señala que la atención materna al recién nacido tiene como objetivo permitir que el proceso de adaptación se desarrolle con normalidad, al tiempo que se realizan algunos cambios, como lo hacen las advertencias y la identificación de características propias de este período.</p>	<p>descanso, el control de la temperatura corporal, la higiene, el afecto y la identificación de signos de alerta. Estos aspectos son fundamentales para garantizar el bienestar y satisfacer las necesidades básicas del recién nacido. (23)</p>		c) Muy poco	
		Consejería sobre la higiene del recién nacido.	a) Si b) No c) Muy poco	Nominal
		Consejería sobre cuidados del cordón umbilical.	a) Si b) No c) Muy poco	Nominal
		Consejería sobre reconocimiento de signos de alarma y cuándo acudir al establecimiento de salud.	a) Si b) No c) Muy poco	Nominal
		Consejería sobre la importancia de proteger del calor o frío al recién nacido.	a) Si b) No c) Muy poco	Nominal
		Consejería sobre la importancia del afecto.	a) Si b) No c) Muy poco	Nominal
		Consejería sobre efectos de las vacunas administradas.	a) Si b) No a) Muy poco	Nominal

### III. Marco teórico

#### 3.1. Antecedentes

##### 3.1.1. A nivel internacional

**Zambrano E.**, en su trabajo titulado: “Nivel de conocimiento de las madres sobre el cuidado del recién nacido en la parroquia Tabiazo”, Esmeralda-Ecuador 2018.

Objetivo: “Identificar el nivel de conocimientos que tienen las madres sobre los cuidados del recién nacido”.

Metodológicamente: Hizo una investigación cuantitativa, descriptiva y de corte transversal; su muestra fue de 67 mujeres.

Resultados: Las madres tienen un nivel de conocimientos medio; el 46% tiene entre 21 y 31 años; del 87% de las madres, sus ingresos familiares son inferiores a 300 dólares; el 76% trabaja como ama de casa; y sólo el 48% ha terminado la escuela básica. El 76% realiza la curación del cordón umbilical para evitar infecciones.

Conclusión: Para asegurar la salud y el bienestar del neonato, es preciso brindar orientación, orientar a las madres respecto a los cuidados domésticos para que de esta manera permitir incrementar sus conocimientos (10).

**Gaón D.**, realizó un trabajo titulado: “Nivel de conocimiento de las madres adolescentes primigestas en el cuidado del recién nacido con enfoque intercultural en el cantón Cotacachi 2017”. Ecuador, 2018.

Objetivo: “Fue evaluar el grado de conocimiento que tienen las madres sobre el cuidado del recién nacido”.

Metodología: Fue un estudio mixto, no experimental, observacional, descriptivo y transversal, conformado por 40 madres adolescentes.

Resultados: El 85% de las madres tenían entre 17 y 19 años, y la mayoría se autoidentificaba como mestiza, seguida por población indígena; el 55% se encontraba cursando la educación secundaria. Demostraron un buen nivel de conocimientos sobre el cuidado del recién nacido, destacando que el 100 % reconoció la importancia de la lactancia materna exclusiva; el 87,5 % estaba familiarizado con la higiene y el baño del bebé; el 62,5% manejaba adecuadamente el uso del pañal y el corte de uñas; además, comprendían la forma y técnica para estos cuidados. Asimismo, el 62,5% tenía conocimientos naturales sobre el cuidado de los ojos y oídos, mientras que el 85% sabía cómo bañar al recién nacido. Respecto a los cuidados culturales, se identificó que colocan monedas en el ombligo para prevenir hernias umbilicales; el 50% considera esencial fajarlos, y el 42% de las madres primerizas cree que colocar una cinta roja en la mano del bebé evita el mal de ojo.

Conclusión: Los conocimientos de las madres influyen directamente en la manera de cuidar al recién nacido; la salud de este depende de dichos conocimientos. Además, las costumbres y tradiciones de las madres se integran en las rutinas diarias de cuidado (11).

**Meza G. & Agüero N.**, realizaron un trabajo titulado: “Conocimientos de puérperas del servicio de alojamiento conjunto de un hospital de alta complejidad sobre los cuidados del recién nacido en el hogar”. Asunción – Paraguay 2021.

Objetivo: “Describir el grado de entendimiento que poseen las madres respecto a los cuidados necesarios para el recién nacido dentro del entorno doméstico”.

Metodología: Fue observacional, descriptiva, prospectiva y transversal en mujeres que dieron a luz en el alojamiento conjunto, con la participación de 125 puérperas.

Resultados: Tenían entre 19 a 42 años, la paridad mediana de 2; con el 41,6 % de puérperas con titulación universitaria; el 32,2 % de las madres puérperas demostraron un nivel alto de conocimiento sobre los cuidados del recién nacido en el hogar; el 48,8 % presentó un nivel intermedio, mientras que el 19 % evidenció un nivel bajo.

Conclusión: La mayoría de las mujeres que reciben atención en los centros de cuidado posparto, específicamente en el servicio de alojamiento conjunto, poseen un nivel adecuado de conocimiento sobre las prácticas necesarias para garantizar el bienestar y cuidado de los recién nacidos en el hogar. Esto refleja que las orientaciones y el acompañamiento recibido durante su estancia en estos servicios contribuyen a fortalecer su capacidad para atender adecuadamente las necesidades de sus bebés en el entorno doméstico. (12)

**López R. et al.**, realizaron un trabajo titulado: “Factores culturales y sociales asociados a la lactancia materna exclusiva en San Basilio de Palenque”, Colombia 2019.

Objetivo: “Identificar los factores culturales y sociales asociados a la lactancia materna exclusiva”.

Metodología: Fue una investigación analítica, de tipo transversal, con una población integrada por 195 madres de niños menores de 2 años.

Resultados: El promedio de la edad de las madres fue 23 años; el 32% cursaron estudios terciarios, el 40% eran amas de casa, el 76% tenían pareja, el 64% fueron multigestas, el 83% tenía menos de 3 hijos; el 69% indicó que recibió consejería en el control prenatal por parte de las enfermeras. El 50% de la población experimentó una alimentación exclusiva con leche materna: Los factores sociales asociados incluyeron la etapa de adolescente y el haber obtenido respaldo familiar en relación con la lactancia materna. Los aspectos culturales, haber escuchado hablar sobre la práctica de la lactancia materna exclusiva, desempeñan un papel importante en el proceso de amamantamiento. Asimismo, la disposición de las madres para alimentar a sus bebés mediante esta práctica, combinada con una actitud favorable.

Estos factores están profundamente relacionados con el éxito del amamantamiento, ya que no solo influyen en la decisión inicial de lactar, sino también en la continuidad y el compromiso con esta forma natural de alimentación.

**Conclusión:** Los factores culturales ejercieron una influencia significativa en las prácticas de lactancia materna. Sin embargo, la lactancia materna exclusiva entre las madres resultó ser menos común en comparación con las recomendaciones establecidas a nivel mundial y nacional. (13)

**Gonzales N. & Mera V.**, realizaron un trabajo titulado: “Mitos y verdades desde un enfoque cultural en el cuidado del recién nacido”, Ecuador 2023.

**Objetivo:** “Analizar las pruebas científicas vinculadas a los mitos y realidades desde una visión cultural en el cuidado del recién nacido”.

**Metodología:** Fue un estudio básico, no experimental, descriptivo, transversal y documental que consiste en una revisión bibliográfica.

**Resultados:** El análisis de las prácticas y tradiciones vinculadas al cuidado del recién nacido, así como la función que desempeñan los profesionales de enfermería al considerar el enfoque cultural en la atención a los neonatos. Este análisis examina cómo las creencias y costumbres culturales influyen en las maneras de cuidar a los bebés y cómo los profesionales de la salud, en especial los enfermeros, adaptan sus intervenciones para respetar estas tradiciones mientras brindan una atención adecuada y basada en evidencia científica.

**Conclusión:** El enfoque cultural en el cuidado del recién nacido se fundamenta en la integración de elementos culturales y tradicionales con prácticas validadas por la ciencia. Sin embargo, algunas tradiciones deben ser ajustadas, ya que pueden aumentar los riesgos para la salud del bebé. (14).

### 3.1.2. A nivel nacional

**Huamán K. & Román J.**, cuyo trabajo fue titulado: “Factores socioculturales maternos y práctica de cuidado del recién nacido en el Centro de Salud Micro Red de Chilca-2019”. Lima 2019.

Objetivo: “Establecer la conexión entre los factores socioculturales de la madre y las prácticas de cuidado del recién nacido”.

Metodología: Estudio descriptivo correlacional constituido por 45 madres de recién nacidos.

Resultado: De los factores socioculturales, el 59% de las madres no brindan una adecuada alimentación a su hijo o hija, el 68% no brindan una adecuada higiene, el 75% brindan afecto, el 65% no asisten a sus controles de crecimiento y desarrollo, el 80% de las madres no realizan estimulación temprana ya que no tienen conocimiento. La edad, el nivel de instrucción, la procedencia y la ocupación son factores socioculturales que afectan el entendimiento básico de la gran parte de las madres sobre cómo cuidar a su recién nacido.

Conclusión: La mayor parte de las progenitoras no brindan una atención óptima en aspectos fundamentales como la nutrición, la limpieza, el monitoreo del crecimiento y desarrollo, además de la estimulación precoz. No obstante, todas ellas generan vínculos emocionales sólidos, ya que expresan amor y ternura hacia sus pequeños. Se sugiere efectuar mejoras en algunos elementos del cuidado para elevar, dado que algunas creencias y tradiciones podrían representar un riesgo para su salud. Este aspecto es particularmente relevante en el contexto de la Micro Red de Chilca en 2019, donde estas prácticas podrían comprometer la seguridad del infante. (15).

**Arias N. et al.**, realizaron un trabajo titulado: “Factores sociales y culturales asociados al conocimiento del cuidado del recién nacido en las madres primíparas del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno, Huamanga, Ayacucho – 2022”, Callao 2022.

Objetivo: “Valorar las interacciones socioculturales en la atención y el entendimiento de las madres primerizas sobre el cuidado del recién nacido”.

Metodológicamente: Fue una investigación descriptiva, correlacional, de diseño no experimental y cuantitativo; se trabajó con 34 madres primerizas.

Resultados: El 61,8% de las primerizas fueron menores de 20 años de edad, 55,9% eran convivientes, el 50% eran amas de casa, 38,2% con estudios primarios y 32,4% con secundaria, el 61,8% vivían en distritos de pobreza. El valor de sus creencias culturales es alto 17,6% y medio en un 35,3%.

Se halló una relación entre el nivel de conocimiento sobre el cuidado del recién nacido y la edad, con el nivel de estudios alcanzado y con el factor cultural, aunque con el nivel de pobreza no están vinculados estrechamente.

Conclusión: Los factores sociales y culturales están estrechamente vinculados con el nivel de conocimiento que las madres tienen sobre el cuidado del recién nacido. Aspectos como la edad y el nivel educativo tienen un impacto directo en la calidad de los cuidados proporcionados al bebé. Sin embargo, a pesar de que la falta de recursos económicos podría influir en diversos aspectos de la vida de las madres, no parece tener un efecto significativo sobre sus conocimientos en relación con el cuidado adecuado del recién nacido. Esto sugiere que otros elementos, como la educación y la experiencia, juegan un papel más determinante en la formación de estas habilidades (16).

**Checa G. & Ramos D.**, en su trabajo titulado: “Conocimiento del cuidado del recién nacido sano en relación a factores socioculturales en púerperas del hospital regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, enero-febrero 2018”. Arequipa 2018.

Objetivo: “Determinar la conexión entre los factores socioculturales y el conocimiento sobre el cuidado de un recién nacido saludable”.

Metodología: Fue un estudio de campo, relacional, transversal y prospectivo, constituido por 169 puérperas que asistieron al nosocomio en mención.

Resultados: El 56,8% de las madres puérperas tenían entre 20 y 29 años; el 50,3% únicamente había tenido un hijo; el 52,7% contaba con estudios secundarios finalizados; el 69,8% convivían en unión libre y el 51,5% se dedicaban a trabajos del hogar, respecto al conocimiento sobre el cuidado del neonato, el 47,3% de las puérperas presentaron un nivel bajo. Además, asimismo, se identificó una asociación estadísticamente significativa entre variables como la edad, el nivel educativo, el estado civil, la ocupación, el acceso a consejería y el nivel de conocimiento en cuanto al cuidado de un recién nacido sano. (17)

Conclusiones: “No se observó una diferencia estadísticamente significativa ( $p > 0.06$ ) entre el nivel de conocimiento sobre el cuidado del recién nacido saludable y los factores socioculturales de las madres puérperas del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza. Esto sugiere que, aunque se analizó la influencia de diversas variables socioculturales, estas no tuvieron un impacto significativo en el nivel de conocimiento que las puérperas tenían sobre el cuidado adecuado del recién nacido” (17).

**Cortez C.**, realizó un trabajo titulado: “Factores condicionantes y prácticas en el cuidado del recién nacido por las madres primerizas que se atienden en el Hospital Santa María del Socorro, Ica, febrero 2018”, Ica 2019.

Objetivo: “Identificar los factores que influyen y las prácticas en el cuidado del recién nacido”.

Metodología: Investigación cuantitativa, descriptiva, transversal, integrada por 50 madres primerizas.

Resultados: El 86% de las madres tenían entre 16 y 25 años, el 48% trabajaban como empleadas y el 58% contaban con el Seguro Integral de Salud (SIS). En cuanto a los factores condicionantes, se observó que un 72% de las madres mantenían creencias familiares

relacionadas con el cuidado del bebé, el 68% recibieron información sobre cómo cuidar al recién nacido y el 66% habían completado la educación secundaria. Además, el 76% vivía en unión libre, el 70% recibió atención en un hospital y el 64% no contaba con apoyo familiar para cuidar a su bebé. En términos de afecto, un 98% de las madres demostraron cariño hacia su bebé, el 90% dedicaban tiempo de calidad a su hijo y el 78% imitaban los gestos de su bebé. En lo que respecta a las prácticas de cuidado del recién nacido, se encontró que el 56% de las madres amamantaban de manera inadecuada, el 56% no mantenía una higiene adecuada y el 78% no cuidaba apropiadamente el cordón umbilical.

Conclusiones: Los factores culturales son los más influyentes, y las prácticas de cuidado del recién nacido son incorrectas (18).

**Arévalo F.**, realizó un trabajo titulado: “Nivel de conocimiento y prácticas del cuidado al recién nacido en madres del Hospital de Apoyo San Miguel la Mar – Ayacucho, 2023”

Objetivo: “Establecer la conexión entre el nivel de conocimiento y las prácticas de cuidado del recién nacido”.

Metodológicamente: Fue de enfoque cuantitativo, descriptivo, correlacional, de diseño no experimental; en el estudio participaron 41 madres.

Resultados: El 56,10% de las madres alcanzaron un alto nivel de conocimiento sobre el cuidado del recién nacido, y se observó que el 80,49% de ellas implementaron prácticas adecuadas en este ámbito. En cuanto a la lactancia materna y la eliminación de orina y heces, se evidenció un alto nivel de conocimiento, que se reflejó también en la correcta aplicación de prácticas en estos aspectos. No obstante, en áreas como la higiene, el cuidado del cordón umbilical, la identificación de signos de alarma y el cuidado de los ojos, boca, nariz, oídos y uñas, el nivel de conocimiento se ubicó en un rango intermedio. Particularmente, se detectan prácticas deficientes en lo referente a la higiene y al cuidado del cordón umbilical. Además, se encontró una relación estadísticamente significativa entre el nivel de

conocimiento y las prácticas de cuidado en áreas como la alimentación, higiene, cuidado de los ojos, boca, nariz, oídos y uñas, eliminación vesical e intestinal, así como la identificación de señales de alarma. Sin embargo, no se encontró una relación significativa entre el nivel de conocimiento y las prácticas relacionadas con el manejo del cordón umbilical.

Conclusión: Se decide que hay una asociación relevante entre el grado de conocimiento y las prácticas de cuidado del recién nacido, lo cual destaca la importancia de una capacitación adecuada para aplicar correctamente dichas prácticas en su atención (19).

### **3.1.3. A nivel regional y local**

**Pillaca S. & Román R.**, realizaron un estudio titulado: “Factores asociados a reingreso hospitalario en neonatos con alta precoz, en el Hospital Regional del Cusco y Hospital Antonio Lorena en el año 2021”, Cusco 2021.

Objetivo: “Analizar los factores relacionados con el reingreso hospitalario en neonatos que recibieron alta temprana”.

Metodología: El estudio realizado fue de tipo analítico retrospectivo con un diseño de casos y controles. Se utilizó un muestreo aleatorio y se revisaron un total de 258 historias clínicas. En cuanto a los resultados, se identificaron diversos factores asociados al reingreso hospitalario de neonatos. Entre estos factores se encontraron: ser un neonato pretérmino leve (OR 2.59), tener bajo peso al nacer (OR 3.423), ser hijo de una madre primípara (OR 2.274), ser hijo de una madre sin pareja (OR 2.627), la presencia de complicaciones maternas (OR 2.291), la infección de vías urinarias en la madre (OR 1.72), la falta del primer control postnatal (OR 3.722). Además, se observó que el alta temprana en los casos de cesárea se presentó como un factor protector frente al reingreso hospitalario. (OR 0.335).

Conclusiones: Llegó a la conclusión de que la principal causa de reingreso neonatal es la ictericia neonatal. Los factores de riesgo más importantes que se destacaron fueron: el nacimiento prematuro leve, el bajo peso al nacer, ser madre primípara, ser madre sin pareja

y la presencia de morbilidad materna, como las infecciones de vías urinarias. En cuanto a los aspectos relacionados con el sistema de salud, también se identificó como un factor de riesgo el hecho de que los neonatos no hayan recibido el primer control postnatal. Por otro lado, se observó que algunos factores resultan ser protectores contra el reingreso neonatal. Entre estos factores protectores se incluyen el alta temprana tras una cesárea, el nacimiento a término, y un peso adecuado al nacer. Estos elementos contribuyen significativamente a reducir las posibilidades de complicaciones y, por ende, los reingresos hospitalarios en los neonatos. (20)

**Gironda A.**, realizó un estudio titulado: “Prácticas en el cuidado del recién nacido en madres adolescentes que acuden al Hospital de Quillabamba, Cusco-2018”, Cusco 2019.

Objetivo: “Fue identificar las prácticas en el cuidado del recién nacido en madres adolescentes”.

Metodología: Estudio descriptivo básico, constituido por 30 madres adolescentes.

Resultados: El 73.3% de las madres que formaron parte de la investigación tenían entre 16 y 19 años de edad. En relación con su nivel educativo, un 40% de ellas no había terminado la educación secundaria. Además, la mitad de las participantes eran solteras o convivían con una pareja. El 40% de las madres eran estudiantes, mientras que el 46.7% provenían de áreas urbanas. Un alto porcentaje, el 93.3%, tenía un solo hijo, y el 43.3% dependía económicamente de su pareja. En términos lingüísticos, el 73.3% hablaba castellano. Respecto al tipo de parto, el 53.3% de los nacimientos fueron eutócicos (parto vaginal sin complicaciones), y el 83% de los bebés nacieron a término. En cuanto a la edad de los recién nacidos, el 33.4% tenía entre 15 y 21 días, y el 56.7% eran de sexo masculino. De los nacidos, el 66.7% presentó un peso adecuado al nacer.

En relación con el contacto inmediato postnatal, el 51% de las progenitoras tuvieron contacto de piel a piel con sus hijos, y el 93.4% mostraron una respuesta ante el llanto de sus bebés,

demostrando su capacidad para reaccionar ante las necesidades del recién nacido. Además, el 53.3% se sintieron contentas por la llegada de su bebé. En cuanto a la lactancia materna, el 80% de las madres brindaron exclusivamente leche materna, y el 40% practicaban la lactancia a demanda. Respecto a la técnica de amamantamiento, el 66.6% indicaron que sus bebés emitían sonidos durante la toma, mientras que el 53.3% se aseguraban de lavar sus manos antes de amamantar.

En cuanto al cuidado diario, el 50% de las madres bañaban a sus hijos a diario, y el 76.7% usaban agua tibia durante el baño, el cual duraba aproximadamente 5 minutos, según lo indicado por el 83.3% de las participantes. Durante el cambio de pañales, el 76.7% utilizaban toallitas húmedas para limpiar la zona genital, y el 63.4% realizaban este procedimiento diariamente. Además, el 83.3% llevaba a cabo la higiene genital adecuada y el 80% limpiaba el cordón umbilical todos los días.

En cuanto a la identificación de signos de alarma, el 40% de las madres reconocían la ictericia como un posible signo de preocupación, y el 83.3% acudían a un centro de salud ante cualquier señal alarmante. En cuanto a la frecuencia de las deposiciones, el 60% de los recién nacidos defecaban una vez al día, y el 83.3% tenían heces de color amarillo. Finalmente, en lo que respecta al control del crecimiento y desarrollo, el 86.7% de los niños recibieron atención médica semanal.

Conclusión: El 46.7% de las madres demostró prácticas adecuadas en el cuidado de su recién nacido, mientras que el 33.3% mostró prácticas regulares, y el 20% presentó prácticas deficientes. (21)

**Anahue V.**, realizó un trabajo titulado: “Relación entre el apego materno y la capacidad de cuidado a recién nacidos en madres atendidas en IPRESS Ocongate, Cusco 2021”, Cusco 2021.

Objetivo: “Establecer la conexión entre el vínculo materno y la habilidad para cuidar a los recién nacidos”.

Metodología: La investigación fue descriptiva, no experimental, transversal y prospectiva, conformada por 80 madres.

Resultados: El 42.5% de las madres presentan un apego materno preocupado, mientras que el 47.5% muestran una capacidad de cuidados regular. En cuanto a los aspectos relacionados con el cuidado del recién nacido, el 82.5% tiene un desempeño regular en lo que respecta al sueño y descanso, y el 77.5% en termorregulación. Sin embargo, en lo que refiere a la identificación de signos de alarma, el 76.3% presenta un manejo deficiente de estos.

Conclusión: Se halló una correlación estadísticamente significativa entre el apego materno y la habilidad para cuidar a los recién nacidos. (22)

**Valencia J. & Vidal L.**, realizaron un estudio titulado: “Factores sociodemográficos y el nivel de conocimiento de madres adolescentes en el cuidado del recién nacido. Hospital Antonio Lorena 2019”, Cusco 2018.

Objetivo: “Determinar la relación entre los factores sociodemográficos y el nivel de conocimiento de madres adolescentes en el cuidado del recién nacido”.

Metodología: Efectuada fue de tipo descriptivo correlacional y transversal; se trabajó con la totalidad de la población; 50 madres adolescentes.

Resultados: El 72% de las madres en el estudio son adolescentes, con edades que oscilan entre los 17 y 19 años. En cuanto a su nivel educativo, el 56% ha alcanzado la secundaria, mientras que el 44% de ellas se encuentra en calidad de estudiante. Respecto a su situación familiar, el 62% conviven con su pareja, y el 52% provienen de áreas urbanas. En relación con el conocimiento sobre el cuidado del recién nacido, el 64% de las madres adolescentes tienen un nivel de conocimiento considerado regular. Este nivel de conocimiento se observa especialmente en áreas clave como lactancia materna, higiene, sueño y afecto. Sin embargo,

en lo que respecta a los signos de alarma, un 70% de las madres muestran un conocimiento adecuado o bueno. En cuanto al cuidado del cordón umbilical, el 46% de las madres tienen un nivel de comprensión adecuado, mientras que, en la termorregulación, aproximadamente el 50% presentan un conocimiento deficiente o inadecuado sobre cómo mantener la temperatura del recién nacido en niveles óptimos. Esto refleja áreas de oportunidad en la educación y capacitación de estas madres, especialmente en los aspectos relacionados con el cuidado básico de los neonatos.

Conclusión: A excepción de los factores sociodemográficos del estado civil y la ocupación, se halló significación estadística entre las variables de los conocimientos de las madres adolescentes sobre los cuidados del recién nacido y sus características sociodemográficas, como la edad, el nivel educativo y el lugar de origen. (23).

Al ejecutar la revisión de antecedentes locales en varias fuentes de datos, no se logró encontrar más estudios que tengan variables parecidas al estudio de investigación realizada.

## **3.2. Bases teóricas**

### **3.2.1. Factores**

De acuerdo con la Real Academia Española, el término "factor" se refiere a un componente o causa que, al interactuar con otros elementos, contribuye de manera significativa a la producción o el resultado de un evento o situación. En este contexto, los factores son partes esenciales que influyen y condicionan el desarrollo de diversos procesos, ya sea en el ámbito social, económico, científico o en cualquier otra área de estudio. Estos factores pueden ser tanto internos como externos, y su interrelación puede tener efectos determinantes sobre el fenómeno en cuestión. (24)

Arreaga M. cita a Bembibre e indica que “un factor se define como elementos que influyen en la situación y pueden hacer que los acontecimientos avancen o cambien” (25).

Por otro lado, existen los factores que actúan como protección. Se refieren a las actitudes, comportamientos y condiciones individuales y colectivas adecuadas que se desarrollan en el entorno social e incluyen aspectos relacionados con la salud, la educación, la vivienda, el afecto y los comportamientos saludables que promueven el crecimiento y desarrollo. (4)

### **3.2.1.1. Factores sociales**

Se refiere a la situación del ciudadano, definido por sus vínculos familiares y de convivencia, de acuerdo con los distintos tipos de unión conyugal, a partir del cual se aplicarán derechos y obligaciones reconocidos por la sociedad. (26)

#### **Estado civil**

Desde el punto de vista jurídico, el estado civil se refiere a la posición total en la que se encuentra un individuo en la sociedad, en relación con sus correspondientes derechos y obligaciones derivados de hechos, características y circunstancias como el nacimiento, nombre, ascendencia, adopción, emancipación, matrimonio, divorcio, fallecimiento; todos juntos contribuyen a la formación de su identidad. (27)

- \_ Soltera: Persona que aún no contrae matrimonio.
- \_ Casada: Dos personas contraen matrimonio, hasta el término del vínculo matrimonial.
- \_ Conviviente: Una persona que comparte el mismo hogar con su pareja sin haberse casado.
- \_ Divorciada: Persona cuya unión matrimonial ha sido disuelta jurídicamente.
- \_ Viuda: Persona que ha perdido a su cónyuge por fallecimiento (14).

#### **Edad**

Desde la perspectiva de la antropología, la edad y el sexo han sido dos de los fundamentos sobre los que se construye la organización social. En la literatura sociológica, la edad es vista como una variable interviniente que señala diferencias en la realidad social

y cuando se estudia un grupo de personas, como un antecedente de inclusión o exclusión social (28).

— **Niñez: 0-11 años:** La primera infancia entre 0-5 años está caracterizada por ser una edad vulnerable, porque depende de sus cuidadores, se enferman con frecuencia, requiere un continuo control de crecimiento y desarrollo, y la segunda infancia entre 6 a 11 años se caracteriza por que adquieren rápidos conocimientos y habilidades para la interacción. Luego continúa el periodo transición llamado pubertad.

— **Adolescencia:** Entre 12-17 años, en este plazo el desarrollo se da rápidamente, en el cual se presentan modificaciones físicas significativas.

— **Juventud:** Entre 18-24 años, al llegar a los 18, pasan a ser mayores de edad, responden por sus actos ante la justicia, son parte de la población económicamente activa (29).

— **Adulthood de 25 a los 64 años:** Los adultos jóvenes, también llamados adultos primarios, son aquellos individuos que se encuentran en el rango de edad de 25 a 40 años. En esta etapa, las personas atraviesan una serie de cambios tanto físicos como emocionales, consolidando sus carreras profesionales y relaciones personales.

Los adultos intermedios, que tienen entre 41 y 50 años, se enfrentan a nuevas responsabilidades familiares y laborales, mientras que los adultos mayores, o en la etapa tardía de la vida, entre los 51 y 64 años, comienzan a experimentar las primeras señales del envejecimiento, tanto en su salud como en sus hábitos de vida. En el caso de las mujeres, es durante este periodo cuando el climaterio llega a su fase final, lo que marca una etapa de cambios hormonales significativos. A lo largo de esta transición, muchas mujeres también experimentan el fenómeno conocido como "síndrome del nido vacío", un proceso emocional que se presenta cuando los hijos se independizan y dejan el hogar, generando una sensación de vacío. (29)

### **Lugar de procedencia**

El lugar donde el ser humano nace y crece, conocido como su entorno o hogar, es un espacio donde se desarrolla con una identidad única, formada por un conjunto de tradiciones, costumbres y valores que se transmiten a lo largo de generaciones. Este entorno puede ser tanto en áreas urbanas como rurales, cada uno con características particulares que afectan el estilo de vida y las oportunidades disponibles. En este contexto, diversos estudios han demostrado que el nivel educativo de la madre juega un papel crucial en la disminución de la mortalidad infantil. A medida que las madres adquieren mayor formación académica, el riesgo de fallecimiento de los recién nacidos disminuye considerablemente. En particular, los estudios realizados han revelado que un año adicional de educación de la madre puede reducir la tasa de mortalidad infantil en un 2% en las áreas urbanas y en un 4% en las zonas rurales. (15)

La procedencia generalmente contiene mitos y creencias tanto positivas como negativas acerca de sus acciones en la comunidad, lo cual impacta al proporcionar el cuidado al recién nacido. También comprende el idioma (lengua materna), que puede ser el idioma quechua, castellano o ambos u otros. (15)

### **Grado de instrucción**

Se contempla de gran importancia el grado de educación alcanzado previamente, ya que cuanto mayor sea el nivel de educación, mejor será el cuidado del recién nacido.

Generar nueva sabiduría para ofrecer un cuidado adecuado y ser consciente y responsable de su labor como madre; el crecimiento y desarrollo saludable depende del cuidado que recibe por la madre, principalmente. (14)

El Ministerio de Educación en el Perú lo clasifica de la siguiente manera los niveles de educación:

Primaria. – Comprende la educación realizada entre los 6 a 11 años; es el segundo nivel de la educación básica regular.

Secundaria. - Es el tercer nivel de la educación básica; al finalizar este nivel de educación básica, la institución educativa otorga el certificado de estudios realizados, con lo cual se puede acceder a una educación superior a instituto o universidad.

Formación Profesional Técnica. – Tiempo de duración de 2 a 3 años, que concluye con la entrega del certificado del profesional técnico.

Educación superior profesional. –El tiempo de duración de las carreras es de 5 a 6 años de estudio; concluye con la obtención del título a nombre de la nación. La enseñanza universitaria en el Perú engloba estudios de pregrado y posgrado. (30)

### **Nivel de educación**

Entre las causas que contribuyen en la decisión de una mujer de retardar su maternidad está el nivel de instrucción, lo que les ha permitido mejorar su situación económica.

La formación académica desempeña un papel esencial en la vida de una mujer, y su importancia se intensifica cuando asume el rol de madre. A lo largo de su trayectoria, el nivel educativo de una mujer no solo impacta en su crecimiento personal y profesional, sino que también influye de manera significativa en su habilidad para tomar decisiones fundamentadas sobre su salud y la de su familia. A medida que su nivel de educación aumenta, se le presentan nuevas posibilidades, especialmente en el ámbito laboral. Un mayor grado de instrucción no solo facilita el acceso a empleos mejor remunerados y más estables, sino que también contribuye a un mayor empoderamiento económico y social. Esta integración al mercado laboral puede generar beneficios tanto en la calidad de vida de la mujer como en el bienestar de sus hijos, ya que, mediante su trabajo, puede aportar al sustento del hogar y mejorar el entorno en el que se desarrolla (31).

El nivel educativo está relacionado con un mayor acceso a bienes y servicios, lo cual permite tener un estilo de vida de mejor calidad (32).

### **Número de hijos**

Cantidad de hijos vivos que la madre ha tenido a lo largo de su vida, incluyendo el parto correspondiente al nacimiento en cuestión (33).

### **3.2.1.2. Factores económicos**

#### **Ocupación**

La pobreza, entendida como una limitación en los ingresos económicos, se describe generalmente como un nivel de recursos insuficiente para satisfacer las necesidades básicas. Este concepto se utiliza frecuentemente como un indicador cuantitativo, ya sea en términos absolutos o comparado con el poder adquisitivo que se puede obtener con esos recursos. Tradicionalmente, el análisis de la pobreza ha sido abordado desde una perspectiva económica, donde se estudia principalmente el acceso a bienes y servicios básicos. Sin embargo, el reconocido economista Amartya Sen ha propuesto una nueva y más compleja visión de la pobreza, que no se limita únicamente a los aspectos financieros, sino que abarca una visión más holística, que incluye la calidad de vida de las personas. Según Sen, la pobreza debería ser entendida no solo en términos de ingresos, sino también en términos de las capacidades que las personas tienen para vivir una vida plena y saludable.

Esta renovada visión ha generado un impacto significativo en el campo de la salud pública, al resaltar cómo el cuidado de recursos no solo limita el acceso a la alimentación y la vivienda, sino también a servicios de salud de calidad y la oportunidad de mantener un buen estado de salud en general.

Sen, afirma que la pobreza es "privación de habilidades básicas" y reconoce que la falta de ingresos es la causa principal de esa deficiencia, pero no la única: madres con trabajo exclusivo como el cuidado de los hijos, limpieza y alimentación que hacen dentro de su casa

y madres que laboran en distintos quehaceres de acuerdo con el conocimiento y formación que tengan, fuera del hogar. (14)

### **Ingresos familiares**

Según Sedesol, 2002, citado en Banco Mundial, 2001 indica que, para determinar la incidencia de la pobreza, las organizaciones nacionales e internacionales encargadas de las políticas sociales suelen utilizar el enfoque del ingreso familiar. Para hacerlo utilizan las líneas de pobreza. (34)

De acuerdo con este enfoque, fundamentado en modelos econométricos, el principal factor que determina el grado de pobreza en una colectividad es el nivel de ingreso familiar y por persona. (Foster et al., 1984).

Ingreso familiar como medida de pobreza: estudio de caso en dos áreas rurales de Tepetlaoxtoc. (34)

#### **3.2.1.3. Factores culturales**

Arias N. et al. Como cito a Cruzado M., el cual refiere que los factores sociales son los componentes del conjunto de todas las formas, modelos o patrones a través de los cuales se manifiesta una sociedad, ya sea de forma explícita o implícita. Incluye el lenguaje, las costumbres, las prácticas y los códigos de conducta, normas y reglamentos relativos al comportamiento, la vestimenta, la religión, los rituales, las normas de conducta y los sistemas de creencias que sostienen al individuo y su entorno social. (16)

La adquisición de información a través de la investigación y la práctica de los cuidados de enfermería es crucial en la búsqueda de una enfermería transcultural. Es imposible pretender homogeneizar los cuidados y asumir que las prácticas, puntos de vista y valores de una cultura son aplicables a otras culturas con manifestaciones lingüísticas distintas de estas creencias, valores y prácticas; por el contrario, hay que comprender e interpretar el contexto en el que los individuos se comportan en relación con los cuidados.

Para incluir los cuidados culturales en la práctica cotidiana de la Enfermería en la atención al recién nacido, primero hay que adquirir conocimientos (35).

Las creencias son verdades subjetivas, creencias que el sujeto considera verdaderas, y no deben confundirse con verdades objetivas, que corresponden al concepto de conocimiento del saber; el sujeto no se refiere a la realidad, sino a una idea mental de la realidad (36).

#### **3.2.1.4. Factores institucionales**

Según Margarita Latiesa, citada por Gallardo J., los elementos institucionales son los rasgos estructurales que diferencian a cada centro y el grado de control que se otorga a cada institución sanitaria (37).

Todos los elementos intrínsecos de la organización se consideran factores institucionales, y sus efectos pueden variar de favorables a desfavorables en función de las herramientas de diligencia utilizadas (38).

El nivel de accesibilidad posibilitado por la construcción y las infraestructuras urbanas, que favorece a las personas para desplazarse con seguridad e independencia (39).

#### **3.2.2. Cuidado del recién nacido**

Leder, como se citó en (Valencia J. & Vidal L.), indica que el cuidado materno hacia el recién nacido tiene como objetivo principal garantizar que el proceso de adaptación se lleve a cabo de manera adecuada, al mismo tiempo que se realizan ciertos ajustes, como la observación y la identificación de características propias de esta etapa. Por ello, durante los primeros días, se produce un período de adaptación entre el recién nacido y su madre, que abarca aspectos psicológicos, biológicos y espirituales. El cuidado del recién nacido implica un proceso adaptativo que comprende todas las particularidades y fenómenos fisiológicos exclusivos de esta edad. Este tema atañe principalmente a los padres, por lo que resulta

especialmente importante brindar apoyo a las madres para que comprendan y fortalezcan los aspectos fisiológicos y educativos (23).

Según la resolución ministerial 828-2013/MINSA, los cuidados esenciales para el recién nacido comprenden. La alimentación o lactancia materna, el sueño, la termorregulación, el aseo, el cariño y las señales de alerta son los principales componentes de los cuidados del recién nacido, y todos ellos desempeñan un papel crucial para garantizar su bienestar y satisfacer sus necesidades fundamentales (23).

### **Recién nacido**

Recién nacido pretérmino: El nacimiento del nuevo ser antes de las 37 semanas completas de gestación. (9)

Recién nacido a término: El nacimiento del nuevo ser entre 37 a 42 semanas completas de gestación. (9)

Recién nacido post término: Niño que nace en la semana 42 o más de gestación (40).

**Recién nacido normal:** “Se clasifica como recién nacido a aquel bebé, ya sea único o múltiple, que tiene un peso superior a los 2500 gramos al momento de su nacimiento. Además, se considera dentro de esta categoría a los recién nacidos cuya edad gestacional se encuentra entre las 37 y las 42 semanas de gestación. Pueden haber nacido a través de un parto vaginal normal (eutócico) o por intervención médica debido a complicaciones (distócico). Es importante destacar que, en este grupo, se incluyen aquellos recién nacidos que no presentan ninguna condición patológica o anomalía médica al momento de su nacimiento, lo que implica que se encuentran en un estado saludable y libre de complicaciones relacionadas con el embarazo o el proceso de parto”. (9)

### **Exploración física del recién nacido**

- **Piel.** - Fina, suave, cubierta por vello (lanugo), en la mayoría de los recién nacidos se aprecia cobertura de sustancia blanquecina sebosa (vernix) y desprendimiento de la piel

ocasionada por su estancia en el líquido amniótico. En la zona de la nariz se encuentra lleno de puntos blancos llamados millio; todo irán desapareciendo con el paso de los días. (41)

- **Cabeza.** - Es muy grande, más que su cuerpo, el funcionamiento del tono del cuello débil; por ello, sostener la cabeza y la espalda para poder movilizar; en la parte frontal se encuentra la fontanela, la cual no se debe manipular. A medida que el bebé crezca, se cerrará, alrededor de los 12 a 18 meses. En cuanto al cabello, es fino; es diferente el volumen y grosor. Alrededor de los 3 meses, pierde el cabello de nacimiento y se renueva cabello de color diferente. (41)
- **Ojos.** -Suele parecer azul oscuro; el color auténtico se define al finalizar los primeros tres meses de vida. Los bebés normalmente permanecen con sus ojos cerrados durante los 2 primeros días. (41, 14)
- **Oídos.** - El pabellón auricular es blando y flexible; cuando el cartílago se endurezca, tendrá su forma normal. Se encuentra a la misma altura. (23)
- **Nariz.** - La nariz se encuentra con apariencia plana; se debe a que el neonato en el momento del parto sufrió una compresión, se normalizará en los primeros siete días de vida. Evaluar la permeabilidad de las coanas es importante (23).
- **Boca.** - Los labios se encuentran húmedos, la cantidad de salivación es disminuida en un bebé, se evalúa la simetría, el paladar debe ser completo, presenta un relieve dentario, la presencia de dientes es inusual (23).
- **Cuello.** - El cuello se encuentra cilíndrico; evaluar la presencia de un tumor o contusión.
- **Tórax.** - Tiene simetría, parece redonda y levemente tiene menor tamaño que la cabeza. Con respiraciones normales (23).
- **Abdomen.** - Permanece distendido, el vaso se puede palpar en algunos recién nacidos, así mismo se puede lograr palpar ambos riñones, con menor dificultad el lado izquierdo.

- **Extremidades.** - Deben ser rosados, pequeños, de igual tamaño, las palmas de las manos y pies se muestran con pliegues, con la misma coloración, no deben presentar coloración azulada (cianosis) o amarillenta (ictericia); las piernas se encuentran flexionadas, las manos empuñadas, con presencia de uñas alargadas mayormente (15, 41).
- **Genitales femeninos.** - La vulva se halla, elevada de tamaño y de color rojo oscuro; la presencia de la secreción es normal se produce por el cambio hormonal (41)
- **Genitales masculinos.** - Los testículos se encuentran en su bolsa escrotal en un 98% de los bebés y miden aproximadamente 1cm, de tamaño considerable y con hiperpigmentación, irá disminuyendo al paso del tiempo. (23)

#### **Los reflejos primitivos del recién nacido.**

- **Preensión.** - Él recién nacido agarra todo con mucha fuerza, aprieta el puño; es un reflejo normal.
- **Marcha.** - Al sostener por debajo de sus axilas y mantenerlo “parado” sobre una superficie plana, dará pasos en el aire, intentando apoyar.
- **Moro.** - Ante un sobresalto, su cabeza cambia de posición abruptamente y cae hacia atrás o, cuando se asusta por algo, extiende sus brazos, y piernas y estira el cuello; luego une los brazos acompañados de llanto (41).
- **Reflejo tónico del cuello.** - Al girar la cabeza del bebé hacia un lado, el brazo de ese lado se estira y el brazo opuesto se dobla a la altura del codo.
- **Reflejo de Babinski.** - Al acariciar la planta del pie, los dedos del pie se extienden, se abren en forma de abanico. Este reflejo es normal hasta aproximadamente los dos años de edad (23).

## **Reflejos relacionados con amamantar**

Un reflejo es una respuesta automática e inmediata a un estímulo específico. Entre los reflejos más importantes relacionados con la lactancia se encuentran el reflejo de búsqueda, el reflejo de succión y el reflejo de deglución.

- **Reflejo de búsqueda:** Este reflejo se activa cuando algo toca los labios o la mejilla de un recién nacido. Ante este estímulo, el bebé gira la cabeza hacia el objeto que lo tocó y abre la boca, especialmente si el contacto se produce en el labio superior, lo que provoca que busque el pezón para alimentarse (42).
- **Reflejo de succión:** Cuando se estimula el paladar de un recién nacido, por ejemplo, al acercar el pecho materno, el bebé comienza a succionar de forma instintiva. Para que este reflejo ocurra, la madre debe colocar la boca del bebé de manera que el pezón toque el paladar blando, lo cual desencadenará la succión.
- **Reflejo de deglución:** Este reflejo se activa cuando la boca del bebé se llena de leche, lo que lleva al neonato a tragar. Este proceso es completamente instintivo, y la mayoría de los bebés nacidos sanos son capaces de prenderse al pecho de la madre dentro de la primera hora después del nacimiento, alimentándose sin dificultad.

Estos reflejos son fundamentales para garantizar la nutrición adecuada del bebé en las primeras etapas de su vida, demostrando la capacidad instintiva del recién nacido para adaptarse a la lactancia (42).

### **3.2.2.1. Parámetros clínicos del recién nacido sano**

De acuerdo con el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, se han establecido ciertos parámetros clínicos que indican una condición normal en los recién nacidos, los cuales se detallan a continuación:

- **Edad gestacional:** Se considera normal una gestación completa de entre 37 a 41 semanas. Este rango de tiempo es crucial para asegurar un desarrollo fetal adecuado antes del nacimiento (43).
- **Peso al nacer:** El peso corporal estándar de un recién nacido debe estar entre 2.500 y 3.999 gramos, lo que refleja un adecuado desarrollo durante el embarazo y una buena preparación para la vida fuera del útero (44).
- **Talla y características físicas:** La longitud del recién nacido debe ser de 48 a 52 centímetros, y su perímetro cefálico debe medir aproximadamente 35 cm, con una variabilidad de  $\pm 2$  cm. Además, el bebé debe presentar un llanto fuerte y continuo, señal de una buena función respiratoria, junto con esfuerzo respiratorio adecuado desde el momento del nacimiento. Su piel y mucosas deben mostrar una coloración rosada, indicativa de una circulación sanguínea eficiente.
- **Tono muscular:** El tono muscular debe ser normal, lo que implica que el bebé puede realizar movimientos y actividades físicas apropiadas para su edad, como mover las extremidades y responder a estímulos.
- **Frecuencia cardiaca:** La frecuencia cardiaca debe mantenerse entre 100 y 160 latidos por minuto, lo que es indicativo de un corazón sano que late en rangos normales.
- **Respiración:** La respiración debe ser periódica, con pequeñas pausas de entre 5 a 10 segundos, y una frecuencia respiratoria entre 40 y 60 respiraciones por minuto. Estas pausas son normales en los primeros momentos de vida.
- **Reflejos primarios:** Es fundamental que el bebé presente reflejos básicos como el reflejo de succión, deglución y búsqueda, entre otros, que son esenciales para su supervivencia y nutrición.
- **Examen físico:** El bebé debe someterse a un examen físico donde se verifique su temperatura corporal, la cual debe estar entre 36.5 y 37.5°C, medida en la axila.

- Estos parámetros son clave para asegurar que el recién nacido se encuentra en condiciones normales de salud, permitiendo a los profesionales médicos identificar cualquier irregularidad de manera temprana. (43)

### **3.2.2.2. Contacto de piel a piel**

De acuerdo con diversas investigaciones, los neonatos que empiezan a ser amamantados en la primera hora de vida, tienen mayor oportunidad de sobrevivir al primer mes de vida; cuanto más se retrase, mayor será la posibilidad de fallecimiento. El contacto piel con piel y el inicio de la lactancia materna deben comenzar lo antes posible tras el nacimiento y continuar ininterrumpidamente durante al menos 60 minutos. Este procedimiento tiene múltiples ventajas positivas; tranquiliza tanto a la madre como al neonato, aumenta la producción y el suministro de leche materna, conserva el calor, disminuye las infecciones y la mortalidad, estabiliza el ritmo cardíaco y la respiración, contribuye a la colonización del bebé con microbios naturales de la piel, las superficies mucosas y el intestino de la madre, lo que ayuda a proteger al lactante frente a las infecciones. (42)

La lactancia se establece desde la primera hora posnatal, por lo que es vital dejar que empiece en cuanto esté preparado el neonato, sin presionar ni interferir; consentir al neonato que identifique los sonidos, utilice el olfato y localice el pecho por sí solo. (2)

De acuerdo con lo indicado por el Ministerio de Salud, es fundamental que tanto la madre como el bebé tengan un contacto directo de piel con piel durante un período mínimo de 45 a 60 minutos. Este contacto es crucial, especialmente cuando el recién nacido ha alcanzado el término completo de su gestación y se encuentra en buen estado de salud. En tales circunstancias, el procedimiento de pinzamiento y corte del cordón umbilical debe realizarse de manera oportuna, es decir, en el momento adecuado para no interrumpir el vínculo fisiológico entre la madre y el bebé. Este proceso se lleva a cabo siempre que tanto

la madre como el niño se encuentren en condiciones óptimas de salud, lo que garantiza una atención adecuada. Además, el personal médico encargado del cuidado neonatal se asegura de mantener al recién nacido en un ambiente cálido y protegido, utilizando campos precalentados para secar al bebé, con el fin de prevenir la pérdida de calor corporal, un factor esencial para evitar complicaciones relacionadas con la hipotermia. (9)

### **3.2.2.3. Lactancia materna**

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística e Informática, el 68,4% de los niños menores de seis meses fueron amamantados. Aumento 3,2 puntos porcentuales desde el 65,2% en 2015. Porcentaje superior en niños en zonas rurales 81,0% que en zonas urbanas 63,4% que fueron amamantados. (45)

Durante las primeras horas y días después del parto, la madre va incrementando la producción de leche, gracias a la succión del neonato al pecho. El inicio de la lactancia materna de manera precoz es esencial; en los primeros minutos tras el parto aparece la secreción de calostro, un líquido que tiene ventajas únicas, singulares y suficiente para esta etapa de color amarillento. Es de gran relevancia (2).

Uno de los diez pasos de una lactancia materna exitosa es ayudar a las puérperas a comenzar y preservar la lactancia materna, afrontando los problemas más comunes: aunque la lactancia materna es un comportamiento humano natural, gran parte de las puérperas necesita apoyo práctico para aprender a brindar su alimento al neonato. Son importantes los asesoramientos y las orientaciones tras el parto, porque permite incrementar el conocimiento respecto a la técnica adecuada de lactancia, posición el agarre y deglución; y cómo asegurarse de que se transfiere la leche. Es provechoso aprender a controlar la congestión mamaria para evitar complicaciones por medio de la extracción de leche materna para dar continuidad a la lactancia en caso de que la madre trabaje fuera de su casa. (45).

### **Lactancia materna exclusiva.**

“El lactante disfruta únicamente de la leche materna los primeros seis meses de vida y nada de otro alimento, ni agua, como acto de prevención tiene un gran efecto, previene la mortalidad infantil”. (42)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y UNICEF recomiendan que se informe a las madres sobre los riesgos asociados al uso de suplementos, biberones, tetinas, y que establezcan un contacto constante piel con piel con sus bebés en la primera hora de vida, amamantar de manera exigente, pronto a menudo y a libre demanda, día y noche es fundamental durante las primeras horas y días de vida del recién nacido. (42)

### **Importancia**

La lactancia materna desempeña un papel fundamental en el logro de los objetivos globales relacionados con la nutrición, la salud, la supervivencia, el desarrollo económico y la sostenibilidad ambiental. Esto se debe a que la lactancia materna no solo es el medio natural y biológico para la alimentación de todos los mamíferos, incluidos los seres humanos, sino que también constituye una estrategia vital para mejorar la salud pública y el bienestar a nivel mundial. A través de la leche materna, los recién nacidos reciben los nutrientes esenciales, anticuerpos y otros factores bioactivos que favorecen su crecimiento, desarrollo y protección frente a enfermedades, lo que contribuye a la reducción de la mortalidad infantil. Además, al promover la lactancia materna, se fomenta un entorno más saludable, se disminuyen los costos del sistema de salud y se apoya la sostenibilidad al evitar el uso de productos artificiales y su impacto ambiental. (46).

Menos de la mitad de las madres a nivel mundial cumplen con las directrices establecidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), las cuales indican que la lactancia materna debe comenzar en la primera hora de vida, mantenerse de manera exclusiva durante los primeros

seis meses y continuar hasta que alcance el niño los dos años o más. Este es el alimento ideal y exclusivo para el recién nacido; previene la desnutrición y la obesidad. La lactancia materna puede mejorar la salud infantil, su desarrollo social y económico, e incluso salvar la vida del recién nacido. (46,47)

### — **Beneficios de la lactancia materna**

Beneficios para el recién nacido: Posee nutrientes completos, fomenta el desarrollo de un vínculo afectivo, es óptimo para el crecimiento y desarrollo del neonato, se digiere fácilmente, se hace uso de manera efectiva; además protege contra las infecciones y las enfermedades no transmisibles a largo plazo como la diabetes, alteración de la presión arterial y la obesidad en sus diferentes grados.

Beneficios para la madre: Disminuye el sangrado excesivo, impide la aparición de la anemia, permite que el útero recupere su tamaño previo, reduce la posibilidad de contraer cáncer de ovario y de mama en las puérperas. También actúa como método anticonceptivo natural que ayuda a retardar un nuevo embarazo.

Otros beneficios: no contaminan el medio ambiente, es económica, cuesta menos que la alimentación artificial (45).

### — **Tipos de leche materna**

**Pre-calostro.** - Es un exudado plasmático que la glándula mamaria empieza a producir durante la decimosexta semana de gestación (46).

**El calostro.** - Consumido en la primera hora de vida, el calostro es especialmente rico en estas sustancias antiinfecciosas que ayudan a evitar la muerte del lactante; contiene células. Además, tiene nutrientes que se absorben y digieren más fácilmente, favorece un mejor desarrollo neurológico y ayuda a madurar el tracto gastrointestinal. También ayuda a establecer la microbiota (o flora bacteriana) más saludable de la especie humana, lo que repercutirá en muchos aspectos de la salud en la edad adulta. (2)

La cantidad de calostro que un recién nacido recibe durante las primeras tomas es sumamente reducida; sin embargo, esta cantidad es completamente suficiente para satisfacer sus necesidades iniciales. Este calostro, de un color amarillento característico, es fundamental en el proceso de protección del bebé. Contiene una alta concentración de proteínas esenciales y desempeña un papel crucial en la provisión de la primera inmunización natural contra diversas enfermedades, fortaleciendo así las defensas del recién nacido. Además, ayuda en la eliminación del meconio, y contribuye al proceso de maduración del sistema digestivo del neonato, favoreciendo una digestión más eficiente. El calostro actúa también como una capa protectora en el intestino, creando una barrera que previene infecciones. Su composición rica en vitamina A es vital para el desarrollo de la visión y el sistema inmunológico del bebé. (42,41)

Su volumen puede estar entre 2 a 20 ml/día en los primeros tres días; a medida que el neonato succiona, la proporción es suficiente, contiene mayor cantidad de proteínas (97%), vitaminas liposolubles, sodio y zinc. Las grasas, la lactosa y las vitaminas hidrosolubles en el calostro protegen contra infecciones y alergias, ya que trasporta inmunidad pasiva al recién nacido por asimilación intestinal de inmunoglobulinas (47).

**Leche de transición.** – Se produce entre cinco a diez días después del calostro. La cantidad de lactosa, grasa, colesterol, fosfolípidos y vitaminas hidrosolubles que contiene aumenta gradualmente; las proteínas, inmunoglobulinas y vitaminas liposolubles disminuyen como consecuencia del aumento del volumen de producción, que puede alcanzar los 660 ml/día a los quince días tras el parto; además, el aumento del volumen de producción diluye el color blanco del producto. (48)

**Leche madura.** - Inicia su fabricación a partir del día 15 tras el parto y puede durar por más de quince meses (47).

## **Frecuencia**

La lactancia a demanda, llamada también lactancia en respuesta o dirigida por el bebé, consiste en reconocer los signos de hambre y responder ante ellos; no hay ninguna restricción en cuanto a la frecuencia o duración de las tomas de la leche materna. (46)

Debe ser posible tanto de día como de noche a libre demanda, asegurando de 8 a 12 tomas al día. La madre debe despertarle para darle el pecho. Hay que darle un pecho hasta que suelte por sí solo, y luego darle el siguiente (49).

### **Señales tempranas de hambre son las siguientes:**

El neonato se encuentra alerta y agitado, emite ruidos, abre la boca, mueve la cabeza buscando el pecho, realiza gestos de llevar las manos a la boca y succiona sus dedos. El llanto, siendo un indicio más tardío, aparece posteriormente. (41)

### **Tamaño y volumen del estómago del RN**

Primer día (5-7 ml), el segundo día (22-27 ml), la primera semana (45-60 ml); la pared del estómago del recién nacido no se destensa; al tercer día comienza a distenderse con facilidad. En los primeros días, lacta 5-12 veces en 24 horas; depende del contacto piel con piel y el alojamiento conjunto. En días 2-3, la periodicidad suele incrementarse a 10-12 veces; en alojamiento conjunto, si la madre que atiende a su bebe, reconoce las señales de hambre y actúa antes, aumenta más su peso durante la primera semana de vida. (42)

### **Propiedades de la leche materna**

Dado que la evaporación del agua de la piel y los pulmones produce el 25% de la pérdida de calor, la leche humana, que es el componente principal e incluye un 87% de agua, ayuda al recién nacido a regular su temperatura corporal. Incluso en climas cálidos, la leche humana puede cubrir las necesidades de agua del lactante. Tiene 700 kcal/l de energía, proteínas, lípidos, carbohidratos, hierro, calcio, enzimas y vitaminas (50,14).

**Proteínas.** - En la leche materna hay unos 400 tipos distintos de proteínas, que tienen diversas funciones, como la protección inmunológica y la absorción de nutrientes, proteínas presentes como caseínas, suero, mucinas.

**Inmunoglobulinas.** – El suero materno las contiene en cantidades notablemente elevadas, especialmente durante la generación del calostro. A lo largo de los meses, la cantidad de inmunoglobulinas disminuye como consecuencia de la maduración del sistema inmunitario del recién nacido. (51)

**Lizocima.**- Enzima capaz de degradar la pared bacteriana

**Lactoferrina.** - Al fijar el hierro en el tracto digestivo del bebé, inhibe el crecimiento de muchas infecciones e impide que crezcan las bacterias. (51)

El bloqueo de ciertas citoquinas proinflamatorias, como la interleucina 6 y el factor de necrosis tumoral, es una de sus funciones inmunomoduladoras.

**Las citocinas.** - Las citocinas de la leche materna afectan a las células fagocíticas y a los linfocitos que son importantes en la formación de la respuesta inmunitaria particular del lactante, tanto de forma inmunoestimuladora como inmunomoduladora; Estimula la maduración intestinal, la producción de inmunoglobulinas en la glándula mamaria y la inducción de tolerancia oral (51).

**Hidratos.** - Un disacárido de glucosa unida a galactosa es el glúcido más abundante en la leche materna. (51)

**Microbiota.** - Determinadas bacterias (bifidobacterias, Lactobacillus o Bacteroides) tienen un papel crucial en el desarrollo inmune, así como la activación de linfocitos T reguladores. (51)

**Células.** - En los años sesenta se iniciaron las investigaciones sobre las células presentes en el calostro; se detectó una elevada concentración de leucocitos. Sin embargo, ahora es posible una identificación celular más precisa; se ha demostrado que los leucocitos constituyen

menos del 2% del contenido celular total. Además, también pueden proteger contra las infecciones de la glándula mamaria. (51)

**Nitrógeno no proteico.** – Abunda en la leche humana y su cantidad varía en función del periodo de lactancia y de la dieta de la madre. Aunque se desconoce su función exacta, se sabe que interviene en el desarrollo del tracto gastrointestinal, así como en la inmunidad humoral y celular. (51)

**Lípidos.** – Son la principal fuente de energía y contribuyen con un 40-55% al total de la energía de la leche materna. (51)

### – **Técnica de amamantamiento**

En cuanto a la técnica para una lactancia materna, encontramos la posición, postura y agarre al pecho, el reconocimiento de los signos de hambre del neonato (49).

#### **La posición adecuada para el lactante durante la lactancia materna.**

- Alinear el cuerpo del neonato paralelo al cuerpo de la madre, la cara del neonato que esté cómodo.
- Alineado: En línea recta el oído, el hombro y la cadera, de manera que el cuello no esté doblado o inclinado por delante.
- Cerca: Debe estar cerca del cuerpo, pecho con pecho madre y neonato, de manera que el neonato sea acercado al pecho y no el pecho juntar al bebé.
- Sostenido: Él neonato, ayudado con la mano o el antebrazo.
- Frente: Contemplando al pecho, el labio superior del neonato debe estar por debajo del pezón. (49)

**El agarre y succión:** Acercar la punta del pezón a la boca, al labio inferior; alinear al neonato para que reciba el pezón y la mayor parte de la areola.

- \_ Punto clave de un buen agarre. - Se ve más areola anterior que inferior, con la boca bien abierta, el labio inferior volteado hacia el exterior. El mentón del neonato toca el pecho. (49)
- \_ Punto clave de una buena succión. - Mejilla rellana, escuchamos sonar al momento de deglutir; la madre no siente dolor durante el amamantamiento, el neonato suelta el pecho contento (49).

### **La posición adecuada para la madre durante la lactancia materna**

- Debe ser elegida por la madre; escogerá la posición más cómoda en la que se sienta la madre. Las posiciones más usadas son: (52)
- “Posición sentada (o posición de cuna): Se coloca al recién nacido con el tronco enfrentado y pegado a la madre; la madre lo sujeta con la mano en su espalda, apoyando la cabeza en el antebrazo; con la otra mano dirige el pecho hacia la boca del bebé y, en el momento en que éste la abre, lo acerca con suavidad al pecho.
- Posición acostada: La madre recostada de lado, con el recién nacido, también de lado, con su cuerpo enfrentado y adherido al cuerpo materno, es una posición muy cómoda para las tomas nocturnas y los primeros días de lactancia.
- Posición en balón de rugby (o posición invertida): El recién nacido se sitúa por debajo de la axila de la madre con las piernas hacia atrás y la cabeza a nivel del pecho, con el pezón a la altura de la nariz. Sosteniendo la cabeza por la mano del mismo lado, es una posición adecuada para amamantar a gemelos y a prematuros. (41)

#### **3.2.2.4. Higiene**

No se aconseja bañar al recién nacido en el momento del parto, salvo en los siguientes casos: líquido amniótico fétido, sospecha de amnionitis, contaminación con heces maternas o recién nacidos de madres seropositivas con VIH. El baño diario regular no es necesario para una piel sana porque tiene la capacidad de eliminar cualquier microorganismo. Mientras

el cordón umbilical siga unido, se puede efectuar un lavado en las manos, el cuello, los pliegues axilares, zonas inguinales y zona anogenital con un paño o una esponja húmedo sin sumergir al RN. (43)

El cambio de pañal se practica cada vez que haga sus necesidades biológicas, el contacto por mucho tiempo con de las heces y orina produce inflamación de la piel causado por el pañal (23).

### **3.2.2.5. Cuidados del cordón umbilical**

El cordón umbilical debe mantenerse limpio y seco; no manipularlo, no se debe colocar ninguna sustancia u objeto en esa zona. El líquido amniótico y la capa seboreica (vernix) que cubre la piel contienen sustancias que defienden contra las infecciones; no es recomendable lavarlos diariamente, ni colocar ningún producto ni fragancia en la piel. (2)

Encontrar signos de infección del muñón umbilical (onfalitis), como liquido amarillo, olor desagradable, coloración rojiza y/o hinchazón de la piel que rodea el cordón. El cordón umbilical sufre una gangrena, seca tras el corte y su caída se produce entre 7 a 10 días. En este tiempo, mantenerlo limpio y seco, no cubrir con pañales ni gasas y limpiar sólo el muñón umbilical mas no la piel, con alcohol al 70%.

Otro de los problemas menos frecuentes es el sangrado activo; este debe caer naturalmente, de lo contrario puede haber un sangrado activo. (43)

### **Termorregulación**

Mantener la temperatura estable es un punto crucial en la atención inicial del recién nacido. Las manos y los pies fríos son frecuentes en los recién nacidos, pero eso no significa que sientan frío. El contacto piel con piel con la madre o posponer un día el primer baño ayudan a mantener una temperatura estable, impedir las corrientes de aire en el ambiente donde se encuentra el recién nacido, utilizar ropa adecuada a la temperatura ambiente,

añadiendo una o dos más de las que usaría un adulto, además de un gorro.

La temperatura normal en el RN es de 36,5°-37,5° medida en la zona axilar. (42)

Los cuatro mecanismos de pérdida del calor son los siguientes:

— **Evaporación.** - La pérdida de calor en el recién nacido ocurre cuando el líquido amniótico que lo rodea se transforma en vapor. Este proceso puede generar una pérdida térmica que no es fácilmente perceptible, conocida como pérdida insensible de calor. Esta pérdida puede suceder a través de varias vías: por la piel, cuando el calor se disipa gradualmente; a través de la respiración, cuando el aire exhalado lleva consigo calor corporal; o mediante la sudoración, que es otro mecanismo en el que el cuerpo pierde calor al evaporarse el sudor de la piel. Es fundamental mantener al recién nacido en condiciones adecuadas para evitar una disminución excesiva de su temperatura corporal, ya que esto podría afectar su bienestar general.

— **Convección.** - La transferencia de calor mediante corrientes de aire ocurre cuando el recién nacido se encuentra expuesto a un ambiente con flujo de aire frío o fresco, lo cual puede originarse por diversas fuentes como puertas abiertas, ventanas o el uso de ventiladores. Este fenómeno favorece la pérdida de calor corporal del bebé, ya que el aire en movimiento actúa como un conductor que facilita la disipación del calor del cuerpo del neonato hacia el entorno. Es crucial tener en cuenta las condiciones ambientales y mantener un control adecuado de la temperatura en el área donde se encuentra el recién nacido para evitar que se enfríe o sufra hipotermia, lo que podría tener repercusiones negativas en su salud.

— **Radiación.** - El recién nacido pierde calor a través de las ondas infrarrojas que emite su piel caliente hacia el ambiente circundante, sin que exista contacto físico directo. Este fenómeno ocurre cuando el bebé se encuentra cerca de superficies más frías, como paredes, mesas o ventanas, las cuales actúan como elementos que absorben el calor

corporal del neonato. Este proceso de transferencia de calor puede generar una disminución de la temperatura corporal del neonato, lo que pone en riesgo su bienestar si no se toman las medidas adecuadas para mantenerlo en un ambiente térmicamente controlado.

- **Conducción.** – La transferencia de calor por conducción ocurre cuando dos objetos sólidos entran en contacto directo, lo que provoca una pérdida de calor del cuerpo del recién nacido hacia una superficie de temperatura más baja. Este fenómeno se da cuando el neonato tiene contacto con superficies frías, como paños fríos o una mesa fría, que absorben el calor corporal del bebé. Esta pérdida de calor puede resultar perjudicial para el bienestar del recién nacido, ya que su cuerpo aún no tiene la capacidad total de regular la temperatura interna, lo que puede llevar a un enfriamiento peligroso si no se toman precauciones para evitar el contacto con superficies frías. (53)

Cuando hay pérdida de calor, posteriormente hay aumento del consumo de oxígeno y metabolismo de la grasa parda. Al haber pérdida de calor o aumento, el recién nacido sufre alteraciones en su salud que podrían comprometer su vida, dependiente del tiempo de exposición, por lo cual es primordial vigilar la temperatura del recién nacido. (53)

#### **3.2.2.6. Signos de alarma**

Tanto durante la estancia del RN en la sala de internamiento como a la alta médica, deben tenerse en cuenta los siguientes signos de alarma, por lo que se recomienda formar a los padres/cuidadores para que actúen oportunamente. Son los siguientes:

- Polipnea. – Respiración: > 60 respiraciones por minuto; explicar sobre la respiración normal del recién nacido: puede hacer pausas respiratorias; no debe haber cambio de color en la piel del neonato.
- Rechazo o dificultad para lactar. - No lacta.
- Irritabilidad. - Que no se muestra a causa de hambre, calor o higiene deficiente.

- \_ Llanto débil. - Se encuentra con flaccidez, somnoliento.
- \_ Cianosis. - Piel con coloración azulada en todo el organismo, palidez o coloración amarillenta en manos y/o pies.
- \_ Problemas en el cordón. - Sangrado intenso o líquido con fuerte olor desagradable o enrojecimiento de la piel que lo rodea, falta de caída natural más de 15 días.
- \_ Vómitos. – Continuos, enseñar sobre la regurgitación frecuente del recién nacido.
- \_ Diarreas. – Con apariencia gomosa o sangre.
- \_ Fiebre. - Temperatura mayor o igual a 38 ° C, presencia de convulsiones.
- \_ Micción en poca cantidad. - Cambio del pañal menos de 4 veces al día, no hay evacuación de heces en 48 horas (43).

#### **3.2.2.7. Sueño**

El recién nacido requiere un lugar donde pueda dormir cómodamente y con seguridad. El sueño será uno de los aspectos más cruciales, por lo que es importante saber el método más seguro para que el bebé duerma. Durante los primeros seis meses, el recién nacido suele dormir entre 10 y 16 horas al día en cualquier lugar, sin importar si es ruidoso o iluminado. Al principio, no tiene un horario de sueño establecido y a menudo no coincide con el horario de sus padres.

El recién nacido debe dormir boca arriba porque es la mejor posición para evitar la muerte repentina. Además, otros factores protectores incluyen la lactancia materna, el evitar el calor excesivo o el abrigo y evitar fumar en la habitación del neonato en su casa. El recién nacido se levanta cada dos o tres horas por la necesidad de alimentarse durante el primer mes de vida. (54,40)

#### **3.2.2.8. Vínculo afectivo**

Es un vínculo que se forma entre la madre y el hijo, permitiendo que la madre lo proteja con mucho amor y cariño, promoviendo a largo plazo seguridad y una autoestima

positiva. De igual forma, la falta de este vínculo puede impactar en el desarrollo social y cognitivo.

El lazo emocional se establece desde el instante de su concepción, la aceptación de la gestación y la fase del nacimiento. En los primeros meses, el neonato se va vinculando con sus primeros cuidadores en busca de refugio, alimentación y cariño (43). El contacto piel a piel y la lactancia materna temprana al nacer, las caricias, palabras de cariño, sonreírle al bebé, son esenciales dado que influyen de manera crucial en el crecimiento físico y psicológico, además del desarrollo cognitivo durante sus primeros años de vida y mantienen un vínculo más cercano entre padre e hijo durante toda su existencia. (14)

### **3.2.2.9. Eliminación intestinal y vesical del recién nacido**

Evaluación de los hábitos fisiológicos

Las primeras 24 horas son cuando el 90 % de los recién nacidos producen orina, y todos deben miccionar dentro de las primeras 48 horas; de lo contrario, se debe abordar cualquier anomalía renal o del tracto urinario.

Durante las primeras 24 a 48 horas de vida, el meconio debe eliminarse; si no es así, hay que sospechar de un tapón de meconio y de otras causas de obstrucción intestinal. Entre el tercer y el cuarto día de vida, el meconio pasa de ser de color verde oscuro, casi negro, a heces de color amarillo dorado, explosivas, semilíquidas y abundantes, típico de los recién nacidos alimentados exclusivamente con leche materna. La regurgitación del recién nacido después de la alimentación es normal, pero debe investigarse si hay vómitos (sobre todo biliosos) y/o distensión del estómago. (43)

### **Definición de puerperio**

El puerperio es el período posterior al parto en el que la mujer atraviesa una serie de procesos fisiológicos y emocionales para recuperar su estado previo al embarazo. Esta fase comienza inmediatamente después del nacimiento y en términos generales, dura alrededor

de 40 días. Sin embargo, es importante señalar que en algunos casos puede extenderse por varios meses o incluso hasta un año, dependiendo de cada mujer y su situación particular. Durante este tiempo, se llevan a cabo una serie de transformaciones en el cuerpo de la madre, donde se revierten muchas de las modificaciones físicas que ocurrieron durante el embarazo, como la involución del útero, la adaptación hormonal y la recuperación de los órganos reproductivos. Además, es un momento crucial para la adaptación emocional y el establecimiento del vínculo afectivo con el recién nacido.

Puerperio inmediato. - Las primeras 24 a 48 horas posteriores al parto, también conocidas como el inicio del puerperio, son un periodo crucial para las mujeres, ya que experimentan una serie de transformaciones tanto físicas como emocionales. Durante este tiempo, el cuerpo comienza a recuperarse de los efectos del embarazo y el parto, lo que puede generar incomodidades o malestar. Además, los cambios hormonales intensifican las fluctuaciones emocionales, lo que hace que las madres necesiten un apoyo constante y significativo de sus familiares y seres cercanos. Este acompañamiento es fundamental para garantizar que las mujeres puedan atravesar de manera adecuada esta etapa tan delicada, ayudándolas a adaptarse tanto al proceso de recuperación física como al nuevo rol materno. (55)

### **Internación por nacimiento**

La internación posparto de la madre y su bebé generalmente dura entre 24 y 72 horas, La mamá podrá estar acompañada por las personas que la rodean; la puérpera será acompañada por el equipo médico. Se le realizarán los controles correspondientes, como la medición de la temperatura, la presión arterial, el examen del útero y el seguimiento de la lactancia, entre otros. También se le realizarán controles al recién nacido. (55)

### **Alojamiento conjunto**

Según la Resolución Ministerial 828-2013/MINSA. Para fomentar el vínculo afectivo y la lactancia materna exclusiva. La madre y el recién nacido permanecen en la misma habitación durante el alojamiento conjunto. Esto se hace desde el momento del nacimiento hasta que el paciente recibe el alta hospitalaria. (4) Parte de la atención al lactante en un centro de alojamiento compartido.

Sus objetivos son fomentar y mantener la lactancia materna exclusiva cuando sea necesario y dar a la madre consejos e información sobre cuestiones de suma importancia, como reconocer rápidamente los signos de alarma y cuidar del recién nacido. Además, sobre actividades vitales como la limpieza, el lavado de manos, el cuidado del cordón umbilical, las vacunas, el cobijo, el cariño, las precauciones ante una muerte inesperada, la vacunación, el baño del bebé, los cuidados en casa, la ayuda con los trámites de registro y otros. (9, 44)

La madre aprende a reconocer los signos de hambre y actúa de manera perceptiva ante ellos. Además, fortalece el vínculo afectivo entre la madre y el recién nacido. Inicia desde el momento en que la madre esté en posibilidad de responder a las necesidades del neonato; hasta el alta hospitalaria, el neonato será separado de su madre solamente por causa justificada. La lactancia materna a libre demanda mejora el estado nutricional del neonato, la madre tiene participación en el cuidado del recién nacido; fomenta el adecuado desarrollo del apego y disminuye el número de niños maltratados, olvidados y con defecto para avanzar sin causa orgánica (41,56).

Lactancia materna prohibida en el siguiente caso. Según la OMS, las mujeres infectadas por el VIH pueden transmitir el virus a sus hijos durante el embarazo o el parto, y también a través de la leche materna. (57)

Por lo mismo está contraindicada la lactancia materna en caso de recién nacidos de madres con VIH/SIDA.

### 3.2.2.10. Inmunización

La normativa actual indica que es: Proceso por el que una persona se hace inmune o resistente a una enfermedad infecciosa, mediante la administración de una vacuna.

Las vacunas que se administran al recién nacido de acuerdo con el calendario de vacunación regular vigente en nuestro país son las siguientes: (58)

#### a) Vacuna BCG: Bacilo de Calmette – Guérin

Este medicamento está destinado a prevenir las formas más graves de tuberculosis en la infancia, como la meningitis tuberculosa y la tuberculosis diseminada. Se presenta en formato multidosis y requiere reconstitución antes de su aplicación. Está recomendado para recién nacidos con un peso al nacer igual o superior a 1500 gramos, y debe administrarse en una única dosis dentro de las primeras 24 horas de vida. La dosis recomendada es de 0.1 ml, la cual debe ser administrada mediante una jeringa de 1 cc con una aguja 27G x 1/2”.

El fármaco debe conservarse en un rango de temperatura entre +2°C y +8°C. Una vez reconstituido, el producto debe utilizarse dentro de las 6 horas siguientes, por lo que es importante rotular la fecha y hora de apertura para asegurar su correcta administración. La vacuna debe ser aplicada por vía intradérmica en el músculo deltoides del brazo derecho, a una distancia de aproximadamente 2 cm del acromion.

Tras la aplicación, los efectos pueden manifestarse en los días siguientes, generalmente en forma de un pequeño nódulo en la zona de la punción. Este nódulo disminuirá progresivamente y será reemplazado por una lesión pequeña que se convertirá en una costra en el transcurso de varias semanas.

Está desaconsejado en neonatos con un peso inferior a 1,500 g o que presenten patologías, enfermedades infecciosas (principalmente sarampión y varicela), debiendo esperar un mes para su aplicación, afecciones cutáneas graves, así como en inmunodeficiencia. (58)

**b) Vacuna contra hepatitis B (H v B)**

Está recomendado para prevención de la transmisión de la hepatitis B. Se debe administrar dentro de las 12 horas de nacidos, ideal y máximo dentro de las 24 horas. Su presentación es monodosis de 0.5 ml, suspensión líquida, indicado en recién nacidos con peso igual o mayor de 1500 gr. Se debe administrar la dosis adecuada y conservar entre +2°C a +8°C. Una vez abierto, usar inmediatamente; la aplicación debe realizarse en el músculo vasto externo, en la cara anterolateral externa del muslo, tercio medio, usando una jeringa de 1 cc y aguja 25 G x 5/8". Cabe recalcar que la vía de administración es intramuscular en la zona mencionada. Los posibles efectos post vacunales son dolor, eritema e induración, malestar general, dolor de cabeza, fatiga o irritabilidad. Está contraindicado en personas alérgicas a alguno de sus componentes. (58)

**Teoría de Enfermería del cuidado del recién nacido por la madre****Teoría de la adopción del rol maternal**

De acuerdo con la teoría de Ramona Mercer sobre la adopción del rol materno, las enfermeras deben darse cuenta de la situación familiar, el lugar de trabajo, la escuela, la religión y otras entidades sociales al analizar la adopción de dicho rol. Indica como un proceso interactivo y renovable que tiene lugar e implica que la madre pasa por una transformación y evolución dinámica que implican el desempeño del rol materno, efectiva, sintiéndose vinculada con su bebé, desarrollando habilidades para brindar los cuidados necesarios y experimentando una sensación de satisfacción y plenitud. Además, a lo largo de este proceso, se genera una transición entre el estrés y la felicidad.

El modelo de adopción de Mercer consiste en lo siguiente:

El microsistema: La asunción del rol materno involucra aspectos como el funcionamiento familiar, las relaciones entre la madre y el padre, el apoyo social y el estrés. Mercer amplió los conceptos y modelos originales para enfatizar la importancia del padre en

la adopción de roles, ya que apoya a los padres en la integración de estos roles. "Aliviar la tensión en la relación madre-hijo".

El mesosistema: Ocurre al rol maternal en desarrollo y el niño. Incluye el cuidado diario.

El macrosistema: Comprende las repercusiones sociales, políticas y culturales sobre los otros dos sistemas, en torno al cuidado de la salud. (59)

### **Estadios de la adquisición del rol maternal**

- a. Anticipación: comienza durante el embarazo e incluye los primeros ajustes sociales y psicológicos realizados durante la gestación. La madre aprende las expectativas del papel, fantasea con él, crea un vínculo con el feto en el útero e inicia la adopción del papel.
- b. Formal: comienza cuando nace el niño e incluye el aprendizaje y el juego de roles. Las expectativas formales y los acuerdos de los demás miembros del sistema social de la madre sirven de guía para un comportamiento adecuado.
- c. Informal: comienza cuando la madre crea métodos únicos para desempeñar el deber que no se transmiten a través de la estructura social. Basándose en sus experiencias previas y en sus objetivos futuros, la madre adapta el nuevo papel a su estilo de vida.
- d. Personal: cuando la mujer interioriza la posición, se produce la identidad de rol. Cuando cumple el papel y desempeña la función materna, la madre se siente en paz, segura de sí misma y competente. (59)

### **La teoría del apego desarrollada por Bowlby durante los años 1969 a 1980**

Según el psiquiatra infantil y psicoanalista Dr. John Bowlby (Bowlby, 1951, p. 11), los efectos inmediatos y en un tiempo prolongado, que guía la salud mental del niño son el resultado de una experiencia de relación cálida, íntima y continua entre la madre y su hijo, a través de la cual ambos encuentran tranquilidad y alegría, la teoría del apego que Bowlby creó entre 1969 y 1980, analiza el impacto de los acontecimientos tempranos y la conexión vincular de la primera figura de apoyo del niño, implica una entrega casi total por parte de

la madre o cuidadora, el vínculo inicial del recién nacido con su madre u otro cuidador principal, de quien se espera que esté a su lado en todo momento y sea sensible a sus señales, se conoce como apego, menciona que este proceso es continuo y no concluye con el parto o la lactancia, proceso que constituye la base de todas las relaciones de pareja dentro de la misma especie, así como de todas las relaciones afectivas de la vida. (60)

### **3.3. Definición de término**

**Neonato nacido vivo.** - De un embarazo, cuyo periodo comprende desde el nacimiento hasta los 28 días de vida. (9)

**Recién nacido normal.** - Todo recién nacido, sea único o parte de un nacimiento múltiple, con un peso de al menos 2500 gramos, una edad gestacional igual o superior a 37 semanas, pero inferior a 42 semanas, nacido mediante parto espontáneo o asistido, y que no manifieste ninguna enfermedad. (9)

**Peso al nacer.** - Es el peso del recién nacido constatado por un medio estandarizado de medida; se expresa en gramos. (44)

**Sueño.** - Requerimiento biológico del individuo para conservar el equilibrio de sus funciones físicas y mentales. (23)

**Cianosis.** - Es la tonalidad azulada de la piel y mucosas. (23)

**Ictericia.** - Tonalidad amarillenta de la piel provocada por el aumento de bilirrubina. (23)

**Muerte neonatal.** - Son los fallecimientos que tienen lugar entre el nacimiento y los 27 días completos de vida. (43)

**Equipo de atención de salud neonatal.** - Según la Resolución Ministerial N° 545-2024-MINSA, el equipo de atención de salud neonatal son los siguientes profesionales:

Los profesionales encargados de brindar atención integral de salud al recién nacido incluyen al médico pediatra neonatólogo, médico neonatólogo, médico pediatra, médico de familia, médico cirujano y la licenciada en enfermería, con o sin especialización en neonatología, según el nivel de atención del establecimiento. (44)

**Madres primíparas.** - Madres de familia que dan a luz por primera vez, también conocidas como primerizas.

**Adecuados para la edad gestacional (AEG).** - Se dice cuando el recién nacido presenta un peso que está comprendido entre el percentil 10 y 90 de las curvas de crecimiento intrauterino. (16)

**Cuidado.** - Ocuparse de una persona, animal o cosa que requiere de algún tipo de atención o asistencia, estando pendiente de sus necesidades y proporcionándole lo necesario para que esté bien o esté en buen estado. (19)

**Higiene.** - Limpieza o aseo para conservar la salud o prevenir enfermedades. (19)

**Polipnea.** - Respiración mayor, a 60 respiraciones en un minuto. (43).

**Puérpera.** - Mujer que atraviesa unos procesos fisiológicos y emocionales para recuperar su estado previo al embarazo. Inicia inmediatamente después del nacimiento. (55)

**Alojamiento conjunto.** - El recién nacido y su madre se mantienen en la misma habitación, facilitando el apego y la lactancia materna exclusiva. Se realiza desde el nacimiento hasta el momento del alta médica. (9)

**Mastitis.** - Inflamación de las glándulas mamarias que puede acompañarse de infección.

**Fiebre.** - Temperatura mayor o igual a 38 ° C. (43)

**Onfalitis.** - Infección del muñón umbilical. (43)

**Familia.** - Es el núcleo fundamental de la sociedad, compuesto por un número variable de integrantes que, generalmente, viven juntos, unidos por lazos de sangre, legales y/o de afinidad, y tienen la responsabilidad de promover prácticas de crianza y hábitos saludables para el desarrollo integral de niñas y niños. (61)

**Edad.** - Es el tiempo que existe una persona desde el momento del nacimiento hasta el presente. (23)

**Ocupación.** - Actividad u oficio que realiza una persona. (23)

## IV. Metodología

### 4.1. Tipo y nivel de investigación

**Tipo:** Esta investigación es de tipo básica porque el diseño es descriptivo, es decir, no se han manipulado las variables para dar solución al problema.

**Nivel o alcance de investigación:** Corresponde al nivel descriptivo correlacional.

Según Hernández-Sampieri R., la investigación descriptiva es:

Busca detallar las propiedades, características y aspectos clave de cualquier fenómeno que se examine. También describe las tendencias observadas en un grupo o población. (62)

**Método:** El método de la presente investigación es hipotético deductivo.

**Diseño de la investigación:** No experimental

Este estudio tiene un diseño descriptivo correlacional. También tiene un diseño transversal.

Según Hernández-Sampieri R., indica que el diseño es: Es el plan o estrategia diseñada para obtener la información necesaria en una investigación y así responder al planteamiento planteado. (63)

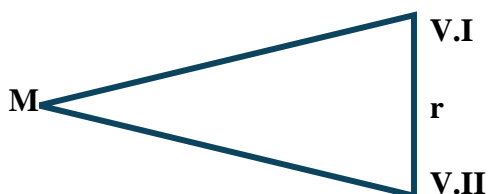
**Transversal:** Según Hernández-Sampieri R., refiere que: Diseños de investigaciones que recogen datos en un solo momento.

Se aplicó la encuesta en el servicio de alojamiento conjunto en el Hospital Regional de Cusco. (63)

**Investigación correlacional:** Según Hernández R., refiere que: Asocia variables a través de un patrón predecible para un grupo o población, lo que significa que este tipo de estudio permite medir el grado de relación o asociación entre dos o más variables. (62)

Se expresa gráficamente de la siguiente forma:

Dónde:



**Figura 01.**

*Diseño de investigación*

M: Puérperas en el servicio de alojamiento conjunto del Hospital Regional de Cusco

V.I.: Factores

V.II.: Cuidado del recién nacido básico

r: Relación entre ambas variables.

**Enfoque:** Este estudio tiene un enfoque cuantitativo porque sus resultados están expresados en números y en porcentajes.

## 4.2. **Ámbito temporal y espacial**

**Temporal:** El avance de esta investigación se llevó a cabo entre 09 de septiembre al 09 de octubre del 2024.

**Espacial:** Esta investigación se desarrolló en el servicio de alojamiento conjunto del Hospital Regional de Cusco. En el distrito de Wanchaq, provincia de Cusco y departamento de Cusco.

**Social:** La investigación se realizó en las puérperas del servicio de alojamiento conjunto del Hospital Regional Cusco. Son gestantes que acudieron al hospital para dar a luz y se quedaron internadas después del parto en el servicio de alojamiento conjunto; las madres en recuperación de su salud permanecen junto a sus bebés en la misma habitación durante las 24 horas del día.

### **Limitaciones de la investigación.**

Una de las limitaciones fue el tiempo de entrega del permiso de la institución para aplicar la encuesta a las puérperas; otra fue la apatía por algunas puérperas en el servicio de alojamiento conjunto que no desearon formar parte del estudio.

## 4.3. **Población y muestra**

**Población:** Constituida por 260 puérperas del servicio de alojamiento conjunto del Hospital Regional de Cusco.

**Muestra:** Constituida por 156 puérperas del servicio de alojamiento conjunto del Hospital Regional de Cusco.

Según Hernández-Sampieri R., afirma que la muestra es:

Subgrupo del universo o población del cual se recolectan los datos y que debe ser representativo de ésta (63)

**Muestreo:** Según Hernández-Sampieri R., las muestras probabilísticas son:

Todos los elementos de la población tienen la misma probabilidad de ser seleccionados para la muestra, y se obtiene definiendo las características de la población y el tamaño de la muestra, mediante una selección aleatoria o mecánica de las unidades de muestreo/análisis.

(63)

El método de muestreo utilizado en este estudio fue probabilístico de tipo aleatorio simple, ya que todos los miembros de la muestra tuvieron la misma probabilidad de ser incluidos en el estudio.

Para determinar la muestra se aplicó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N * Z^2 * p * q}{e^2 * (N - 1) + Z^2 * p * q}$$

Donde:

n= muestra

P= Fracaso (0.5)

Q= Éxito (0.5)

e= Margen de error (0.05)

Z= Nivel de Confianza (1,96) 95%

N= Total de la población (260)

$$N = \frac{[1.96]^2 (0.5) (0.5) 260}{(260-1) [0.05]^2 + ([1.96]^2 (0.5) (0.5))}$$

$$N = \frac{3,84 * 0,5 * 0,5 * 260}{259 * 0,0025 + 3,84 * 0,5 * 0,5}$$

$$N = \frac{3,84 * 0,5 * 0,5 * 260}{259 * 0,0025 + 3,84 * 0,5 * 0,5}$$

$$N = \frac{249,6}{1,607}$$

$$N = 156$$

$$N = 156$$

En conclusión, la población es de 260 y la muestra de 156 puérperas.

**Criterios de selección:****Inclusión:**

- Puérperas del servicio de alojamiento conjunto que acepten participar en el estudio.
- Edad mayor de 18 años
- Puérpera con recién nacido vivo, sano.
- Parto atendido en la institución
- Puérpera mediata en alojamiento conjunto

**Exclusión:**

- Puérperas del servicio de alojamiento conjunto, que no deseen participar
- Traslado de la puérpera
- Traslado del recién nacido
- Impedimento del habla de la puérpera
- Puérperas con algún problema psicológico o psiquiátrico.

**4.4. Instrumentos**

**Técnica:** La técnica que se aplicó en el presente trabajo es la encuesta, la cual permitió recolectar datos cuantitativos de ambas variables del estudio.

Son los distintos métodos de recogida de información y las herramientas tangibles para recopilarla (15)

**Instrumento:** Se utilizó el cuestionario como instrumento, se aplicó dicho cuestionario a las puérperas del servicio de alojamiento conjunto del Hospital Regional del Cusco-2024, el cual consta de la primera variable 15 interrogantes y para la segunda variable 08 interrogantes, siendo un total 23 interrogantes.

**Cuestionario.** - Chasteauneuf, citado por Hernández-Sampieri R. Un cuestionario consiste en un conjunto de preguntas respecto de una o más variables a medir. Brace, citado por Hernández-Sampieri R. indica que debe ser congruente con el planteamiento del problema e hipótesis. (63)

**Confiabilidad:** La validez y confiabilidad de los dos cuestionarios.

**La validez.** - En esta investigación se realizó el proceso de validación del instrumento de aplicación. Los cuestionarios han sido validados por expertos, con más de 10 años de experiencia, que trabajan en el Departamento de Neonatología del Hospital Regional de Cusco. La determinación de la validez de contenido se realizó haciendo uso del método de distancia del punto medio (DPP). Este método mide la adecuación de los instrumentos en función a la valoración de los expertos respecto a las variables de estudio, la ubicación del valor (DPP) se encuentra en 1,56 corresponde a la zona A, por lo tanto, presenta una adecuación total.

**Tabla 02.**  
*Tratamiento estadístico de juicio de expertos*

N°	Items	Experto				Promedio
		J1 Borda	J2. Alarcón	J3 Quintana	J4 Monzón	
1	¿Esta formulado con lenguaje apropiado, específico y comprensible?	4	3	3	4	3,5
2	¿Se expresa en conductas observables y medibles?	4	3	2	4	3,3
3	¿Está basado en aspectos teóricos-científicos?	3	4	3	4	3,5
4	¿Las preguntas elaboradas tienen relación con el título y con las variables de la investigación?	4	3	3	4	3,5
5	¿Considera usted que el instrumento es funcional para el propósito de la investigación?	4	3	4	4	3,8
6	¿Existe secuencia lógica y ordenada en las preguntas?	4	4	4	4	4,0
7	¿El instrumento elaborado responde al objetivo de la investigación?	4	3	2	4	3,3
8	¿Adecuado al avance de la ciencia y la tecnológica?	3	3	2	4	3,0
9	¿Adecuado para valorar los aspectos del estudio?	4	3	3	4	3,5
10	¿Comprende los aspectos en cantidad y calidad?	3	3	4	4	3,5
Promedio de promedios						3,5

Considerando que la variación de respuestas es de 1 a 5, siendo 1 la ausencia de elementos que absuelvan el ítem 1 y 5 la respuesta que muestre idoneidad con el ítem 5.

En la presente tabla observamos el promedio de 3,5, lo que demuestra que la encuesta tiene buena validez pues el promedio supera la calificación 3. Por lo tanto, se procederá a operacionalizar matemáticamente con el cálculo del DPP, mediante la siguiente formula:

$$DPP = \sqrt{(X_1 - Y_1)^2 + (X_2 - Y_2)^2 + \dots + (X_n - Y_n)^2}$$

Reemplazando:

$$DPP = \sqrt{(4 - 3,5)^2 + (4 - 3,3)^2 + (4 - 3,5)^2 + (4 - 3,5)^2 + (4 - 3,8)^2 + (4 - 4,0)^2 + (4 - 3,3)^2 + (4 - 3,0)^2 + (4 - 3,5)^2 + (4 - 3,5)^2}$$

$$DPP = 1,56$$

Una vez obtenido el cálculo del DPP se procede a ubicar este valor en la escala de valoración de jueces expertos y se le da la interpretación que derive de la siguiente tabla:

**Tabla 03.**

*Determinación de la ubicación del valor de DPP en la escala de valoración*

Escala	Valoración	Valoración de expertos
0.0-2.4	A: Adecuación total	DPP = 1,56
2.4-4.8	B: Adecuación en gran medida	
4.8-7.2	C: Adecuación promedio	
7.2-9.6	D: Escasa adecuación	
9.6-12.0	E: Inadecuación	

El cálculo del DPP es de 1,56 y corresponde a la zona A, por lo tanto, presenta una adecuación total por lo que no se requiere un segundo juicio de expertos.

**La confiabilidad.** - Para determinar la confiabilidad del estudio se usó el alfa de Cronbach. En relación a las dos variables, la confiabilidad para los instrumentos sobre Factores y cuidados básicos del recién nacido sano, son confiables dado que el valor calculado para el coeficiente de correlación Alfa de Cronbach es de 0,773 y 0,804 respectivamente, que se ubica en el rango de muy buena confiabilidad, lo cual garantiza que brindan la variabilidad e información suficiente para lograr obtener resultados confiables de la población de estudio. Para el estudio de la confiabilidad del instrumento se usó la técnica Alfa de Cronbach.

El coeficiente  $\alpha$  fue propuesto en 1951 por Cronbach como un estadístico para estimar la confiabilidad de una prueba, o de cualquier compuesto obtenido a partir de la suma de varias mediciones. El coeficiente  $\alpha$  depende del número de elementos  $k$  de la escala, de la varianza de cada ítem del instrumento  $s_j^2$ , y de la varianza total  $s_x^2$ , siendo su fórmula:

$$\alpha = \frac{k}{k-1} \left( 1 - \frac{\sum_j s_j^2}{s_x^2} \right)$$

Para interpretar el valor del coeficiente de los coeficientes de confiabilidad usaremos la siguiente tabla.

**Tabla 04.**

*Rangos para interpretación del coeficiente de confiabilidad*

Rango	Calificación
Por debajo de 0,60	Inaceptable
0.60 a 0.65	Indeseable
0.65 a 0.70	Mínimamente aceptable
0.70 a 0.80	Respetable
0.80 a 0.90	Muy buena

**Fuente:** DeVellis (2003) en (Landro & González, 2006)

**Tabla 05.**

*Confiabilidad Alfa de Cronbach para la variable factores*

	Alfa de Cronbach	N de elementos
Factores asociados al cuidado del recién nacido	,773	15

**Fuente:** Elaboración propia

**Tabla 06.**

*Estadísticas de elemento para la variable factores*

	Media	Desv. Desviación	N
I1	2,2000	1,28145	20
I2	1,7500	,91047	20
I3	2,2500	1,20852	20
I4	2,7500	1,29269	20
I5	1,3500	,48936	20
I6	2,3500	1,03999	20
I7	2,1000	,85224	20
I8	2,2500	1,16416	20
I9	1,9000	,78807	20
I10	1,5500	,51042	20
I11	1,8500	,87509	20
I12	1,4500	,51042	20
I13	2,0500	1,31689	20
I14	1,8000	,52315	20
I15	1,9500	,94451	20

**Fuente:** Elaboración propia.

**Tabla 07.***Estadísticas para la variable factores*

Media	Varianza	Desv. Desviación	N de elementos
29,5500	49,629	7,04478	15

**Tabla 08.***Alfa de Cronbach para los elementos de la variable factores*

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
I1	27,3500	43,608	,259	,776
I2	27,8000	46,274	,204	,775
I3	27,3000	38,853	,618	,735
I4	26,8000	37,537	,658	,729
I5	28,2000	48,168	,180	,773
I6	27,2000	41,432	,531	,746
I7	27,4500	42,471	,579	,745
I8	27,3000	42,642	,370	,762
I9	27,6500	45,503	,330	,765
I10	28,0000	45,895	,502	,759
I11	27,7000	44,116	,408	,758
I12	28,1000	46,305	,441	,762
I13	27,5000	45,947	,109	,794
I14	27,7500	45,671	,521	,758
I15	27,6000	44,568	,331	,765

**Fuente:** Elaboración propia**Tabla 09.***Alfa de Cronbach para la variable cuidados básicos del recién nacido sano*

	Alfa de Cronbach	N de elementos
Cuidados básicos del recién nacido	,804	08

**Fuente:** Elaboración propia.

**Tabla 10.***Estadísticas de elemento para la variable cuidados básicos del recién nacido sano*

	Media	Desv. Desviación	N
I1	1,3000	,73270	20
I2	1,0500	,88704	20
I3	1,0000	,79472	20
I4	,7000	,92338	20
I5	1,0500	,88704	20
I6	,6500	,81273	20
I7	,6500	,67082	20
I8	1,3500	,81273	20

**Tabla 11.***Estadísticas para la variable cuidados básicos del recién nacido sano*

Media	Varianza	Desv. Desviación	N de elementos
7,7500	18,092	4,25348	8

**Fuente:** Elaboración propia**Tabla 12.***Alfa de Cronbach para los elementos de la variable cuidados básicos del recién nacido sano.*

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
I1	6,4500	14,682	,512	,783
I2	6,7000	13,800	,532	,780
I3	6,7500	14,197	,545	,778
I4	7,0500	12,997	,637	,762
I5	6,7000	15,168	,309	,814
I6	7,1000	14,621	,452	,791
I7	7,1000	14,411	,635	,769
I8	6,4000	14,042	,556	,776

**Fuente:** Elaboración propia

La confiabilidad para los instrumentos sobre factores y cuidado del recién nacido sano son confiables dado que el valor calculado para el coeficiente de correlación Alfa de Cronbach es de 0,773 y 0,804 respectivamente, que se ubica en el rango de muy buena confiabilidad.

No existe ningún ítem, de los considerados en el instrumento, que afecte de manera importante la confiabilidad del instrumento, si este se suprime.

#### **4.5. Procedimientos**

Se solicitó previamente la autorización para aplicar el instrumento de investigación correspondiente al director ejecutivo del Hospital Regional de Cusco. Tras obtener el permiso, se llevó a cabo la recolección de datos mediante una encuesta impresa a las puérperas del servicio de alojamiento conjunto del hospital, considerando los criterios de inclusión y exclusión.

#### **4.6. Análisis de datos**

Para el procesamiento estadístico, se hizo la recolección de datos a través de las encuestas aplicadas y estos datos fueron vaciados en el programa Microsoft Excel para la tabulación y posteriormente se usó el paquete estadístico SPSS versión 25 para la consolidación de los datos obtenidos, que se presentan en tablas y gráficos con su respectivo análisis y representación. Para determinar grado de asociación se utilizó el p-valor. Sí, es mayor al nivel de significancia 0.05, no rechazamos la hipótesis nula ( $H_0$ ) y la tomamos como verdadera a un 95% de confianza. Por otro lado, si el p-valor resulta menor al nivel de significancia 0.05, rechazamos la hipótesis nula y optamos por la hipótesis alterna. Para estimar grado influencia o de probabilidad entre las variables se utilizó Odd Ratio que debe ser mayor a 1.

#### **4.7. Consideraciones éticas**

Para acceder al Hospital Regional del Cusco, al servicio de alojamiento conjunto, se solicitó una autorización mediante una ficha única de trámite (FUT) para aplicar el instrumento de recolección de datos mediante la toma de encuestas de forma completamente anónima. Se ha tenido en consideración la reserva de los nombres de las pacientes. Además, se ha tenido en cuenta las citas de los autores a los que se ha mencionado. Las pacientes que desearon formar parte del estudio firmaron el consentimiento informado voluntariamente. El anonimato de los participantes está garantizado, así como la veracidad de los datos que se obtuvo.

## V. Resultados y discusión

### 5.1. Resultados

#### 5.1.1. Resultados descriptivos de la variable factores.

##### a) Factores sociales

**Tabla 13.**

*Edades de las puérperas*

Grupo de edad	Frecuencia	Porcentaje (%)
18-23	25	16.03
24-29	46	29.49
30-35	56	35.90
36-41	29	18.58
Total	156	100

Fuente: Encuesta realizada.

#### Interpretación:

De los resultados de la tabla 13. La distribución de edades de las puérperas muestra una predominancia de mujeres en el grupo de 30 a 35 años, representando el 35.90% del total con 56 casos. El segundo grupo más numeroso es el de 24 a 29 años, con 46 puérperas, lo que equivale al 29,49%. Las puérperas más jóvenes, de 18 a 23 años, constituyen el 16,03% con 25 casos, mientras que el grupo de mayor edad, de 36 a 41 años, alcanza el 18,58% con 29 casos. En conjunto, se observa que la mayor parte de las puérperas se concentran en los grupos de edad entre 24 y 35 años, lo que sugiere una tendencia hacia la maternidad en edad reproductiva madura. Esto podría estar influenciado por factores sociales, culturales o de planificación familiar que afectan el acceso y la decisión de tener hijos en estas edades.

**Tabla 14.***Estado civil de las puérperas*

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje (%)
Soltera	10	6.41
Conviviente	127	81.41
Casada	19	12.18
Divorciada	0	0.00
Total	156	100

Fuente: Encuesta realizada.

## Interpretación:

De los resultados de la tabla 14. La mayor parte de las puérperas, el 81.41%, se identifica como conviviente, lo que indica que la mayoría de ellas viven en unión libre. Un 12.18% de las mujeres está casada, mientras que un 6.41% se encuentra en estado civil soltera. No hay casos registrados de puérperas divorciadas.

**Tabla 15.***Grado de instrucción de las puérperas*

Grado de instrucción	Frecuencia	Porcentaje (%)
Sin estudios	01	0.64
Primaria	20	12.82
Secundaria	83	53.21
Superior	52	33.33
Total	156	100

Fuente: Encuesta realizada.

**Interpretación:**

De los resultados de la tabla 15. La mayoría de las puérperas ha alcanzado un nivel de instrucción secundaria, representando el 53.21% del total. El 33,33% tiene estudios superiores, lo que muestra un nivel educativo considerable en esta población. Un 12,82% de las mujeres ha completado solo la educación primaria, mientras que un porcentaje mínimo, 0,64%, no tiene estudios formales. Esta distribución refleja que más de la mitad de las puérperas ha alcanzado al menos el nivel secundario, con una significativa proporción de educación superior, lo que podría estar vinculado a factores sociales y económicos de la región.

**Tabla 16.***Número de hijos de las puérperas*

N° de hijos	Frecuencia	Porcentaje (%)
1 hijo	56	35.90
De 2 a más hijos	98	62.82
Más de 6 hijos	2	1.28
Total	156	100

Fuente: Encuesta realizada.

## Interpretación:

De los resultados de la tabla 16. En cuanto al número de hijos de las puérperas, la mayoría tiene dos o más hijos, representando el 62.82% del total, lo que indica una tendencia hacia familias más grandes. Un 35,90% tiene un solo hijo, mientras que un mínimo 1,28% tiene más de seis hijos. Esta distribución sugiere que la mayoría de las puérperas son madres con experiencia, ya que más de la mitad de ellas tiene dos o más hijos, lo que podría reflejar patrones culturales y sociales en la región respecto a la maternidad y la planificación familiar.

**Tabla 17.***Lugar de procedencia de las puérperas*

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje (%)
Zona rural	65	41.67
Zona urbana	91	58.33
Total	156	100

Fuente: Encuesta realizada.

**Interpretación:**

De los resultados de la tabla 17. La mayoría de las puérperas provienen de zonas urbanas, representando el 58.33% del total. En cambio, el 41,67% de las puérperas proceden de zonas rurales. Esta distribución indica una ligera predominancia de mujeres urbanas en comparación con las rurales, lo que puede reflejar patrones de migración hacia la ciudad en busca de mejores servicios de salud y condiciones de vida, así como diferencias en el acceso a la atención médica durante el embarazo y el parto.

## b) Factores económicos

**Tabla 18.**

*Ocupación de las puérperas*

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje (%)
Ama de casa	108	69.23
Estudiante	11	7.05
Independiente	31	19.87
Dependiente	6	3.85
Total	156	100

Fuente: Encuesta realizada.

Interpretación:

De los resultados de la tabla 18. La gran mayoría de las puérperas indican que son amas de casa, representando el 69.23% del total. Un 19.87% de ellas se encuentra en situación de trabajador independiente, mientras que un 7.05% son estudiantes. Por último, solo un 3,85% de las puérperas tiene una ocupación dependiente. Esta distribución muestra que la mayoría de las puérperas en esta etapa de su vida se dedican a las tareas del hogar, lo que podría reflejar dinámicas socioeconómicas y culturales en la región. Es así que muchas mujeres priorizan recuperar su salud y brindar cuidados a su familia.

**Tabla 19.***Ingreso familiar de las puérperas*

Ingreso familiar	Frecuencia	Porcentaje (%)
Menos de S/1025.00	56	35.90
Mínimo vital S/1025.00	57	36.54
Más de S/1025.00	43	27.56
Total	156	100

Fuente: Encuesta realizada.

## Interpretación:

De los resultados de la tabla 19. La tabla sobre el ingreso familiar revela que una gran parte de las mujeres, el 36.54%, tiene un ingreso familiar equivalente al salario mínimo vital de S/1025.00. Un porcentaje similar, 35.90%, reporta ingresos familiares por debajo de esta cifra, es decir, menos de S/1025.00. Por otro lado, el 27.56% de las puérperas tiene un ingreso familiar superior a S/1025.00. Esta distribución indica que más del 70% de las puérperas se encuentra en una situación económica limitada, ya que sus ingresos están por debajo o justo en el umbral del mínimo vital actual, lo que podría afectar su acceso a servicios de salud y bienestar para ellas y sus familias.

**c) Factores culturales**

**Tabla 20.**

*Idioma de las puérperas*

Idioma	Frecuencia	Porcentaje (%)
Quechua	13	8.33
Castellano	70	44.87
Castellano y quechua	73	46.8
Otros	0	0.00
Total	156	100

Fuente: Encuesta realizada.

**Interpretación:**

De los resultados de la tabla 20. La tabla sobre el idioma que hablan las puérperas revela que el 46.8%, son bilingües en castellano y quechua. El 44,87% habla únicamente castellano, mientras que un 8,33% se comunica exclusivamente en quechua. No se registraron casos de puérperas que hablen otros idiomas. Esta distribución refleja la importancia del quechua como lengua materna en la región, aunque la mayoría de las mujeres también domina el castellano. El alto porcentaje de bilingüismo sugiere la coexistencia de ambas lenguas en la vida cotidiana de las puérperas, lo que podría ser relevante para la prestación de servicios de salud y comunicación en el hospital.

**Tabla 21.***Mantiene creencias familiares sobre el cuidado del recién nacido*

Creencias	Frecuencia	Porcentaje (%)
Si	84	53.85
No	43	27.56
Muy poco	29	18.59
Total	156	100

Fuente: Encuesta realizada.

**Interpretación:**

De los resultados de la tabla 21. La tabla sobre las creencias familiares de las puérperas, con respecto al cuidado del recién nacido, muestra que más de la mitad, el 53.85%, tiene creencias sobre los cuidados del recién nacido. En contraste, el 27.56% de las puérperas indica que no tienen creencias al respecto, mientras que un 18.59% considera que sus creencias son muy pocas. Esta distribución sugiere que un número significativo de puérperas se guía por tradiciones o conocimientos familiares en la crianza de sus hijos. Sin embargo, también hay una proporción considerable que no manifiesta creencias firmes, lo que podría indicar una falta de información o variaciones en el acceso a conocimientos sobre el cuidado del recién nacido. Esta información podría ser clave para el desarrollo de programas educativos que aborden las creencias y prácticas en el cuidado infantil, mejorando así la salud y el bienestar de los recién nacidos.

**Tabla 22.**

*Consejería recibida respecto al cuidado del recién nacido.*

Recibió consejería	Frecuencia	Porcentaje (%)
Si	148	94.87
No	8	5.13
Total	156	100

Fuente: Encuesta realizada.

#### Interpretación:

De los resultados de la tabla 22. La tabla sobre la consejería recibida por las puérperas respecto al cuidado del recién nacido muestra que una abrumadora mayoría, el 94.87%, ha recibido algún tipo de consejería así sea mínima, sobre el cuidado de su bebé. Solo un 5.13% de las puérperas no ha recibido dicha consejería. Estos datos indican que casi todas las mujeres han tenido acceso a una orientación sobre el cuidado del recién nacido, lo que es crucial para asegurar prácticas adecuadas en el bienestar infantil. La alta proporción de atención recibida refleja la importancia de este apoyo en el entorno hospitalario y su impacto potencial en la salud y el desarrollo del recién nacido.

**Tabla 23.**

*Donde fue la consejería recibida respecto al cuidado del recién nacido, por las puérperas*

Donde fue la consejería	Frecuencia	Porcentaje (%)
En el control prenatal	44	28.21
Alojamiento conjunto	101	64.74
Parto anterior	11	7.05
Total	156	100

Fuente: Encuesta realizada.

#### Interpretación:

De los resultados de la tabla 23. La tabla sobre el momento en que las puérperas recibieron consejería respecto al cuidado básico del recién nacido revela que la mayoría, el 64.74%, recibió dicha orientación durante el período de alojamiento conjunto, es decir, después del nacimiento y durante su estancia en el hospital. Un 28.21% de las puérperas recibieron consejería durante los controles prenatales, lo que sugiere una preparación anticipada sobre los cuidados del bebé antes del parto. Por otro lado, solo un 7.05% recibió consejería en partos anteriores, lo que puede reflejar que este grupo ya contaba con experiencia previa en el cuidado neonatal.

#### d) Factores institucionales

**Tabla 24.**

*Tipo de parto de las puérperas*

Tipo de parto	Frecuencia	Porcentaje (%)
Natural	72	46.15
Cesárea	84	53.85
Total	156	100

Fuente: Encuesta realizada.

Interpretación:

De los resultados de la tabla 24. La tabla sobre el tipo de parto de las puérperas muestra que la mayoría de las mujeres, el 53.85%, tuvo un parto por cesárea, mientras que el 46.15% tuvo un parto natural. Estos datos indican una ligera predominancia de los partos por cesárea en comparación con los naturales. Este hecho podría estar relacionado con diversos factores de riesgo; el alto porcentaje de cesáreas podría sugerir la necesidad de investigar las razones detrás de este tipo de parto, ya que, en algunos casos, un aumento en las cesáreas puede estar asociado con tendencias en la atención médica o posibles complicaciones obstétricas.

**Tabla 25.**

*Calificación de la consejería que recibieron las puérperas del servicio de alojamiento conjunto del Hospital Regional del Cusco*

Calificación de la consejería	Frecuencia	Porcentaje (%)
Excelente	45	28.84
Buena	94	60.26
Regular	17	10.90
Mala	0	0.00
Total	156	100

Fuente: Encuesta realizada.

#### Interpretación:

De los resultados de la tabla 25. La tabla sobre la calificación de la consejería que recibieron las puérperas del servicio de alojamiento conjunto del Hospital Regional del Cusco muestra que la mayoría, un 60.26%, calificó la consejería como buena, mientras que un 28.84% la evaluó como excelente. Un 10.90% de las puérperas consideró la consejería "regular", y no hubo evaluaciones negativas, ya que ningún caso la calificó como mala. Estos resultados reflejan un alto nivel de satisfacción con la calidad de la consejería brindada. La ausencia de calificaciones negativas y el predominio de respuestas positivas sugieren que las puérperas se sintieron bien orientadas y apoyadas en cuanto al cuidado de sus recién nacidos, lo que es crucial para fomentar prácticas adecuadas de crianza desde el inicio.

**Tabla 26.***Participación del padre en el cuidado del recién nacido*

Participación del padre	Frecuencia	Porcentaje (%)
Si	129	82.69
No	9	5.77
Muy poco	18	11.54
Total	156	100

Fuente: Encuesta realizada.

Interpretación:

De los resultados de la tabla 26. La tabla sobre la participación del padre en el cuidado del recién nacido muestra que la gran mayoría, un 82.69%, considera la participación del padre en el cuidado del bebé. Un 11.54% de las puérperas considera que la participación del padre es "muy poca", mientras que solo un 5.77% indica que el padre no participa en absoluto.

**Tabla 27.***El hospital permite la participación de la familia en el cuidado del recién nacido.*

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje (%)
Si	45	28.85
No	33	21.15
Muy poco	78	50.00
Total	156	100

Fuente: Encuesta realizada.

Interpretación:

De los resultados de la tabla 27. La tabla respecto a si el hospital permite la participación de la familia en el cuidado del recién nacido: el 50% de las puérperas percibe que la participación familiar es "muy poca". Un 28.85% de ellas considera que el hospital sí permite la participación activa de la familia, mientras que el 21.15% responde que no se permite participación familiar.

### 5.1.2. Resultados descriptivos de la variable Cuidado básico del recién nacido sano

**Tabla 28.**

*Cuidados básicos del recién nacido sano de las puérperas del servicio de alojamiento conjunto del Hospital Regional del Cusco*

Cuidado	Frecuencia	Porcentaje (%)
Inadecuado	49	31.4
Adecuado	107	68.6
Total	156	100

Fuente: Encuesta realizada.

#### Interpretación:

De los resultados de la tabla 28. La tabla sobre el nivel de conocimientos de las puérperas del servicio de alojamiento conjunto del Hospital Regional del Cusco. En relación con los cuidados básicos del recién nacido sano, revela que el 68.6% tiene un cuidado adecuado, mientras que el 31.4% tiene un cuidado inadecuado. Estos resultados indican que la mayoría de las puérperas poseen conocimientos suficientes sobre los cuidados básicos de sus recién nacidos; esto es positivo, lo cual es beneficioso para la salud y el bienestar infantil. No obstante, el porcentaje de madres con conocimientos inadecuados destaca la necesidad de implementar programas educativos adicionales para mejorar la formación de todas las puérperas en esta área crucial.

**Tabla 29 .***Tuvo contacto de piel a piel, inmediatamente después del nacimiento*

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje (%)
Si (45-60 minutos)	68	43.59
No	18	11.54
Muy poco (menos de 45 minutos)	70	44.87
Total	156	100

Fuente: Encuesta realizada.

**Interpretación:**

De los resultados de la tabla 29. La tabla respecto al contacto de piel a piel inmediato del recién nacido muestra que el 43.59% de las puérperas indicó que se realizó este contacto durante 45 a 60 minutos. Sin embargo, un 44.87% reportó que el contacto piel a piel fue "muy poco", es decir, menos de 45 minutos. Por otro lado, un 11.54% de las puérperas mencionó que no se llevó a cabo este tipo de contacto en absoluto. Estos resultados sugieren que, aunque una proporción significativa de madres experimentó un contacto piel a piel adecuado, casi la mitad de las puérperas percibe que el tiempo de contacto fue limitado. Esto resalta la necesidad de fomentar y garantizar prácticas de contacto piel a piel inmediato en el hospital, ya que este método es fundamental para el vínculo madre-hijo y contribuir al bienestar del recién nacido.

**Tabla 30.***Logró la lactancia materna en la primera hora de nacer*

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje (%)
Si	58	37.18
No	90	57.69
Muy poco	8	5.13
Total	156	100

Fuente: Encuesta realizada.

**Interpretación:**

De los resultados de la tabla 30. Sobre el logro de lactancia materna en la primera hora de nacer indica que solo el 37.18% de las puérperas logró iniciar la lactancia durante la primera hora después del nacimiento de sus bebés. En contraste, un 57,69% no logró amamantar en ese período crítico, y un 5,13% reportó que la lactancia era "muy poca". Estos datos revelan que más de la mitad de las puérperas no pudieron establecer la lactancia en la primera hora, un momento clave para fomentar el vínculo entre madre e hijo y asegurar el inicio adecuado de la alimentación. La baja tasa de inicio de lactancia en este tiempo sugiere la necesidad de implementar estrategias y apoyo adicional en el hospital para promover y facilitar la lactancia materna temprana; esto es beneficioso y crucial para la salud y crecimiento del recién nacido.

**Tabla 31.***Recibió consejería sobre higiene del recién nacido*

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje (%)
Si	122	78.21
No	31	19.87
Muy poco	3	1.92
Total	156	100

Fuente: Encuesta realizada.

**Interpretación:**

De los resultados de la tabla 31. Respecto a la consejería sobre higiene del recién nacido, muestra que una gran mayoría, el 78.21%, de las puérperas recibieron consejos sobre este tema. En cambio, un 19,87% no recibió ningún tipo de consejería, y solo un 1,92% indicó que la consejería era "muy poca". Estos resultados reflejan un alto nivel de atención en la provisión de información sobre la higiene del recién nacido, lo cual es importante para asegurar prácticas adecuadas que promuevan la salud del bebé. Sin embargo, el porcentaje de puérperas que no recibieron consejos destaca la importancia de seguir fortaleciendo la comunicación y educación sobre el cuidado del recién nacido en el entorno hospitalario, para que todas las madres cuenten con la información necesaria para cuidar de sus hijos de manera efectiva.

**Tabla 32.***Recibió consejería sobre cuidado del cordón umbilical*

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje (%)
Si	117	75.00
No	34	21.79
Muy poco	5	3.21
Total	156	100

Fuente: Encuesta realizada.

## Interpretación:

De los resultados de la tabla 32. Respecto a la consejería sobre el cuidado del cordón umbilical indica que el 75.00% de las puérperas recibió orientación al respecto. Por otro lado, un 21,79% no recibió ningún tipo de consejería, y un 3,21% reportó que la información era "muy poca". Estos resultados muestran un nivel positivo en la provisión de información sobre el cuidado del cordón umbilical, un aspecto esencial para prevenir infecciones y asegurar la salud del recién nacido. Sin embargo, el porcentaje de puérperas que no recibieron consejos resalta la necesidad de mejorar la educación y la comunicación sobre este cuidado crítico, para que todas las madres tengan acceso a la información necesaria para manejar adecuadamente esta parte importante del cuidado neonatal.

**Tabla 33.**

*Recibió consejería sobre reconocimiento de signos de alarma y cuando debe acudir al establecimiento de salud.*

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje (%)
Si	63	40.38
No	53	33.97
Muy poco	40	25.64
Total	156	100

Fuente: Encuesta realizada.

#### Interpretación:

De los resultados de la tabla 33. La tabla respecto a la consejería recibida sobre el reconocimiento de signos de alarma y cuándo acudir al establecimiento de salud muestra que solo el 40.38% de las puérperas recibieron orientación sobre este tema crítico. En contraste, un 33,97% no recibió ningún tipo de consejería, y un 25,64% indicó que la información era "muy poca". Estos resultados revelan que menos de la mitad de las puérperas se sienten adecuadamente informadas sobre los signos de alarma en sus recién nacidos, lo que es fundamental para asegurar una atención médica oportuna y prevenir complicaciones. La proporción significativa de mujeres que no recibieron esta atención o que la recibieron de manera insuficiente destaca la necesidad de mejorar la educación y la comunicación en el hospital.

**Tabla 34.***Recibió consejería sobre la importancia de proteger del calor o frío al recién nacido*

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje (%)
Si	93	59.62
No	51	32.69
Muy poco	12	7.69
Total	156	100

Fuente: Encuesta realizada.

**Interpretación:**

De los resultados de la tabla 34. Respecto a la consejería recibida acerca de la importancia de proteger al recién nacido del calor o frío indica que el 59.62% de las puérperas recibió orientación sobre este aspecto fundamental del cuidado neonatal. Sin embargo, un 32,69% no recibió ninguna información al respecto, y un 7,69% reportó que la consejería era "muy poca". Estos resultados muestran que, aunque más de la mitad de las puérperas están informadas sobre cómo proteger a sus bebés de las variaciones de temperatura, una proporción considerable no tiene acceso a esta información vital. Esto resalta la necesidad de intensificar las estrategias educativas en el hospital para asegurar que todas las madres comprendan la importancia de mantener a sus recién nacidos a una temperatura adecuada, contribuyendo así a su salud y bienestar.

**Tabla 35.***Recibió consejería sobre la importancia del afecto*

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje (%)
Si	125	80.13
No	23	14.74
Muy poco	8	5.13
Total	156	100

Fuente: Encuesta realizada.

**Interpretación:**

De los resultados de la tabla 35. Respecto a la consejería recibida sobre la importancia del afecto, muestra que una gran mayoría, el 80.13%, de las puérperas recibieron orientación al respecto. En contraste, un 14.74% no recibió ninguna información sobre este tema, y solo un 5.13% indicó que la consejería era "muy poca". Estos resultados reflejan un nivel positivo en la provisión de información sobre la importancia del afecto en la relación madre-hijo, un aspecto esencial para el desarrollo emocional y social del recién nacido.

**Tabla 36.***Recibió consejería sobre efectos de las vacunas administradas*

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje (%)
Si	19	12.18
No	99	63.46
Muy poco	38	24.36
Total	156	100

Fuente: Encuesta realizada.

**Interpretación:**

De los resultados de la tabla 36. La tabla respecto a la consejería recibida acerca de los efectos de las vacunas administradas revela que solo el 12.18% de las puérperas recibieron orientación sobre este tema. Por otro lado, un 63,46% no recibió ninguna información sobre los efectos de las vacunas y un 24,36% indicó que la consejería era "muy poca". Estos resultados son preocupantes, ya que indican una clara falta de información sobre un aspecto fundamental de la salud neonatal. La alta proporción de puérperas que no están informadas sobre los efectos de las vacunas puede contribuir a la desconfianza o al miedo hacia la vacunación, lo que a su vez podría afectar la salud de los recién nacidos. Esto resalta la urgente necesidad de mejorar la educación y la comunicación en el hospital respecto a la vacunación, asegurando que todas las madres reciban la información necesaria para comprender la importancia y los posibles efectos de las vacunas en sus bebés

### **5.1.3. Contraste de hipótesis**

#### **Regla de decisión general:**

Si el p-valor es mayor al nivel de significancia 0.05, no rechazamos la hipótesis nula ( $H_0$ ) y la tomamos como verdadera a un 95% de confianza. Por otro lado, si el p-valor resulta menor al nivel de significancia 0.05, rechazamos la hipótesis nula y optamos por la hipótesis alterna. Para estimar el grado de influencia o de probabilidad entre las variables se utilizó Odd Ratio que debe ser mayor a 1.

## Contraste de hipótesis respecto al objetivo general

**Tabla 37.**

*Relación de factores en los cuidados básicos del recién nacido sano*

Cuidados básicos del recién nacido sano			Total				p-valor	RO		
Factores	Puérperas encuestadas = 156	Adecuado		Inadecuado						
		F	%	f	%	f	%			
Factores sociales	Grupo de edad	18-23	15	9.6	10	6.4	25	16.0	0.034	2.572
		24-29	35	22.4	11	7.1	46	29.5	0.0830	0.889
		30-35	36	23.1	20	12.8	56	35.9	0.0709	0.821
		36-41	21	13.5	8	5.1	29	18.6	0.0610	0.739
		Total	107	68.6	49	31.4	156	100.0		
	N° de hijos	1 hijo	39	25.0	17	10.9	56	35.9	0.789	1.074
		De 2 a más hijos	67	42.9	31	19.9	98	62.8	0.001	3.216
		Más de 6 hijos	1	0.6	1	0.6	2	1.3	0.988	5336 070.0 80
	Total	107	68.6	49	31.4	156	100.0			
	Lugar de procedencia	Rural	45	28.8	20	12.8	65	41.7	0.020	1.826
Urbana		62	39.7	29	18.6	91	58.3	0.367	1.369	
Total		107	68.6	49	31.4	156	100.0			
Factores económicos	Ingreso familiar	Menos de S/1025.00	40	25.6	16	10.3	56	35.9	0.035	1.800
		Mínimo vital S/1025.00	37	23.7	20	12.8	57	36.5	0.901	0.952
		Más de S/1025.00	30	19.2	13	8.3	43	27.6	0.065	2.431
	Total	107	68.6	49	31.4	156	100.0			
Factores culturales	Creencias sobre el cuidado del recién nacido	Si	64	41.0	20	12.8	84	53.8	0.010	1.800
		No	23	14.7	20	12.8	43	27.6	0.377	1.435
		Muy poco	20	12.8	9	5.8	29	18.6	0.255	1.746
		Total	107	68.6	49	31.4	156	100.0		
	Consejería recibida respecto al cuidado del recién nacido	Si	103	66.0	45	28.8	148	94.9	0.000	2.364
		No	4	2.6	4	2.6	8	5.1	0.068	0.254
		Total	107	68.6	49	31.4	156	100.0		
	Cuando fue la consejería	En el control prenatal	21	13.5	23	14.7	44	28.2	0.002	3.000
		Alojamiento conjunto	83	53.2	18	11.5	101	64.7	0.210	0.602
		Parto anterior	3	1.9	8	5.1	11	7.1	0.636	1.500
Total		107	68.6	49	31.4	156	100.0			
Factores institucionales	Tipo de parto	Natural	53	34.0	19	12.2	72	46.2	0.000	4.143
		Cesárea	54	34.6	30	19.2	84	53.8	0.003	0.338
		Total	107	68.6	49	31.4	156	100.0		
	Participación del padre	Si	93	59.6	36	23.1	129	82.7	0.000	2.308
		No	6	3.8	3	1.9	9	5.8	0.380	0.542
Muy poco		8	5.1	10	6.4	18	11.5	0.789	0.867	
Total	107	68.6	49	31.4	156	100.0				

Fuente: Elaboración propia.

### Interpretación:

La tabla 37 muestra que los factores influyentes sobre los cuidados básicos del recién nacido sano, en el servicio de alojamiento conjunto del Hospital Regional de Cusco, los factores sociales, económicos, culturales e institucionales, se relacionan de manera diversa en los cuidados básicos del recién nacido sano. En los factores sociales, la edad entre 18 a 23 años influye significativamente con un  $p= 0.034$ ; la probabilidad de brindar un cuidado adecuado entre estas edades es 2.57 veces mayor en comparación de otras edades, además el tener de 2 a más hijos se relaciona con un  $p$ -valor igual a 0.001 siendo los OR igual a 3.21, el cual indica que la probabilidad de brindar un cuidado adecuado es mayor al tener de 2 a más hijos en comparación a madres primíparas y gran multíparas, Por otro lado, se encontró que el lugar de procedencia de zona rural también se relaciona con un  $p$ -valor igual a 0.020 siendo el OR al respecto 1.82, el cual indica la probabilidad de brindar un cuidado adecuado al proceder de zona rural.

En cuanto a los factores económicos, el nivel de ingresos se relaciona con un  $p$ -valor igual a 0.035 para los que ganan menos de S/1025.00. Las puérperas que ganan más tienen un OR de 2.43, el cual indica que es más probable que las familias con mejores ingresos den un mejor cuidado a sus hijos, en comparación a las puérperas que ganan menos de S/1025.00, sin embargo, en ambos casos el OR es pequeño, dando a entender que la probabilidad del cuidado sea adecuada en ambos casos.

En los factores culturales, las creencias familiares sobre el cuidado del recién nacido, se relacionan con un  $p$ -valor de 0.010; siendo el OR al respecto 1.80, el cual indica la probabilidad de brindar un cuidado adecuado al conservar creencia familiar sobre el cuidado del recién nacido. Así mismo se obtuvo que recibir consejerías sobre el cuidado del recién nacido, si se relaciona con un  $p$ -valor de 0.000 para cuando se recibe la consejería; y de 0.068 cuando no se recibe, en el segundo al ser ligeramente superior a 0.05 consideraremos

significativo, en adición el OR al respecto es de 2.36, lo cual da a entender que es más probable que el cuidado sea adecuado si se recibe consejería en comparación a los que no recibieron. Así mismo se obtuvo que recibir consejería durante el control prenatal se relacionan significativamente con un p-valor de 0.002, siendo el OR al respecto 3.00, el cual indica que es más probable que el cuidado sea adecuado si se recibe la consejería con antelación.

Finalmente, respecto a los factores institucionales, el tipo de parto se relaciona significativamente con un p-valor de 0.000 para el parto natural y con un OR 4.14 el cual indica la probabilidad de que las mujeres que dieron a luz por parto natural tienen más de 4 veces la probabilidad de brindar cuidados adecuados al recién nacido sano en comparación con aquellas que tuvieron cesárea, el parto por cesárea se relaciona con un p-valor a 0.003, con un OR igual a 0.33, lo que sugiere que tiene menos probabilidad de proporcionar cuidados adecuados. En cuanto a la participación del padre en el cuidado del recién nacido, se relaciona con un p-valor de 0.000, siendo el OR a 2.30 el cual indica que la probabilidad de un buen cuidado del recién nacido, se da cuando el padre participa en el cuidado de su bebé.

Estos resultados revelan que los factores relacionados son: la edad, las puérperas que tuvieron de 2 a más hijos, procedencia de zona rural, el nivel de ingreso familiar menos del mínimo vital de S/1025.00, mantener creencias familiares, recibir consejería sobre el cuidado del recién nacido, recibir consejería durante el control prenatal, el tipo de parto y la participación del padre en el cuidado del recién nacido, que se relacionan significativamente con el cuidado del recién nacido sano. Con estos resultados se acepta o afirma la hipótesis general de la investigación.

## a) Contraste de hipótesis respecto al primer objetivo específico

Tabla 38.

*Relación de factores sociales en los cuidados básicos del recién nacido sano*

Item	Respuesta	Cuidados básicos del recién nacido sano				Total		p-valor	RO
		Adecuado		inadecuado		f	%		
		F	%	f	%				
Grupo de edad	18-23	15	9.6	10	6.4	25	16.0	0.034	2.572
	24-29	35	22.4	11	7.1	46	29.5	0.0830	0.889
	30-35	36	23.1	20	12.8	56	35.9	0.0709	0.821
	36-41	21	13.5	8	5.1	29	18.6	0.0610	0.739
	Total	107	68.6	49	31.4	156	100.0		
Estado civil	Soltera	7	4.5	3	1.9	10	6.4	0.080	4.000
	Conviviente	90	57.7	37	23.7	127	81.4	0.427	0.524
	Casada	10	6.4	9	5.8	19	12.2	0.511	0.542
	Divorciada	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0
	Total	107	68.6	49	31.4	156	100.0		
Grado de instrucción	Sin estudios	1	0.6	0	0.0	1	0.6	0.987	2126525.532
	Primaria	12	7.7	8	5.1	20	12.8	0.988	0.000
	Secundaria	56	35.9	27	17.3	83	53.2	0.988	0.000
	Superior	38	24.4	14	9.0	52	33.3	0.987	0.000
	Total	107	68.6	49	31.4	156	100.0		
N° de hijos	1 hijo	39	25.0	17	10.9	56	35.9	0.789	1.074
	De 2 a más hijos	67	42.9	31	19.9	98	62.8	0.001	3.216
	Más de 6 hijos	1	0.6	1	0.6	2	1.3	0.988	5336070.080
	Total	107	68.6	49	31.4	156	100.0		
Lugar de procedencia	Rural	45	28.8	20	12.8	65	41.7	0.020	1.826
	Urbana	62	39.7	29	18.6	91	58.3	0.367	1.369
	Total	107	68.6	49	31.4	156	100.0		

Fuente: Elaboración propia.

## Interpretación:

De los resultados de la tabla 38. En relación a los factores sociales, se encontró que el estado civil, el grado de instrucción no son influyentes al cuidado básico del recién nacido

sano, pues el p-valor obtenido es mayor al nivel de significancia 0.05; por otro lado, se encontró que la edad entre 18 a 23 años se relacionan significativamente con un p-valor igual a 0.034 y la probabilidad de brindar un cuidado adecuado entre estas edades es 2.57 veces mayor en comparación de otras edades, además el tener de 2 a más hijos se relaciona significativamente con un p-valor igual a 0.001 siendo los OR igual a 3.21, el cual indica que la probabilidad de brindar un cuidado adecuado es mayor al tener de 2 a más hijos en comparación a madres primíparas y gran multíparas, es decir que, al ser el número de hijos de 2 a más, es más probable que aumente el cuidado en relación a las madres que tienen un solo hijo o más de 6 hijos. Por otro lado, se encontró que el lugar de procedencia de zona rural también se relaciona significativamente con un p-valor igual a 0.020 siendo el OR al respecto 1.82, el cual indica la probabilidad de brindar un cuidado adecuado al proceder de zona rural en comparación a las puérperas que viven en zona urbana.

En síntesis, de los factores sociales evaluados se encontró la edad entre 18 a 24 años, el tener de 2 a más hijos y la procedencia de zona rural, tienen influencia sobre el cuidado básico del recién nacido. Con estos resultados se afirma la primera hipótesis específica de la investigación.

**b) Contraste de hipótesis respecto al segundo objetivo específico**

**Tabla 39.**

*Relación de los factores económicos en los cuidados básicos del recién nacido sano*

Cuidados básicos del recién nacido sano						Total		p-valor	RO
Item	Respuesta	Adecuado		inadecuado		f	%		
		f	%	f	%				
<b>Ocupación</b>	Ama de casa	81	51.9	27	17.3	108	69.2	0.1	2.375
	Estudiante	7	4.5	4	2.6	11	7.1	0.870	1.123
	Independiente	17	10.9	14	9.0	31	19.9	0.200	0.583
	Dependiente	2	1.3	4	2.6	6	3.8	0.505	2.105
	Total	107	68.6	49	31.4	156	100.0		
<b>Ingreso familiar</b>	Menos de S/1025.00	40	25.6	16	10.3	56	35.9	0.035	1.800
	Mínimo vital S/1025.00	37	23.7	20	12.8	57	36.5	0.901	0.952
	Más de S/1025.00	30	19.2	13	8.3	43	27.6	0.065	2.431
	Total	107	68.6	49	31.4	156	100.0		

Fuente: Elaboración propia.

Interpretación:

De los resultados de la tabla 39. Respecto a los factores económicos, vemos que la ocupación, no llega a influir sobre los cuidados básicos del recién nacido sano, pues los p-valores son mayores al nivel de significancia, por otro lado, se encuentra que el nivel de ingresos si se relaciona con un p-valor igual a 0.035 para los que ganan menos de S/1025.00, esto mismo ocurre con las personas que ganan más de S/1025.00 el cual también consideraremos influyente por motivos prácticos al tener un p-valor que no se aleja del nivel de significancia 0.05, en adición, tenemos que los OR en este caso, las puérperas que ganan más tienen un OR de 2.43, dando a entender que es más probable que las familias con mejores ingresos den un mejor cuidado a sus hijos, en comparación a las puérperas que ganan menos de S/1025.00, sin embargo en ambos casos el OR es pequeño, dando a entender que el cuidado en su mayoría también es adecuado para las puérperas con ingresos bajos.

En síntesis, de los factores económicos, el nivel de ingresos si influye en los cuidados básicos del recién nacido sano, ya que las familias con mayores ingresos tienen mayor probabilidad de proporcionar mejores cuidados en comparación con aquellas que ganan menos. Sin embargo, incluso entre las puérperas con ingresos bajos, los cuidados brindados suelen ser adecuados. Con estos resultados se afirma la segunda hipótesis específica de la investigación.

## c) Contraste de hipótesis respecto al tercer objetivo específico

Tabla 40.

*Relación de factores culturales en los cuidados básicos del recién nacido sano*

Item	Respuesta	Cuidados básicos del recién nacido sano				Total		p-valor	RO
		Adecuado		inadecuado		f	%		
		f	%	f	%	f	%		
<b>Idioma</b>	Quechua	8	5.1	5	3.2	13	8.3	0.067	3.333
	Castellano	50	32.1	20	12.8	70	44.9	0.432	0.575
	Castellano y quechua	49	31.4	24	15.4	73	46.8	0.607	0.695
	Otros	0	0	0	0	0	0	0	0
	Total	107	68.6	49	31.4	156	100.0		
<b>Creencias sobre el cuidado del recién nacido</b>	Si	64	41.0	20	12.8	84	53.8	0.010	1.800
	No	23	14.7	20	12.8	43	27.6	0.377	1.435
	Muy poco	20	12.8	9	5.8	29	18.6	0.255	1.746
	Total	107	68.6	49	31.4	156	100.0		
<b>Consejería recibida respecto al cuidado del recién nacido</b>	Si	103	66.0	45	28.8	148	94.9	0.000	2.364
	No	4	2.6	4	2.6	8	5.1	0.068	0.254
	Total	107	68.6	49	31.4	156	100.0		
<b>Cuando fue la consejería</b>	En el control prenatal	21	13.5	23	14.7	44	28.2	0.002	3.000
	Alojamiento conjunto	83	53.2	18	11.5	101	64.7	0.210	0.602
	Parto anterior	3	1.9	8	5.1	11	7.1	0.636	1.500
	Total	107	68.6	49	31.4	156	100.0		

Fuente: Elaboración propia.

## Interpretación:

De los resultados de la tabla 40. En relación a los factores culturales, se encontró que el idioma hablado por las puérperas no se relaciona a los cuidados básicos del recién nacido sano, ya que el p-valor resultó ser mayor al nivel de significancia 0.05. Por otro lado, Mantener creencias familiares sobre el cuidado del recién nacido, se relacionan significativamente con un p-valor de 0.010, siendo el OR al respecto 1.80, el cual indica la probabilidad de brindar un cuidado adecuado al conservar creencia familiar sobre el cuidado en comparación a las puérperas que no mantienen creencias familiares. Así mismo se obtuvo

que recibir consejerías sobre el cuidado del recién nacido, si se relaciona con un p-valor de 0.000 para cuando se recibe la consejería; y p-valor de 0.068 cuando no se recibe, siendo significativo para el primero y en el segundo al ser ligeramente superior a 0.05 consideraremos significativo, en adición el OR respecto a que recibió consejería es de 2.36, lo cual da a entender que es más probable que el cuidado sea adecuado si se recibe consejería en comparación a los que no recibieron. Así mismo se obtuvo que recibir consejería durante el control prenatal se relacionan significativamente con un p-valor de 0.002, siendo el OR al respecto 3.00, el cual indica que hay mayor probabilidad de que el cuidado sea adecuado si se recibe la consejería con antelación.

En síntesis, se encontró que mantener creencias sobre el cuidado del recién nacido, recibir consejerías sobre el cuidado del recién nacido y recibir consejería durante el control prenatal influye positivamente en el cuidado adecuado del recién nacido sano, ya que aquellas puérperas que recibieron consejería tienen mayor probabilidad de brindar cuidados adecuados en comparación con las que no la recibieron. Con estos resultados se afirma la tercera hipótesis específica de la investigación.

d) **Contraste de hipótesis respecto al cuarto objetivo específico**

**Tabla 41.**

*Relación de factores institucionales en los cuidados básicos del recién nacido sano*

Cuidados básicos del recién nacido sano						Total		p-valor	RO
Item	Respuesta	Adecuado		inadecuado		f	%		
		f	%	f	%				
<b>Tipo de parto</b>	Natural	53	34.0	19	12.2	72	46.2	0.000	4.143
	Cesárea	54	34.6	30	19.2	84	53.8	0.003	0.338
	Total	107	68.6	49	31.4	156	100.0		
<b>Calificación de la consejería</b>	Excelente	31	19.9	14	9.0	45	28.8	0.1	3.091
	Buena	65	41.7	29	18.6	94	60.3	0.367	0.690
	Regular	11	7.1	6	3.8	17	10.9	0.090	0.364
	Mala	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	107	68.6	49	31.4	156	100.0			
<b>Participación del padre</b>	Si	93	59.6	36	23.1	129	82.7	0.000	2.308
	No	6	3.8	3	1.9	9	5.8	0.380	0.542
	Muy poco	8	5.1	10	6.4	18	11.5	0.789	0.867
	Total	107	68.6	49	31.4	156	100.0		
<b>El hospital permite la participación de la familia</b>	Si	28	17.9	17	10.9	45	28.8	0.14	2.214
	No	14	9.0	19	12.2	33	21.2	0.939	1.039
	Muy poco	65	41.7	13	8.3	78	50.0	0.914	0.957
	Total	107	68.6	49	31.4	156	100.0		

Fuente: Elaboración propia.

Interpretación:

De los resultados de la tabla 41. Respecto a los factores institucionales, vemos que la calificación de la consejería, si el hospital permite a los familiares participar en el cuidado, no son aspectos influyentes en el cuidado adecuado del recién nacido sano, esto debido a que el p-valor obtenido en dichos casos es mayor al nivel de significancia.

Por otro lado, el tipo de parto se relaciona significativamente con un p-valor de 0.000 para el parto natural y con un OR igual a 4.14 el cual indica la probabilidad de que las mujeres que dieron a luz por parto natural tienen más de 4 veces la probabilidad de brindar cuidados adecuados al recién nacido en comparación con aquellas que tuvieron cesárea, el parto por cesárea se relaciona con un p-valor a 0.003, con un OR de 0.33, lo que sugiere que tiene menos probabilidad de proporcionar cuidados adecuados. Posiblemente debido a los efectos de la recuperación postoperatoria y la limitación física en los primeros días. En

cuanto a la participación del padre en el cuidado del recién nacido, se relaciona de manera significativa, pues se dio un p-valor de 0.000. siendo el OR a 2.30 el cual indica que, si el padre participa en el cuidado de su bebé, la probabilidad de un buen cuidado del recién nacido aumenta.

En síntesis, se encontró que el tipo de parto se relaciona significativamente con los cuidados básicos del recién nacido, ya que las mujeres que dieron a luz por parto natural tienen mayores probabilidades de brindar cuidados adecuados en comparación con aquellas que tuvieron un parto por cesárea; así mismo, la participación del padre es relevante. Con estos resultados se afirma la cuarta hipótesis específica de la investigación.

## 5.2. Discusión de resultados

De acuerdo con los hallazgos en el presente estudio acerca de los factores y cuidados básicos del recién nacido en puérperas del servicio de alojamiento conjunto del Hospital Regional de Cusco-2024.

**En relación con el objetivo general.** – Se halló que los factores sociales, económicos, culturales e institucionales se relacionan de manera diversa. Estos resultados revelan que los factores relacionados son: la edad, las puérperas que tuvieron de 2 a más hijos, procedencia de zona rural, el nivel de ingreso familiar menos del mínimo vital de S/1025.00, mantener creencias familiares, recibir consejería sobre el cuidado del recién nacido, recibir consejería durante el control prenatal, el tipo de parto y la participación del padre en el cuidado del recién nacido, que se relacionan significativamente con el cuidado del recién nacido sano.

Coincide con el estudio de **Arias N. et al.**, “Factores sociales y culturales asociados al conocimiento del cuidado del recién nacido en las madres primíparas del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno, Huamanga, Ayacucho – 2022”.

Quienes concluyeron que los conocimientos de las madres sobre los cuidados del recién nacido están fuertemente correlacionados con las características sociales y culturales, sugieren que factores como la edad y el nivel educativo afectan directamente a la calidad de los cuidados que se prestan al bebé. (16)

**En relación al objetivo específico 01, de los factores sociales** de la investigación, se evidencia que la edad de las puérperas en mayoría oscila entre 30 a 35 años con 35.9% del total; el 81.41% conviven, el 53.21% con estudios secundarios, el 62.8% tiene entre 2 a más hijos y proceden de zona rural el 41.67%. En conclusión, se encontró que la edad, el número de hijos y la procedencia de zona rural influyen sobre el cuidado básico del recién nacido sano en el presente estudio.

Estos resultados no coinciden con los hallazgos de **Gironda A.**, quien realizó el estudio en el año 2019, analizó “Prácticas en el cuidado del recién nacido en madres adolescentes que acuden al Hospital de Quillabamba, Cusco-2018”, Cusco 2019, en el cual tuvo como resultado que el 40% tenía secundaria, el 50% fueron solteras y convivientes, 46.7% proceden de zona urbana, 93.3% tienen un solo hijo; se puede deber a que la población de estudio no se asemeja a la población de estudio del presente trabajo. (21)

Los resultados que coinciden son de **Huamán K. & Román J.** en su conclusión refleja que la edad, el nivel de instrucción, la procedencia y la ocupación impactan el conocimiento de las madres sobre los cuidados básicos. En comparación con los resultados evidenciados del servicio de alojamiento conjunto del Hospital Regional Cusco, guarda diferencia en cuanto respecta al grado de instrucción, la procedencia y la ocupación, porque no presenta influencia en el presente estudio realizado; sin embargo, existe una similitud en la relevancia de la edad como un factor que se relaciona con el cuidado del recién nacido. Mas no indica cuál es el grupo etario que brinda mejores cuidados, porque ambas investigaciones tuvieron distintas formas de procesar los datos obtenidos, a pesar de que los objetivos fueron parecidos. (15)

Por otro lado, también se asemeja el trabajo de **Arias N. et al.**, quienes realizaron el estudio en el año 2022, que reafirma o confirma la asociación entre la edad y el cuidado del recién nacido. Encontrando relaciones significativas con el nivel educativo y factores culturales. A pesar de que su investigación no mostró diferencias significativas con respecto a la pobreza, los resultados resaltan que la educación y la edad son cruciales en la formación del conocimiento sobre cuidados del recién nacido. Como uno de los resultados obtuvieron que el 61,8% de las primíparas tenían menos de 20 años de edad, en comparación con los resultados obtenidos en el estudio realizado en el hospital regional de Cusco, donde el 35.90% de las madres tenían entre 30 a 35 años de edad. Recalcar que en este punto no

coinciden los resultados hallados por la población estudiada. Así mismo, resaltar la importancia de la experiencia a través del tiempo y el número de hijos. Es así que la investigación de los autores solo guarda relación respecto al factor edad de la madre que influye sobre los cuidados brindados al recién nacido. (16)

**En relación con el objetivo específico 02 de los factores económicos.** Respecto a la ocupación, el 69.23% son amas de casa; sobre el nivel de ingreso familiar el 36.54% tiene un ingreso familiar equivalente al salario mínimo vital de S/1025.00 actual en el Perú. En conclusión, el factor económico relacionado al cuidado básico del recién nacido es el nivel de ingreso para los que ganan menos de S/1025.00; ya que las familias con mayores ingresos tienden a proporcionar mejores cuidados en comparación con aquellas que ganan menos. Sin embargo, incluso entre las puérperas con ingresos bajos, los cuidados brindados suelen ser adecuados.

Estos resultados no coinciden con los hallazgos de **Huamán K. & Román J.**; quienes realizaron el estudio en el año 2019, se puede observar que, si bien ambos estudios analizan la influencia de factores socioculturales y económicos en los cuidados del recién nacido, sus enfoques son distintos. Huamán K. & Román J.; encontraron que la ocupación y otros factores socioculturales como la edad y el nivel de instrucción afectaban en el cuidado del recién nacido. En su estudio, se concluyó que muchas madres no brindan un cuidado adecuado, aunque demuestran cariño hacia sus bebés. Esto resalta que, a pesar de que la ocupación no guarda relación con el cuidado del RN del presente estudio, el contexto sociocultural de las madres puede influir en sus prácticas de cuidado, lo que sugiere que el cuidado no solo depende de los ingresos. (15)

Por el contrario, no coinciden los resultados de **Arias N. et al.**, quienes realizaron el estudio en el año 2022, que indican que los factores sociales y culturales están asociados al cuidado del recién nacido. Aunque no encontraron diferencias significativas relacionadas

con el nivel de pobreza, sí identifican una evaluación entre el conocimiento, la edad y el nivel educativo. Esto indica que, si bien el nivel de ingresos en el presente estudio es un factor significativo, la influencia de la educación y el contexto social también juega un papel crucial en la adquisición de conocimientos sobre el cuidado del recién nacido. La variabilidad en los resultados de estos estudios sugiere que, aunque el nivel de ingresos es importante, otros factores como la educación y la experiencia son igualmente relevantes en la práctica del cuidado. (16)

Entonces, la investigación de los autores no guarda ninguna relación al respecto del estudio realizado donde se obtuvieron resultados que indican que a mayor ingreso familiar se espera que los cuidados básicos del recién nacido sano sean adecuados, lo que implica que los recursos económicos son fundamentales para mejorar el cuidado del recién nacido.

**En relación con el objetivo específico 03 de los factores culturales**, se encontró que el 46.79% habla castellano y quechua, el 53.85% mantiene creencias familiares, el 94.87% recibió consejería sobre cuidados del recién nacido de alguna manera, el 64.74% indica que recibió consejería en el servicio de alojamiento conjunto, mientras que solo el 28.21% recibió consejería en controles prenatales. En conclusión: el idioma hablado no influye en los cuidados básicos del recién nacido sano. Sin embargo, mantener creencias familiares, recibir consejerías sobre el cuidado del recién nacido y recibir consejería durante el control prenatal se relacionan positivamente, ya que aquellas puérperas que recibieron consejería tienden a brindar mejores cuidados en comparación con las que no la recibieron.

Este estudio guarda cierta diferencia con los resultados de **López R. et al.**, quienes realizaron el estudio en el año 2019, analizó “Factores culturales y sociales asociados a la lactancia materna exclusiva en San Basilio de Palenque”, Colombia 2019, ya que en su estudio el 69% de las puérperas recibió consejería en el control prenatal por parte de las enfermeras. Y en el presente estudio realizado en el Hospital Regional de Cusco, solo el

28.21% recibió consejería en el control prenatal; no se tiene el dato del profesional de la salud que brindó esta información. Así mismo, **López R. et al.** indican que los factores culturales tienen un impacto significativo en otras áreas de la maternidad, como la lactancia materna exclusiva. En su investigación, encontraron que factores como haber escuchado hablar sobre la lactancia y tener una actitud positiva hacia ella están asociados significativamente con la práctica de amamantar. Se destaca que, en el ámbito de la lactancia, las creencias culturales juegan un papel más importante, lo que sugiere que el contexto cultural puede influir en diferentes aspectos de la crianza, dependiendo del tipo de cuidado analizado. (13)

Por otro lado, el presente estudio es similar al trabajo de **Arias N. et al.**, quienes realizaron el estudio en el año 2022, que resaltan la importancia de los factores culturales en el cuidado del recién nacido. Este estudio identificó relaciones significativas entre el cuidado y factores como la edad y el nivel educativo y resalta la relevancia de la consejería sobre el cuidado. Esto sugiere que, aunque los factores culturales son relevantes, la educación y la información proporcionada a través de consejerías pueden tener un impacto más directo en el conocimiento práctico de las puérperas sobre el cuidado del recién nacido. (16)

**En relación al objetivo específico 04 de los factores institucionales**, el 53.85% de las puérperas tuvo parto por cesárea, el 46.15% tuvo parto natural, el 60.26% recibió una buena consejería, el 82.69% de los padres “sí” participan de alguna manera en el cuidado de su bebé. El 50% de los familiares participa muy poco en el cuidado. En conclusión, se encontró que la calificación de la consejería, la posibilidad de que los familiares participen en el cuidado, no influye en el cuidado adecuado del recién nacido sano. Sin embargo, el tipo de parto y la participación del padre en el cuidado del recién nacido se relacionan significativamente.

Es así que coincide con el estudio realizado por **Anahue V.**, quien realizó el estudio en el año 2021, que encontró una relación significativa entre el apego materno y la capacidad de cuidado a recién nacidos. Si bien no se centra directamente en el tipo de parto, sugiere que la relación emocional de la madre con el recién nacido puede ser un factor importante en su capacidad para proporcionar cuidados adecuados. Esto resalta la importancia de considerar no solo el aspecto institucional del cuidado, sino también los vínculos emocionales que pueden influir en las prácticas de atención. (22)

Los resultados de este trabajo coinciden de cierta manera con el estudio de **Checa G. & Ramos D.**, que encontró que la mayoría de las puérperas tenían un nivel de conocimiento bajo respecto al cuidado del recién nacido, y no se identifican diferencias significativas entre el nivel de conocimiento y los factores socioculturales. Esto sugiere que, aunque existen ciertos factores institucionales y socioculturales, el tipo de parto puede ser un factor determinante en la capacidad de las madres para proporcionar cuidados adecuados, lo que resalta la necesidad de intervenciones específicas que aborden estos aspectos en el entorno hospitalario. (17)

Por el contrario, no es similar al estudio de **Gironda A.**, quien realizó el estudio en el año 2019 quien en sus resultados obtuvo, respecto al tipo de parto, que el 53.3% de los nacimientos fueron eutócicos (parto vaginal sin complicaciones). En relación con el contacto inmediato postnatal, el 51% de las progenitoras tuvieron contacto de piel a piel con sus hijos; el 83.3% acudían a un centro de salud ante cualquier señal alarmante. En el estudio realizado en el Hospital Regional del Cusco, solo el 46.15% tuvo parto natural, el 43.59% tuvo contacto de piel a piel. Solo el 40.38% recibió consejería sobre los signos de alarma. (21)

## VI. Conclusiones

— Respecto a la hipótesis general. Se determinó que los factores sociales, económicos, culturales e institucionales guardan relación de manera diversa en los cuidados básicos del recién nacido sano. En conjunto, los hallazgos que resaltan son los siguientes; sobre los factores sociales, la edad entre 18 a 23 años se relacionan significativamente con p-valor = 0.034; siendo los OR = 2.57, tener de 2 a más hijos se relacionan con p-valor = 0.001; siendo los OR= 3.21, procedencia de zona rural se relacionan con p-valor = 0.020; (OR= 1.82). Sobre los factores económicos, el nivel de ingresos se relaciona con p-valor =0.035;(OR= 1.80), para los que ganan menos de S/1025.00; sobre los factores culturales, mantener creencias familiares, se relacionan con un p-valor = 0.010;(OR= 1.80), recibir consejerías sobre el cuidado del recién nacido con p-valor = 0.000;(OR= 2.36), recibir consejería durante el control prenatal se relacionan con p-valor =0.002; (OR= 3.00) son factores que influye positivamente; sobre los factores institucionales ; El tipo de parto se relacionan significativamente, con p-valor = 0.000 para parto natural, siendo los OR= 4.14 y para cesárea con p-valor = 0.003, con un OR= 0.33, las mujeres que dieron a luz por parto natural tienen mayor probabilidad de brindar cuidados adecuados en comparación con aquellas que tuvieron un parto por cesárea; así mismo la participación del padre en el cuidado del recién nacido se relaciona significativamente con p-valor = 0.000. con un OR= 2.30. El resto de los factores no tiene influencia sobre el cuidado del recién nacido. Con estos resultados se afirma la hipótesis general de la investigación.

— Respecto a la hipótesis específico 01. De los factores sociales evaluados, se evidencia que la edad de las puérperas en su mayoría oscila entre 30 a 35 años, con 35.9% del total, el 81.41% conviven, el 53.21% con estudios secundarios, el 62.8% tiene entre 2 y más hijos y proceden de zona rural el 41.67%; Que el estado civil y el grado de instrucción

no se relacionan a los cuidados básicos del recién nacido sano. Por otro lado, la edad entre 18 a 23 años se relaciona significativamente con  $p$ -valor = 0.034; siendo los OR = 2.57, tener de 2 a más hijos se relaciona con  $p$ -valor = 0.001; siendo los OR=3.21 procedencia de zona rural se relaciona con  $p$ -valor = 0.020; siendo los OR=1.82, son factores determinantes sobre los cuidados básicos del recién nacido, Con estos resultados se afirma la primera hipótesis específica de la investigación.

— Respecto a la hipótesis específico 02. De los factores económicos, se identificó que en cuanto a la ocupación el 69.23% son amas de casa; el 36.54% tiene un ingreso familiar equivalente al salario mínimo vital de S/1025.00 actual en el Perú. La ocupación no influye en los cuidados básicos del recién nacido sano. Por otro lado, el nivel de ingresos se relaciona significativamente con  $p$ -valor =0.035; siendo los OR= 1.80, para los que ganan menos de S/1025.00, ya que las familias con mayores ingresos tienen mayor probabilidad de proporcionar mejores cuidados en comparación con aquellas que ganan menos. Sin embargo, incluso entre las puérperas con ingresos bajos, los cuidados brindados suelen ser adecuados. Con este resultado se afirma la segunda hipótesis específica de la investigación.

— Respecto a la hipótesis específico 03. De los factores culturales se encontró que el 46.79% habla castellano y quechua, el 53.85% mantiene creencias familiares, el 94.87% recibió consejería sobre cuidados del recién nacido de alguna manera, el 64.74% indica que recibió consejería en el servicio de alojamiento conjunto, mientras que solo el 28.21% recibió consejería en controles prenatales.

El idioma hablado no influye en los cuidados básicos del recién nacido sano. Sin embargo, mantener creencias familiares se relaciona significativamente con un  $p$ -valor = 0.010; siendo los OR= 1.80: recibir consejerías sobre el cuidado del recién nacido con

p-valor = 0.000; siendo los OR= 2.36, recibir consejería durante el control prenatal se relaciona significativamente con p-valor =0.002; siendo los OR= 3.00 son factores que influyen positivamente, ya que aquellas puérperas que recibieron consejería tienden a brindar mejores cuidados en comparación con las que no la recibieron. Con estos resultados se afirma la tercera hipótesis específica de la investigación.

— Respecto a la hipótesis específico 04. De los factores institucionales, se encontró que el 53.85% de las puérperas tuvo parto por cesárea, el 46.15% tuvo parto natural, el 60.26% recibió una buena consejería, el 82.69% de los padres “sí” participan en el cuidado de su recién nacido. El 50% de los familiares participa muy poco en el cuidado. La calificación de la consejería, la participación de los familiares en el cuidado, no se relaciona al cuidado adecuado del recién nacido. Sin embargo, el tipo de parto se relaciona significativamente, con p-valor = 0.000 para parto natural, siendo los OR= 4.14 y para cesárea con p-valor = 0.003; siendo los OR= 0.33 resulta influyente, ya que las mujeres que dieron a luz por parto natural tienen mayor probabilidad de brindar cuidados adecuados en comparación con aquellas que tuvieron un parto por cesárea. Así mismo, la participación del padre en el cuidado del recién nacido se relaciona significativamente con p-valor = 0.000.(OR= 2.30. Con estos resultados se afirma la cuarta hipótesis específica de la investigación.

— Respecto a los cuidados básicos del recién nacido sano, los valores que llaman poderosamente la atención son los siguientes: El 31.4% tiene un cuidado inadecuado; el 44.87% reportó que el contacto piel a piel fue "muy poco" y el 11.54% no recibió contacto de piel a piel; el 57,69% no logró amamantar en la primera hora de vida; el 33.97% no recibió consejería sobre el reconocimiento de signos de alarma y el 25.64%

recibió muy poca información al respecto; el 32.69% no recibió consejería sobre la importancia de proteger al recién nacido del calor o frío; el 63,46% no recibió ninguna información sobre efectos de las vacunas y el 24.36% recibió poca información, un caso preocupante, el cual requiere de más atención de parte de los profesionales de enfermería que laboran en dicho servicio.

## VII. Recomendaciones

- Se sugiere al Colegio de Enfermeros Cusco, establecer normativa para proporcionar consejería y orientación acerca de los cuidados del neonato en el consultorio de enfermería, durante el último trimestre del embarazo; se sugiere dos sesiones. Que las madres obtengan información de forma previa, para que puedan optimizar la atención del neonato, ya que se encontró que recibir consejería sobre el cuidado del recién nacido previamente se relacionada significativamente de manera positiva.
  
- Se sugiere al director ejecutivo del Hospital Regional de Cusco, implementar el servicio de alojamiento conjunto con dispositivos electrónicos, el cual sirva para difundir información valiosa sobre cuidados del recién nacido que sea accesible para todas las puérperas, independientemente del idioma o creencias culturales, garantizando que la información sea en forma precisa y comprensible, con un solo objetivo: que las madres alcancen a actuar en el tiempo oportuno frente a las necesidades de su recién nacido. Por otro lado, esta implementación puede ayudar a disminuir la carga laboral de las Enfermeras que laboran en dicho servicio.
  
- Se sugiere a la jefa de Enfermería del departamento de Neonatología, crear una guía corta de orientación y consejería precisa, puntual y entendible que aborde los cuidados básicos del recién nacido sano y encontrar el tiempo oportuno para brindar la información que aborde el tema de reconocimiento de signos de alarma, efectos de las vacunas administradas principalmente, que se acerque a sus necesidades específicas, teniendo en cuenta las variadas necesidades sociales, económicas y culturales de las madres, con el objetivo de potenciar el bienestar de los recién nacidos.

- Por otra parte, es importante contar con un programa de capacitación continua para las Licenciadas en Enfermería y Técnicos en Enfermería que laboran en el servicio de alojamiento conjunto sobre el valor de la lactancia materna y cuidados básicos del recién nacido, reconocimiento de signos de alarma, para ampliar y retroalimentar sus conocimientos. Y que estos sean aplicados en la atención del recién nacido diariamente.
  
- Se sugiere a las Enfermeras que laboran en el Hospital Regional de Cusco, en el área de alojamiento conjunto, fortalecer la consejería y orientación en el tema de reconocimiento de signos de alarma y efectos de las vacunas administradas, la importancia de proteger del calor y del frío, además velar porque el procedimiento de contacto de piel a piel y el amamantamiento en la primera hora se mejore. Por ende, incrementar la información que manejan las madres, que acuden de distintas localidades, incrementar su autoconfianza y reducir sus incertidumbres respecto al cuidado del recién nacido, ya sean primerizas o multíparas.
  
- Se sugiere a los profesionales que laboran en el servicio de maternidad promover el parto natural, ya que tiene múltiples beneficios; principalmente facilita la lactancia materna desde las primeras horas de nacido, que es de vital importancia. Además, hay menos dolor y la madre puede brindar un mejor cuidado a su hijo o hija. Por otra parte, incentivar a las mujeres en edad reproductiva que se realicen chequeos preventivos, para disminuir factores de riesgo prevenibles que conllevan a un parto por cesárea.

## Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad neonatal. [Internet].; 2024. Acceso 22 de marzo de 2024. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/newborn-mortality>. (1)
2. Organización Panamericana de Salud. Campaña de los 28 días - Salud del recién nacido. [internet]. Acceso 23 de marzo de 2024. Disponible en: <https://www.paho.org/es/campanas/campana-28-dias-salud-recien-nacido#:~:text=La%20campa%C3%B1a%20de%20d%C3%ADas%2C%20tiempo,reci%C3%A9n%20nacido%2C%20dos%20cometidos%20que>. (2)
3. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. La mortalidad infantil alcanzó un mínimo mundial histórico en 2022, según un informe de las Naciones Unidas. [Internet].; 2024. Acceso 28 de marzo de 2024. Disponible en: <https://www.unicef.org/es/comunicados-prensa/mortalidad-infantil-alcanzo-minimo-mundial-historico-2022>.(3)
4. Diario oficial El Peruano. Mortalidad infantil cayó un 71% en América Latina. Diario oficial El Peruano. 12 marzo 2024: p. 1. (4)
5. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2021. [internet]; 2021. Acceso 11 de marzo de 2024. Disponible en: [https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1838/pdf/cap003.pdf](https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1838/pdf/cap003.pdf). (5)
6. Instituto Nacional de estadística e informática. Perú: Estimaciones y Proyecciones de Población Departamental, por Años Calendario y Edad Simple, 1995-2030. [internet]; 2020. Acceso 11 de marzo de 2024. Disponible en: [https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1722/](https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1722/). (6)
7. Grupo Banco Mundial. Tasa de mortalidad, neonatal (por cada 1.000 nacidos vivos). Grupo Banco Mundial. Disponible en: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.DYN.NMRT?locations=ZJ> (7)
8. Ministerio de Salud. Muerte fetal y neonatal acumulado, Perú 2012 al 2023 y 2024 Hasta la SE 11 - 2024. Viceministerio de salud pública, Centro Nacional de

- Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Disponible <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/sala/2024/SE11/mneonatal.pdf> (8)
9. Ministerio de Salud. RM 828-2013/MINSA Norma técnica de Salud para la atención integral de salud neonatal. Lima: Ministerio de Salud, Lima. Disponible en: [https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/202173/198937\\_RM828\\_2013\\_MINSA.PDF20180926-32492-6v5j7w.PDF?v=1723733552](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/202173/198937_RM828_2013_MINSA.PDF20180926-32492-6v5j7w.PDF?v=1723733552) (9)
  10. Zambrano E. Nivel de conocimiento de las madres sobre el cuidado del recién nacido en la parroquia Tabiázo. Tesis de pregrado. Esmeralda: Pontificia Universidad Católica del Ecuador sede Esmeralda, Esmeralda. Disponible en: <https://repositorio.puce.edu.ec/server/api/core/bitstreams/e408031c-8ddf-4738-9781-7ebbb434e708/content> (10)
  11. Gaón D. Nivel de conocimiento de las madres adolescentes primigestas en el cuidado del recién nacido con enfoque intercultural en el Cantón Cotacachi 2017. [Tesis de pregrado]. Ibarra: Universidad Técnica del Norte; 2018. Acceso 03 de mayo de 2024. Disponible en: <https://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/7962/1/06%20ENF%20929%20TRABAJO%20DE%20GRADO.pdf>. (11)
  12. Meza Torres G, Agüero López N. Conocimientos de puérperas del servicio de alojamiento conjunto de un hospital de alta complejidad sobre los cuidados del recién nacido en el hogar. Revista científica ciencias de la salud. 2021; 3(2): p. 1. Disponible en: [https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/12/1349322/ao8\\_vol3n2-modificado.pdf](https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/12/1349322/ao8_vol3n2-modificado.pdf) (12)
  13. López-Sáleme, Covilla-Pedrozo, Morelo-Castro, Morelos-Gaviria L. Factores culturales y sociales asociados a la lactancia materna exclusiva en San Basilio de Palenque. Enfermería en Costa Rica. 2019; 16(02): p. 5,6. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/03/1051511/26-factores-culturales-y-sociales-asociados-a-la-lactancia-materna.pdf> (13)
  14. Gonzalez Gabilema N., Mera Herrera V. Mitos y verdades desde un enfoque cultural en el cuidado del recién nacido, Myths and truths from a cultural approach in newborn care. Dialnet, Revista Cubana de Reumatología. 2023; 25(4). (14)  
file:///C:/Users/Servidor/Downloads/Dialnet-MitosYVerdadesDesdeUnEnfoqueCulturalEnElCuidadoDel-9454593%20(6).pdf

15. Huamán K., Román J. Factores socioculturales maternos y Práctica de cuidado del recién nacido en el Centro De Salud Micro Red de Chilca-2019. [Tesis de pregrado]. Huancayo; 2019. Acceso 15 de mayo de 2024. Disponible en: <https://repositorio.continental.edu.pe/handle/20.500.12394/13056>. (15)
16. Arias N., Sánchez J., Valdez E. Factores sociales y culturales asociados al conocimiento del cuidado del recién nacido en las madres primíparas del hospital de apoyo Jesús Nazareno, Huamanga, Ayacucho 2022. [Tesis de posgrado]. Callao: Universidad Nacional del Callao; 2022. Acceso 15 de mayo de 2024. Disponible en: <https://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12952/7471/TESIS%20ARIA%20-%20SANCHEZ%20-%20VALDEZ.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. (16)
17. Checa G, Ramos D. Conocimiento del Cuidado del Recién Nacido Sano en Relación a Factores Socioculturales en Puérperas del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, enero – febrero 2018. [Tesis de pregrado]. Arequipa: Universidad Católica de Santa María; 2018. Acceso 10 de mayo de 2024. Disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/server/api/core/bitstreams/aa2a12ba-0472-4295-aab1-cb22ddaaefe3/content>. (16)
18. Cortez Huarcaya C. Factores condicionantes y prácticas en el cuidado del recién nacido por las madres primerizas que se atienden en el Hospital Santa María del Socorro Ica febrero 2018. [Tesis de pregrado]. Ica; 2019. Acceso 18 de mayo de 2024. Disponible en: <https://repositorio.upsjb.edu.pe/backend/api/core/bitstreams/dbb788c2-6ebd-4461-988a-06c4c226a48c/content>. (17)
19. Arévalo F. Nivel de conocimiento y practicas al cuidado al recién nacido en madres del hospital de apoyo San Miguel La Mar Ayacucho-2023. [Tesis de posgrado]. Callao: Universidad Nacional del Callao; 2023. Acceso 10 de mayo de 2024. Disponible en: <https://repositorio.unac.edu.pe/handle/20.500.12952/8504>. (19)
20. Pillaca Quico S., Román Olarte R. Factores asociados a reingreso hospitalario en neonatos con alta precoz, en el Hospital Regional del Cusco y Hospital Antonio Lorena en el año 2021. [Tesis de pregrado]. Cusco: Universidad Andina del Cusco; 2022. Acceso 23 de junio de 2024. Disponible en: <https://repositorio.uandina.edu.pe/item/559a0076-9df4-453c-b122-758efc8c469e>. (20)
21. Girondas Condori A. “Prácticas en el cuidado del recién nacido en madres adolescentes que acuden al Hospital de Quillabamba, Cusco – 2018”. [Tesis de pregrado]. Cusco;

2019. Acceso 24 de junio de 2024. Disponible en: <https://repositorio.uandina.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12557/2948/RESUMEN.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. (21)
22. Anahue Uscamayta V. Relación entre el apego materno y la capacidad de cuidado a recién nacidos en madres atendidas en IPRESS Ocongate, Cusco 2021. [Tesis de posgrado]. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2021. Acceso 21 de junio de 2024. Disponible en: <https://repositorio.unsa.edu.pe/server/api/core/bitstreams/eba6ef65-19da-45e1-9408-80c8996f8ece/content>. (22)
23. Valencia J, Vidal L. Factores sociodemográficos y el nivel de conocimiento de madres adolescentes en el cuidado del recién nacido – Hospital Antonio Lorena 2019 Cusco. [Tesis de posgrado]. Cusco: Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco; 2020. Disponible en: [https://repositorio.unsaac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12918/5132/253T20200027\\_TC.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.unsaac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12918/5132/253T20200027_TC.pdf?sequence=1&isAllowed=y) (23)
24. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. [internet] Acceso 30 de mayo de 2024. Disponible en: <https://dle.rae.es/mercanc%C3%ADas>. (24)
25. Arreaga-Pérez M. Factores que influyen en la conexión a internet en la Ciudadela La Pradera, Manta. Dominio de las ciencias. 2019; 5(2). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7343682> (25)
26. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Estado civil o conyugal del jefe (a) de hogar y ciclo de vida del hogar. [Internet]; 2017. Acceso 30 de abril de 2024. Disponible en: [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitaless/Est/Lib1711/cap03.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitaless/Est/Lib1711/cap03.pdf). (26)
27. Fernández J. El Registro del Estado Civil de las Personas. [Internet] Acceso 30 de abril de 2024. Disponible en: <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/7/3100/5.pdf>. (27)
28. Gutierrez E, Rios P. Género, Generaciones, Edades y Juventud. Scielo. 2006; 14 Disponible en: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-22362006000200002](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22362006000200002) (28).

29. Mansilla M. Etapas del desarrollo humano. Dialnet. 2000; 3(2). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8176557> (29)
30. Mineducación. Sistemas Educativos del Mundo-Capítulo Perú 2017. En Colombia GRd. Sistemas Educativos del Mundo. Colombia; 2017. p. 09. Disponible en: <https://contenidos.mineducacion.gov.co/ntg/men/pdf/PERU.pdf> (30)
31. Espinel C, Aguilar M. Factores que determinan el número de hijos que procrean las mujeres en su periodo fértil en Ecuador. Revista caribeña de Ciencia Sociales. 2019; p. 3. Disponible en: [file:///C:/Users/Servidor/Downloads/Dialnet-FactoresQueDeterminanElNumeroDeHijosQueProcreanLas-9089220%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Servidor/Downloads/Dialnet-FactoresQueDeterminanElNumeroDeHijosQueProcreanLas-9089220%20(1).pdf) (31)
32. Arce L, Rojas K. Factores que influyen en el estilo de vida de los funcionarios de una universidad estatal de Costa Rica: nivel educativo, estado civil y número de niños. [Internet].; 2020. Acceso 15 de mayo de 2024 [página 6]. Disponible en: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/cinn/v12n2/1659-4266-cinn-12-02-400.pdf>. (32)
33. Instituto nacional de estadística. [Internet] Acceso 15 de mayo de 2024. Disponible en: <https://www.ine.es/DEFine/es/concepto.htm?txt=&c=3814&p=33&n=20#:~:text=N%C3%BAmero%20de%20hijos%20nacidos%20vivos,el%20parto%20del%20nacimiento%20considerado.> (33)
34. Rucoba-García A, Niño-Velázquez E. Ingreso familiar como método de medición de la pobreza: estudio de caso en dos localidades rurales de Tepetlaoxtoc. Scielo. 2010; 10(34). Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/est/v10n34/v10n34a8.pdf> (34)
35. Banda A, Álvarez A, Casique L. Cuidados en el recién nacido de acuerdo a creencias y costumbres en diferentes culturas. Acc Cietna para el cuidado de la salud. 2020; 7(1): p. 110,111. Disponible en: <https://revistas.usat.edu.pe/index.php/cietna/article/view/348/782> (35)
36. Diez A. Más sobre la interpretación (II). Ideas y creencias. Scielo. 2017; 37(131). Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0211-57352017000100008](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0211-57352017000100008) (36)
37. Gallardo J., Factores institucionales y atención del parto vertical. establecimientos de salud I-4 Cajamarca 2020. [Internet]. Cajamarca: Universidad Nacional de Cajamarca; 2022. Acceso 25 de mayo de 2024. Disponible en: <https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14074/4739/INFORME%20DE%20TESIS%20FINAL%20->

- [%20FACTORES%20INSTITUCIONALES%20Y%20ATENCI%20c3%93N%20DEL%20PARTO%20VERTICAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y](#). (37)
38. Castro M, Álvarez S. Factores institucionales y cumplimiento de sesiones de psicoprofilaxis obstétrica en primigestas atendidas en el hospital de Acobamba-Huancavelica, 2021. [Internet]. Huancavelica; 2022. Acceso 29 de abril de 2024. Disponible en: <https://apirepositorio.unh.edu.pe/server/api/core/bitstreams/85df8998-bb8c-4616-8dd9-af8103371380/content>. (38)
39. Essalud. Practica segura para evitar las caídas del paciente. [Internet], Lima: Oficina de gestión de calidad; 2021. Acceso 10 de mayo de 2024. Disponible en: <https://repositorio.essalud.gob.pe/bitstream/handle/20.500.12959/2069/Directiva%20de%20pr%20c3%a1cticas%20seguras%20para%20la%20prevenci%20c3%b3n%20de%20ca%20c3%addas%20de%20pacientes.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. (39)
40. Caja costarricense de Seguro Social Gerencia Medica. Manual de Procedimientos Atención del Recién Nacido con estrategia de cuidados centrados en el desarrollo escenario Hospitalario Salud, editor. San José: Código MP.GM.DDSS.190918; 2018. Disponible en: <https://platform.who.int/docs/default-source/mca-documents/policy-documents/operational-guidance/CRI-CH-41-01-OPERATIONAL-GUIDANCE-2018-esp-Manual-de-procedimientos-atenci%C3%B3n-del-reci%C3%A9n-nacido-con-estrategia-de-cuidados-centrados-en-el-desarrollo-escenario-hospitalario.pdf> (40)
41. Fondo de las Naciones Unidas para Infancia. Bien Venido Bebe, Guía completa para el cuidado del recién nacido 0-3 meses. 7th ed. Alvaro A, editor. Uruguay; 2005. Disponible en: <https://www.unicef.org/dominicanrepublic/media/3481/file/Publicaci%C3%B3n%20%7C%20Bienvenido%20beb%C3%A9.pdf> (41)
42. Organización Panamericana de Salud 2022. Curso de capacitación sobre la Iniciativa "Hospital Amigo del Niño" para el personal de maternidad: manual del participante salud Omdl, editor.: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 2022. Disponible en: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56226/9789275326039\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56226/9789275326039_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y) (42)
43. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Manual de atención neonatal. 2nd ed. Neonatóloga P-, editor. Asunción – Paraguay: Departamento de Neonatología, Hospital

- de Clínicas; 2016. Disponible en: <https://www.mspbs.gov.py/dependencias/portal/adjunto/9fac93-MANUALDEATENCINNEONATAL.AUTORIZADOMSPBSRESOLUCINMINISTERIALSGN816.pdf> (43)
44. Ministerio de Salud. Resolución Ministerial N.º 545-2024-MINSA, NTS N° 214-MINSA/DGIESP-2024, Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Neonatal. Lima: Ministerio de Salud, Lima. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/6780375/5874349-resolucion-ministerial-n-545-2024-minsa.pdf?v=1723733430> (44)
45. Gobierno regional de Piura Resolución Ministerial. Plan de Actividades semana de lactancia materna 2023 mes agosto. Sullana: Dirección Regional de Salud Piura hospital de apoyo II-2 Sullana, Piura. Disponible en: [https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/4899047/0507\\_2023.pdf?v=1690231161](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/4899047/0507_2023.pdf?v=1690231161) (45)
46. Organización Mundial de la Salud. Guía para la aplicación: proteger, promover y apoyar la lactancia materna en los establecimientos que prestan servicios de maternidad y neonatología: revisión de la iniciativa hospitales amigos del niño 2018. [Online]; 2018. Acceso 20 de febrero de 2024. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241513807>. (46)
47. Organización Mundial de la Salud. Semana Mundial de la Lactancia Materna 2020. [Online]; 2020. Acceso 26 de mayo de 2024. Disponible en: <https://www.paho.org/es/campanas/semana-mundial-lactancia-materna-2020>. (47)
48. Garcia R. Composición e inmunología de la leche humana. Acta Pediátrica de México. 2011; 32(4). Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/4236/423640330006.pdf> (48)
49. Ministerio de Salud. Resolución Directoral 212-2018- HCH/06. Lima: Hospital Cayetano Heredia, Lima. Disponible en: [https://www.hospitalcayetano.gob.pe/PortalWeb/wp-content/uploads/resoluciones/2018/rd/RD\\_212-2018-HCH-DG.pdf](https://www.hospitalcayetano.gob.pe/PortalWeb/wp-content/uploads/resoluciones/2018/rd/RD_212-2018-HCH-DG.pdf) (49)
50. Tenisi M. Revisión sistemática de los cambios químicos producidos en la composición de la leche humana luego de la pasteurización Holder, Bases para adecuar la fortificación y/o suplementación de nutrientes. [Internet]. Acceso 01 de junio de 2024. Disponible en:

[https://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/79064/Documento\\_completo.pdf-PDFA.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/79064/Documento_completo.pdf-PDFA.pdf?sequence=1&isAllowed=y). (50)

51. Lapeña M, Hernández R. Composición de la leche humana (II). [Internet]. Acceso 02 de abril de 2024. Disponible en: [https://aula.campuspanamericana.com/\\_cursos/curso01417/temario/experto\\_lactancia\\_materna/m1t4-texto.pdf](https://aula.campuspanamericana.com/_cursos/curso01417/temario/experto_lactancia_materna/m1t4-texto.pdf). (51)
52. Ortega-Ramírez M. Recomendaciones para una lactancia materna exitosa. Acta de Pediatría México. 2015; 16(2). Disponible en : [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0186-23912015000200011](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-23912015000200011) (52)
53. Klein A. Mecanismos de termorregulación RN. [Internet]; 2017. Acceso 25 de febrero de 2024. Disponible en: [http://www.saludinfantil.org/guiasn/Guias\\_PMontt\\_2015/Generalidades/Termoregulacion/TermorregulacionRN.pdf](http://www.saludinfantil.org/guiasn/Guias_PMontt_2015/Generalidades/Termoregulacion/TermorregulacionRN.pdf).(53)
54. Fondo de las Naciones Unidad para la Infancia. Sueño seguro: cómo debe dormir el bebé. [Internet].; 2023. Acceso 01 de marzo de 2024. Disponible en: <https://www.unicef.org/uruguay/crianza/primeros-anos/sueno-seguro-como-debe-dormir-el-bebe>. (54)
55. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Qué es el puerperio y las etapas del posparto. [Internet].; 2023. Acceso 20 de marzo de 2024. Disponible en: <https://www.unicef.org/uruguay/crianza/embarazo/que-es-el-puerperio-y-las-etapas-del-posparto>. (55)
56. Lopez M, Hidalgo MDIA. Normas de alojamiento conjunto. Enfermería en Costa Rica. 1994; 17(02): p. 5,6. Disponible en: <https://revista.enfermeria.cr/wp-content/uploads/2021/03/Normas-de-alojamiento-conjunto.pdf> (56)
57. Organización mundial de la salud. Alimentación del lactante y del niño pequeño. [Internet].; 2023. Acceso 03 de marzo de 2024. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>. (57)
- 58 Perú. Ministerio de Salud. NTS N° 196-MINSA/DGIESP-2022 Norma técnica de salud que establece el esquema nacional de vacunación. [Online].; 2022. Acceso 01 de abril de 2024. Disponible en: <https://repositorio.upn.edu.pe/handle/11537/32372> (58)

59. Alvarado L. Adopción del rol maternal de la teorista ramona Mercer al cuidado de Enfermería binomio madre-hijo: reporte de caso en la unidad materno infantil. Redalyc, Revista CUIDARTE. 2024; 2(1). Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2216-09732011000100015](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732011000100015) (59)
60. Moneta M. Apego y pérdida: redescubriendo a John Bowlby. Revista chilena de pediatría. 2014; 85(03). Disponible en: [https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062014000300001&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062014000300001&script=sci_arttext) (60)
61. Ministerio de salud. R.M - N° 537-2017/MINSA. 201806449th ed. Lima: Primera Edición; 2017. Disponible en <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/191049/537-2017-MINSA.pdf?v=1593813764> (61)
62. Hernández-Sampieri, Fernández- Collado C, Baptista-Lucio P. Metodología de investigación. 4th ed. México D.F: Miembro de la Cámara Nacional de la Industria Editorial Mexicana, Reg. Nlim. 736; 2006. Disponible en: <http://187.191.86.244/rceis/registro/Metodolog%C3%ADa%20de%20la%20Investigaci%C3%B3n%20SAMPIERI.pdf> (62)
63. Hernández-Sampieri R, Fernández-Collado C, Baptista-Lucio, P. Selección de la muestra, En Metodología de la Investigación. 6th ed. México; 2014. Disponible en: <https://www.esup.edu.pe/wp-content/uploads/2020/12/2.%20Hernandez,%20Fernandez%20y%20Baptista-Metodolog%C3%ADa%20Investigacion%20Cientifica%206ta%20ed.pdf> (63)