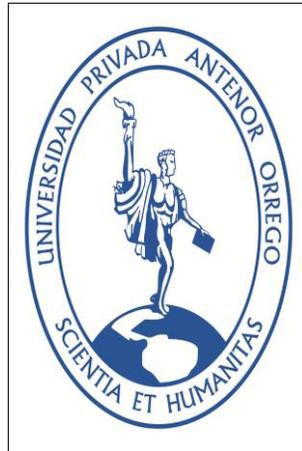


UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD DE LA MADRE DEL
PREMATURO, HACÍA EL MÉTODO MAMÁ CANGURO,
HOSPITAL BELEN DE TRUJILLO, 2014.**

TESIS

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

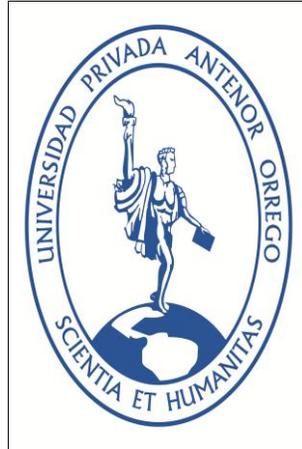
AUTORAS: Bach. JULIANA VANESSA PRADO DIOSES.

Bach. SOLEDAD GABRIELA SORIANO VEGA

ASESORA: DRA. JOSEFA MAGDALENA CABRERA DIAZ.

TRUJILLO – PERÚ
2015

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD DE LA MADRE DEL
PREMATURO, HACÍA EL MÉTODO MAMÁ CANGURO,
HOSPITAL BELEN DE TRUJILLO, 2014.**

TESIS

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

AUTORAS: Bach. JULIANA VANESSA PRADO DIOSES.

Bach. SOLEDAD GABRIELA SORIANO VEGA

ASESORA: DRA. JOSEFA MAGDALENA CABRERA DIAZ.

TRUJILLO – PERÚ
2015

DEDICATORIA

*A mí querida Familia por su apoyo incondicional y
guía en mi etapa universitaria, a pesar de la distancia
que nos separa, los amo.*

*A mi tía Blanquita y prima Ruth, por sus
consejos, apoyo moral y económico. Las quiero
con todo mi corazón.*

*A mis Amores, Esposo e hijo, Carlo Mario y Mario
Joaquín, por ustedes que llenan de amor mis días y
son mi motor y motivo para seguir creciendo profesionalmente.*

Gabriela

*A mis queridos padres por su apoyo incondicional,
por estar a mi lado siempre apoyándome en cada decisión
que he tomado para seguir creciendo como persona y en lo
profesional.*

Al amor de mi vida mi hijo Fabián.

Vanessa

AGRADECIMIENTO

A JEHOVA, por darnos la vida y la vocación de servicio para cuidar a sus hijos enfermos, por darlos la fortaleza y paciencia en elaborar y culminar nuestro trabajo de investigación y poder continuar con nuestra labor, por guiarnos a elegir a nuestra asesora la Doctora Josefa Cabrera Díaz a su paciencia, experiencia y dedicación en corregir nuestros errores, y a todas aquellos profesionales involucrados en realizar este trabajo de investigación, y finalmente a todas y cada una de las madres participantes que se dieron un tiempo en escucharnos y responder los cuestionados elaborados, muchas gracias a todos.

Gabriela y Vanessa

TABLA DE CONTENIDOS

DEDICATORIA.....	i
AGRADECIMIENTO.....	iii
TABLA DE CONTENIDOS	iv
LISTA DE TABLAS.....	v
LISTA DE GRAFICOS.....	vi
RESUMEN	vii
ABSTRACT	viii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MATERIAL Y METODOS.....	38
III. RESULTADOS.....	47
IV. DISCUSIÓN	53
V. CONCLUSIONES	62
VI. RECOMENDACIONES	63
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	64
ANEXOS.....	71

LISTA DE TABLAS

Pág.

Tabla Nº 1

Distribución numérica y porcentual del nivel de conocimiento de la madre del prematuro hacia el método mamá canguro en el Hospital Belén de Trujillo 2014.....47

Tabla Nº2

Distribución numérica y porcentual de la Actitud de la madre del prematuro hacia el método mamá canguro en el Hospital Belén de Trujillo 2014.....49

Tabla Nº3

Distribución numérica y porcentual de la Relación entre el nivel de conocimiento y la actitud de la madre del prematuro hacia el método mamá canguro, Hospital Belén de Trujillo 2014.....51

LISTA DE GRAFICOS

Pág.

Gráfico N° 1

Distribución porcentual del nivel de conocimiento de la madre del prematuro hacia el método mamá canguro en el Hospital Belén de Trujillo 2014.....48

Gráfico N°2

Distribución porcentual de la Actitud de la madre del prematuro hacia el método mamá canguro en el Hospital Belén de Trujillo 2014.....50

Gráfico N° 3

Distribución porcentual de la Relación entre el nivel de conocimiento y la actitud de la madre del prematuro hacia el método mamá canguro, Hospital Belén de Trujillo 2014.....52

RESUMEN

La presente investigación se realizó con el propósito de determinar la relación entre el nivel de conocimiento y la actitud de la madre del prematuro hacia el método mamá canguro, Hospital Belén de Trujillo.

El tipo de estudio fue descriptivo, correlacional, porque describe la relación entre las variables identificadas en esta investigación. La muestra de estudio estuvo constituida por 25 madres con hijos prematuros según criterios de inclusión y exclusión establecidos; las variables a investigar fueron el nivel de conocimiento y la actitud materna del prematuro respecto al método mamá canguro, los instrumentos que se utilizaron fueron: 1^{er} cuestionario sobre nivel de conocimiento de la madre del prematuro hacia el método mamá canguro, y el 2^{do} Cuestionario sobre Nivel de actitud de la madre del prematuro hacia el método mamá canguro Hospital Belén de Trujillo.

Las conclusiones fueron, el nivel de conocimiento del método mamá canguro fue alto en el 72% de las madres; medio en el 12% y bajo en el 16%. La actitud de la madre del prematuro hacia el método mamá canguro fue positiva en el 80% de los casos y negativa en el 20%. Por lo que existe una relación altamente significativa entre el nivel de conocimiento y actitud de la madre del prematuro, hacia el método mamá canguro con $P = 0.00 < 0.05$ es decir a que a mayor relación de conocimiento de la madre del prematuro hacia el método mamá canguro, su actitud será positiva.

Palabras Clave: Nivel de conocimientos, actitud materna, prematuro, mamá canguro.

ABSTRACT

This research was conducted in order to determine the relationship between the level of knowledge and attitude of the mother of premature towards the mother kangaroo, Bethlehem Hospital of Trujillo method.

The type of study was descriptive, correlational, cross type. The study sample consisted of 25 mothers of premature according to inclusion and exclusion criteria established; The variables investigated were the level of knowledge and attitude of early breast respect to breast kangaroo, instruments used were: 1st questionnaire on knowledge level of the mother of premature towards breast kangaroo, and the 2nd Questionnaire Level attitude towards the mother of premature breast kangaroo method Trujillo Bethlehem Hospital.

The conclusions were, the level of knowledge of breast kangaroo was high in 72% of mothers; medium in 12% and under 16%. The attitude of the mother of premature towards the mother kangaroo was positive in 80% of cases and negative in 20%. So there is a highly significant relationship between the level of knowledge and attitude of the mother of prematurity, towards the breast kangaroo with $P = 0.00 < 0.05$, the greater the relationship of knowledge of the mother of premature towards breast method kangaroo, his attitude is positive.

Keywords: Level of knowledge , maternal attitude , premature mama kangaroo.

I. INTRODUCCION

La prematurez continúa siendo uno de los principales problemas de salud pública aun en los países desarrollados, pero en especial, en aquellos con dificultades sociales, menor educación y control inadecuado de la salud. De acuerdo con la definición de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) se considera prematuro a todo niño que nace después de las 20 semanas y antes de las 37 semanas completas de gestación. (24)

Los nacimientos prematuros representan el 11.1% de los nacimientos vivos del mundo. Según la O.M.S, el nacimiento prematuro a nivel mundial es de 15 millones, más de un nacimiento por cada diez recién nacidos nace prematuramente y más de 1 millón de niños mueren cada año, debido a complicaciones del nacimiento prematuro, siendo esta la causa principal de muerte en recién nacidos, actualmente es la segunda causa principal de muerte después de la neumonía en niños menores de 5 años. (25, 26)

Datos estadísticos denotan que más del 60% de los nacimientos prematuros se producen en Asia (34,2%), y África (21,1%). Once son los países con las tasas de nacimientos prematuros con más del 15%, estos son: Malawi 18.1%, Congo 16.7%, Comoras 16.7%, Zimbabue 16.6%, Guinea Ecuatorial 16.5%, Mozambique 16.4%, Gabón 16.3%, Pakistán 15.8%, Indonesia 15.5%, Mauritania 15.4%, Botsuana 15.1%, todos

menos 2, están en África Subsahariana (región con las tasas de mortalidad infantil más altas del mundo), ya que Pakistán e Indonesia se encuentran en el continente Asiático (26).

Las desigualdades en las tasas de supervivencia en el mundo son crudas, la mitad de recién nacidos a las 24 semanas, en países de altos ingresos como por ejemplo Mónaco, Suiza, Dinamarca, entre otros sobreviven, pero en países de bajos ingresos como Haití, Pakistán, Nigeria, Cuba, entre otros, la mitad de los recién nacidos a las 32 semanas siguen muriendo debido a la falta de atención efectiva, factible, y económica, tales como el calor, apoyo a la lactancia y cuidados básicos para las infecciones y dificultades respiratorias (ONU,2012, ONU,2013).

La O.M.S. refiere que la tasa de prematuridad a nivel Latinoamericano alcanzó menos del 10% para el año 2010. Según Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), publicada en el periodo 2011, en el Perú, la tasa de proporción de nacidos vivos con edad gestacional menor de 37 semanas es de 15,8%.

Según el Instituto Nacional de Estadísticas e Informática (INEI), en la región La Libertad año 2011, la tasa de proporción de nacidos vivos con edad gestacional menor de 37 semanas es de 11,6%, con una estimación para el 2013 de 14,5%. A nivel local, en el Hospital Belén de Trujillo, periodo 2012 fue de 12,8% (457 prematuros), en el 2013 desde Enero a

Diciembre fue de 13,0 % (511 prematuros), en el Hospital Regional Docente de Trujillo desde Enero-Diciembre del 2012 fue de 18,25%. A nivel departamental, Ica es el más elevado con un 24,4 %, Loreto y Cajamarca con 7,9% con la tasa más baja (15, 22).

En el informe mundial actualizado sobre los Objetivos del Milenio, se establece que el mejoramiento de la atención del recién nacido en el primer mes de vida es esencial para reducir la tasa de mortalidad infantil. El mayor porcentaje de fallecidos se encuentra en los grupos de peso inferior a 1,000 grs al nacer y más en los menores de 650 grs, donde se centran el mayor grado de secuelas con riesgo de discapacidad a largo plazo. La primera semana de vida es la más vulnerable en cuanto al riesgo de mortalidad neonatal de allí que las primeras 24 horas son determinantes en el futuro del niño (24, 26).

Según la O.M.S., considera prematuro a todo recién nacido vivo antes de que se hayan cumplido 37 semanas de gestación. Los niños prematuros se dividen en subcategorías en función de la edad gestacional: prematuros extremos (<28 semanas), muy prematuros (28 a <32 semanas), prematuros moderados a tardíos (32 a <37 semanas). (24)

Para clasificar la prematuridad según el peso, este debe valorarse en relación con la edad gestacional y es adecuado cuando está entre percentiles 10 y 90. Cuando es inferior al percentil 10, se trata de un

recién nacido de bajo peso para su edad gestacional. Genéricamente puede llamarse bajo peso al que tiene menos de 2500 g. de peso; el recién nacido de muy bajo peso es inferior a 1500 g. y el recién nacido de bajo peso extremo es inferior a 1000 g. (4).

Al establecer la relación entre los parámetros de peso y edad gestacional, podemos subdividir a la población de pre términos, en peso elevado, peso adecuado y bajo peso para su edad gestacional, situación que condicionará la probabilidad de determinar la morbilidad postnatal. Siendo como causas, las enfermedades directas de muerte materna como las infecciones graves, trastornos hipertensivos del embarazo, hemorragias y abortos. (17) (18)

Los distintos factores citados actúan principalmente acortando la duración del embarazo, pero pueden también dificultar la nutrición, el crecimiento celular y lesionar directamente al feto. Este podrá sufrir, además, agresiones secundarias a su mayor vulnerabilidad durante el parto y en los primeros días de vida, sobre todo si la asistencia no es correcta, la consecuencia final es una inmadurez de todos los órganos y funciones, lo que condiciona una peculiar expresión clínica y complicaciones inmediatas o tardías, seguidas ocasionalmente de secuelas (9, 17).

Las características físicas del neonato prematuro están en relación con la edad gestacional en el momento del nacimiento, cuanto mayor es el grado de inmadurez del niño, más pronunciadas serán las diferencias externas en comparación a un neonato a término, presentando características importantes como, el peso, casi siempre inferior a 2.5 Kgr, de aspecto delgado, frágil, brillante y rosada, presenta una fina capa de vello llamado lanugo, la cabeza puede parecer desproporcionada en relación al cuerpo, brazos y piernas bastante largos, tiene muy poca cantidad de grasa parda, orejas poca desarrolladas, muy pegadas a la cabeza, con poco o nada de cartílago, tiene un pene muy pequeño y es posible que los testículos no hayan descendido o un clítoris prominente debido a que los labios circundantes todavía no están desarrollados, es frecuente que se mueva un poco y cuando lo haga sea con movimientos bruscos debido a su inmadurez neurológica (9).

De acuerdo con esto, cuanto menor sea la edad gestacional, más graves y frecuentes serán los problemas de adaptación en los sistemas cardiorrespiratorio, digestivo, neurológico, renal, y de termorregulación, poniendo en peligro la vida del prematuro. En el sistema cardiovascular destaca la existencia de taquicardia variable, que alcanza hasta las 200 pulsaciones por minuto (en el recién nacido a término oscila entre las 110-170 latidos/min.), si bien es posible apreciar bradicardia de hasta 70 latidos por minutos y embriocardia, que no constituye un signo de

sufrimiento del musculo cardiaco. Son frecuentes los soplos funcionales y transitorios (34).

La radiografía y ecografía confirman la cardiomegalia fisiológica, con una silueta cardiaca más alta y de diámetro transversal más ancho que en el recién nacido a término. La punta late en el cuarto espacio intercostal izquierdo. En la circulación periférica se comprueba aumento de la permeabilidad y una disminución de la resistencia de los capilares. Estos trastornos circulatorios centrales y periféricos contribuyen a explicar la tendencia del prematuro a la hipotensión, así como la cianosis, la hipotermia y la facilidad para presentar hemorragias y edemas (17).

En el aparato respiratorio el prematuro presenta, inestabilidad de la caja torácica, debilidad de los músculos costales, bronquios colapsables, desarrollo incompleto de los alveolos y de los capilares sanguíneos, zona reducida para el intercambio gaseoso, y producción inadecuada del fosfolípido surfactante, que es la sustancia que reduce la tensión superficial en los pulmones, siendo deficiente en los lactantes de pre término (9, 31, 33).

Los pulmones no maduran en su totalidad sino hasta después de la semana 35 de gestación. Además, hasta la 34^a o la 36^a semana maduran los alveolos del pulmón fetal, los centros respiratorio inmaduros de los neonatos prematuros no responden con facilidad al aumento de

niveles de presión parcial de dióxido de carbono (PaCO_2), como ocurre en el caso de los recién nacidos a término, uno de los grandes problemas que plantean los prematuros es el llamado síndrome de sufrimiento respiratorio, que se caracteriza por respiración diafragmática, fluctuaciones en la frecuencia respiratoria y episodios esporádicos de apnea que duran hasta unos diez segundos (respiración periódica), la respiración periódica no provoca cianosis generalizada y no debe confundirse con los verdaderos episodios de apnea, la cianosis generalizada indica un estado grave de sufrimiento respiratorio (6, 31).

El aparato digestivo del prematuro es deficitario en alguna de sus funciones y con una inmadurez anatómica; la coordinación de la succión y deglución no aparece hasta las 32-34 semanas. Dada la escasa fuerza de la musculatura de la boca que a menudo es incapaz de succionar (6, 17).

El estómago es de capacidad muy reducida (oscila entre 5-30 ml) en forma de tubo. Presenta además un cardias poco desarrollado que favorece el reflujo gastroesofágico, así como una dilatación transitoria del píloro, que también afecta al duodeno y explica las retenciones gástricas biliosas de los primeros días, que luego ceden espontáneamente. El desarrollo neuromuscular también es deficitario, por lo que la motilidad es insuficiente, las secreciones son escasas. La delgadez de la musculatura y la debilidad de los movimientos peristálticos explican la facilidad para la

distensión por gases (meteorismo) y la tendencia al estreñimiento (17, 31, 33).

El hígado participa también en la inmadurez general, siendo causa de hipoglucemia, hipoproteinemia, hipoprotobinemia, hipoconvertinemia, e ictericia acentuada. El hígado inmaduro, plantea graves problemas durante el periodo neonatal inmediato. Los niveles de bilirrubina aumentan con más rapidez que en los niños a término debido a que el hígado es incapaz de procesar la bilirrubina. La hipoglucemia del recién nacido se debe a bajas reservas de glucógeno hepático. Los niveles inferiores de proteína en suero, la deficiencia de los factores de coagulación sanguíneos y la conjugación y detoxificación deficiente de ciertos fármacos son atribuibles a inmadurez hepática (4, 17).

En el sistema nervioso central, como todos los demás órganos está inmaduro, el prematuro manifiesta una somnolencia más exagerada que el recién nacido a término, lo que dificulta su alimentación. A la luz reacciona intensamente (reflejo óculo-cervical, muy característico del prematuro). Los movimientos son más lentos o perezosos, su fuerza es mínima, tiene hipotonía y los reflejos propios del recién nacidos están disminuidos, es difícil evaluar los ciclos de sueño y vigilia en el neonato prematuro. Duerme con mayor tranquilidad en medios térmicos neutro, presenta poco llanto espontáneo antes de la semana 30 a la 32. A partir

de este momento, expresa hambre mediante llanto. Solo se presenta succión rítmica no nutritiva después de la semana 32 de gestación (4,17).

Los riñones y las estructuras urinarias que se relacionan son inmaduros, no concentran bien la orina o excretan grandes cantidades de líquido. Además, la excreción de fármacos toma más tiempo. La capacidad de amortiguación de los riñones es baja lo que predispone al neonato a sufrir acidosis por reducción de la excreción de bicarbonato y ácido, albuminemiaglucozilada y hematuria discreta, frecuente acidosis hiperclorémica, somnolencia y anormal excreción de fosfatos, de interés en la patogenia de la osteopatía de los prematuros (31, 33).

El sistema inmunitario del prematuro, está propenso a infecciones debido a la deficiente respuesta inmunológica contra agentes infecciosos, a consecuencia de un nivel mínimo de anticuerpos de Ig G la cual se adquiere de modo principal en el último trimestre, la IgA e IgM provienen del calostro circulantes en el plasma, insuficiente fagocitosis e incapacidad de localizar la infección (los leucocitos de los lactantes de pre término no funcionan muy bien para combatir las bacterias) (17, 31).

Considerando que la piel del recién nacido de pre término es delgada, transparente y cubierta de vello abundante, se aprecia mayor proporción de pérdidas insensibles de agua, un prematuro de entre 1000 y 1500 gr., puede perder 2 a 4 ml/kg./hora; y los menores de 1000 hasta

5 a 7 mL./Kgr./hora, en particular en lactantes menores de 30 semanas de gestación, dato importante para su tratamiento y cuidado (31, 33).

Uno de los aspectos más importantes en el cuidado de los prematuros muy pequeños, es regular su propia temperatura, mantener una temperatura corporal estable es muy difícil para el prematuro, a consecuencia de la debilidad, hipoactividad y subdesarrollo muscular, el prematuro no puede producir la cantidad de calor adecuado, es incapaz de adaptarse a los cambios de ambiente, su centro termorregulador situado en el cerebro no está plenamente desarrollado (9, 31).

En general, los prematuros necesitan incubadoras provistas de circulación de aire filtrado, óptima temperatura ambiental, concentraciones convenientes de oxígeno y humedad, y un fácil acceso para atenderlo adecuadamente, las incubadoras pueden salvar la vida de los niños con precaria estabilidad termal, más aún en los primeros días de vida.

En las incubadoras, se obtiene calor por convección pero se pierde calor por evaporación, conducción y radiación, es por ello que la enfermera debe observar a los lactantes constantemente para detectar signos de tensión por frío como bradicardia, lapsos de apnea, cambios de color, hipoglicemia y acidosis metabólica, signos clínicos que agravarían el estado de salud del prematuro (9).

Otro aspecto vital e importante a tener en cuenta en el cuidado del niño prematuro, son los problemas que se presentan como retrasos o una relación anormal entre padres e hijos, preguntándonos, ¿el vínculo afectivo entre padres e hijos, les hace daño?, muchos de los neonatos prematuros, experimentan menos contactos que los recién nacidos a término, debido a un aislamiento necesario para la supervivencia del mismo (13).

Sin embargo, el trato habitual que se les brinda a los padres, muchas veces basado en una creencia, por cierto totalmente errónea, de que los cuidados del recién nacido depende exclusivamente de los profesionales de la salud, derivada en las rígidas normas hospitalarias en las que la palabra “no” figura en todos los lugares, por ejemplo, los horarios estrictos para ingresar a la unidad, provocan que los padres se sometan a un régimen inadecuado, impidiéndoles en algunos casos, el establecimiento de una buena relación (4).

En un informe de la O.M.S., se recomienda: “Es esencial para la salud mental, que el recién nacido tengan una relación íntima, cálida y continua con su madre, en la que los dos encuentren alegría y satisfacción”. Por lo tanto concluye que: “ser un padre exitoso implica un duro trabajo” (24).

El vínculo es la función biológica elemental para la supervivencia del niño, porque le brinda amor, seguridad y protección, y comienza antes del nacimiento, probablemente desde que se sabe que la mujer está embarazada, sin embargo, es comprensible que se intensifique al nacimiento, por lo cual esa primera etapa posterior al nacimiento tiene una importancia relevante, la separación de un bebé de sus padres en el periodo inmediato del postparto, aunque necesaria para proporcionar el cuidado y/o tratamiento adecuado, cuando está seriamente enfermo, puede resultar sumamente desfavorable para el establecimiento de la interacción normal de padres a hijo (9).

Como consecuencia de ello existe en las instituciones hospitalarias, una permanente preocupación por el bienestar del niño que se enfrenta con la enfermedad y la separación de su entorno familiar y ambiental, así como la búsqueda de alternativas para humanizar esta experiencia.

El quehacer profesional de enfermería cumple un rol muy importante dentro de esta problemática del país, en lo que se refiere a contribuir en la disminución de los índices de morbilidad perinatal en prematuros, por ello requiere desarrollar capacidades cognitivas, técnicas y actitudinales para enfrentar no solo a un prematuro, sino también a toda la familia que se encuentra en un estado de desaliento y descontrol emocional.

Una de las tareas más importantes de la enfermera es la de proporcionar conocimientos a los padres, teniendo en cuenta que para garantizar la efectividad de la enseñanza deberá tener en cuenta factores como: edad, grado de instrucción, conocimiento previos, habilidad para aprender, estado de salud, disponibilidad para aprender siendo de mucha importancia tomar en cuenta la forma como se incorpora los conocimientos en la medida de que estos contribuyan a modificar conductas erradas y mejorar día a día de forma permanente y constante creando estilos de vida saludable para la pronta mejoría y recuperación del niño(3).

Los seres humanos se han enfrentado siempre al reto, teórico y práctico a la vez, de aumentar sus conocimientos y de transformar la realidad circundante y así han ido acumulando saberes sobre el entorno en el que viven (20).

Para Mario Bunge el conocimiento está constituido por un cuerpo de ideas comunicables, que puede ser: fundadas, ordenadas, coherentes, claras y precisas; o vagas y difusas. En tal sentido contrasta dos tipos de conocimiento; el conocimiento científico y el conocimiento ordinario, en los cuales existen diferencias y semejanzas. El primero es el resultado de la ciencia y, por sobre todas las cosas, de la investigación científica, caracterizado por ser factico (racional-objetivo), sistemático, metódico y verificable; el segundo denominado también como conocimiento común o

empírico, es el resultado de la vida cotidiana, fundamentalmente de la experiencia común, limitado a hechos observados, usualmente singulares vagos e inexactos (36).

Desde el punto de vista filosófico Salazar Bondi, distingue dos formas de definir el conocimiento; primero, considerando el conocimiento como un acto, y segundo el conocimiento como un producto. En la primera definición asume que, el conocimiento es un acto o proceso psíquico que realizamos en cuando somos conscientes, y consiste en percibir, intuir y observar un hecho, propiedad o cosa del mundo, directamente por medio de los sentidos. En el conocer, el sujeto toma contacto con el objeto pero de una manera no física, pues la aprehensión o capacitación cognoscitiva propiamente dicha es de naturaleza psíquica. Y en la segunda definición afirma que, el conocimiento es una formulación de los hechos, los caracteres o las propiedades de los objetos. Dicho en otras palabras el conocimiento desde este enfoque viene a ser el producto del acto de conocer (36).

El conocimiento entendido como resultado, producto o contenido significativo, se puede adquirir, acumular, transmitir, examinar, medir y derivar unos de otros. Distingue además dos niveles de conocimiento, En el nivel vulgar; los conocimientos se adquieren en forma espontánea o natural, está estrechamente vinculado con los impulsos más elementales del hombre, sus intereses y sentimientos y por lo general se refieren a

problemas inmediatos que la vida le plantea. El sujeto trabaja con intuiciones vagas y razonamientos no sistemáticos, ganados un poco al azar. La organización metódica y sistemática de los conocimientos permite pasar del saber vulgar al científico (20).

En el nivel científico; se caracteriza por ser selectivo, metódico y sistemático, se basa constantemente en la experiencia y busca explicar racionalmente los fenómenos. Lo cual le da un carácter riguroso y objetivo, y hace que el, sin perder su esencia teórica, sea eficaz instrumento de dominio de la realidad. La ciencia es un saber que se apoya en observaciones metódicas en procesos racionales claramente definidos, precisos y ordenados. En este aspecto el conocimiento filosófico es exactamente igual al científico, con la diferencia que aborda problemas más difíciles de resolver, objetos más huidizos a la captación y además aplica permanentemente la crítica a sus propios métodos y principios (20).

No obstante las diferentes formas de definir el conocimiento, tanto los científicos como los filosóficos, coinciden en que todas, de una manera o de otra, conocemos, y que gracias al conocimiento el hombre orienta su existencia en el mundo y aprende a dominar su realidad (20).

Por lo tanto, el conocimiento es personal, en el sentido de que se origina y reside en las personas, que lo asimilan como resultado de su

propia experiencia (es decir, de su propio “hacer”, ya sea físico o intelectual) y lo incorpora a su acervo personal estando “convencidas” de su significado e implicaciones, articulándolo como un todo organizado que da estructura y significado a su distintas “piezas”. Sirve de guía para la acción de las personas, en el sentido de decidir qué hacer en cada momento porque esa acción tiene en general por objetivo mejorar las consecuencias, para cada individuo, de los fenómenos percibidos (38).

Se puede concluir que el conocimiento se adquiere mediante una pluralidad de procesos cognitivos: percepción, memoria, experiencia, razonamiento, enseñanza-aprendizaje, testimonio de terceros, etc. Por lo que el conocimiento es una capacidad humana y no una propiedad de un objeto como puede ser un libro. Su transmisión implica un proceso intelectual de enseñanza aprendizaje. Trasmitir una información es fácil, mucha más que transmitir conocimiento. Esto implica que cuando hablamos de gestionar conocimiento, queremos decir que ayudamos a personas a realizar esa actividad (38).

Por otro lado se debe de tomar en cuenta los sentimientos y actitudes de los padres y de la familia, es una buena forma de entender y atender las necesidades del núcleo familiar y es una estrategia para vincularlos en el cuidado de su hijo prematuro hospitalizado de manera que se puedan satisfacer las necesidades del niño y su familia, es decir

ser capaces de mantener su auto cuidado y su capacidad de cuidado al dependiente (3).

A pesar de la larga historia de investigación sobre las actitudes, no existe una definición aceptada universalmente. Existiendo una multitud de definiciones de las actitudes, entre las cuales por conveniencia de la investigación, se toma la definición clásica de Allport “Una actitud es un estado mental y neurofisiológico de disponibilidad, organizado por la experiencia que ejerce una influencia directa sobre las reacciones del individuo hacia todos los objetos o todas las situaciones que se relacionan con ellas (35, 37).

De esta manera se suele aceptar que la actitud constituye una predisposición organizada del sujeto para pensar, percibir, sentir y comportarse hacia un referente u objeto cognitivo. Evidentemente entre definición, se relaciona fenómenos de naturaleza diferente. Se trata de una estructura perdurable de creencias que predisponen al individuo a comportarse de manera selectiva hacia los referentes de actitud (37).

De este modo podemos diferenciar tres dimensiones que configuran la actitud: El Componente cognitivo; los conocimientos que una persona tiene de un objeto, podrán ser más o menos erróneos, o muy parciales, pero por sí mismos son suficientes para fundamentar una actitud.

El Componente emocional; se ha considerado siempre como el componente fundamental de la actitud, donde un objeto es posible y probable que se asocien con sentimientos de agrado y desagrado a tal conocimiento, especialmente si los referentes son de alguna importancia (interés, valor) para el sujeto.

El Componente conductual; hacen referencia a intenciones conductuales o tendencias de acción en relación a una actitud. Es el aspecto dinamizador de la actitud. Se trata de una consecuencia de la conjunción de los dos componentes anteriormente citados. Por lo tanto, las actitudes son evaluaciones aprendidas sobre una determinada persona, comportamiento, creencia o cosa, la facilidad con que se modifican las actitudes dependen de muchos factores, como los siguientes (28) (35).

Fuente del mensaje: las características de una persona que transmite un mensaje persuasivo, conocido como comunicador de actitudes, ejercen un efecto importante en su eficacia. Los comunicadores, física y socialmente atractivos generan un mayor cambio de actitud que los menos atractivos. Además, la experiencia y veracidad de un comunicador se relacionan con el efecto del mensaje (28).

Características del Mensaje: en las actitudes influye no solo quién transmite un mensaje, sino como lo hace. En general, los mensajes con

dos posturas implícitas que comprenden tanto la posición del comunicador como aquella contra la que argumenta, son más efectivos que los mensajes con una sola postura, suponiendo que los argumentos de la postura contraria refuta con eficacia y el receptor conoce el tema. Características del objetivo: una vez que el comunicador transmite un mensaje, las características del objetivo del mensaje determinan si este se acepta (11, 28).

El término "actitud" ha sido definido como "reacción afectiva positiva o negativa hacia un objeto o proposición abstracto o concreto denotado". Las actitudes pueden resultar positivas o negativas, según faciliten u obstruyan la manera que la persona tiene de afrontar su realidad en cada momento de su vida. Así una actitud positiva al enfrentar una nueva tarea en el trabajo y de dificultad mayor, sería por ejemplo el considerarla una oportunidad de desarrollo laboral, de ser más especialista en lo que hace, de demostrar que aprende en poco tiempo y lo hace bien, un reto a las propias capacidades etc. (28, 32, 35).

Mientras una actitud negativa al enfrentar la misma nueva tarea, en otra persona puede quedar reflejada en la autorreflexión "¿más trabajo? Esto no me gusta", o "se están aprovechando de mi buena voluntad". De modo que las actitudes son la disposición con que afrontamos la realidad en todo momento, pudiendo siempre elegir qué tipo de actitud adoptaremos ante tal o cual evento. Entonces, decir que desde

la perspectiva de las actitudes, estas importan más que la situación en particular, debido a que van a determinar de manera significativa los resultados que vamos a tener en esa situación (35).

Se pueden distinguir dos tipos de teorías sobre la formación de las actitudes. La Teoría del aprendizaje: Al aprender nuevos conocimientos, se intenta recoger toda la información posible para poder realizar un cambio en nuestra conducta, partiendo de la nueva información adquirida. El aprendizaje de estas actitudes puede ser reforzado mediante experiencias agradables. Y la Teoría de la consistencia cognitiva: al estudiar algo nuevo, intentamos memorizarlo mediante la relación de lo que vamos a aprender con lo que ya sabemos, esto nos llevará a que a la hora de acordarte de lo nuevo memorizado será más fácil recordarlo (35).

Las distintas técnicas utilizadas en la medida de las actitudes pueden ser clasificadas en directas o indirectas en función de que la persona a la que se van a medir las actitudes sepa que están siendo medidas o no. En este sentido, son técnicas directas aquellas en las que el sujeto sabe que su actitud está siendo medida, y son técnicas indirectas aquellas que el sujeto no sabe que su actitud está siendo evaluada. Las técnicas indirectas a su vez pueden ser de dos tipos: técnicas en las cuales el sujeto no sabe que está siendo observado y

técnicas en que el sujeto es consciente de que está siendo observado, pero no de que su actitud está siendo evaluada (28).

Por todo lo antes expuesto, se tiene que las variables en estudio: conocimiento y actitud fueron la base fundamental para que se haya realizado la presente investigación, sus definiciones fueron esclarecidas a fin de ser medidas en la aplicación del método mamá canguro en un hospital local de la ciudad de Trujillo-Perú.

Además se dice que, un parto prematuro, independientemente de todos los problemas inherentes a la salud, trae consigo una obligada adaptación de los padres, en especial de la madre, a una situación diferente de la que habían idealizado, que inevitablemente produce alteraciones emocionales de menor o mayor intensidad (19).

En el “Modelo de Adaptación” de Sor Callista Roy, descrito en el libro de Marriner, se define la Adaptación “al proceso y al resultado por lo que las personas, que tienen la capacidad de pensar y de sentir, como individuos o como miembros de un grupo, son conscientes y escogen la integración del ser humano con su entorno”; La meta de enfermería para Roy, finalmente es promover la adaptación para los individuos y los grupos en los cuatro modos adaptativos, así como contribuir a la salud, a la calidad de vida y en el presente caso ayudarle a superar la situación de salud de su hijo prematuro (1, 19).

El nivel de adaptación de una persona es “un punto que cambia constantemente y está compuesto por estímulos focales, contextuales y residuales que representan el estándar de la gama de estímulos con el que la persona puede reaccionar por medio de respuestas normales de adaptación”, en el presente estudio, los estímulos que influyen en los modos de adaptación de los padres para con la situación de su hijo prematuro son: la situación misma de prematuridad y gravedad del niño, el medio ambiente hospitalario a veces hostil y discriminador y finalmente las experiencias previas de la gestación y sentimientos de culpabilidad. (19)

Como consecuencia de la alteración de roles de los padres al afrontar la situación de su recién nacido prematuro hospitalizado, se enfoca otro concepto de la teoría, en el Modo adaptativo de desempeño de roles, el cual atiende a los roles que asume la persona en sociedad; las personas desempeñan roles primarios, secundarios y terciarios, manifestados por medio de conductas instrumentales que se definen como: “la manifestación física real de un comportamiento” y las conductas expresivas son los sentimientos, actitudes, afinidades y discrepancias que una persona muestra hacia un determinado rol o su forma de manifestación (19).

El rol primario es determinante en la mayor parte de la expresión conductual de una persona a lo largo de un determinado periodo de su

vida, y está fijado por la edad, el sexo y la fase de desarrollo; este modo se verá afectado por la situación que viven los padres de un niño prematuro que requiere ser hospitalizado para garantizar su supervivencia y recibir los cuidados profesionales acordes con la necesidad, lo cual pone en peligro la estabilidad emocional de la pareja por disminuir su papel central y fundamental de ser padres, disminuyendo su valor para con la sociedad (19, 27).

Sin embargo, durante los últimos años se ha avanzado mucho en los conocimientos sobre la interacción entre los recién nacidos y sus padres, el impacto de la prematuridad sobre los padres y la familia es enorme, de ahí la importancia de su apoyo. En condiciones ideales los padres participan en estos cuidados tempranos al reconocer que ellos también sufren privación y estrés, se sienten inseguros sobre el futuro de su bebé y a menudo no aptos, tristes, culpables o enojados. Estas emociones se alivian algo, si ellos se les dan la oportunidad de acunar y cuidar a su bebé vulnerable (7).

Es por ello que en la actualidad existen programas de enriquecimiento intensivo que proporcionan servicio médico y educativo para los padres e hijos, demostrando una mejora en los resultados evolutivos a corto plazo de los niños prematuros, una forma de lograr la participación de los padres es mediante el método mamá canguro, que consiste en mantener al recién nacido prematuro y de bajo peso,

ligeramente vestido, contra el pecho del adulto (contacto piel a piel), de la misma manera que los marsupiales (como el canguro cuyas camadas nacen antes de término de la gestación), permitiendo un establecimiento y una mejor utilización de los recursos humanos y tecnológicos disponibles, siendo eficaz y fácil de aplicar (5, 23).

En el Instituto Materno Infantil de Santa Fe de Bogotá en Colombia, desde Setiembre de 1979, los Doctores. Edgar Rey y Héctor Martínez, iniciaron un cambio en el manejo tradicional del prematuro y del niño de bajo peso al nacer. El nuevo manejo se denominó “Programa Madre Canguro”. El nombre se deriva de la similitud que existe entre la forma como la canguro carga a sus crías. El “Programa Madre Canguro”, surgió, a raíz de un periodo de sobrepoblación de recién nacidos, alta mortalidad neonatal, infecciones cruzadas intrahospitalarias y limitaciones de recursos (5, 21).

Este modelo puede aplicarse tanto en los países desarrollados como en los países tecnológicamente menos desarrollados o en vías de desarrollo como en el Perú, que tienen a su disposición, pero de manera limitada, los recursos económicos, técnicos y humanos. Pero sobre todo, el Programa Madre Canguro garantiza el fortalecimiento del nexo estrecho entre la madre y el hijo, brinda el apoyo y el balance emocional necesario. Combina el tratamiento en el hospital, con el ambulatorio y en el hogar (21).

Según El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el costo estimado por día, en una unidad de cuidados intensivos para prematuros en Estados Unidos, es aproximadamente de 3000 a 5000 dólares, en países en vías de desarrollo, se estima en 200 dólares, mientras que, en contraste, en el programa tan solo cuesta 4,6 dólares (21).

UNICEF ha acompañado y apoyado el desarrollo de la Metodología Madre Canguro. Desde 1979, esta innovación ha sido replicada en la mayoría de los países latinoamericanos, en varios países europeos, en diversos Estados de Norteamérica, en Asia y en África. La metodología ha sido adoptada en sitios tan diversos como en el Instituto Nacional de la Madre y el Niño en Lima (Perú). El Hospital Belén de Trujillo es el primer y único que utiliza este método en la Región (7, 21).

Según una publicación de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) Save the Children, escribió “La gente cree que los prematuros necesitan cuidados intensivo de alta tecnología, pero tenemos métodos simples que realmente funcionan y salvaría cientos de miles de vidas,” “Estos bebés nacen demasiado pronto, pero no nacen para morir”, “Sus muertes son totalmente prevenibles” del mismo modo, la Dra. Mason Elizabeth, Directora de Salud Materna, del Recién Nacido, del Niño y del Adolescente, declaro “El cuidado esencial del recién nacido es especialmente importante para los que nacen prematuros,” “Esto significa

mantenerlos calientes, limpios y bien alimentados y garantizar que los recién nacido, que tienen dificultades respiratorias, obtengan atención inmediata”. Considera tres intervenciones de bajo costo que son muy eficaces, pero no utilizadas comúnmente, sin embargo en nuestra investigación nos enfocamos sobre el método mamá canguro (23).

Este programa propone dos objetivos fundamentales, el primero corresponde en suplir la insuficiencia de recursos materiales: la incubadora es reemplazada por la madre, de esta manera el prematuro puede continuar su crecimiento en el seno materno que le proporciona calor, alimento y protección contra las infecciones intrahospitalarias, de otra parte, la incubadora podrá ser utilizada para un recién nacido que la necesite más urgentemente. El segundo objetivo trata de evitar la separación prolongada de la madre y su recién nacido prematuro, al mantenerlo cargado, permitiendo limitar, e inclusive suprimir, a veces, el periodo de separación entre la madre y su hijo (5).

Teniendo en cuenta los dos objetivos propuestos, el método mamá canguro puede ser utilizado para alcanzar solo uno de ellos o los dos a la vez, así puede ser aplicado de tres formas: como alternativa frente a la incubadora, sustituto de las incubadoras y para limitar la separación entre la madre y su hijo (5).

Las ventajas del método mamá canguro son: los relacionados con su termorregulación y su alimentación, es estimulado permanentemente por los latidos cardíacos, los movimientos respiratorios, la voz, la actividad y la presencia de la madre, los riesgo de infección son limitados, proporcionando beneficios tanto para el prematuro como para la madre, en el prematuro, disminuye las infecciones, regula la frecuencia cardíaca y respiratoria, aumenta la regulación de la fase del sueño, disminuye el llanto, mejora la ganancia de peso, mantiene estable la temperatura, favorece el binomio madre-hijo, promueve el contacto físico, beneficia la lactancia materna (9, 23).

Para la madre, facilita la lactancia materna, disminuye el temor, ansiedad y abandono, encuentra significado como madre, domina el cuidado del niño, promueve la participación activa en el cuidado, desarrolla un mejor sentido de protección. Para la institución, disminuye costos de atención, facilita la alta hospitalaria precoz, disminuye el índice de infecciones intrahospitalarias, ofrece un mayor cubrimiento, racionaliza el recurso humano y técnico disponible, y disminuye el hacinamiento (5, 9).

Según la O.M.S., para el prematuro que va a ser puesto en canguro, es necesario haber superado antes cualquier tipo de patología, debe respirar espontáneamente, sin oxígeno adicional, su único problema debe ser la autorregulación de la temperatura corporal, la capacidad de

alimentarse (mamar y tragar) no constituye un requisito indispensable, se puede iniciar durante la fase de alimentación por sonda, estas recomendaciones deberían adecuarse a la situación de la región , el sistema de salud, el centro de salud y el contexto individual. (23).

A las familias que estén en capacidad de aplicar el método y que acepten seguir todas las reglas e indicaciones, esto requiere una excelente motivación, disciplina y compromiso, y una amplia disponibilidad, después de recibir la información sobre el método, deberá decidir si acepta el compromiso de formar parte del programa. (5, 9).

Cuando se cumplan las condiciones, se hará la preparación de la puesta en posición canguro, debe de estar en contacto directo piel a piel las 24 horas del día (sin embargo de acuerdo a los lineamientos de cada lugar donde se lleva a cabo este programa el tiempo puede ir de 1 a 24 horas) en posición vertical con la cabeza más alta que su cuerpo, entre los senos de su madre o el pecho de su padre o cualquier persona sana que esté motivada, a su vez la cabeza extendida con la mejilla recostada sobre un lado, los brazos sobre los senos y las caderas en flexión y abducción (posición de rana), se debe tener mucho cuidado de mantener libre y permeable la vía aérea (5, 9, 23).

El contacto piel a piel, la proximidad con la madre, sus caricias, su voz, su latido cardíaco, son considerados como elementos importantes en

la estimulación de la respiración del niño, evitándose así las apneas. El contacto continuo, ayuda al niño a mantener una adecuada temperatura corporal, y genera el desarrollo de un lazo emocional estrecho entre la madre y su hijo (5).

Si la temperatura ambiental oscila entre 22 y 24° C, el bebé al que se transporte en posición canguro no llevará más ropa que el pañal, un gorro y unos calcetines que lo abriguen. Si la temperatura desciende por debajo de los 22° C, el bebé deberá llevar una camiseta de algodón sin mangas y abierta por la parte delantera, de manera que el rostro, el pecho, el abdomen y las extremidades permanezcan en contacto piel a piel con el pecho y el abdomen de la madre. Posteriormente, la madre se cubrirá a sí misma y al bebé con su ropa habitual., para su comodidad la madre puede sostener a su bebé con una tela, faja de lycra o algodón para permitir mayor seguridad, libertad de movimientos y menos interferencia con las actividades diarias (5, 9).

La duración, de la posición está determinada por el mismo niño, pues muestra su inconformidad e incomodidad, manotea, patalea, llora y se estira, esto ocurre cuando se acerca a la fecha de término de 40 semanas de edad gestacional y logra un peso alrededor de 2000 gr. Se permite retirarlo de la posición canguro por cortos periodos de tiempo y únicamente para el cambio de pañal y la lactancia materna (5, 9).

Mientras esté en posición canguro solo se le realizará aseo de la cavidad oral con agua, evitar el cubrimiento del ombligo para favorecer la colonización de la flora materna, el área genital se asea con agua, la limpieza en partes contaminadas con material fecal u orina se realizará con un paño o trapo de algodón húmedo y tibio, si hay necesidad de limpiar otras partes de cuerpo, deberá hacerse con agua y enjuagando con cuidado, no se debe bañar al prematuro con un peso inferior de 2000 gr. (5, 9).

Teniendo en cuenta el peso de los prematuros y su dificultad para alimentarse durante periodos prolongados, se opta por alimentarlo con mucha frecuencia y a intervalos regulares, la alimentación materna debe empezar en la medida de lo posible, desde el nacimiento, siendo este alimento adaptable a recién nacidos frágiles como los de bajo peso, permitiendo evitar manipulación y preparaciones dudosas con leche artificial, proporcionándole a la vez anticuerpos indispensable para su crecimiento y desarrollo (5, 23, 24).

La alimentación del prematuro puesto en posición canguro es solo con leche materna en forma exclusiva y a libre demanda, la cual no solo satisface las necesidades nutricionales, sino también, forman la base del desarrollo saludable de la personalidad. El proceso de succión está íntimamente relacionado con el comienzo del desarrollo intelectual, con la formación de una relación materno-infantil, y la necesidad del pequeño y

su bienestar. La alimentación también constituye, la base para la primera exploración del pequeño con el medio que lo rodea y para superar su primera tarea de desarrollo de la vida, es decir que confían en sí mismo y el mundo que lo rodea (6).

Lo que se ha señalado hasta el momento lleva a suponer que las perturbaciones en cuanto al desarrollo, específicamente la parte psíquica del niño, provienen, no tanto de que sea prematuro, como de que el vínculo que desde antes del nacimiento se establece entre la madre y su hijo, se vea alterado por la separación que causa la incubadora o cualquier intervención que excluya a la madre del cuidado de su niño (9). A pesar de las precauciones tomadas en Bogotá (país pionero de la mencionada metodología), no se han podido evitar algunos fracasos como deceso o re-hospitalización del prematuro a causa de una inadecuada aplicación del método (5, 8,9).

Todas las madres, independientemente de su edad, número de partos, educación, cultura y religión, pueden aplicar el Método Mamá Canguro (MMC). El Método Mamá Canguro (MMC) puede resultar especialmente indicado para madres adolescentes y para aquellas amenazadas por factores de riesgo social. Conviene describir cuidadosamente a la madre los diversos aspectos que conforman este método: la posición, las opciones de alimentación, la atención en la institución y en el hogar, lo que puede hacer y lo que no debe hacer. Hay

que explicarle las ventajas y las implicaciones de este tipo de cuidados para ella y para su bebé y exponerle en todo momento las razones que subyacen a toda recomendación. La adopción del Método Mamá Canguro (MMC) debería ser el resultado de una decisión informada y en ningún caso debería percibirse como una obligación.

Este desarrollo, el sentir de madre, comienza con el contacto inicial de madre e hijo, cuando la madre toca (al principio tímidamente) y luego abraza a su hijo; todo este proceso se logra desde el momento en que la madre acepta participar en el tratamiento de su niño como “Mamá Canguro”, ayudando a que el crezca y desarrolle satisfactoriamente.

Mamá canguro implica, ser consciente de que su desempeño dentro del método se reviste de amplia responsabilidad, constancia y dedicación hacía su bebé prematuro; brindándole un ambiente propicio para su crecimiento y desarrollo, satisfaciendo sus necesidades fisiológicas, psicológicas y protección física, teniendo un conocimiento que no entorpezca el estado de salud de su prematuro y con una actitud positiva.

Se encontraron algunas investigaciones que ponen en práctica el método mamá canguro, dentro de las cuales tenemos:

Espejo, E. (2012) en su estudio titulado “Conocimiento y actitud de las madres acerca del método madre canguro”, realizado en el servicio de

intermedios neonatal en el Hospital Alberto Sabogal, Lima- 2012, refiere lo siguiente: que del 100%(30), 80%(24) no conocen acerca del método mamá canguro y 20%(6) conocen. Al determinar las actitudes de las madres acerca del método madre canguro, el 57%(17) muestra indiferencia, 23%(7) aceptación y 20%(6) rechazo. (10).

Fernandez F. et. al., en Cuba en el 2012, realizaron un estudio de intervención, pre experimental, descriptivo, con el objetivo de implementar el método madre canguro como alternativa al método convencional en la atención a los recién nacidos pre-términos y de bajo peso, encontraron que el 70,9% de las madres estuvieron satisfechas con los logros alcanzados al implementar el método madre canguro. (12)

La presente investigación se justifica, porque viviendo es un país en vías de desarrollo, contando con una tecnología avanzada insuficiente o siendo ésta limitada, es prioritario dar a conocer a los padres con hijos prematuros, sobre la metodología madre canguro, como alternativa a un tratamiento eficaz. El método mamá canguro, trae innovación y presenta una atención segura y humanizada, que incluye a los padres a ser los protagonistas principales en la recuperación de su recién nacido prematuro, siendo aplicada también, en la mayoría de los países latinoamericanos, así como en varios países europeos, en diversos Estados de Norteamérica, en Asia y en África (21).

Se justifica también por la alta tasa de mortalidad neonatal y prematuridad, de 11,0 % para el año 2010 y de 15,8 % para el 2012 respectivamente, donde las enfermedades perinatales están consideradas como la tercera causa de muerte, sobre todo en neonatos prematuros, requiriendo de una atención especializada, que le permita la supervivencia con calidad de vida y la participación continua de los padres, siendo el método mamá canguro una alternativa segura y eficaz (15).

La enfermera es el personaje clave que enfatiza la prestación del cuidado profesional con calidad en la atención materno infantil, en la que diseña actividades relacionadas con la enseñanza, orientación, supervisión de los diferentes aspectos fisiológicos, psicológicos, sociales del recién nacido y su entorno.

En la función educadora del profesional de enfermería, tiene que dar oportunidad a los padres para aprender y cuidar a su bebe, ser modelo del cuidado y ser apoyo, consejera y amiga, siendo una de las tareas más importantes el de proporcionarle conocimiento a los padres, especialmente a la madre que es protagonista directa, estos conocimientos contribuirán a modificar conductas erradas y mejorar día a día de forma permanente y constante creando estilos de vida saludable para así facilitar la mejoría y recuperación del bebé (18).

El rol de la enfermera en el método mamá canguro se dirige hacia la educación que se imparte a los padres, equipo de salud, con el objetivo de favorecer la aceptación, adaptación a nuevas técnicas de estudio que favorezcan a mejorar la sobrevivencia del prematuro, asimismo busca la adaptación emocional, psicológica en el cuidado del niño en el ambiente hospitalario y posteriormente en el hogar.

La enfermera ayuda a los padres en desarrollar la capacidad materna, paterna y autosuficiente, teniendo en cuenta sus diferencias culturales, hábitos y costumbres, creencias y actitudes que puedan afectar la interpretación que se brinda a los padres en las recomendaciones acerca del método, por ello la enfermera debe reunir los conocimientos sólidos del método mamá canguro especialmente en las tres dimensiones de termorregulación, lactancia materna exclusiva y estimulación temprana.

Adicionalmente la madre debe poseer una base de conocimientos que le permita responder a los cuidados, ya que el contacto madre-hijo proporciona estimulación y satisfacción afectiva, teniendo en cuenta las características socio-culturales, para favorecer una comunicación asertiva y el desarrollo eficaz del método mamá canguro.

Ante lo mencionado surge la inquietud de conocer el nivel de conocimiento y la actitud de la madre del prematuro, enfatizando la importancia de su participación para el logro eficaz del método y asegurar

el crecimiento y desarrollo óptimo del prematuro. Según la situación expuesta, es que queremos dilucidar la siguiente interrogante de investigación:

¿EXISTE RELACIÓN ENTRE EL NIVEL CONOCIMIENTO Y LA ACTITUD DE LA MADRE DEL PREMATURO HACÍA EL MÉTODO MAMÁ CANGURO, HOSPITAL BELÉN DE TRUJILLO 2014?

Objetivos

Objetivo General

Determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento y la actitud de la madre del prematuro hacia el método mamá canguro, Hospital Belén de Trujillo 2014.

Objetivos Específicos

- Identificar el nivel de conocimiento de la madre del prematuro hacia el método mamá canguro.
- Identificar la actitud de la madre del prematuro hacia el método mamá canguro.

Hipótesis

H1 Existe relación significativa entre el nivel de conocimiento y la actitud de la madre del prematuro hacia el método mamá canguro.

II. MATERIAL Y METODO

2.1. Material de estudio

2.1.1 Universo Muestral:

Estuvo constituido por el total de 25 madres con sus respectivos neonatos prematuros que se encontraron realizando el método mamá canguro en el Servicio de Neonatología del Hospital Belén de Trujillo en los meses de Febrero-Abril del 2015.

2.1.2. Criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de Inclusión:

- Madre que realiza el método mamá canguro.
- Madre con hijo prematuro sin complicaciones
- Madre con hijo prematuro con un peso inferior a 1800 gr.

Criterios de Exclusión:

- Madre con hijo de bajo peso al nacer que requieran de cuidados especiales por patología agregada.
- Madre que abandone el método mamá canguro.
- Madre que no desee participar en el estudio.

2.1.3 Unidad de análisis:

Cada una de las madres que pertenezca al programa Mamá Canguro del Servicio de Neonatología del Hospital Belén de Trujillo.

2.2. Método

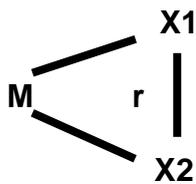
2.2.1 Tipo de estudio:

El presente estudio es descriptivo-correlacional porque describe la relación entre dos o más variables en un momento específico (30).

2.2.2 Diseño de investigación:

El diseño de estudio no experimental de corte transversal busca evaluar la relación que existe entre el nivel de conocimiento y la actitud de la madre del prematuro hacia el método mamá canguro. (14)

Según Hernández



Dónde:

- **M:** Madre que pertenezca al programa mamá Canguro del Hospital Belén de Trujillo.
- **X1:** Nivel de conocimiento de la madre
- **X2:** Actitud de la madre
- **r:** Relación entre el nivel de conocimiento y la Actitud de la madre del prematuro hacia el método mamá canguro.

2.2.3 Operacionalización de variables.

❖ Variable X1

- **Definición Conceptual: Nivel de conocimiento de la madre del prematuro hacia el Método Mamá Canguro (MMC).**

Es el conocimiento acerca del método mamá canguro que adquiere la madre del niño prematuro, mediante una pluralidad de procesos cognitivos: percepción, memoria, experiencia, razonamiento, enseñanza-aprendizaje y que debe tener un cierto nivel, para que la madre pueda orientar su existencia plasmada en el ejercicio de su rol y aprender a dominar su nueva realidad (20, 38).

- **Definición operacional: Nivel de conocimiento sobre el Método Mamá Canguro (MMC).**

- Nivel Alto: 10-14 puntos
- Nivel Medio: 5-09 puntos
- Nivel Bajo: 0 - 4 puntos

❖ Variable X2

- **Definición Conceptual: Actitud de la madre del prematuro hacia el Método Mamá Canguro (MMC).**

La actitud de la madre del niño prematuro constituye una predisposición organizada para pensar, percibir, sentir y comportarse

hacia la aplicación del método mamá canguro, es decir, evidenciar una reacción afectiva positiva o negativa, según faciliten u obstruyan la manera en que esta tenga que afrontar la nueva situación (35, 37).

▪ **Definición Operacional: Actitud de la Madre del prematuro hacia el método mamá canguro (MMC).**

- Actitud positiva: 11-20 puntos.
- Actitud negativa: 0-10 puntos.

2.2.4 Instrumentos de recolección de datos.

Para la recolección de los datos, primero se realizó los trámites administrativos en la Dirección, Departamento de Enfermería y Departamento Neonatología del Hospital Belén de Trujillo a fin de obtener la autorización y las facilidades pertinentes, luego de su aprobación se llevó a cabo las coordinaciones con los Jefes del Servicio de Neonatología (Médico y Enfermera Jefe) a fin de iniciar la recolección de datos, aplicándose previo el consentimiento informado a las madres participantes(anexo 01).

El procedimiento de recolección de información en el presente trabajo de investigación se basó en la aplicación de 2 instrumentos:

El primero: Cuestionario sobre el Nivel de Conocimiento de la madre del prematuro hacia el método mamá canguro, que constó de dos partes: La primera se refirió a los datos generales; Ítems relacionados con edad, número de hijos, procedencia y tiempo de estancia hospitalaria del recién nacido prematuro. La segunda parte estuvo formulada en 14 ítems en el que cada respuesta correcta valió 1 punto y la incorrecta 0 puntos, estructurado con el propósito de determinar el nivel de conocimiento por parte de la madre del prematuro hacia el método mamá canguro, dicho instrumento fue respondido en un tiempo no mayor a 20 minutos (anexo 2).

El segundo: Cuestionario referido a la Actitud de la madre del prematuro hacia el método mamá canguro, constó de 10 ítems en el cual se hizo uso de una Escala de tres niveles de respuesta, con puntajes correspondientes a lo solicitado de 0 a 2 puntos, para su aplicación se tomó un tiempo no mayor a los 10 minutos (anexo 03).

Terminada la aplicación de los dos instrumentos se procedió a la revisión de todas las preguntas con el objetivo de verificar que todas las respuestas hayan sido marcadas en su totalidad.

2.2.5 CONTROL DE CALIDAD DE LOS INSTRUMENTOS.

Validez y Confiabilidad:

Validez:

Para la validez de los instrumentos se utilizó la validación por expertos o crítica de jueces. Los instrumentos fueron evaluados por 6 expertos profesionales de la salud (2 Médicos y 4 Enfermeras) quienes emitieran sus juicios, los mismos que permitieron modificar algunos ítems de los instrumentos a utilizar (anexo nº 4)

Prueba Piloto:

Los instrumentos fueron sometidos a prueba piloto en el Hospital Nacional Madre Niño “San Bartolomé” de Lima-Perú, para conocer su comprensión, practicidad y tiempo de aplicación de dicho instrumento; así como para proporcionar la base necesaria y confiabilidad del mismo.

Confiabilidad:

Se determinó a través de la prueba estadística del coeficiente Alpha de Cronbach, aplicado a la prueba piloto obteniéndose los siguientes resultados (anexos 5 y 6).

TEST	VALOR DE ALPHA DE CRONBACH	NÚMERO DE CASOS	NÚMERO DE ÍTEMS
Cuestionario sobre Nivel de conocimiento de la madre hacía el método	0.719	17	14

mamá canguro del prematuro			
Cuestionario sobre la actitud de la madre hacia el método mamá canguro del prematuro	0.789	17	10

2.2.6 Procedimientos para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humanos

La recolección de datos se realizó teniendo en cuenta el consentimiento informado, permitiéndonos contribuir a un procedimiento científico con proyección y beneficio social, mediante el cual se precisó y respetó no solo los objetivos del consentimiento informado sino también sus elementos, en el caso de las madres que no accedieron a participar en la encuesta, se respetó de igual modo la decisión de cada uno de ellas. Dicha información (consentimiento informado) fue comunicada oralmente por una de las autoras, permitiéndonos responder ante cualquier inquietud sobre el cuestionario a aplicar.

De esta manera se respetó la dignidad y derechos de cada una de las participantes garantizando que la información obtenida por parte de ellas, se mantuvo en el anonimato, de esa manera ayudó a respaldar el estudio, delimitando el ámbito de acción.

El principio del respeto por la dignidad humana comprende también el derecho de las personas a ser informadas y a tomar voluntariamente la decisión sobre su participación en un estudio, tal información implica que el investigador describa detalladamente a los posibles sujetos de investigación, la naturaleza del estudio, el derecho que tienen a reusarse a participar y las responsabilidades del investigador.

Por lo anteriormente mencionado y para garantizar a las participantes la confidencialidad y el anonimato se elaboró un documento de consentimiento informado (anexo 01).

2.2.7 ANALISIS ESTADISTICO DE DATOS

Los datos recolectados a través de los instrumentos utilizados, fueron automatizados para crear una base de datos usando el software Microsoft Excel 2010 y utilizando el Software estadístico SPSS Versión 18.0, se realizó lo siguiente:

Las distribuciones de frecuencias simples para cada variable en estudio; se presentó en cuadros y gráficos estadísticos, visualizando las proporciones de madres, en los diferentes niveles de conocimiento sobre el manejo del método mamá canguro del prematuro; Así como también en el nivel de actitud frente al método mamá canguro.

Además, se obtuvieron las distribuciones de frecuencias bidimensionales, según nivel de conocimiento y actitud de las madres en el manejo del método mamá canguro del prematuro, presentándolos además en gráficos de barras comparativas; posteriormente se realizó la prueba de independencia o prueba Chi-Cuadrado para establecer si hay alguna relación significativa ($p < 0.05$) en cuanto a los criterios de clasificación de las variables en estudio, haciendo uso de las tablas de contingencia. Considerando también las medidas de asociación para escala ordinal Tau-c de Kendall que nos indicó si existió una asociación positiva o negativa para determinar su relación.

III.- RESULTADOS

Tabla N° 01

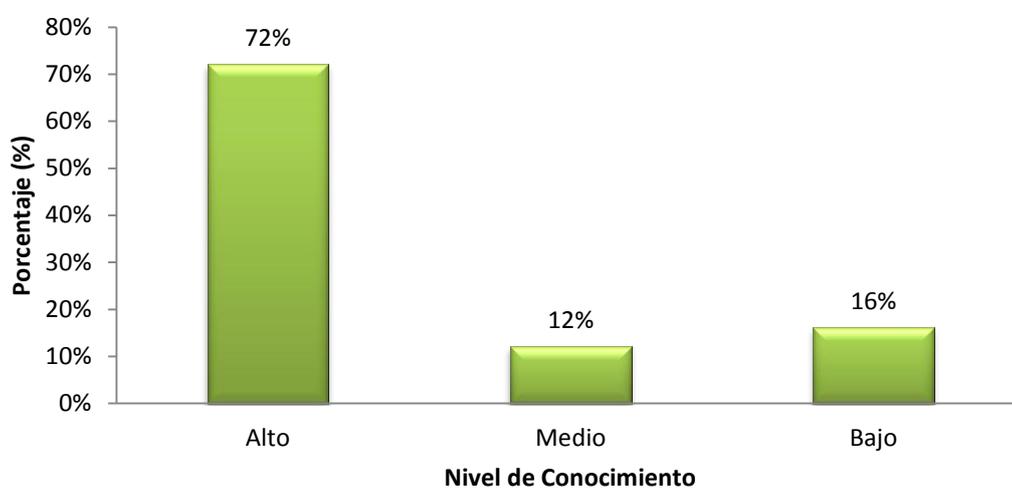
Nivel de conocimiento de las madres del prematuro hacía el método mamá canguro en el Hospital Belén de Trujillo, 2014.

Conocimiento	Fi	%
Alto	18	72
Medio	3	12
Bajo	4	16
Total	25	100

FUENTE: Cuestionario sobre el nivel del conocimiento de la madre del prematuro hacía el método mamá canguro.

Gráfico N° 01

Nivel de conocimiento de la madre del prematuro hacía el método mamá canguro en el Hospital Belén de Trujillo, 2014:



FUENTE: Cuestionario sobre el nivel del conocimiento de la madre del prematuro hacía el método mamá canguro.

Tabla N° 02

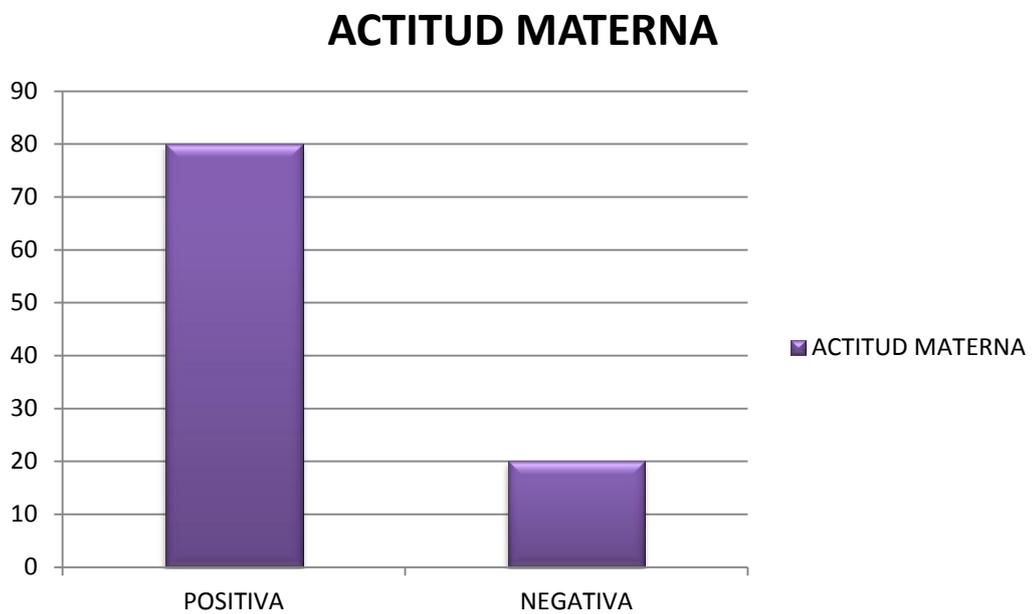
**Actitud de la madre del prematuro hacia el método mamá canguro
en el Hospital Belén de Trujillo. 2014**

Actitud	Fi	%
Positiva	20	80
Negativa	5	20
Total	25	100

**FUENTE: Cuestionario sobre la actitud de la madre del prematuro
hacia el método mamá canguro**

Gráfico 02

**Actitud de la madre del prematuro hacia el método mamá canguro
en el Hospital Belén de Trujillo, 2014:**



**FUENTE: Cuestionario sobre la actitud de la madre del prematuro
hacia el método mamá canguro.**

Tabla N° 03

**Relación entre el nivel de conocimiento y la actitud de la madre del prematuro hacia el método mamá canguro, Hospital Belén de Trujillo
2014**

Nivel de Conocimiento	Actitud Materna				Total	
	Positiva		Negativa		N°	%
	N°	%	N°	%		
Alto	18	72	0	0	18	72
Medio	2	8	1	4	3	12
Bajo	0	0	4	16	4	16
Total	20	80	5	20	25	100

$\chi^2 = 20.833$

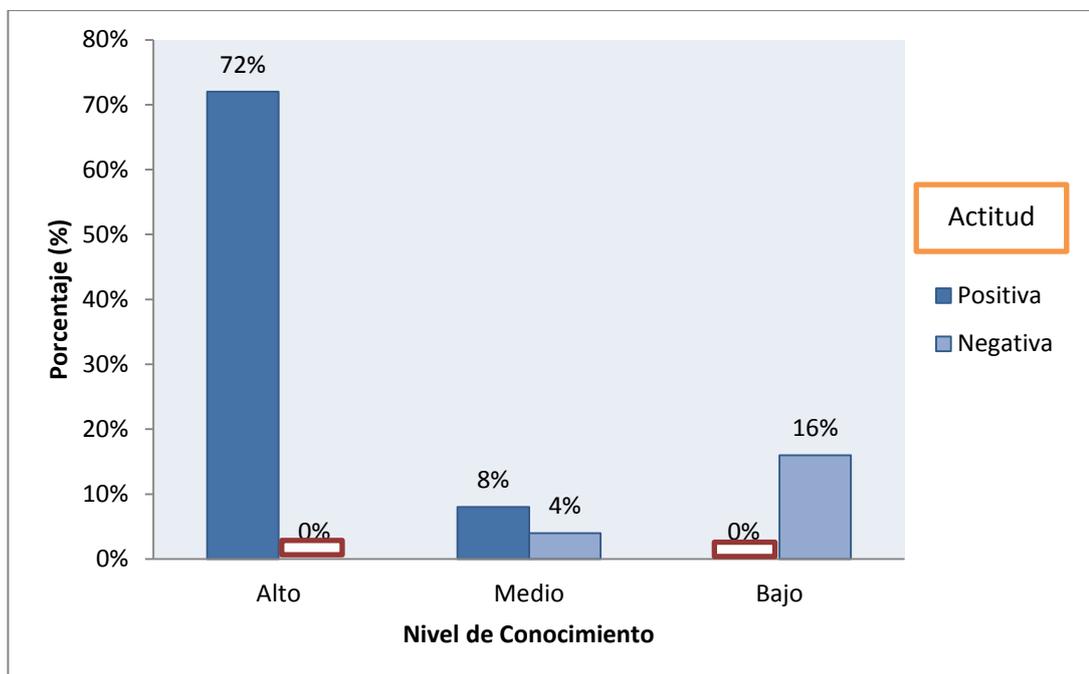
g.l. = 2

P = 0.00 < 0.05

Fuente: Cuestionario sobre el nivel del conocimiento y actitud de la madre del prematuro hacia el método mamá canguro

Gráfico N° 03:

Relación entre el nivel de conocimiento y la actitud de la madre del prematuro hacia el método mamá canguro, Hospital Belén de Trujillo periodo 2014



Fuente: Cuestionario sobre el nivel del conocimiento y actitud de la madre del prematuro hacia el método mamá canguro.

IV. DISCUSIÓN

El presente estudio se realizó para determinar la relación entre el nivel de conocimiento y la actitud de la madre del prematuro hacia el método mamá canguro, Hospital Belén de Trujillo.

La totalidad de la muestra estudiada estuvo compuesta por madres de neonatos prematuros que realizaron la técnica mamá canguro, como parte de un programa de atención con participación materna ofrecida por este nosocomio; en donde las variables de interés correspondieron al nivel de conocimiento y la actitud materna en relación a este programa; condiciones que fueron precisadas por medio de la aplicación de cuestionarios previamente validados en poblaciones similares.

En la **tabla N° 1** se describe el nivel de conocimiento de la madre del prematuro hacia el método mamá canguro; se observa que el 72% (18) de las madres tiene un nivel de conocimiento alto, seguido de 16% (4) que presenta nivel de conocimiento bajo, y el 12% (3) presenta un nivel de conocimiento medio.

Los hallazgos encontrados difieren con los de Espejo, E., Lima, 2012, realizó una investigación sobre “Conocimiento y actitud de las madres acerca del método madre canguro”, sus resultados mostraron

que del total de madres, el 80% no conocen acerca del método mamá canguro y 20% si conocen. (10)

Es importante recalcar que el nivel de conocimiento que posea la madre, sirve de guía para la ejecución de acciones, en el sentido de decidir qué hacer en cada momento según lo estipule el método mamá canguro. Esas acciones tienen por objetivo general mejorar la calidad de vida del recién nacido prematuro y los miembros de su familia (38).

El conocimiento entendido como resultado, producto o contenido significativo, puede ser adquirido, acumulado, transmitido, medido y derivado unos de otros; el conocimiento vulgar de la madre se adquiere en forma espontánea o natural, está estrechamente vinculado con los impulsos más elementales del ser humano, sus intereses, sentimientos y por lo general se refieren a problemas inmediatos que la vida le plantea y que a veces no son esperados, como la situación de prematuridad de su recién nacido. La madre trabajará con intuiciones vagas (pueden ser producto de la experiencia de ser madre) y razonamientos no sistemáticos, ganados un poco al azar. La organización metódica y sistemática de los conocimientos permite pasar del saber vulgar al científico (20).

Por lo tanto, una de las tareas más importantes de la enfermera es la de proporcionar conocimientos a las madres, teniendo en cuenta

que para garantizar la efectividad de la enseñanza deberá tener en cuenta factores como: edad, grado de instrucción, conocimientos previos, habilidad para aprender, estado de salud y disponibilidad para aprender siendo de mucha importancia tomar en cuenta la forma como se incorpora los conocimientos en la medida de que estos contribuyan a modificar conductas erradas y mejorar día a día de forma permanente y constante creando estilos de vida saludable para la pronta mejoría y recuperación del recién nacido prematuro (3).

Para la presente investigación, los niveles altos de conocimiento (72%) de las madres hacia el método mamá canguro posiblemente se debe a que el programa está liderado por enfermeras capacitadas en el área, considerando que el Hospital Belén de Trujillo es el uno de los hospitales de nivel III que cuenta con un servicio de neonatología bien implementado y es el centro de referencia de la región para tratar casos de niños prematuros y sus complicaciones, el cual viene ejecutando sus actividades ya desde hace muchos años.

El diseño de la estrategia educativa debe ser flexible, disponer de recursos humanos dedicados a capacitación individualizada, visitas de monitoreo y evaluación familiar, que contribuyen a afianzar el apoyo, disipar dudas, temores y en la correcta aplicación de las actividades prácticas del programa educativo método mamá canguro.

En la **tabla N° 2** se describe la proporción de madres participantes según la actitud de las mismas hacía el método mamá canguro; se observa que el 80% de las madres presentaron actitud positiva para la aplicación de este método y 20% presentaron una actitud negativa.

Los resultados encontrados se asemejan al de Fernández F, et al., en Cuba, 2012, quienes realizaron una “Implementación del método Madre Canguro como Alternativa al Método Convencional en Neonatos de Bajo Peso, encontrándose que el 70,9% de las madres estuvieron satisfechas con los logros alcanzados al implementar el método madre canguro, resultados que demuestra una tendencia positiva para con el método (12).

Los hallazgos encontrados difieren del estudio hecho por Espejo E, Lima, 2012, sobre “Conocimiento y actitud de las madres acerca del método madre canguro”, los resultados fueron que el 57%(17) muestra indiferencia, 23%(7) aceptación y 20%(6) rechazo. (10).

Las actitudes pueden resultar positivas o negativas según faciliten u obstruyan la manera que la persona tiene que afrontar su realidad en cada momento de su vida. De modo que las actitudes son la disposición con que afrontamos la realidad en todo momento, pudiendo elegir siempre que tipo de actitud adoptaremos ante tal o cual evento.

La facilidad con que se modifican estas actitudes maternas dependerá de quién sea la fuente del mensaje, es decir, del personal de salud más persuasivo en el cuidado de estos pacientes, ésta la enfermera del servicio de neonatología, quién trasmite mensajes resaltando las ventajas y desventajas de la aplicación del método y utiliza estrategias educativas acordes con el aprendizaje de la madre (11, 28, 35).

La situación de un parto prematuro, independientemente de todos los problemas inherentes a la salud, trae consigo una obligada adaptación de los padres, en especial de la madre hacía un nuevo rol, a una situación diferente de la que habían idealizado, que inevitablemente produce alteraciones emocionales de menor o mayor intensidad. La meta de enfermería para Roy, es promover la adaptación para los individuos y los grupos, así como contribuir a la salud, a la calidad de vida y en el presente caso ayudarle a la madre del prematuro a superar la nueva situación (1, 19).

Como consecuencia de la alteración de roles de los padres al afrontar la situación de su recién nacido prematuro, se enfoca el concepto del Modo adaptativo de desempeño de roles, descrita por Roy, el cual atiende a los roles primarios, secundarios y terciarios que asume la persona en sociedad, manifestados por medio de conductas instrumentales que se definen como: “la manifestación física real de un comportamiento” y las conductas expresivas son los sentimientos,

actitudes, afinidades y discrepancias que una persona muestra hacía un determinado rol o su forma de manifestación, este se verá influenciado por los estímulos identificados como la situación misma de prematuridad y gravedad del niño, el medio ambiente hospitalario a veces hostil y discriminador y finalmente las experiencias previa de la gestación y sentimientos de culpabilidad (19).

En el servicio de neonatología del Hospital Belén de Trujillo, las enfermeras que vienen participando activamente en la ejecución del método mamá canguro, son un personal valioso y capacitado para tal fin, están convencidas por su experiencia y búsqueda de información, que el método ayuda en la recuperación del niño prematuro a la vez que fortalece el vínculo madre e hijo haciendo participe a otros miembros de la familia, fomentando el desempeño de un nuevo rol de forma positiva, de esta manera ellas transmiten también sus actitudes positivas que creemos influyen mucho en la familia y especialmente en la madre.

Se dice que los sentimientos y actitudes de los padres y de la familia, es una buena forma de entender y atender las necesidades del núcleo familiar y es una estrategia para vincularlos en el cuidado de su hijo prematuro hospitalizado de manera que se puedan satisfacer las necesidades del niño y su familia, es decir ser capaces de mantener su autocuidado y su capacidad de cuidado dependiente. (3)

Por lo tanto, la importancia de conocer las actitudes maternas radica en que según la dirección que tomen (positiva o negativa), van a facilitar u obstruir la manera en que la madre tiene de afrontar el nuevo rol que está viviendo, el cual se espera que sea positivo. En los resultados de la presente investigación, existe una satisfacción implícita de la madre y de las enfermeras puesto que los resultados muestran que el mayor porcentaje (80%) de las madres presentaron actitudes positivas hacia el método mamá canguro, lo cual demuestra el éxito que acontece a esta actividad de aprendizaje que se refuerza mediante experiencias agradables y que se lleva a cabo por más de 8 años en el mencionado nosocomio.

En la **tabla N° 3** se describe la relación que existe entre el nivel de conocimiento y la actitud materna hacia el método mamá canguro; se observa que cuando el nivel de conocimiento es alto 72% (18), las madres presentaron una actitud positiva no encontrándose nadie con actitud negativa. Cuando el nivel de conocimiento es medio 12% (3), un 8% (2) de madres presentaron actitud positiva y 4% (1) actitud negativa. Y finalmente cuando el nivel de conocimiento es bajo 16% (4), el 16% (4) de madres presentaron actitud negativa no encontrando nadie con actitud positiva para con el método mamá canguro.

Al comparar el estudio con los resultados, de Espejo, E. (2012) en su estudio titulado “Conocimiento y actitud de las madres acerca del método

madre canguro”, realizado en el servicio de intermedios neonatal en el Hospital Alberto Sabogal, Lima- 2012, refiere lo siguiente: que del 100%(30), 80%(24) no conocen acerca del método mamá canguro y 20%(6) conocen. Al determinar las actitudes de las madres acerca del método madre canguro, el 57%(17) muestra indiferencia, 23%(7) aceptación y 20%(6) rechazo. (10).

De esta manera se suele aceptar que la actitud constituye una predisposición organizada del sujeto para pensar, sentir, percibir y comportarse hacia un referente u objeto cognitivo, los conocimientos que una persona tiene de un objeto, podría ser más o menos erróneos, o muy parciales, pero por sí mismos son suficientes para fundamentar una actitud, siendo posible y probable que se asocien con sentimientos de agrado y desagrado a tal conocimiento , especialmente si los referentes son de alguna importancia (interés, valor) para el sujeto.

Estos resultados tienen un sustento teórico “teoría del aprendizaje”, se dice que el aprender nuevos conocimientos, se intenta recoger toda la información posible para poder realizar un cambio en nuestra conducta, partiendo de la nueva información adquirida.

En la presente investigación se pudo evidenciar que el nivel de conocimiento del grupo de madres que participa en el programa mamá

canguro es alto (72%) y con ella la actitud que presentan frente al mismo tiene una tendencia positiva (80%),

La expectativa respecto a la asociación se correspondía con la circunstancia de que una actitud positiva hacía la intervención mamá canguro condicionaba mayores niveles de conocimiento del método por parte de las madres siendo ellas las protagonistas de la intervención, ello redundaría en una mayor eficacia para esta estrategia de cuidado neonatal; en este sentido la significancia de esta asociación fue significativa ($P=0.00<0,05$).

V. CONCLUSIONES

1.-El nivel de conocimiento de la madre del prematuro sobre el método mamá canguro fue alto en el 72% de las madres; medio en el 12% y bajo en el 16%.

2.-La actitud de la madre del prematuro hacía el método mamá canguro fue positiva en el 80% de los casos y negativa en el 20%.

3.-Existe relación significativa entre actitud y nivel de conocimientos materno respecto al método mamá canguro en el Hospital Belén de Trujillo 2014. Se acepta la hipótesis planteada ($p < 0,05$).

IV. RECOMENDACIONES

1. Se sugiere realizar investigaciones que relacionen el nivel de conocimiento de la madre acerca del método mamá canguro con la participación de algunos miembros influyentes del personal de salud, además de enfermeras, médicos, obstetras, nutricionistas y psicólogos, para identificar la calidad e influencia de la participación específica de cada uno en el desarrollo e implementación del método.
2. Realizar trabajos de investigación comparativos y/o cualitativos, entre la actitud de la madre sometida al método mamá canguro y la actitud de la madre con técnicas convencionales (incubadoras).
3. Se recomienda la implementación de nuevos programas educativos que integren las actividades de aprendizaje no solo en la adquisición de conocimientos sino también en la modificación de actitudes, integrando a todo el equipo multidisciplinario que brinda servicios de salud a la familia del niño prematuro.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Alarcón M, Ramírez M y García M. Nivel de Adaptación: Rol e Interdependencia. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2008, 16(3): 145-153.
2. Araque S, Ariza N y Valderrama M. Estrategia educativa para el cuidado domiciliario de los bebes prematuros: madres usuarias del programa madre canguro de Tunja, Colombia. Revista CUIDARTE, 2012, 4(1).: 467-474 (accesado el 2 de junio del 2015). Disponible en: <http://revistas.udes.edu.co/site/index.php/cuidarte/article/view/6/149>
3. Casales JC. Estudio de las Actitudes en: Psicología Social. Contribución a un estudio de la habana. Cuba: Editorial Ciencias Sociales; 1989. Pp: 158-159.
4. Ceriani C. Neonatología Práctica. 4ta Edición. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana. 2009. Pp. 223-288
5. Charpak N. Guías de práctica clínica basadas en evidencia para la optima utilización del método madre canguro en el recién nacido pre termino y/o de bajo peso al nacer. Bogota 2005-2007. Pp. 5-11. (accesado el 2 de junio del 2015). Disponible en: http://www.quenoosseparen.info/articulos/documentacion/documentos/Guia_Met.Canguro_Prematuros.pdf
6. Correa J, Fernández J y Rosada R. Fundamentos en Pediatría: Generalidades y Neonatología.3ra Edición. Medellín: Editorial CIB, 2006. Pp. 164- 175. 447-459.

7. Correa D y Vargas N. Los padres Canguro y sus Hijos. La conceptualización e intervención desde la psicología para el programa madre canguro de la clínica león XIII. Medellín-Colombia. 2002. Pp. 127-131.
8. Cossa E. Mamá Canguro: programa especial del hospital belén de Trujillo-Perú. 2012. (accesado el 20 de julio del 2013). Disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=l2_7jgWixl0
9. Dickason E. Asistencia materna e infantil. 3ra edición. Editorial Harcourt Brace.1998. Pp. 468-485
10. Espejo Orihuela, Elsa. Conocimiento y actitud de las madres acerca del método madre canguro en el servicio de intermedios neonatal en el Hospital Alberto Sabogal. Tesis para optar el título de especialista en enfermería neonatología. Facultad de medicina humana, escuela de post grado de la Universidad Mayor de San Marcos. Lima-Perú. 2012.
11. Feldman R. Psicología con aplicaciones en países del habla hispana- Módulo 43: Actitudes y Cognición Social. México: editorial MCGRAW-HILL.2006. Pp. 521-525.
12. Fernández F, Meizoso A, Rodriguez L, Alpizar D, Cervantes M y Alvarado K. Implementación del método “Madre Canguro” como alternativa a la atención convencional en neonatos de bajo peso. Revista MEDICIEGO 2012, 18(01). (accesado e 3 de mayo del 2015). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol18_01_2012/pdf/T14.pdf
13. Garelli J. y Montuori E. Vínculo Afectivo Materno-Filial en la Primera Infancia y Teoría de Attachment. Revista ARCH ARG PEDIATR. 1997, 95:

122. (accesado el 17 de octubre del 2013). Disponible en: http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/1998/98_122_125.pdf
14. Hernández S. (2003). Metodología de la investigación. 3 ed. Editorial McGraw-Hill. México. 2003.
15. Instituto Nacional de Estadísticas e Informática: Indicadores de resultados de los programas estratégicos 2000-2012: 63-65, 92-93. (accesado el 16 de agosto del 2013). Disponible en: http://desa.inei.gob.pe/endes/images/ppr2012_1.pdf
16. Jiménez E y Sosa A. Educación de las Enfermeras para la adopción del rol materno de madres primerizas con hijos prematuros. Tesis para optar el título de Licenciado en Enfermería. Facultad de medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Chiclayo, 2012.
17. Jiménez R y Figueras J. Prematuridad. En Cruz- Hernández M, director. Tratado de Pediatría M. Cruz. 9na edición. Barcelona: Editorial Oceano/Ergon. 2007. Pp. 69-77.
18. Ladewing P. Enfermería Maternal y del Recién Nacido. 5ta edición. España: Editorial Mc Graw-Hill Interamericana.2006.
19. Marriner A y Raile M . Modelos y Teorías en Enfermería. 7ta. Edición. España: Editorial ELSERVIER MOSBY. 2011. Pp: 357-358.
20. Márquez, F. "Nivel de conocimiento y actitudes de las enfermeras del servicio de intermedios neonatales del instituto especializado materno perinatal acerca del método mama canguro 2004- 2005. Tesis para optar

el título de licenciada en enfermería. Facultad de medicina humana, Escuela académico profesional de enfermería de la Universidad Mayor de San Marcos. Lima- Perú, 2006.

21. Martínez Héctor. La Metodología Madre Canguro. Docente adscrito a la Universidad Nacional de Bogotá. Colombia. (accesado el 12 de mayo del 2015). Disponible en: http://www.ideassonline.org/pdf/br_11_20.pdf

22. Ministerio de Salud: partos por duración de la gestación, según departamento Perú: 2008-2010. (accesado el 9 de mayo del 2014).

Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/portalweb/02estadistica/estadistica_1.asp?sub5=1

23. Organización Mundial de la Salud: Método Madre Canguro, Guía Práctica. Suiza, 2004, Pp. 3.

24. Organización Mundial de la Salud: Un Nuevo Enfoque Global sobre Nacimientos Prematuros- El día Mundial del Nacimiento Prematuro destaca cuidados efectivos y de bajo costo- Nuevos compromisos para abordar el tema. Nueva York, Londres y Ginebra, 2012. (accesado el 02 de marzo del 2015). Disponible en:

http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/20121116_wpd_press_releases_es.pdf <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/>

25. Organización Naciones Unidas: Objetivos Del Milenio: Informe 2012. (accesado el 23 de agosto del 2013). Disponible en: <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Products/Progress2012/Spanish2012.pdf>.

26. Organización Naciones Unidas: Nacidos Demasiado Pronto: Informe de Acción Global sobre Nacimientos Prematuros. (accesado el 23 de agosto del 2013). Disponible en: http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/born-too-soon_execsum_es.pdf
27. Orta G, Vásquez G y Ponce J. Proceso de atención de enfermería: Modelo de Sor Callista Roy. Revista Temas de Hoy. España, 2001. 1 (1): 495- 498.
28. Ortego M, López S y Álvarez M. Ciencias Sociales: La Actitud. España: Editorial de la Universidad de Cantabria. (accesado el 17 de setiembre del 2013). Disponible en: http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales-i/pdf-reunidos/tema_04.pdf
29. Palacios E. Nivel de información del programa madre canguro en madres con hijos de bajo peso al nacer Región Veracruz sur enero 2007-2009. Tesis para obtener el posgrado de Medicina Familiar. Universidad Veracruzana. México, 2009.
30. Polit D y Hungler B. Investigación Científica en Ciencias de la salud. 6ta edición. Mexico: Editorial Mc Graw- Hill- Interamericana Editores. 2000.
31. Reeder M. Enfermería Materno Infantil. 17ava. Edición. México: Editorial Interamericana, 1995. Pp. 1160-120.
32. Revista Edu-Física: Grupo de Investigación Edufísica. Las Actitudes. (accesado el 23 de setiembre del 2013). Disponible en: <http://www.edu-fisica.com/Formato.pdf>

33. Rodríguez S, García C y Paz M. El Recién nacido pmaturos- Protocolos diagnostico terapéuticos de la AEP: Neonatología. Pp 68-77. (accesado el 01 de junio del 2015). Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/8_1.pdf
34. Sacoto H y Meza J. Morbi-Mortalidad de los Recién Nacidos Prematuros con Enfermedad de Membrana Hialina Ingresados en el Área de Neonatología del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de Protoviejo, en el Periodo de Mayo- Octubre 2011. Proyecto de tesis previo a la obtención del título de Médico Cirujano. Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Manabí. Pg. 30., Ecuador, 2012. (accesado el 2 de junio del 2015). Disponible en: <file:///C:/Users/Anna/Downloads/FCSTGMEDC%200007.pdf>
35. Sánchez S y Meza Carmen. Construcción de Escalas para la Evaluación de Actitudes. (accesado el 9 de noviembre del 2013). Disponible en: <http://www.ugr.es/~eirene/publicaciones/item9/eirene9cap1.pdf>
36. Sanz J. Introducción a la Ciencia. Lima: Editorial Amaru editores, 1987. Pp. 15-20.
37. Sulbaran Dimas. Medición de las Actitudes. Año 2009. Catedra de Psicología experimental de la escuela de psicología de la facultad de humanidades y educación de la Universidad Central de Venezuela. 2009. (accesado el 17 de noviembre del 2013). Disponible en: <https://psicologiaexperimental.files.wordpress.com/2010/03/escalas-de-actitudes.pdf>

38. Vega C. Integración de herramientas de tecnologías de información. 2004. (accesado el 19 de abril del 2014). Disponible en: <http://www.eumed.net/tesis-doctorales/2007/cavl/caracteristicas%20del%20conocimiento.htm>

ANEXOS

ANEXO N° 01

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONA DE ENFERMERIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

PROYECTO DE TESIS: “NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD DE LA MADRE DEL PREMATURO HACÍA EL MÉTODO MAMÁ CANGURO, HOSPITAL BELÉN DE TRUJILLO 2014”

Autoras:

- ≥ Bch. Prado Dioses Juliana Vanessa
- ≥ Bch. Soriano Vega, Soledad Gabriela

Estimada señora:

Reciba mis cordiales saludos, a la vez invitarla a participar en esta investigación que trata de determinar el Nivel de Conocimiento y la Actitud que usted posee frente al Programa Mamá Canguro del servicio de Neonatología del Hospital Belén de Trujillo, que va a permitir mejorar la calidad de vida que su hijo requiere, implementando nuevas tendencias sobre cómo educarla y orientarla en el manejo y manipulación de su hijo prematuro, conociendo anticipadamente sobre las bondades y beneficios que trae el mencionado programa, tanto para usted como para su hijo, siendo este Nosocomio el único que practica este técnica en la población Libertena.

Será solo y exclusivamente para fines de la investigación en mención.

Padre, Madre de Familia

Bch. Soriano Vega, Soledad Gabriela

Bch. Prado Dioses, Juliana Vanessa

ANEXO N° 02



UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONA DE ENFERMERIA

CUESTIONARIO SOBRE EL NIVEL DEL CONOCIMIENTO DE LA MADRE
DEL PREMATURO HACÍA EL MÉTODO MAMÁ CANGURO

Por Bchs. Prado y Soriano.

INSTRUCCIONES: Estimada (o) Entrevistada (o) reciba mis cordiales saludos, agradeciendo de ante mano por su participación y sinceridad en el llenado de este cuestionario; Lea detenidamente cada pregunta y luego marque con una aspa (X) la respuesta correcta según crea conveniente. Este cuestionario es anónimo y confidencial; solicito que responda con veracidad y precisión estas preguntas.

Muchas gracias.

A. DATOS GENERALES EN RELACION A LA MADRE Y EL NIÑO:

a) **Edad:** _____

b) **Numero de hijo (s):** 1-2 () 3-4 () más de 4 ()

c) **Procedencia:** _____

d) **Tiempo de estancia Hospitalaria del niño:** _____

B. DATOS RELACIONADOS AL CONOCIMIENTO:

1) Se considera prematuro, a todo niño nacido:

- a) A los 9 meses de Gestación, con un peso casi siempre menor de 2 kilos, piel sonrosada, llanto fuerte y puede mamar.
- b) Antes de los 8 meses de Gestación, peso casi siempre menos de 2000 kgr, piel arrugada, cuello corto, con poca grasa (de aspecto delgado), llanto débil, no puede mamar.
- c) Antes de los 8 meses de Gestación, peso casi siempre más de 2500 kgr, piel sonrosada, cuello corto, llanto débil, puede mamar.
- d) No sabe

2) La técnica mamá canguro consiste en:

- a) Mantener al prematuro en brazos de la madre, proporcionándole lactancia materna exclusiva, y un acercamiento rápido entre madre-hijo.

- b) Mantener al prematuro en contacto piel a piel sobre el pecho de la madre, proporcionándole lactancia materna, y un acercamiento rápido entre madre-hijo.
- c) Mantener al prematuro desnudo en el pecho de la madre, dándole leche en polvo, y un acercamiento rápido entre la madre-hijo.
- d) No sabe

3) La técnica mamá canguro en el prematuro es importante ¿Por qué?

- a) La madre brinda amor, calor, lactancia materna y estímulo.
- b) Se le permite a la madre extraerse la leche y cargarlo con ayuda de la enfermera.
- c) Se le permite a la madre extraerse la leche, tocarlo y verlo desde la incubadora.
- d) No sabe

4) Las ventajas que ofrece el Método Mamá Canguro hacia el prematuro es:

- a) Contacto piel a piel temprana, continua y prolongada, lactancia materna exclusiva, brinda estimulación, calor y amor.
- b) Permanece más tiempo en el hospital, aumenta el riesgo de enfermarse, contacto piel a piel temprano, continuo y prolongado,
- c) No sabe
- d) Se inicia y termina en el hospital.

5) El objetivo del Método Mamá Canguro.

- a) Favorecer el contacto rápido de madre-hijo, promueve y estimula la lactancia materna, disminuye el riesgo de infección, permite un alta más rápido.
- b) Favorece contacto piel a piel entre madre-hijo, solo se permite lactancia en polvo, aumenta el riesgo a las infecciones.
- c) Permite un alta hospitalaria más larga, favorece el contacto piel a piel entre madre-hijo y promueve la lactancia materna.
- d) No sabe

6) La técnica canguro proporciona Beneficio ¿A quién?

- a) Personal de salud (medico-enfermera).
- b) Al prematuro, a la madre, familia e institución (Hospital).
- c) Solo a recién nacido prematuro y a la madre.
- d) Solo a la madre y a la institución (hospital)
- e) No sabe.

7) Los requisitos que debe tener la madre para ingresar al programa mamá canguro.

- a) Tener compromiso (capacitarse previamente y firmar el consentimiento informado)
- b) Deseos de brindarle a su hijo el contacto piel a piel.
- c) Poseer un buen estado de salud.
- d) Asistir puntualmente al horario establecido.
- e) Todas las anteriores son correctas.

8) Los cuidados que debe tener en cuenta las madres para aplicar la técnica mamá canguro son :

- a) bañarse, colocarse la bata y colocar al bebe abrigado directamente en el pecho, cubrirlo con una colcha y arrullarlo dándole frases de amor.
- b) Colocarse la bata, colocar al bebe desnudo directamente en los brazos, cubrirlo con una colcha, y arrullarlo dándole frases de amor.
- c) Llegar al hospital bañada, colocarse la bata, colocar al bebe desnudo directamente en el pecho, cubrirlo con la abertura de la bata y arrullarlo dándole frases de amor.
- d) No sabe.

9) El método mamá canguro, favorece la estimulación temprana porque

- a) Solo facilita el desarrollo cerebral (estimula la inteligencia)
- b) Disminuye su inteligencia
- c) Facilita el desarrollo cerebral e incrementa su inteligencia
- d) No sabe.

10) Señale con una x, la vestimenta que su bebe debe de tener cuando está en posición canguro.



A



B

11) Señale con una x, la posición que su bebe debe de tener cuando está en “posición canguro”.



A



B

12) El método mamá canguro favorece un adecuado crecimiento y desarrollo al prematuro a través de la lactancia materna porque

- a) Permite a las madres extraerse la leche, protegiéndole contra las enfermedades, mejora su desarrollo cerebral.
- b) Permite a las madres darles directamente del seno materno, creando lazos de amor, cubriendo las necesidades nutricionales, protege de las enfermedades y mejora su desarrollo cerebral a través del amamantamiento.
- c) Solo crea lazos de amor entre madre e hijo.
- d) No sabe.

13) El método mamá canguro favorece el vínculo afectivo madre e hijo ¿porque es importante?

- a) Favorece la formación psicológica del prematuro, brindándole amor, seguridad y protección.
- b) Favorece estabilidad solo a la madre, ya que le permite estar cerca de su hijo.
- c) Crea estrés al prematuro.
- d) No sabe.

14) El método mamá canguro favorece el vínculo afectivo madre e hijo prematuro a través de:

- a) El Contacto piel a piel, lactancia materna y la estimulación.
- b) Solo a través del contacto piel a piel y la estimulación.
- c) Solo tomar al bebe en brazos permite el vínculo afectivo madre-hijo.
- d) No sabe.

ANEXO N° 03



UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONA DE ENFERMERIA

CUESTIONARIO SOBRE LA ACTITUD DE LA MADRE DEL PREMATURO

HACÍA EL MÉTODO MAMÁ CANGURO

Por Bchs. Prado y Soriano.

INSTRUCCIONES: Estimada mama, reciba mis cordiales saludos, agradeciendo de ante mano por su participación y sinceridad en el llenado de este cuestionario; Lea detenidamente cada pregunta y luego marque con una aspa (X) la respuesta correcta según crea conveniente. Este cuestionario es anónimo y confidencial; solicito que responda con veracidad y precisión estas preguntas. Muchas gracias.

PREGUNTAS	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo
1. Me considero mamá canguro (mama incubadora).	2	1	0
2. El método mamá canguro me permite brindarle amor, seguridad y protección a mi bebe.	2	1	0
3. Siento, satisfacción al pertenecer al método mamá canguro como madre incubadora.	2	1	0
4. Considero de gran importancia la estimulación temprana que proporciona a través del método mamá canguro.	2	1	0
5. Me desagrada asistir todos los días al programa mamá canguro.	0	1	2
6. Es mi responsabilidad cumplir con todas las normas establecidas por el programa mamá canguro.	2	1	0
7. Tenerlo en posición canguro a mí bebe, brindarle lactancia materna y estimulación es beneficioso.	2	1	0
8. Me siento cómoda sosteniendo a mi bebe en la posición canguro.	2	1	0
9. Considero importante dar de mamar a mi bebe prematuro.	2	1	0
10. Me gustaría ampliar mis conocimientos sobre los beneficios del programa mamá canguro.	2	1	0



RELACIÓN DE EXPERTOS REVISORES DEL INSTRUMENTO

ANEXO N° 04

NOMBRE DEL INSTRUMENTO: “Nivel de conocimiento y actitud de la madre del prematuro hacia el método mama canguro, Hospital belén de Trujillo 2014.”

N°	APELLIDOS Y NOMBRES	PROFESION	COLEGIATURA
1	ENF. GLORIA LARA JARA.	Enfermera	1003
2	ENF. ROSA MAZMELA DIAZ.	Enfermera	15393
3	ENF. EDELMIRA MAGDALENA MONTES HORNA.	Enfermera	
4	Dr. EDWIN CAPRISTAN DIAZ.	Médico	33325
5	ENF. NIMIA MARIA NUÑEZ LLANOS.	Enfermera	15293
6	Dra. LUZ CISNEROS INFANTAS	Medico	

ANEXO N° 05

**CONFIABILIDAD DEL CUESTIONARIO PARA MEDIR EL NIVEL DE
CONOCIMIENTO DE LA MADRE DEL PREMATURO HACIA EL
METODO MAMA CANGURO**

N	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14
1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0
2	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	1
3	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1
4	1	0	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0
5	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1
6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
7	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
8	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1
9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
10	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1
11	1	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1
12	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1
13	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1
14	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0
15	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	1
16	0	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0
17	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,719	14

ANEXO N° 06

CONFIABILIDAD PARA MEDIR EL NIVEL DE ACTITUD DE LA MADRE DEL PREMATURO HACIA EL METODO MAMA CANGURO

N	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10
1	4	4	3	4	4	4	3	4	4	4
2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
3	2	4	2	3	1	3	3	0	3	3
4	4	4	2	3	1	4	3	3	4	3
5	3	4	3	3	1	4	4	3	4	4
6	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4
7	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
8	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4
9	3	3	3	3	3	4	4	1	4	3
10	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
11	4	3	3	4	3	3	4	3	4	4
12	3	3	3	3	3	3	4	3	4	3
13	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
14	3	3	3	4	3	3	4	3	4	4
15	4	4	3	3	1	3	4	3	4	4
16	4	4	4	0	0	4	4	4	4	4
17	4	3	3	4	3	3	4	3	4	4

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,781	10