



Universidad Católica de Santa María

Facultad de Enfermería

Escuela Profesional de Enfermería

**Nivel de conocimiento y práctica en el cuidado del recién nacido de
madres que acuden al Centro de Salud de Ciudad Blanca, Arequipa -
2025**

Tesis presentada por:

Neira Ichocan, Maria Fernanda

ORCID: 0009-0000-0841-306X

Para optar por el Título Profesional de Licenciada de Enfermería

Asesora:

Mg. Borja Vizcarra, Maria del Pilar Sofia

ORCID: 0000-0002-8680-2463

Arequipa – Perú

2026

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

ENFERMERIA

TITULACIÓN CON TESIS

DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 02 de Julio del 2026

Dictamen: 014448-C-FENFER-2026

Visto el borrador del expediente 014448, presentado por:

2019602722 - NEIRA ICHOCAN MARIA FERNANDA

Titulado:

**NIVEL DE CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA EN EL CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO DE MADRES QUE
ACUDEN AL CENTRO DE SALUD DE CIUDAD BLANCA, AREQUIPA - 2025**

Nuestro dictamen es:

APROBADO

Titulo Profesional/Titulo de Segunda Especialidad/Grado Académico a optar:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

**29397166 - FLORES HUANCA JUDITH GABRIELA
DICTAMINADOR**



**45101521 - BARRENECHEA VILLEGAS MAYRA NATALY
DICTAMINADOR**



**29532783 - SALAZAR AGUILAR ADELINA VICTORIA
DICTAMINADOR**



NIVEL DE CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA EN EL CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO DE MADRES QUE AL
CENTRO DE SALUD DE CIUDAD BLANCA, AREQUIPA - 2025

INFORME DE ORIGINALIDAD

9%

INDICE DE SIMILITUD

9%

FUENTES DE INTERNET

2%

PUBLICACIONES

1%

TRABAJOS DEL ESTUD

FUENTES PRIMARIAS

1

hdl.handle.net

Fuente de Internet

2

repositorio.unc.edu.pe

Fuente de Internet

3

repositorio.ups.edu.pe

Fuente de Internet

4

repositorio.unsch.edu.pe

Fuente de Internet

Excluir citas

Excluir bibliografía

Apagado

Apagado

Excluir coincidencias

< 1%

DEDICATORIA

A mi madre, Angelica, por su acompañamiento firme y constante a lo largo de este proceso, siendo un impulso fundamental para dar lo mejor de mí en cada etapa de mi formación.

A mí misma, por la disciplina, resiliencia y determinación demostradas para mantener el compromiso con mis objetivos académicos, incluso ante las circunstancias más exigentes.



AGRADECIMIENTOS

A mis dictaminadoras y asesoras, por su orientación constante y por la paciencia brindada en cada etapa de este trabajo. Su disposición para aclarar dudas, señalar mejoras y acompañar el proceso con criterio profesional ha sido fundamental para la culminación de esta investigación. Agradezco sinceramente el tiempo dedicado, la exigencia académica y el compromiso demostrado.

Al Centro de Salud de Ciudad Blanca, por permitirme desarrollar este estudio y facilitar el acceso a los espacios necesarios para su realización. Extiendo también mi agradecimiento al personal de las distintas áreas que me brindó apoyo y acompañamiento durante el proceso, haciendo posible la ejecución adecuada de este trabajo.



RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre el nivel de conocimiento y la práctica materna sobre el cuidado del recién nacido en el Centro de Salud Ciudad Blanca, Arequipa 2025. El estudio se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, de nivel correlacional y de corte transversal. La población fue de tipo censal, conformada por 80 madres captadas mediante estrategias intra y extramurales (consultorio CRED, pediatría y visitas domiciliarias). Se utilizó la encuesta y la observación como técnicas de recolección de datos. Los instrumentos empleados fueron un cuestionario de conocimiento de 27 ítems y una guía de observación de prácticas de 23 ítems, ambos validados y con confiabilidad demostrada para la población de estudio. Respecto a los resultados, el 88.7% de las madres posee un conocimiento alto. Asimismo, el 86.2% realiza prácticas adecuadas. Se halló una relación estadísticamente significativa en los indicadores de Alimentación ($p=0.01$), Signos de Alarma ($p<0.05$) y Estimulación Temprana ($p=0.00$). Por el contrario, en el indicador de Higiene no se evidenció relación significativa ($p>0.05$). Se concluye, mediante la prueba de Chi-cuadrado global ($p=0.00$), que existe una relación significativa entre el conocimiento y la práctica, demostrando que el empoderamiento cognitivo es un predictor directo de la calidad del cuidado neonatal, aunque factores como la experiencia influyen en indicadores específicos como la higiene.

Palabras clave: Conocimiento, Práctica, Madres

SUMMARY

The objective of this research was to determine the relationship between the level of knowledge and maternal practice regarding newborn care at the Ciudad Blanca Health Center, Arequipa 2025. The study was developed under a quantitative approach, correlational level, and cross-sectional design. The population was census-based, consisting of 80 mothers recruited through intra and extramural strategies (CRED clinic, pediatrics, and home visits). Survey and observation were used as data collection techniques. The instruments used were a 27-item knowledge questionnaire and a 23-item practice observation guide, both validated and with demonstrated reliability for the study population. Regarding the results, 88.7% of the mothers possess a high level of knowledge. Likewise, 86.2% perform adequate practices. A statistically significant relationship was found in the indicators of Feeding ($p=0.01$), Warning Signs ($p<0.05$), and Early Stimulation ($p=0.00$). Conversely, no significant relationship was evidenced in the Hygiene indicator ($p>0.05$). It is concluded, through the global Chi-square test ($p=0.00$), that a significant relationship exists between knowledge and practice, demonstrating that cognitive empowerment is a direct predictor of neonatal care quality, although factors such as experience influence specific indicators such as hygiene.

Keywords: Knowledge, Practice, Mothers.

ÍNDICE

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTOS

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO TEÓRICO.....	3
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	4
1.1 Enunciado del Problema	4
1.2 Descripción del problema	4
1.2.1 Tipo y nivel de investigación	4
1.2.2 Análisis y operacionalización de variables.....	4
1.2.3 Interrogantes básicas	6
1.2.4 Tipo y nivel de investigación	6
1.3 JUSTIFICACIÓN	7
2. OBJETIVOS	8
3. MARCO TEÓRICO.....	9
3.1 Fundamentos conceptuales e Indicadores del Cuidado Neonatal	9
3.1.1 Perspectiva Ética y Compromiso Social en la Salud Infantil y Neonatal	9
3.1.2 Dinámica Familiar y el Rol Materno en la Adaptabilidad del Neonato	11
3.1.3 Competencias Profesionales: El Rol de Enfermería en el Acompañamiento y Educación Neonatal.....	12
3.2 Apropiación Teórica y Nivel de Conocimiento Materno.....	13
3.2.1 Gestión de la Nutrición Neonatal	14
3.2.2 Protocolos Sanitarios de Higiene.....	15
3.2.3 Preservación del Equilibrio Térmico.....	17
3.2.4 Descanso Infantil y Sueño Seguro.....	18
3.2.5 Vigilancia Epidemiológica en el Hogar.....	18
3.2.6 Estimulación Neurosensorial Temprana.....	19
3.3 Ejecución de Prácticas Maternas en el Entorno Domiciliario.....	21
3.3.1 Prácticas de Alimentación	21
3.3.2 Destrezas en el Cuidado Higiénico.....	22
3.3.3 Respuestas Operativas ante el Peligro	22
3.3.4 Aplicación de Técnicas de Estimulación Temprana y Conectividad Sensorial.....	23
3.4 Relación entre el Nivel de Conocimiento y las Prácticas Maternas.....	24
3.5 Modelos Teóricos Aplicados a la Enfermería Neonatal	26
3.5.1 Teoría del Déficit de Autocuidado (Dorethea Orem) aplicada a la Agencia de Cuidado Materno.....	26

3.5.2	Modelo de Promoción de la Salud (Nola Pender) en la Prevención de Riesgos Neonatales	27
3.5.3	Modelo Ecológico de Sistemas (Urie Bronfenbrenner) y el Microentorno de Cuidado Familiar.....	28
4.	ANTECEDENTES.....	29
4.1	Internacional	29
4.2	Nacional.....	30
4.3	Local	30
5.	HIPOTESIS.....	31
CAPITULO II PLANTEAMIENTO OPERACIONAL.....		32
1.	TÉCNICA	33
2.	INSTRUMENTOS.....	33
2.1	Instrumento para la variable independiente	33
2.2	Instrumento para la variable dependiente	34
3.	CAMPO Y VERIFICACIÓN.....	35
3.1	Ubicación Espacial	35
3.2	Ubicación Temporal	35
3.3	Unidades de estudio.....	35
3.4	Universo.....	35
3.4.1	Criterios de inclusión.....	36
3.4.2	Criterio de exclusión.....	36
4.	ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	37
4.1	Organización.....	37
4.2	Recursos.....	39
4.2.1	Humanos.....	39
4.2.2	Materiales	39
4.2.3	Financieros	39
CAPÍTULO III RESULTADOS		40
CONCLUSIONES		61
RECOMENDACIONES		62
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....		63

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Datos Sociodemográficos.....	4
Tabla 2: Cuadro de Operacionalización de Variables	5
Tabla 3: Características sociodemográficas de las madres en el estudio.....	41
Tabla 4: Conocimiento del cuidado del recién nacido del indicador Alimentación, según subindicadores.....	42
Tabla 5: Conocimiento del cuidado del recién nacido del indicador Higiene, según subindicadores.....	43
Tabla 6: Conocimiento del cuidado del recién nacido del indicador Termorregulación, según subindicadores.....	44
Tabla 7: Conocimiento del cuidado del recién nacido del indicador Sueño, según subindicadores.....	45
Tabla 8: Conocimiento del cuidado del recién nacido del indicador Signos de Alarma, según subindicadores.....	46
Tabla 9: Conocimiento del cuidado del recién nacido del indicador Estimulación Temprana, según subindicadores.	47
Tabla 10: Nivel de conocimiento materno según indicadores del cuidado.	48
Tabla 11: Nivel de conocimiento global sobre el cuidado del recién nacido.	49
Tabla 12: Práctica del cuidado del recién nacido del indicador Alimentación, según subindicadores.....	50
Tabla 13: Práctica del cuidado del recién nacido del indicador Higiene, según subindicadores.	51
Tabla 14: Práctica del cuidado del recién nacido del indicador Signos de Alarma, según subindicadores.....	52
Tabla 15: Práctica del cuidado del recién nacido del indicador Estimulación Temprana, según subindicadores.....	53
Tabla 16: Prácticas de cuidado materno según indicadores evaluados.	54
Tabla 17: Prácticas globales de cuidado del recién nacido.....	55
Tabla 18: Relación entre conocimiento y práctica materna en el indicador alimentación.	56
Tabla 19: Relación entre conocimiento y práctica materna en el indicador higiene	57
Tabla 20: Relación entre conocimiento y práctica materna en el indicador signos de alarma. ...	58
Tabla 21: Relación entre conocimiento y práctica materna en el indicador estimulación temprana.....	59
Tabla 22: Relación global entre el nivel de conocimiento y la práctica del cuidado neonatal. ...	60

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1: Consentimiento Informado	69
Anexo 2: Asentimiento Informado	70
Anexo 3: Cuestionario Sobre Conocimiento Del Cuidado Del Recién Nacido	71
Anexo 4: Guía De Observación De Las Prácticas De Cuidado Del Recién Nacido	76
Anexo 5: Validación De Instrumentos	78
Anexo 6: Dictamen Del Comité De Ética E Investigación	80
Anexo 7: Constancia De Ejecución	82
Anexo 8: Matriz De Datos	83



INTRODUCCIÓN

El cuidado del recién nacido constituye una de las intervenciones más importantes para garantizar la supervivencia y el adecuado desarrollo durante los primeros días de vida. A nivel internacional, la Organización Mundial de la Salud (1) señala que el periodo neonatal es el más crítico, representando el 47% de todas las muertes en menores de 5 años. Se estima que una proporción significativa de estas muertes podría prevenirse mediante prácticas adecuadas en el hogar, tales como la lactancia materna precoz, la termorregulación y la higiene del cordón umbilical. Sin embargo, estudios globales evidencian que las deficiencias en el conocimiento materno incrementan el riesgo de morbilidad neonatal en un 30% en países en vías de desarrollo.

En este contexto, investigaciones realizadas en el ámbito internacional, como las de Nampijja et al. (2), han demostrado que el nivel de conocimiento materno **se asocia** directamente con la calidad de las prácticas. No obstante, se identifica una marcada variabilidad debido a factores socioculturales, donde muchas madres presentan conocimientos incompletos sobre cuidados esenciales, limitando la correcta aplicación de la lactancia exclusiva y la higiene.

A nivel nacional, en el Perú (3), la problemática mantiene características similares. Según datos de la ENDES (2024), aunque el acceso a servicios de salud ha mejorado, la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses se sitúa en un 65.9%, y persisten brechas en el conocimiento técnico sobre signos de alarma. El Ministerio de Salud reporta que un porcentaje importante de madres presenta niveles de conocimiento medio o bajo, lo que repercute en la adopción de prácticas inadecuadas en el entorno domiciliario.

En relación con estudios previos, la Red de Salud Neonatal (4) coincide en señalar una relación significativa entre el conocimiento y las prácticas; sin embargo, otros reportes indican que un adecuado conocimiento no siempre garantiza la correcta aplicación. A nivel local, en la región de Arequipa (5), según reportes regionales de salud, se ha observado que esta situación es prevalente especialmente en madres primerizas, quienes presentan predominantemente niveles de conocimiento medio, lo cual resalta la importancia de fortalecer las estrategias educativas en el primer nivel de atención.

Por ello, la presente investigación titulada “Nivel de conocimiento y práctica en el cuidado del recién nacido de madres que acuden al Centro de Salud de Ciudad Blanca, Arequipa – 2025” tiene como propósito analizar estas variables en dicha población,

contribuyendo a la generación de evidencia para el fortalecimiento de las acciones de promoción y prevención en salud neonatal.

El presente informe de investigación se encuentra estructurado en tres capítulos: el Capítulo I, denominado Planteamiento Teórico; el Capítulo II, correspondiente al Planteamiento Operacional; y el Capítulo III, destinado a la presentación y análisis de los Resultados, seguidos de las conclusiones y recomendaciones de la investigación.





CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Enunciado del Problema

Nivel de conocimiento y práctica en el cuidado del recién nacido de madres que acuden al Centro de Salud de Ciudad Blanca, Arequipa – 2025.

1.2 Descripción del problema

1.2.1 Tipo y nivel de investigación

- a) **Campo:** Ciencias de la Salud
- b) **Área:** Enfermería
- c) **Línea:** Salud materna y neonatal

1.2.2 Análisis y operacionalización de variables

- **Variable Independiente:** Nivel de Conocimiento
- **Variable Dependiente:** Práctica en el cuidado del recién nacido

TABLA 1: Datos Sociodemográficos

INDICADORES	SUBINDICADORES
EDAD (en años)	• Menores de 18 años • 18 a 29 años • 30 a 39 años • 40 años a más
LUGAR DE PROCEDENCIA	• Rural • Urbana
GRADO DE INSTRUCCIÓN	• Iltrado • Primaria • Secundaria • Técnica • Universitaria

TABLA 2: Cuadro de Operacionalización de Variables

VARIABLES	INDICADORES	SUBINDICADORES
VARIABLE INDEPENDIENTE “NIVEL DE CONOCIMIENTO”	ALIMENTACIÓN	- Tipo de alimentación y duración - Frecuencia y posición - Importancia - Calostro
	HIGIENE	- Limpieza del cordón umbilical - Frecuencia - Higiene de genitales - Cambio de pañal - Cuidado de la piel
	TERMORREGULACIÓN	- Duración del baño - Cambio de ropa - Ambiente y materiales de baño
	SUEÑO	- Horas de sueño - Posición para dormir - Condiciones
	SIGNOS DE ALARMA	- Dificultad respiratoria, ictericia, problemas digestivos o neurológicos
	ESTIMULACIÓN TEMPRANA	- Importancia - Frecuencia - Tipos de actividades

VARIABLE DEPENDIENTE “PRÁCTICAS EN EL CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO EN EL HOGAR”	ALIMENTACIÓN	- Lactancia materna - Técnica de lactancia - Frecuencia y exclusividad - Vínculo afectivo
	HIGIENE	- Limpieza del cordón umbilical - Cambio de pañal / higiene genital - Identificación de signos de peligro (piel, respiración, calor)
	SIGNOS DE ALARMA	
	ESTIMULACIÓN TEMPRANA	- Técnicas de estimulación

1.2.3 Interrogantes básicas

- 1.2.3.1 ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre el cuidado del recién nacido de madres que acuden al Centro de Salud de Ciudad Blanca, Arequipa – 2025?
- 1.2.3.2 ¿Cómo es la práctica del cuidado del recién nacido de madres que acuden al Centro de Salud de Ciudad Blanca, Arequipa – 2025?
- 1.2.3.3 ¿Qué relación existe entre el nivel de conocimiento y la práctica del cuidado del recién nacido de madres que acuden al Centro de Salud de Ciudad Blanca, Arequipa – 2025?

1.2.4 Tipo y nivel de investigación

- **Tipo:** Cuantitativa, de campo y de corte transversal
- **Nivel de investigación:** Descriptivo-correlacional

1.3 JUSTIFICACIÓN

El cuidado del recién nacido representa una etapa crítica de máxima vulnerabilidad biológica, donde la transición extrauterina exige una adaptación fisiológica inmediata que depende estrictamente de las competencias de la cuidadora principal. Conceptualizar el nivel de conocimiento materno implica evaluar la comprensión teórica que posee la madre sobre las necesidades básicas del neonato, mientras que la práctica se traduce en la ejecución motora y operativa de dichos saberes en el hogar.

A nivel global, la Organización Mundial de la Salud señala que más del 40% de las muertes en menores de cinco años ocurren durante el periodo neonatal, vinculándose estrechamente a la falta de reconocimiento de signos de alarma y a prácticas de cuidado deficientes (6). En el contexto peruano, el Ministerio de Salud reporta que las brechas en la educación sanitaria y la persistencia de mitos tradicionales incrementan los índices de morbilidad neonatal evitable, especialmente en jurisdicciones periféricas. Esta problemática es respaldada por investigaciones anteriores como la de Mendoza y Monteza, quienes demuestran que las intervenciones educativas lideradas por enfermería elevan significativamente la calidad del cuidado materno, reduciendo los reingresos hospitalarios por causas prevenibles (3). Bajo este escenario, el cuidado del recién nacido en el entorno domiciliario constituye un aspecto esencial para la prevención de complicaciones y la disminución de la morbilidad neonatal, considerando que la responsabilidad del cuidado recae principalmente en la madre tras el alta hospitalaria. Por lo tanto, la investigación se fundamenta en múltiples indicadores de pertinencia institucional y científica.

En primer lugar, la relevancia social del estudio radica en la vulnerabilidad extrema del neonato, cuya vida depende del saber de la madre. Analizar estas variables permitirá valorar la efectividad de las acciones en el primer nivel de atención y su impacto directo en el bienestar de la comunidad de Ciudad Blanca, Paucarpata, garantizando un desarrollo infantil saludable que disminuya los riesgos de morbilidad en el hogar y beneficie directamente al núcleo familiar. Asimismo, en lo que respecta a la relevancia científica, la investigación permitirá generar información empírica y actualizada sobre la

brecha existente entre el conocimiento adquirido y su aplicación práctica, situación que a menudo no es consistente en el entorno domiciliario. Los hallazgos servirán como evidencia para que el área de enfermería identifique necesidades específicas y oriente futuras intervenciones basadas en datos locales, enriqueciendo el cuerpo de conocimientos de la salud neonatal y sirviendo de referencia teórica para el fortalecimiento de las acciones de promoción de la salud.

Por otro lado, la relevancia práctica se manifiesta en que los resultados del estudio permitirán optimizar la orientación brindada a las madres en el consultorio CRED y pediatría. Al identificar con precisión los indicadores con mayores deficiencias, el personal de salud podrá rediseñar sus estrategias de consejería y sesiones demostrativas, haciendo que la educación sanitaria sea más objetiva, eficiente y centrada en las carencias reales detectadas en la población. Finalmente, el trabajo se justifica metodológicamente al proponer un diseño de investigación riguroso y sistemático para medir la correlación de las variables sin establecer relaciones de causa-efecto. Para ello, se emplea el uso de instrumentos validados y confiables adaptados contextualmente, tales como un cuestionario de conocimiento de 27 ítems y una guía de observación de 23 ítems. Asimismo, el estudio establece un modelo de medición estandarizado a través de un cuadro de operacionalización delimitado estrictamente en variables, indicadores y subindicadores, permitiendo su futura replicación en escenarios sanitarios similares.

2. OBJETIVOS

- Identificar el nivel de conocimiento sobre el cuidado del recién nacido de madres que acuden al Centro de Salud de Ciudad Blanca, Arequipa – 2025.
- Describir la práctica del cuidado del recién nacido de madres que acuden al Centro de Salud de Ciudad Blanca, Arequipa – 2025.
- Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y la práctica del cuidado del recién nacido de madres que acuden al Centro de Salud de Ciudad Blanca, Arequipa – 2025.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 Fundamentos conceptuales e Indicadores del Cuidado Neonatal

El nacimiento de un niño representa uno de los desafíos más complejos para el núcleo familiar, particularmente en el contexto de la salud pública comunitaria. Cuando el binomio madre-hijo abandona el entorno controlado del establecimiento de salud para iniciar el cuidado domiciliario, se activa un periodo de alta vulnerabilidad biológica y adaptativa. El recién nacido se enfrenta a un proceso de transición fisiológica acelerado, donde sus sistemas orgánicos deben estabilizarse de forma independiente fuera del útero materno. En este escenario, la supervivencia y el desarrollo óptimo del neonato no dependen de la tecnología hospitalaria, sino de la capacidad de respuesta inmediata de su cuidadora principal. Por ello, el estudio de los fundamentos conceptuales del cuidado neonatal no es un mero requisito teórico, sino la base indispensable para comprender cómo la alfabetización en salud de la madre mitiga de forma directa los riesgos de reingreso hospitalario y morbilidad en las primeras semanas de vida.

La transición al hogar exige que la madre adquiera un conjunto de nociones previas que guíen su toma de decisiones cotidianas. Sin un marco de referencia conceptual claro sobre lo que es normal o esperado en el comportamiento, la piel o la alimentación del bebé, la práctica de cuidado se vuelve errática, guiándose por el ensayo y error o por la presión de mitos tradicionales arraigados en la comunidad. La enfermería, como disciplina científica dedicada al cuidado, reconoce que la educación sanitaria impartida antes del alta actúa como el primer escudo epidemiológico del neonato. Por consiguiente, este primer bloque aborda las dimensiones éticas, el rol materno y el acompañamiento profesional que configuran el entorno inicial donde el recién nacido buscará su adaptabilidad y bienestar.

3.1.1 Perspectiva Ética y Compromiso Social en la Salud Infantil y Neonatal

Abordar el control de salud y la captación temprana del recién nacido en el primer nivel de atención implica necesariamente adoptar una postura ética que trascienda la simple ejecución de procedimientos médicos rutinarios. Desde la perspectiva de la salud pública

comunitaria, el bienestar del neonato no es únicamente un indicador estadístico, sino el reflejo del compromiso social que tienen el Estado, las instituciones sanitarias y la propia familia hacia un ser humano en su máxima condición de vulnerabilidad. Los primeros días de vida representan una etapa crítica marcada por transiciones fisiológicas complejas e independientes que, de no ser monitorizadas de manera oportuna, elevan drásticamente los riesgos de morbilidad y mortalidad. Por lo tanto, garantizar el acceso a una vigilancia médica continua no es un favor institucional, sino un imperativo ético basado en el derecho intrínseco del recién nacido a la vida y a una atención humanizada desde su nacimiento.

Sin embargo, la implementación de estas estrategias de captación y seguimiento neonatal tropieza constantemente con brechas estructurales y desigualdades sociales que plantean un serio dilema ético para los profesionales de enfermería. Factores como la limitada disponibilidad de controles tanto en la etapa prenatal como posnatal, las barreras geográficas o burocráticas para acceder a los establecimientos de salud, y las marcadas desigualdades educativas y económicas que golpean a las madres de las comunidades más vulnerables, terminan por precarizar la continuidad del cuidado. Como bien se evidencia en un análisis documental sobre la atención primaria en la última década, estas deficiencias en el acceso y la educación materna son los principales obstáculos que dificultan una implementación eficaz de las políticas de captación neonatal (7). Cuando una madre no acude a sus controles o carece de las herramientas para proteger a su hijo, la responsabilidad ética se desplaza hacia las redes de atención primaria. Es aquí donde el compromiso social se operativiza mediante intervenciones comunitarias activas, tales como las visitas domiciliarias, los programas de tamizaje neonatal y, de manera fundamental, la educación en salud materna.

Bajo este enfoque, el personal de enfermería no se limita a evaluar parámetros biológicos en el consultorio, sino que asume el rol ético de

educar y empoderar a la familia. Conseguir que los equipos comunitarios y los cuidadores principales participen activamente permite crear un sistema de alerta temprana en el hogar. Una madre adecuadamente capacitada se convierte en la primera línea de defensa del neonato, siendo capaz de identificar precozmente signos clínicos críticos como la ictericia, las alteraciones en el patrón respiratorio o las dificultades evidentes en la alimentación. En conclusión, la captación y el control del recién nacido deben ser entendidos bajo una dimensión bioética integral; un proceso continuo y profundamente humanizado que busca estrechar los lazos entre los servicios sanitarios y las redes comunitarias para garantizar que cada neonato reciba una atención digna, oportuna y equitativa en su propio entorno domiciliario.

3.1.2 Dinámica Familiar y el Rol Materno en la Adaptabilidad del Neonato

Asumir el cuidado de un recién nacido en el hogar no es un proceso que dependa únicamente de seguir un manual de instrucciones; implica una transformación profunda en la vida y en la mente de la mujer. Cuando una madre primeriza o con experiencia regresa a su domicilio tras el alta hospitalaria, experimenta una transición radical que afecta sus esferas física, psicológica, neurobiológica y social, lo cual modifica por completo su sensibilidad emocional y la prepara para responder a las demandas del bebé (8). Este cambio de identidad es dinámico y progresivo, y requiere que la mujer desarrolle una fuerte autoconfianza para sentirse capaz de bañar a su hijo, alimentarlo correctamente o curarle el cordón umbilical sin temor. Por lo tanto, el éxito en la adaptabilidad del recién nacido está directamente amarrado a cómo la madre logre consolidar este nuevo rol dentro de su propio entorno.

Sin embargo, este proceso de construcción del rol materno no ocurre de forma aislada, sino que se ve fuertemente influenciado por la dinámica familiar y el entorno comunitario que rodea a la mujer. Desde un enfoque ecológico, factores como contar con un buen apoyo social

de la pareja o la familia, y haber tenido una experiencia satisfactoria durante el parto, actúan como elementos protectores que facilitan que la madre se sienta segura en sus prácticas cotidianas. Por el contrario, cuando existen dificultades como la maternidad en la adolescencia, la falta de redes de apoyo en el hogar o la presencia de exigencias sociales contradictorias que juzgan la capacidad de la madre, la transición se vuelve caótica. Estas barreras no solo dificultan la ejecución de un cuidado adecuado hacia el neonato, sino que ponen en riesgo la salud mental de la mujer, elevando las probabilidades de que desarrolle cuadros de ansiedad o depresión posparto, lo cual altera directamente el vínculo de apego y el desarrollo inicial del niño.

3.1.3 Competencias Profesionales: El Rol de Enfermería en el Acompañamiento y Educación Neonatal

El trabajo del profesional de enfermería en el primer nivel de atención es el pilar fundamental para asegurar que las madres adquieran las capacidades necesarias para proteger la salud de sus hijos durante las etapas más críticas del desarrollo. La evidencia científica demuestra que las intervenciones de enfermería durante el periodo perinatal y los primeros meses de vida se centran en la prevención primaria y la promoción de la salud a través de su herramienta principal: la educación sanitaria. En la práctica diaria, el personal de enfermería ejecuta competencias clave que incluyen la capacitación directa a las madres sobre las técnicas correctas de lactancia, las pautas esenciales de higiene y el fomento de la asistencia constante a los controles de crecimiento y desarrollo del niño sano, además de realizar acciones preventivas directas como las inmunizaciones y los tamizajes metabólicos (9). De esta manera, el acompañamiento profesional actúa como un filtro que prepara a la familia para el alta hospitalaria y reduce los riesgos de complicaciones prevenibles en el hogar.

Desde una perspectiva comunitaria, este rol educador de enfermería justifica directamente la necesidad de evaluar qué tanto saben las madres y cómo lo aplican en la realidad. El consultorio de enfermería no es solo un espacio para pesar y medir al bebé; es un centro de

alfabetización en salud donde se deben romper mitos tradicionales y corregir errores procedimentales antes de que pongan en peligro al recién nacido. Cuando una enfermera se toma el tiempo de enseñarle con paciencia a una madre cómo acomodar al bebé para lactar o cómo vigilar la respiración, está empoderando a la cuidadora y construyendo un entorno domiciliario seguro. Por lo tanto, analizar la relación entre el conocimiento de la madre y sus prácticas reales nos permite medir, de forma indirecta, el impacto de la consejería de enfermería y diseñar estrategias educativas mucho más personalizadas, dinámicas y eficientes para nuestra población.

3.2 Apropiación Teórica y Nivel de Conocimiento Materno

Para comprender cómo se desenvuelve el cuidado de un recién nacido en el hogar, es indispensable analizar primero el bagaje de información y los conceptos que la madre posee en su mente. El nivel de conocimiento no debe verse simplemente como la capacidad de memorizar datos médicos o responder correctamente un cuestionario; en el contexto de la maternidad, representa la base teórica y el mapa de ruta que guía cada una de las decisiones cotidianas de la mujer. Desde el momento en que el bebé llega a casa, la madre se enfrenta a una serie de situaciones completamente nuevas donde su intuición no siempre es suficiente. Es en esos instantes donde la información que recibió durante sus controles prenatales, las charlas de enfermería o incluso sus experiencias previas, se convierte en la herramienta principal para saber cómo reaccionar ante las necesidades de su hijo.

Evaluar de forma específica lo que la madre sabe sobre los diferentes ejes del cuidado permite identificar qué tan sólida es su preparación para asumir este reto. Si una madre comprende la importancia, los tiempos correctos y las medidas de seguridad de cada procedimiento, tendrá una mayor seguridad al momento de actuar. Por el contrario, la falta de información clara o la presencia de dudas abre la puerta a que el cuidado se guíe por mitos, costumbres familiares o consejos empíricos que no siempre tienen un respaldo seguro para la salud del bebé. Por este motivo, en los siguientes subtítulos se desglosan los aspectos teóricos fundamentales que toda madre debe conocer, abarcando desde las rutinas de alimentación e higiene, hasta la regulación de

la temperatura, las pautas de sueño, el reconocimiento de peligros y la estimulación del desarrollo del neonato.

3.2.1 Gestión de la Nutrición Neonatal

La nutrición del recién nacido durante los primeros meses de vida constituye un pilar crítico para su desarrollo biológico y el establecimiento de un lazo afectivo con la madre. Desde el punto de vista fisiológico, la leche materna es el recurso óptimo y exclusivo recomendado para alimentar al niño desde el nacimiento hasta por lo menos los seis meses de edad. Este proceso inicia inmediatamente después del parto con la producción de calostro, un líquido espeso con altas concentraciones de proteínas, sodio e inmunoglobulinas, pero bajo en lactosa, que funciona como la primera defensa inmunitaria del neonato antes de que la composición de la leche cambie y aumente su volumen en las siguientes horas postparto. La continuidad de esta producción no depende de horarios fijos, sino de un mecanismo autónomo regulado por las hormonas boceas oxitocina y prolactina, las cuales se activan de manera directa gracias a la succión frecuente del lactante y al vaciado constante del pecho materno (10).

Comprender esta fisiología básica es esencial para que la madre deje de lado el temor común de "no tener suficiente leche" en los primeros días. Si la cuidadora conoce que el estómago del neonato es pequeño y que el calostro es todo lo que necesita en volumen y nutrientes, evitará la introducción temprana e innecesaria de fórmulas comerciales que solo alteran la flora intestinal del lactante.

Por otro lado, la disposición cognitiva de la madre y el dominio de las técnicas de amamantamiento son determinantes para asegurar el éxito de la lactancia exclusiva. Las intervenciones educativas orientadas a fortalecer las habilidades psicomotrices de la madre demuestran tener un impacto directo y estadísticamente significativo en la transición de una actitud neutral hacia una postura francamente positiva frente a la alimentación de su hijo. El uso de herramientas clínicas de evaluación del amamantamiento evidencia que, cuando se capacita a las mujeres en aspectos específicos como el agarre correcto, la alineación del

cuerpo del bebé y la posición ergonómica, no solo se incrementa su autoconfianza, sino que se reducen las complicaciones físicas derivadas de una mala práctica (11).

En la práctica comunitaria, un agarre defectuoso es la causa principal de la aparición de grietas en el pezón y dolor al amamantar, lo que genera frustración en la madre. Que la cuidadora aprenda teóricamente cómo lograr un buen agarre asegura una alimentación libre de dolor y garantiza que el bebé extraiga la leche de manera eficiente sin tragar aire.

Finalmente, al analizar la realidad de la lactancia materna exclusiva en el contexto latinoamericano, se identifica que el desconocimiento y el bajo nivel educativo de la madre actúan como los principales factores de riesgo asociados al abandono prematuro de esta práctica. Si bien la mayoría de los nacimientos logran un inicio de la lactancia dentro de la primera hora de vida, la duración promedio general no alcanza la meta de los seis meses recomendados, viéndose afectada por experiencias negativas como la falta de descanso materno y la limitada orientación que reciben los hogares sobre el manejo de brotes de crecimiento o crisis de lactancia. El entorno social y el apoyo familiar en la crianza surgen, por tanto, como las mayores fortalezas para mitigar la disonancia entre lo que la madre desea hacer y lo que realmente ejecuta en su cotidianidad (12).

Este panorama demuestra que el abandono de la lactancia exclusiva es, muchas veces, un problema de falta de consejería oportuna y no de incapacidad biológica de la madre. Evaluar el nivel de conocimiento sobre este eje permite medir qué tan desprotegida se encuentra la cuidadora frente a las dudas diarias y cómo las deficiencias conceptuales terminan truncando una práctica vital.

3.2.2 Protocolos Sanitarios de Higiene

El mantenimiento de la higiene y el cuidado del muñón umbilical en el hogar constituyen dos de las responsabilidades más críticas para asegurar la protección del neonato frente a patógenos externos. En el ámbito de la atención primaria, se ha demostrado que el abordaje de la

cura del cordón debe sustentarse firmemente en la evidencia científica actual, la cual ha logrado desacreditar de forma progresiva múltiples prácticas erróneas y supersticiosas arraigadas culturalmente. En este sentido, el personal de enfermería cumple un rol formativo indispensable al guiar a los padres sobre los procedimientos correctos de limpieza y secado, asegurando el bienestar inmediato del recién nacido y transformando un momento que suele generar ansiedad familiar en un acto seguro y protocolizado (13).

Desterrar estas falsas creencias en la comunidad es una tarea diaria en la consulta. Es muy común que por temor al dolor o por consejos de familiares, las madres recurran al uso de fajeros, monedas o polvos caseros sobre el ombligo, lo que en realidad retrasa la caída natural del tejido y crea un ambiente húmedo ideal para las bacterias. La madre debe aprender conceptualmente que mantener el cordón limpio y seco es la única regla de oro.

En cuanto a la higiene corporal, la conservación, el cuidado y la protección de la piel del neonato son esenciales, ya que este órgano funciona como la primera barrera defensiva contra las infecciones, resguarda las estructuras internas y ayuda a regular la temperatura corporal. Los consensos actuales para recién nacidos a término recomiendan postergar el baño de inmersión hasta después del tercer día de vida, asegurando siempre que el bebé mantenga una temperatura estable superior a los 36.5 °C para evitar la hipotermia. Asimismo, se resalta la necesidad de proteger el vórnix caseoso debido a sus propiedades aislantes, hidratantes y antimicrobianas, sugiriendo que el baño sea breve (no mayor a 5 minutos), utilizando agua templada, esponjas suaves y sustituyendo los productos perfumados o emolientes por jabones con un pH neutro de 5.5 para prevenir irritaciones cutáneas (14).

El baño no debe verse únicamente como una rutina de limpieza, sino como un procedimiento que altera drásticamente la termorregulación del neonato si se realiza de forma incorrecta. Que la madre conozca la importancia de tener todo listo antes de desnudar al bebé (ropa, toalla,

agua a temperatura corporal) evita los cambios bruscos de aire que desencadenan el estrés por frío, protegiendo así las reservas de grasa parda del recién nacido.

Finalmente, el conocimiento sobre la vigilancia del cordón umbilical está ligado directamente a la prevención de la onfalitis, una infección local que se considera una verdadera emergencia médica debido a su rápida evolución hacia cuadros de sepsis sistémica y muerte neonatal. El manejo inadecuado o descuidado del muñón es el principal factor de riesgo para esta patología, lo que vuelve crucial la alfabetización de los cuidadores no solo en la técnica higiénica, sino en la capacidad de detectar precozmente los signos de alarma clínicos, tales como el enrojecimiento de la base del ombligo, el mal olor, la presencia de secreción purulenta o el llanto al tacto (15).

Educar a la madre para que diferencie un proceso de cicatrización normal de un signo de alarma es lo que salva vidas en la etapa post-alta. Si la cuidadora maneja estos conceptos teóricos claros, no esperará a que el bebé presente fiebre o decaimiento generalizado para acudir al centro de salud, permitiendo una intervención médica oportuna que minimice cualquier riesgo de complicación grave.

3.2.3 Preservación del Equilibrio Térmico

La capacidad de mantener una temperatura corporal estable y el establecimiento de un entorno seguro para dormir son dos factores críticos que determinan la supervivencia y la estabilidad clínica del recién nacido en el hogar. Durante la transición a la vida extrauterina, los neonatos presentan una alta vulnerabilidad térmica debido a la inmadurez fisiológica de sus órganos y sistemas, sus reservas sumamente limitadas de tejido adiposo o grasa parda, y una elevada relación entre la superficie de su cuerpo y su masa corporal. Estas características biológicas aumentan drásticamente el riesgo de que el niño sufra de hipotermia o hipertermia en el ambiente domiciliario, lo que vuelve indispensables las intervenciones educativas de enfermería orientadas a capacitar a los cuidadores en el control térmico continuo para mitigar complicaciones metabólicas o respiratorias severas (16).

En la práctica diaria, muchas madres creen que la única forma de proteger al recién nacido del frío es abrigándolo en exceso, envolviéndolo como un "tamalito" con múltiples mantas pesadas. Este desconocimiento puede provocar hipertermia por sofocación o deshidratación. La madre debe aprender que la termorregulación se logra con medidas sencillas como el uso de un gorrito de algodón (ya que la cabeza es la mayor zona de pérdida de calor) y evitando colocar la cuna cerca de corrientes de aire o ventanas.

3.2.4 Descanso Infantil y Sueño Seguro

La apropiación teórica sobre el concepto de "sueño seguro" en el hogar es un factor modificable crucial para disminuir el riesgo del Síndrome de Muerte Súbita del Lactante (SMSL) y la muerte inesperada en menores de cuatro meses. La evidencia científica demuestra de forma contundente que el lugar más seguro para que un lactante duerma es en su propia cuna, posicionado estrictamente boca arriba (decúbito supino) y compartiendo la misma habitación con sus padres, una práctica que reduce el riesgo de mortalidad en más del 50%. Asimismo, se reconoce a la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses como un escudo protector indiscutible contra este síndrome, recomendándose evitar el colecho reactivo o no planificado que ocurre por el agotamiento físico de los cuidadores en superficies peligrosas (17).

Existe un mito muy arraigado en las familias de que acostar al bebé de costado o boca abajo evita que se ahogue si llega a vomitar o a pasar saliva. La anatomía neonatal demuestra lo contrario: al dormir boca arriba, la vía aérea queda protegida de forma natural por los reflejos de la laringe. Corregir este concepto erróneo en la madre es vital para que adquiera la confianza de dejar al bebé en la posición correcta durante la noche.

3.2.5 Vigilancia Epidemiológica en el Hogar

La monitorización y el reconocimiento oportuno de las alteraciones fisiológicas en el recién nacido constituyen el eje central de la vigilancia epidemiológica en el entorno familiar. Desde la perspectiva

del modelo clínico de enfermería, específicamente bajo la Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem, se establece que la educación sanitaria brindada por el profesional de salud es el instrumento indispensable para que la madre adquiriera autonomía en el cuidado de su hijo. La evidencia científica contemporánea demuestra que las deficiencias cognitivas en los cuidadores para identificar de forma precoz los signos de alarma neonatales —tales como la ictericia, la dificultad respiratoria, la fiebre o el rechazo alimentario— se asocian directamente con retrasos críticos en la búsqueda de atención médica oportuna, lo que incrementa de manera significativa los índices de morbilidad y mortalidad infantil. Por este motivo, resulta fundamental implementar metodologías de evaluación en el momento del pre-alta hospitalaria para verificar que la información preventiva haya sido interpretada correctamente por la familia (18).

En el contexto de la atención primaria, la vigilancia en el hogar se ve gravemente afectada porque muchas madres tienden a normalizar conductas de alto riesgo. Por ejemplo, es muy común que confundan el decaimiento extremo provocado por una deshidratación o una infección inicial con un "comportamiento tranquilo" del bebé, o que asuman la ictericia leve como un proceso normal que pasará solo. Si la madre no domina teóricamente el límite entre lo normal y lo patológico, retrasará la consulta en el centro de salud, acudiendo únicamente cuando el cuadro clínico ya ha evolucionado hacia una complicación grave.

3.2.6 Estimulación Neurosensorial Temprana

El fortalecimiento de las capacidades del recién nacido en el hogar se sustenta de manera directa en el nivel de conocimiento que poseen los cuidadores sobre la estimulación neurosensorial. El desarrollo infantil temprano comprende la evolución coordinada de cuatro esferas fundamentales: la motriz (control de la musculatura y postura), la cognitiva (interpretación del entorno), la lingüística (habilidades comunicativas) y la socioafectiva (regulación emocional y generación de vínculos). Desde una perspectiva biológica, las intervenciones

tempranas aprovechan el principio de neuro plasticidad, definido como la capacidad adaptativa del sistema nervioso central para reorganizar sus patrones de conectividad neuronal y reajustar su funcionalidad frente a diversos estímulos externos. Por lo tanto, un ambiente familiar rico en estímulos adecuados y planificados de forma global previene la aparición de retrasos psicomotores y optimiza el curso eficiente del crecimiento del infante (19).

En el ámbito comunitario, existe la falsa creencia de que la estimulación temprana es un proceso complejo que requiere herramientas costosas o que recién debe iniciar cuando el niño empieza a gatear o a caminar. Este desconocimiento lleva a que muchas madres mantengan al recién nacido en un estado de aislamiento o inactividad prolongada dentro de la cuna. La cuidadora debe aprender conceptualmente que actividades cotidianas y sencillas —como el contacto visual directo al alimentarlo, hablarle suavemente, arrullarlo o aplicarle masajes lentos durante la higiene— son potentes estímulos táctiles y auditivos que encienden las conexiones cerebrales del bebé desde su primer mes de vida.

Por otra parte, la implicación activa y el protagonismo de la familia dentro de los programas de estimulación son requisitos indispensables para garantizar la efectividad de las maniobras y fomentar la autonomía personal del niño. Los objetivos principales de estas intervenciones clínicas incluyen potenciar las habilidades básicas de aprendizaje, favorecer hábitos saludables y orientar o asesorar directamente a los padres para que ejecuten las actividades de forma segura en su domicilio, evitando conductas de sobreprotección que limiten el progreso del infante. El profesional de enfermería desempeña un rol educador medular al capacitar a la madre en técnicas accesibles de estimulación táctil, auditiva y posicional —como el método polimodal o el contacto piel a piel prolongado—, asegurando un entorno afectivo seguro que minimice los factores de riesgo ambientales y potencie el bienestar integral del neonato (19).

El éxito de la estimulación neurosensorial en el hogar no depende de la cantidad de tiempo que se le dedique, sino de la calidad y la constancia de las interacciones. Evaluar qué tanto sabe la madre sobre este eje nos permite identificar si cuenta con las herramientas teóricas básicas para convertirse en la primera modeladora del desarrollo de su hijo, transformando las rutinas diarias de crianza en oportunidades reales para fortalecer el tono muscular, despertar sus sentidos y consolidar un vínculo afectivo saludable.

3.3 Ejecución de Prácticas Maternas en el Entorno Domiciliario

Estudiar cómo actúa la madre en su propia casa es el paso más importante de esta investigación, porque una cosa es lo que se responde en un examen o se escucha en una charla de hospital, y otra muy distinta es lo que realmente se hace cuando el bebé llora a mitad de la noche. Evaluar estas acciones reales nos permite ver si la mamá se siente segura al cuidar a su hijo o si la falta de experiencia y la presión de las costumbres familiares la llevan a cometer errores que pongan en peligro la salud del recién nacido.

3.3.1 Prácticas de Alimentación

La alimentación del recién nacido en el entorno familiar se consolida mediante la correcta ejecución de la lactancia materna exclusiva a libre demanda durante los primeros seis meses de vida. De acuerdo con las normativas de salud nacionales, la frecuencia y duración del amamantamiento no deben regirse por horarios rígidos, sino por las señales tempranas de hambre del bebé, recomendándose incluso despertarlo si duerme por periodos prolongados o si se presenta plétora (sobrellenado) en los pechos. Asimismo, el éxito de esta práctica depende directamente de la aplicación de técnicas de amamantamiento adecuadas, las cuales exigen que la madre adopte una posición cómoda y asegure un buen agarre, caracterizado por la boca de la lactante bien abierta, el labio inferior evertido hacia afuera y la barbilla tocando el seno, garantizando así una succión lenta y efectiva que prevenga lesiones en el pezón. Por el contrario, la introducción en el hogar de fórmulas lácteas, biberones o chupones altera negativamente esta

conducta, ya que reduce la producción natural de leche e incrementa el riesgo de infecciones neonatales (20).

3.3.2 Destrezas en el Cuidado Higiénico

Las destrezas de la madre al realizar la higiene diaria del recién nacido en el hogar constituyen una barrera sanitaria esencial para prevenir infecciones y proteger la piel del lactante. De acuerdo con las directrices de organismos internacionales de salud, las prácticas higiénicas domiciliarias exigen que toda persona en contacto con el neonato realice un lavado frecuente de manos para evitar la transmisión de gérmenes. Asimismo, se establece que el resto del cordón umbilical debe mantenerse limpio mediante el uso de una gasa húmeda con alcohol y otra seca, repitiendo este proceso en cada cambio de pañal para favorecer su desecación y caída segura hacia la tercera semana de vida. Durante este periodo previo a la caída del cordón, la práctica correcta consiste en realizar únicamente lavados parciales diarios con esponja y agua tibia, reservando el primer baño de inmersión completo para cuando el ombligo se encuentre totalmente cicatrizado y seco (21).

El momento del baño y la limpieza del ombligo suelen causar muchísimo miedo e inseguridad en las mamás primerizas, quienes temen lastimar al bebé o hacer que se resfríe. Debido a este temor, en muchas casas se siguen practicando mitos antiguos y peligrosos, como colocarle al bebé fajeros apretados, pegarle una moneda con cinta en el ombligo o meterle botones para que "no se le salga". También es común que por miedo a tocar la zona no le limpien bien la base del cordón, acumulando suciedad que puede causar infecciones. La enfermera debe guiar a la madre para que gane confianza, enseñándole que el ombligo no le duele al bebé si se limpia con cuidado y que un lavado sencillo con agua y cambiar el pañal apenas se ensucie es todo lo que el niño necesita para estar protegido y cómodo.

3.3.3 Respuestas Operativas ante el Peligro

La capacidad de la madre para ejecutar respuestas operativas e inmediatas ante las señales de peligro en el hogar es el factor

determinante para evitar complicaciones graves durante el periodo neonatal. La evidencia clínica señala que todo recién nacido menor de tres meses es considerado un paciente de alto riesgo, por lo que cualquier alteración en sus patrones normales exige una movilización inmediata hacia un centro de salud. Las pautas de atención pediátrica establecen que ante la presencia de fiebre mayor a 38 °C, hipotermia menor a 36 °C, pausas respiratorias de más de 20 segundos, o cambios anormales en el color de la piel —como un tono amarillo intenso en las plantas de los pies o azulado alrededor de la boca—, la cuidadora debe suspender cualquier manejo casero y acudir de urgencia por asistencia médica. Asimismo, conductas como el llanto inconsolable con succión débil, vómitos continuos o signos de infección en el cordón umbilical (enrojecimiento y mal olor) requieren una evaluación profesional rápida para evitar la deshidratación o cuadros sépticos (22).

Cuando se presenta una emergencia en casa, la diferencia entre salvar al bebé o ponerlo en peligro está en cómo reacciona la mamá en ese mismo instante. Muchas madres, por los nervios del momento o por hacerle caso a los consejos de los vecinos, pierden tiempo valioso dándole remedios caseros al niño, como frotarle alcohol para la fiebre, ponerle paños de agua helada o darle gotitas de paracetamol calculando la dosis al ojo. La verdadera práctica segura que la madre debe realizar es meter al bebé en una manta y llevarlo corriendo al puesto de salud más cercano apenas note que respira muy rápido, que no quiere lactar o que está muy apagado, entendiendo que con un recién nacido no se puede esperar a ver si amanece mejor.

3.3.4 Aplicación de Técnicas de Estimulación Temprana y Conectividad Sensorial

La ejecución real de las actividades de estimulación temprana en el entorno domiciliario constituye el canal práctico a través del cual la madre potencia y fortalece las capacidades motoras, cognitivas, emocionales y sociales de su hijo. La evidencia en salud infantil demuestra que las técnicas de estimulación precoz son altamente

efectivas desde el nacimiento, ya que coinciden con la etapa de la vida en la que se genera la mayor cantidad de conexiones neuronales en el cerebro del niño. En los primeros meses, este acompañamiento se desarrolla como un proceso natural centrado en la conectividad sensorial, donde cualquier acción cotidiana que despierte los cinco sentidos del neonato —como el reconocimiento del aroma materno, escuchar la voz de los padres, recibir abrazos o sentir el calor de la piel— actúa como un estímulo biológico directo. Asimismo, se establece que mientras las caricias y muestras de afecto inician desde los primeros días de vida, las actividades estructuradas de atención primaria del desarrollo psicomotor pueden incorporarse formalmente a partir de los 45 días de nacidos (23).

En el día a día dentro de la casa, muchas mamás dejan de lado la estimulación porque están abrumadas con la limpieza, la cocina o el cuidado de los demás hijos, viendo esto como una tarea extra que les quitará tiempo o para la que necesitan comprar materiales especiales. Las madres deben comprender, a través de la práctica, que estimular al bebé no requiere de un horario exclusivo ni de juguetes costosos. El verdadero trabajo se hace aprovechando las rutinas diarias: cantarle una canción bajito mientras se le cambia el pañal, mirarlo fijamente a los ojos sonriéndole mientras toma su leche, o hacerle masajes suaves en sus piernitas después de bañarlo. Estas pequeñas acciones de cariño son la forma más fácil y real de encender el cerebro del bebé sin alterar la rutina del hogar.

3.4 Relación entre el Nivel de Conocimiento y las Prácticas Maternas

El estudio de la salud materno-infantil ha demostrado históricamente que existe un vínculo estrecho entre lo que una persona conoce y las acciones concretas que ejecuta en su vida cotidiana; sin embargo, esta relación no es mecánica ni automática. En el ámbito clínico, el proceso mediante el cual un dato teórico se transforma en una destreza motriz o en una decisión preventiva en el hogar se conoce como el nexo cognitivo-praxis. Para la enfermería comunitaria, comprender este puente es fundamental, ya que toda la estrategia de prevención secundaria se basa en la premisa de que modificar

positivamente los conocimientos de una población vulnerable se traducirá directamente en una reducción de los índices de morbilidad, en este caso, de la población neonatal en entornos de cuidado domiciliario.

Desde una perspectiva cognitiva y de la psicología de la salud, el conocimiento actúa como la materia prima y el mapa de ruta para la acción. Cuando una madre asiste a las sesiones educativas o recibe consejería durante el control prenatal, su cerebro almacena información técnica sobre tiempos, temperaturas, señales físicas y pasos procedimentales. Modelos de cambio conductual, como la Teoría de la Acción Razonada, explican que la intención de realizar una conducta está determinada por la actitud hacia esa conducta y las normas subjetivas. El conocimiento altera directamente esa actitud: si una madre aprende de manera científica que el calostro contiene una carga inmunológica insustituible que protegerá el intestino de su hijo contra infecciones, cambia su percepción del valor de esa práctica. Ya no amamanta solo por inercia o tradición, sino con una base cognitiva que prioriza el beneficio clínico sobre el esfuerzo que demanda la lactancia. No obstante, la literatura médica y de enfermería reconoce la existencia de una brecha o disonancia entre el saber y el hacer. Un nivel de conocimiento calificado como alto no garantiza de forma absoluta una práctica adecuada en el cien por ciento de los escenarios. Esta ruptura del nexo suele ocurrir en áreas críticas que involucran un alto nivel de estrés o donde las destrezas psicomotrices no se han consolidado. Por ejemplo, una madre puede responder correctamente en un cuestionario escrito sobre cómo es la técnica adecuada de lactancia o cómo se debe sujetar al bebé para evitar la aspiración de gases; sin embargo, al momento de enfrentarse al dolor de las grietas en el pezón, al llanto persistente del neonato a las tres de la mañana o a la fatiga física del puerperio inmediato, esa estructura teórica puede tambalearse. Es allí donde la práctica observada puede reflejar un nivel regular o inadecuado, demostrando que la ejecución requiere el desarrollo de habilidades prácticas que superan la mera retención de conceptos.

Por el contrario, un nivel de conocimiento bajo o deficiente actúa como un predictor directo de prácticas erróneas o de riesgo inminente. Cuando la madre carece de información esencial sobre la fisiopatología de los signos de alarma

(como la diferencia entre la ictericia fisiológica y la ictericia por incompatibilidad, o el reconocimiento del tiraje intercostal como signo de dificultad respiratoria), sus decisiones en el hogar se guían por el ensayo y error o por mitos comunitarios. Esto perpetúa prácticas tradicionales que retrasan la búsqueda de atención médica oportuna en el establecimiento de salud, elevando las tasas de reingreso hospitalario por deshidratación neonatal, onfalitis por mala higiene del cordón o hipotermia severa. El conocimiento, por tanto, funciona como un filtro de seguridad: a mayor solidez teórica, la madre cuenta con mejores herramientas de discernimiento para ignorar consejos empíricos peligrosos y ceñirse a los protocolos sanitarios oficiales vigentes.

3.5 Modelos Teóricos Aplicados a la Enfermería Neonatal

El análisis del cuidado del recién nacido no puede limitarse a una simple descripción de tareas mecánicas; requiere un respaldo teórico desde la ciencia de enfermería y la salud pública que permita entender por qué una madre actúa de determinada manera ante su hijo. La forma en que el conocimiento se transforma en una práctica real en el hogar está mediada por factores internos de la madre, su motivación hacia la salud y el entorno comunitario que la rodea. Para desglosar esta complejidad, este estudio se fundamenta en tres enfoques teóricos que se complementan de forma directa: la Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem, el Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender y la Teoría Ecológica de los Sistemas de Urie Bronfenbrenner.

3.5.1 Teoría del Déficit de Autocuidado (Dorethea Orem) aplicada a la Agencia de Cuidado Materno

La propuesta de Dorothea E. Orem es un pilar histórico dentro de la enfermería porque define que el cuidado no es una respuesta instintiva, sino un comportamiento aprendido y voluntario que las personas ejecutan para mantener la vida y el bienestar. Su modelo se divide en tres subteorías: la del autocuidado, la del déficit de autocuidado y la de los sistemas de enfermería. En el contexto de un recién nacido, el escenario cambia porque el neonato es un ser completamente dependiente que carece de la capacidad biológica y cognitiva para cuidarse a sí mismo. Aquí es donde el modelo de Orem introduce el

concepto de "agencia de cuidado dependiente", donde la madre asume la total responsabilidad de cubrir las necesidades del bebé (24).

Cuando una madre sale de alta del centro de salud, se genera una brecha entre lo que el recién nacido necesita para sobrevivir y lo que la madre realmente sabe o puede hacer; esto es lo que Orem define como un déficit de cuidado. Si la madre no sabe cómo limpiar correctamente el cordón umbilical o confunde una respiración rápida con algo normal, el déficit se profundiza y pone en riesgo al niño. Por lo tanto, el sistema de enfermería entra a tallar mediante la educación sanitaria. El conocimiento que el profesional le brinda a la madre en la consulta actúa como la herramienta principal para que ella desarrolle sus habilidades y adquiera la seguridad necesaria en el manejo del neonato. Al medir el nivel de conocimiento en esta investigación, lo que realmente se está evaluando es si la madre cuenta con los recursos teóricos para ser una cuidadora dependiente eficaz y evitar que aparezcan complicaciones en el domicilio.

3.5.2 Modelo de Promoción de la Salud (Nola Pender) en la Prevención de Riesgos Neonatales

Por otra parte, para entender qué motiva a una madre a adoptar conductas saludables y mantenerlas en el tiempo, el Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender resulta idóneo. Pender no se enfoca en la enfermedad, sino en los mecanismos que llevan a las personas a tomar decisiones en favor de su bienestar. Este modelo sostiene que las conductas previas, las creencias sobre los beneficios de una acción y las barreras percibidas son las que determinan si una persona se compromete o no con un comportamiento saludable. En el caso de la salud materno-infantil, el conocimiento que tiene la madre funciona como un detonante crítico. Si ella comprende con claridad la importancia inmunológica del calostro o los riesgos reales de una mala posición al dormir, su valoración del beneficio aumentará, lo que disminuye las probabilidades de que caiga en prácticas tradicionales erróneas (25).

Pender también resalta que las intervenciones aisladas no suelen funcionar por sí solas. Una charla educativa rápida en la sala de espera no basta para que una madre cambie la forma de cuidar a su hijo si en su casa no tiene el apoyo o si persisten mitos familiares. El modelo propone que se deben combinar la educación, el asesoramiento personalizado y las modificaciones del entorno. Cuando evaluamos indicadores como las técnicas de lactancia, las rutinas de higiene o la estimulación temprana, estamos midiendo cómo la madre procesó la información de salud y la transformó en una conducta promotora de la vida para su bebé. El conocimiento no es un dato estático; es el motor que, según Pender, modifica la conducta y empodera a la madre para tomar decisiones clínicas acertadas en el día a día.

3.5.3 Modelo Ecológico de Sistemas (Urie Bronfenbrenner) y el Microentorno de Cuidado Familiar

Finalmente, es imposible analizar las prácticas de una madre aislándola de su realidad social, y es ahí donde la Teoría Ecológica de los Sistemas de Urie Bronfenbrenner ofrece una perspectiva crucial. Esta teoría explica cómo el desarrollo humano y los comportamientos individuales están condicionados por múltiples entornos ambientales que se organizan como capas superpuestas. Bronfenbrenner identifica cinco niveles que van desde lo más cercano hasta lo global: el microsistema, el mesosistema, el exosistema, el macrosistema y el cronosistema. Al trasladar este enfoque a las madres que acuden al centro de salud de Ciudad Blanca en Arequipa, se entiende que el cuidado del neonato no depende exclusivamente de lo que la madre aprendió en un libro o un folleto, sino de las interacciones dentro de estos sistemas (26).

El microsistema está constituido por el hogar, donde las opiniones del esposo, la abuela o las vecinas influyen directamente en si la madre realiza el baño de inmersión de forma adecuada o si aplica sustancias peligrosas en el cordón umbilical. El mesosistema involucra la relación de la madre con el personal de salud del establecimiento; el exosistema abarca las condiciones laborales o el acceso económico que le permite

comprar materiales de aseo; y el macrosistema incluye las creencias culturales arraigadas en la región sobre la crianza. La integración de Bronfenbrenner en este marco teórico permite justificar por qué, a veces, una madre puede tener un nivel de conocimiento alto en la teoría, pero ejecutar una práctica regular o inadecuada en la realidad, evidenciando que el comportamiento materno es el resultado de un cruce constante entre sus capacidades individuales y las presiones de su entorno familiar y comunitario.

4. ANTECEDENTES

4.1 Internacional

- Nampijja M. Iwudoh AA, Kyamanywa P. En su estudio titulado **"Conocimiento y prácticas del cuidado del recién nacido en cuidadores de un hospital de referencia"**, realizado en Uganda (2024). El objetivo fue evaluar el nivel de conocimiento y su aplicación en el cuidado neonatal. La metodología fue cuantitativa, de tipo descriptivo transversal, con una muestra de cuidadores del hospital de referencia. Los resultados evidenciaron variabilidad en el conocimiento y deficiencias en prácticas clave como el cuidado del cordón umbilical y la lactancia temprana. Se concluyó que es necesario fortalecer la educación materna para mejorar la calidad del cuidado neonatal (2).
- Burayu E. T. En su investigación denominada **"Conocimiento, actitudes y prácticas del cuidado esencial del recién nacido en madres puérperas"**, desarrollada en Etiopía (2024). Tuvo como objetivo explorar el conocimiento, actitudes y prácticas del cuidado esencial neonatal. La metodología fue de tipo descriptivo con enfoque cuantitativo, aplicada a una muestra de madres puérperas. Los resultados mostraron conocimientos y prácticas heterogéneas, con limitaciones en lactancia, termorregulación y cuidado del cordón. Se concluyó que factores culturales y de acceso a información influyen en la práctica materna (27).
- Mendoza Rosales V. En su estudio **"El cuidado del recién nacido sano en el hogar desde la teoría de Orem"**, realizado en México (2021). El objetivo fue analizar el rol de la madre en el autocuidado del neonato. La investigación tuvo un enfoque cualitativo basado en la teoría del déficit de

autocuidado. Los resultados destacaron la importancia de la educación y el acompañamiento en el fortalecimiento de competencias maternas. Se concluyó que la capacitación personalizada mejora la seguridad y calidad del cuidado en el hogar (28).

4.2 Nacional

- Rojas Vilcahuaman L. y Urbano Castañeda J. En su tesis titulada **"Nivel de conocimiento y su relación con el cuidado del recién nacido en madres primerizas"**, realizada en Huancayo (2023). El objetivo fue determinar la relación entre ambas variables. La metodología fue cuantitativa, descriptivo correlacional. Los resultados evidenciaron que el 87.3% de las madres presentaron un nivel de conocimiento medio y prácticas adecuadas. Se concluyó que existe una adecuada correspondencia entre el conocimiento y el cuidado neonatal (29).
- Mendoza S. y Monteza D. En su estudio titulado **"Relación entre el conocimiento y las prácticas del cuidado del recién nacido en madres primerizas"**, realizado en Pimentel (2022). El objetivo fue determinar dicha relación. La investigación fue de enfoque cuantitativo, correlacional. Los resultados evidenciaron una relación positiva muy alta ($r=0,917$; $p<0,05$). Se concluyó que, a mayor conocimiento, mejores prácticas de cuidado neonatal (3).
- Aparcana Haurancca D. y Gómez Huamani K. En su investigación titulada **"Relación entre el nivel de conocimiento y las prácticas de cuidado del recién nacido en madres primerizas"**, realizada en Ica (2021). El objetivo fue determinar la relación entre variables. La metodología fue cuantitativa, correlacional. Los resultados indicaron que no existe relación estadísticamente significativa entre ambas variables. Se concluyó que el conocimiento no siempre garantiza la aplicación adecuada en el hogar (4).

4.3 Local

- Poma Mendieta N. En su estudio **"Relación entre el nivel de conocimiento y las prácticas de cuidado del recién nacido pretérmino en madres primerizas"**, realizado en Arequipa (2024).

Tuvo como objetivo determinar la relación entre las variables mencionadas. La investigación fue cuantitativa, descriptivo correlacional. Los resultados mostraron que el 55% presentó conocimiento medio y el 58% prácticas adecuadas. Se concluyó que existe una relación moderada entre ambas variables (30).

- Tejada Palma D. y Vilca Chura Y. En su estudio titulado "**Nivel de conocimiento sobre el cuidado del recién nacido en madres primigestas**", realizado en Arequipa (2021). El objetivo fue determinar el nivel de conocimiento sobre el cuidado neonatal. La metodología fue cuantitativa descriptiva. Los resultados evidenciaron que la mayoría de las madres presentó un nivel de conocimiento medio. Se concluyó que es necesario fortalecer la educación materna en el cuidado neonatal (31).

5. HIPOTESIS

Dado que el conocimiento se define como la comprensión de información que permite a la madre brindar cuidados adecuados al recién nacido, y la práctica como la aplicación de dichos conocimientos mediante acciones cotidianas de cuidado en el hogar.

Es probable que exista relación entre el nivel de conocimiento y la práctica materna sobre el cuidado del recién nacido en madres que acuden al Centro de Salud Ciudad Blanca, Arequipa – 2025



CAPITULO II PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICA

Para la presente investigación se emplearon técnicas diferenciadas según la naturaleza de cada variable de estudio. Para la variable independiente, Nivel de conocimiento sobre el cuidado del recién nacido, se utilizó la técnica de la encuesta, la cual facilitó la recolección de información sobre los saberes teóricos de las madres. Por otro lado, para la variable dependiente, Práctica del cuidado del recién nacido, se empleó la técnica de la observación directa, permitiendo registrar la ejecución real y operativa de los procedimientos de cuidado.

2. INSTRUMENTOS

2.1 Instrumento para la variable independiente

El instrumento seleccionado para medir los saberes maternos es el "Cuestionario de Nivel de Conocimiento sobre el Cuidado del Recién Nacido", el cual consiste en una adaptación del instrumento original diseñado por Poma Mendieta (2024). Se trata de un cuestionario estructurado de opción múltiple con respuesta única, conformado por 27 ítems de calificación dicotómica, donde cada respuesta correcta equivale a 1 punto y cada respuesta incorrecta a 0 puntos, estructurando un puntaje máximo acumulado de 27 puntos. El instrumento se organiza en seis indicadores fundamentales para la supervivencia neonatal: Alimentación, higiene, termorregulación, sueño, signos de alarma y estimulación temprana.

Para los fines de este estudio, el instrumento de la variable independiente fue adaptado para aplicarse a madres en general, tanto primíparas como multíparas, a pesar de que originalmente fue validado solo para madres primigestas; esta decisión metodológica se fundamenta en que los contenidos evaluados corresponden a cuidados básicos universales y protocolos de seguridad estandarizados por el Ministerio de Salud (MINSA), los cuales deben ser de dominio común para toda cuidadora independientemente de su experiencia previa, permitiendo además ajustar el lenguaje técnico a términos coloquiales para garantizar una comprensión absoluta por parte de las madres de la comunidad. En cuanto a sus propiedades métricas, el instrumento cuenta con validez de contenido mediante juicio de expertos, alcanzando un coeficiente V de Aiken de 1.0 que indica una validez muy alta, mientras que

la consistencia interna fue verificada mediante una prueba piloto que otorgó un coeficiente Kuder-Richardson (KR-20) de 0.84, nivel considerado altamente confiable para la investigación científica. Finalmente, para la interpretación del nivel de conocimiento general de la madre, los puntajes acumulados se estructuraron de forma proporcional en tres niveles cualitativos, donde el nivel Alto define a aquella madre que posee información precisa y actualizada, siendo capaz de identificar riesgos y actuar bajo protocolos de seguridad neonatal con un rango de 19 a 27 puntos (66.7% a 100%); el nivel Medio determina que la madre maneja conceptos básicos pero presenta dudas en temas críticos como signos de alarma o termorregulación, correspondiéndole un rango de 10 a 18 puntos (33.4% a 66.6%); y el nivel Bajo califica a la madre que carece de información esencial o posee creencias erróneas que podrían vulnerar la salud del recién nacido, situándose en el rango de 00 a 09 puntos (0% a 33.3%).

2.2 Instrumento para la variable dependiente

El instrumento empleado para evaluar la ejecución procedimental es la "Guía de Observación de las Prácticas del Cuidado del Recién Nacido", elaborada originalmente por Tananta Saboya (2020) y adaptada por Poma Mendieta (2024). Este instrumento es de tipo observacional y está conformado por 23 ítems. Para fines del análisis estadístico y garantizar la coherencia analítica con la variable independiente, los indicadores originales fueron consolidadas en cuatro indicadores matrices: Alimentación (que integra lactancia y vínculo), Higiene (que agrupa el cuidado del cordón y cambio de pañal), Signos de Alarma y Estimulación Temprana. Esta agrupación permite una correspondencia directa con la teoría, facilitando el análisis inferencial de las variables sin alterar la puntuación original del instrumento, la cual establece un puntaje máximo de 23 puntos.

Por su parte, la guía de observación correspondiente a la variable dependiente cuenta con una alta validez de contenido respaldada por un coeficiente V de Aiken de 0.98, mientras que la confiabilidad de los ítems demostró una sólida consistencia interna mediante el cálculo del coeficiente KR-20, el cual arrojó un valor de 0.87. Para la valoración cualitativa de las prácticas maternas, los puntajes se distribuyeron de forma proporcional en tres rangos definidos,

donde el nivel Adecuado describe a la madre que demuestra destreza y cumplimiento de los protocolos de seguridad en la mayoría de los indicadores evaluados, alcanzando un rango de 16 a 23 puntos (70% a 100%); el nivel Regular identifica a la madre que realiza los cuidados básicos pero presenta deficiencias en técnicas críticas como higiene o reconocimiento de signos de alarma, situándose en un rango de 08 a 15 puntos (35% a 69%); y el nivel Inadecuado determina que la madre no cumple con los procedimientos mínimos de seguridad, poniendo en riesgo el bienestar del neonato con un puntaje de 00 a 07 puntos (0% a 34%). Finalmente, para la contrastación de la hipótesis y el cumplimiento de los objetivos, el análisis de relación entre variables se priorizará mediante el cruce de los indicadores de Alimentación, Higiene, Signos de Alarma y Estimulación Temprana con la práctica observada, delimitación que se realiza bajo un criterio de relevancia clínica al ser estas las áreas con mayor impacto directo en la reducción de riesgos de morbilidad neonatal en el entorno domiciliario.

3. CAMPO Y VERIFICACIÓN

3.1 Ubicación Espacial

El estudio se desarrolló en el Centro de Salud de Ciudad Blanca, ubicado en la Avenida Revolución 1221, distrito de Paucarpata, provincia y departamento de Arequipa, Perú. Este establecimiento de salud es de gestión pública, categorizado como I-3, y está bajo la jurisdicción de la Gerencia Regional de Salud Arequipa (GERESA), formando parte de la Red de Salud Arequipa-Caylloma y la Microred Ciudad Blanca.

3.2 Ubicación Temporal

La fase de campo destinada a la aplicación de los instrumentos de recolección de datos se llevó a cabo de manera coyuntural durante el trimestre correspondiente a los meses de septiembre, octubre y noviembre del año 2025.

3.3 Unidades de estudio

Estuvieron conformadas por madres de recién nacidos que acudieron al Centro de Salud de Ciudad Blanca y que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión establecidos.

3.4 Universo

El universo de la presente investigación estuvo constituido por una **población censal** de un total de 80 madres de recién nacidos asignadas o atendidas en el Centro de Salud Ciudad Blanca durante el periodo de septiembre a noviembre del año 2025. Debido a la naturaleza censal del estudio, se abarcó a la totalidad de la población disponible que cumplió con los criterios de selección establecidos, por lo que no se aplicó un proceso de muestreo ni selección de muestra subpoblacional.

3.4.1 Criterios de inclusión

- Madres con recién nacidos de 0 a 28 días de vida al momento de la recolección de los datos.
- Madres mayores de 18 años, así como madres menores de 18 años a quienes se les solicitará de forma estricta el asentimiento informado junto con la firma del consentimiento informado de sus padres o tutores legales.
- Madres primíparas y multíparas.
- Madres que acuden al consultorio de Crecimiento y Desarrollo (CRED) y/o consulta pediátrica del Centro de Salud de Ciudad Blanca para la atención de su recién nacido.
- Madres que acepten participar voluntariamente mediante la firma del consentimiento informado.
- Madres que comprendan el idioma español y sean capaces de responder el cuestionario de forma autónoma.

3.4.2 Criterio de exclusión

- Madres que presenten alteraciones cognitivas diagnosticadas que dificulten su participación.
- Madres que, tras haber aceptado inicialmente, decidan retirarse del estudio antes de completar la totalidad de los instrumentos (cuestionario y guía de observación).
- Madres de recién nacidos que presenten patologías graves o complicaciones que requieran hospitalización especializada.

4. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

4.1 Organización

4.1.1 **Fase Administrativa y de Gestión:** El proyecto de investigación fue elaborado y presentado ante la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Católica de Santa María para su revisión, levantamiento de observaciones y respectiva aprobación. Una vez obtenido el dictamen favorable, se gestionó la designación oficial de la asesora de tesis y se emitió la carta de presentación institucional firmada por la facultad. Este documento fue remitido formalmente a la Dirección Ejecutiva de la Red de Salud Arequipa-Caylloma para tramitar los permisos institucionales correspondientes, obteniéndose de manera oficial la autorización formal para ejecutar el estudio en las instalaciones y jurisdicción del Centro de Salud Ciudad Blanca, en el distrito de Paucarpata. Posteriormente, se estableció la coordinación presencial con la Jefatura del establecimiento y la Licenciada responsable del área de Enfermería (consultorio CRED y vacunación) para delimitar las estrategias de captación.

4.1.2 **Fase de Delimitación de la Población y Campo (Muestra Censal):** Debido a las características metodológicas del estudio, se determinó trabajar con una **muestra censal**, por lo que el universo y la muestra quedaron constituidos exactamente por la misma población: un total de 80 madres de recién nacidos asignadas a la jurisdicción de dicho establecimiento. Al tratarse de un censo, no se aplicó ningún tipo de muestreo probabilístico ni fórmulas de estimación, incorporando al 100% de las madres que cumplieron estrictamente con los criterios de inclusión durante el periodo de recolección de datos. La captación inicial de las unidades de estudio se realizó en los ambientes del consultorio CRED del centro de salud. Tras identificar a las madres candidatas, se les explicó de manera clara y detallada los objetivos, beneficios y confidencialidad de la investigación. Una vez resueltas todas sus dudas, se procedió a la lectura y firma del consentimiento informado, garantizando su participación voluntaria y el estricto cumplimiento de los principios éticos.

4.1.3 **Fase de Recolección de Datos en Campo (Ubicación Temporal e**

Instrumentación): A diferencia de los estudios meramente institucionales, la aplicación de ambos instrumentos se ejecutó íntegramente mediante visitas programadas en los entornos domiciliarios de las madres participantes. Este procedimiento metodológico permitió asegurar una alta validez ecológica, evaluando no solo el conocimiento teórico, sino la ejecución real de las prácticas en su contexto cotidiano. Durante la visita, se procedió en primer lugar a la aplicación de la Ficha de Datos Sociodemográficos y del "Cuestionario de Nivel de Conocimiento", el cual constó de 27 ítems y requirió un **tiempo promedio de aplicación de 15 a 20 minutos** por madre. Inmediatamente después, se procedió a la fase de ejecución operativa, donde se solicitó a la madre realizar las actividades rutinarias de atención al neonato (como alimentación, higiene del muñón umbilical y cambio de pañal), registrando detalladamente su desempeño técnico en tiempo real mediante la "Guía de Observación", procedimiento que tomó un **tiempo estimado de 20 a 30 minutos** de observación directa por sesión

4.1.4 **Fase de Procesamiento y Análisis Estadístico:** Una vez concluida la recolección en campo, los datos crudos obtenidos de las 80 fichas aplicadas fueron codificados, tabulados y organizados en una matriz de datos digital. El procesamiento estadístico se realizó utilizando el software especializado IBM SPSS Statistics versión 29.0. El análisis descriptivo de las variables se ejecutó mediante la distribución de frecuencias absolutas (n) y relativas porcentuales (%), las cuales se presentarán formalmente abriendo el capítulo de resultados (comenzando con las características sociodemográficas en la Tabla 1). Para la fase de estadística inferencial y la contrastación de la hipótesis de investigación, se aplicó la prueba no paramétrica de Chi-cuadrado de Pearson (χ^2), fijando un nivel de significancia institucional del 5% ($p < 0.05$) para determinar la existencia de una relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento materno y sus prácticas de cuidado en el hogar.

4.2 Recursos

4.2.1 Humanos

- **Investigadora:** Maria Fernanda Neira Ichocán
- **Asesora de tesis:** Mg. Maria del Pilar Borja Vizcarra

4.2.2 Materiales

- Cuestionario y guía de observación
- Laptop, lapiceros

4.2.3 Financieros

- Autofinanciado





CAPÍTULO III RESULTADOS

Tabla 3: Características sociodemográficas de las madres en el estudio

Indicadores	Subindicadores	Nº	%
Edad	Menor de 18	1	1,3
	18 a 29 años	40	50,0
	30 a 39 años	28	35,0
	40 años a más	11	13,7
TOTAL		80	100,0
Grado de Instrucción	Secundaria	50	62,4
	Superior Técnico	29	36,3
	Superior Universitaria	1	1,3
	TOTAL	80	100,0
Situación Conyugal	Soltera	24	30,0
	Conviviente	36	45,0
	Casada	19	23,7
	Divorciada	1	1,3
TOTAL		80	100,0

Los datos sociodemográficos de la muestra evidencian una población joven, con un 50% (40) de madres situadas en la etapa de adultez temprana (18 a 29 años). En cuanto al perfil educativo, se observa una marcada tendencia hacia la instrucción secundaria, la cual concentra al 62.4% (50) de las participantes, en contraste con un acceso mínimo a la educación superior universitaria (1,3%). En el ámbito familiar, predomina la condición de convivencia (45%).

Desde la perspectiva de enfermería, identificar este perfil es fundamental para la gestión del cuidado, ya que el predominio de niveles educativos medios y una población mayoritariamente joven define las características del grupo al cual deben dirigirse las estrategias de educación sanitaria en el Centro de Salud de Ciudad Blanca. Estos resultados delimitan las condiciones de base de la población de estudio, permitiendo contextualizar los hallazgos posteriores sobre el nivel de conocimiento y las prácticas neonatales.

Tabla 4: Conocimiento del cuidado del recién nacido del indicador Alimentación, según subindicadores.

Subindicador	Correcto		Incorrecto		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Tipo de alimentación y duración (preguntas 1 y 2)	70	87,5	10	12,5	80	100,0
Frecuencia y posición (pregunta 3 y 7)	55	68,8	25	31,2	80	100,0
Importancia (pregunta 4)	80	100,0	0	0,0	80	100,0
Calostro (pregunta 5 y 6)	63	78,8	18	21,2	80	100,0

En la Tabla 4 se detalla el conocimiento materno distribuido por los subindicadores del bloque de alimentación. Se observa que el subindicador referido a la importancia de la alimentación alcanzó el nivel más óptimo con un 100.0% de respuestas correctas. Asimismo, el tipo de alimentación y su duración registró un 87.5% de aciertos, seguido por el conocimiento sobre el calostro con un 78.8%. Por el contrario, el subindicador de frecuencia y posición obtuvo el menor porcentaje de respuestas correctas con un 68.8%, concentrando a su vez la mayor tasa de error con un 31.2%.

Los hallazgos evidencian que las madres evaluadas poseen un manejo conceptual sólido e incluso absoluto respecto a la importancia y generalidades del tipo de alimentación del neonato. No obstante, al analizar los componentes procedimentales, se identifica una brecha notoria en lo que respecta a la frecuencia de las tomas y la posición correcta para amamantar, además de persistir dudas menores sobre el valor del calostro. Este contraste resalta una clara oportunidad de mejora en el consultorio CRED para intensificar la consejería dirigida y los talleres prácticos, priorizando la corrección de técnicas de amamantamiento y horarios para asegurar una lactancia exitosa y prevenir riesgos.

Tabla 5: Conocimiento del cuidado del recién nacido del indicador Higiene, según subindicadores.

Subindicador	Correcto		Incorrecto		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Limpieza del cordón umbilical (pregunta 8, 9 y 10)	62	77,5	18	22,5	80	100,0
Frecuencia (pregunta 11)	66	82,5	14	17,5	80	100,0
Higiene de genitales (pregunta 12, 13 y 14)	60	75,0	20	25,0	80	100,0
Cambio de pañal (pregunta 12)	71	88,8	9	11,2	80	100,0
Cuidado de la piel (pregunta 16)	39	48,8	41	51,2	80	100,0

En la Tabla 5 se presenta el conocimiento materno respecto a los subindicadores de higiene. Se observa que el cambio de pañal obtuvo el mayor porcentaje de respuestas correctas con un 88.8%, seguido por la frecuencia de la higiene con un 82.5% y la limpieza del cordón umbilical con un 77.5%. Asimismo, el conocimiento sobre la higiene de genitales registró un 75.0% de aciertos. Por el contrario, el subindicador vinculado al cuidado de la piel concentró la mayor tasa de error, donde un 51.2% de las participantes respondieron de manera incorrecta, superando al 48.8% de respuestas correctas.

Los resultados muestran que la mayoría de las madres maneja adecuadamente los conceptos de higiene rutinaria, especialmente en lo relacionado al cambio de pañales y la frecuencia general de aseo. No obstante, se evidencia una brecha crítica y prioritaria en lo que respecta al cuidado de la piel del recién nacido, donde más de la mitad de la población presenta nociones erróneas. Este hallazgo revela una oportunidad de mejora clave para que el personal de enfermería fortalezca la orientación en el consultorio CRED, enfatizando la prevención de lesiones cutáneas y el uso correcto de productos tópicos en el neonato.

Tabla 6: Conocimiento del cuidado del recién nacido del indicador Termorregulación, según subindicadores.

Subindicador	Correcto		Incorrecto		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Duración del baño (pregunta 17)	77	96,3	3	3,7	80	100,0
Duración del baño (pregunta 17)	66	82,5	14	17,5	80	100,0
Ambiente y materiales (pregunta 18)	70	87,5	10	12,5	80	100,0

A partir de los datos expuestos en la Tabla 6, se aprecia que el conocimiento sobre la duración del baño alcanzó el nivel más alto de aciertos con un 96.3%. Del mismo modo, las condiciones del ambiente y los materiales registraron un 87.5% de respuestas correctas, mientras que el subindicador enfocado en los mecanismos de abrigo y regulación térmica obtuvo un 82.5% de respuestas acertadas frente a un 17.5% de error.

Se denota un panorama sumamente favorable en este bloque, identificándose que las madres comprenden casi en su totalidad los aspectos temporales y ambientales necesarios para evitar el enfriamiento del neonato durante el baño. Aunque el porcentaje de error en el manejo del abrigo y regulación térmica es menor, persiste una quinta parte de la población con dudas. Esto resalta la conveniencia de afianzar la consejería en técnicas de contacto piel a piel y control de la temperatura del hogar para mitigar riesgos de hipotermia.

Tabla 7: Conocimiento del cuidado del recién nacido del indicador Sueño, según subindicadores.

Subindicador	Correcto		Incorrecto		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Horas de sueño (pregunta 20)	49	61,3	31	38,7	80	100,0
Posición para dormir (pregunta 21)	48	60,0	32	40,0	80	100,0
Condiciones (pregunta 22)	78	97,5	2	2,5	80	100,0

En la Tabla 7 se detalla el conocimiento de las madres en torno a las condiciones de sueño del neonato. El subindicador sobre las condiciones del entorno para dormir reportó un nivel óptimo con un 97.5% de respuestas correctas. En contraste, se observa un marcado descenso en los componentes de horas de sueño y posición para dormir, los cuales registraron porcentajes de acierto de 61.3% y 60.0% respectivamente, concentrando tasas de respuesta incorrecta de hasta un 40.0%.

Los hallazgos reflejan que, si bien existe una pericia casi absoluta para identificar los elementos ambientales seguros en el dormitorio del recién nacido, se presenta una debilidad importante en el conocimiento de las pautas biológicas y de seguridad postural. Los elevados márgenes de error en la posición idónea para dormir y el tiempo de descanso requerido evidencian la necesidad de reestructurar las sesiones educativas, promoviendo de manera activa las directrices internacionales de sueño seguro para prevenir eventos adversos en el hogar.

Tabla 8: Conocimiento del cuidado del recién nacido del indicador Signos de Alarma, según subindicadores.

Subindicador	Correcto		Incorrecto		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Dificultad respiratoria, ictericia, problemas digestivos o neurológicos y temperatura (pregunta 27)	80	100,0	0	0,0	80	100,0

En la Tabla 8 se demuestra que el 100.0% de las madres evaluadas contestaron acertadamente al subindicador que integra el reconocimiento de dificultad respiratoria, ictericia, problemas digestivos, neurológicos y alteraciones de la temperatura, no registrándose respuestas incorrectas (0.0%).

Los datos evidencian un dominio conceptual unánime y óptimo en la totalidad de la población respecto a la identificación de manifestaciones clínicas de peligro en el neonato. Al ser un indicador crítico para la reducción de la morbilidad neonatal, el éxito en la asimilación de estos signos sugiere un impacto positivo de las campañas informativas previas, lo cual faculta a las madres para actuar de manera oportuna ante una emergencia de salud.

Tabla 9: Conocimiento del cuidado del recién nacido del indicador Estimulación Temprana, según subindicadores.

Subindicador	Correcto		Incorrecto		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Importancia (pregunta 24)	62	77,5	18	22,5	80	100,0
Frecuencia (pregunta 25)	64	80,0	16	20,0	80	100,0
Tipos de actividades (pregunta 23 y 26)	65	81,2	15	18,8	80	100,0

De acuerdo con los resultados de la Tabla 9, el subindicador sobre los tipos de actividades lúdicas y de desarrollo obtuvo el mayor porcentaje de respuestas correctas con un 81.2%. Por su parte, el conocimiento de la frecuencia para realizar la estimulación registró un 80.0% de respuestas acertadas, mientras que la importancia de la estimulación temprana alcanzó un 77.5% de aciertos frente a un 22.5% de respuestas incorrectas.

Se observa un nivel de conocimiento homogéneo y predominantemente adecuado en todos los componentes evaluados para este indicador, lo que denota que las madres valoran y distinguen las prácticas esenciales para la estimulación temprana. El margen menor de respuestas incorrectas observado en la importancia y constancia del estímulo sugiere que aún se requiere reforzar el sustento conceptual subyacente para asegurar que las familias mantengan estas rutinas de manera continua y consciente en sus hogares.

Tabla 10: Nivel de conocimiento materno según indicadores del cuidado.

Indicadores	Nivel		ALTO		MEDIO		BAJO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	N	%	N	%	N	%
Alimentación	70	87,5	9	11,2	1	1,3	80	100,0		
Higiene	68	85,0	10	12,5	2	2,5	80	100,0		
Termorregulación	77	96,2	2	2,5	1	1,3	80	100,0		
Posición y sueño	63	78,7	14	17,5	3	3,8	80	100,0		
Estimulación temprana	68	85,0	11	13,7	1	1,3	80	100,0		
Signos de alarma	80	100,0	0	0	0	0	80	100,0		

La Tabla 10 detalla el nivel de conocimiento distribuido por indicadores específicos del cuidado neonatal. Se observa que la totalidad de las madres (100%) posee un nivel de conocimiento alto en la identificación de Signos de alarma, un hallazgo de suma relevancia clínica, ya que implica que la población evaluada es capaz de reconocer indicadores críticos de riesgo vital. Le sigue el indicador de Termorregulación con un notable 96,2% (77), lo que sugiere una adecuada comprensión de los mecanismos de protección térmica del recién nacido.

En el indicador de Alimentación, Higiene y Estimulación temprana, los niveles altos también se mantienen como la tendencia dominante, superando en todos los casos el 85%. Sin embargo, al realizar un análisis comparativo, el indicador de Posición y sueño destaca por presentar la mayor brecha de conocimiento, concentrando la mayor proporción de niveles medio (17,5%) y bajo (3,8%) en relación con las demás áreas.

Estos hallazgos permiten identificar que, si bien la suficiencia informativa es generalizada, existe una necesidad prioritaria de reforzar la educación sanitaria sobre las prácticas de sueño seguro (posición y entorno). Por tanto, este indicador se consolida como el foco de atención principal para las estrategias de orientación asistencial en el servicio de CRED, con el objetivo de reducir factores de riesgo asociados a eventos adversos durante el descanso del neonato.

Tabla 11: Nivel de conocimiento global sobre el cuidado del recién nacido.

Conocimiento	Nº	%
Bajo	1	1,3
Medio	8	10,0
Alto	71	88,7
TOTAL	80	100,0

En la Tabla 11 se presenta la valoración integral del conocimiento materno, donde se observa que el 88,7% (71) de las participantes se sitúa en el nivel alto. Por otro lado, el nivel medio alcanza el 10% (8) y el nivel bajo representa únicamente el 1,3% (1) de la población estudiada.

El análisis de estos datos revela una marcada concentración de la muestra en la categoría de conocimiento más elevada. Estadísticamente, esto indica que casi 9 de cada 10 madres que acuden al Centro de Salud de Ciudad Blanca poseen información técnica alineada con los estándares de cuidado neonatal evaluados. Esta predominancia del nivel alto constituye la base cognitiva de la población, lo cual permite que las intervenciones de enfermería en este establecimiento se enfoquen más en el reforzamiento de detalles específicos que en la alfabetización sanitaria básica.

Tabla 12: Práctica del cuidado del recién nacido del indicador Alimentación, según subindicadores.

Subindicador	Sí		No		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Lactancia materna (pregunta 1 y 4)	61	76,2	19	23,8	80	100,0
Técnica de lactancia (pregunta 2)	47	58,7	33	41,3	80	100,0
Frecuencia y exclusividad (pregunta 3)	79	98,8	1	1,2	80	100,0
Vínculo afectivo (pregunta 5, 6 y 7)	76	95,0	4	5,0	80	100,0

Al evaluar la Tabla 12 sobre las prácticas de alimentación, se observa que el 98.8% (79 madres) cumple con la frecuencia y exclusividad de la lactancia, y un 95.0% (76 madres) promueve el vínculo afectivo durante este proceso. Asimismo, respecto a la lactancia materna en general, el 76.2% (61 madres) sí ejecuta prácticas correctas. No obstante, el subindicador crítico se encuentra en la técnica de lactancia, donde un 41.3% (33 madres) no la realiza adecuadamente, frente a un 58.7% (47 madres) que sí lo hace. Esto evidencia que, a pesar de la alta disposición por amamantar, persiste una brecha técnica importante en el posicionamiento y agarre que requiere intervención educativa por parte del personal de enfermería.

Tabla 13: Práctica del cuidado del recién nacido del indicador Higiene, según subindicadores.

Subindicador	Sí		No		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Limpieza del cordón umbilical (pregunta 8, 9 y 10)	72	90,0	8	10,0	80	100,0
Cambio de pañal / higiene genital (preguntas 16, 17, 18 y 19)	78	97,5	2	2,5	80	100,0

Los resultados descritos en la Tabla 13 respecto a las prácticas de higiene neonatal muestran un alto nivel de cumplimiento. En relación con el cambio de pañal e higiene genital, un contundente 97.5% (78 madres) realiza el procedimiento de forma correcta, dejando solo a un 2.5% (2 madres) con omisiones. Por otro lado, en el subindicador de limpieza del cordón umbilical, el 90.0% (72 madres) sí aplica las medidas higiénicas recomendadas, mientras que el 10.0% (8 madres) restante no las ejecuta adecuadamente. En conjunto, estos datos reflejan una óptima adherencia materna a las rutinas de higiene esenciales para prevenir infecciones en el recién nacido.

Tabla 14: Práctica del cuidado del recién nacido del indicador Signos de Alarma, según subindicadores.

Subindicador	Sí		No		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Identificación de signos de peligro: piel, respiración, calor (preguntas 11, 12, 13, 14 y 15)	78	97,5	2	2,5	80	100,0

Los datos estadísticos de la Tabla 14 evidencian que, en relación con las prácticas sobre la identificación de signos de peligro (piel, respiración, calor), un rotundo 97.5% (78 madres) sí ejecuta de manera correcta las acciones de reconocimiento ante una situación de riesgo en el recién nacido, mientras que solo un 2.5% (2 madres) no realiza estas prácticas preventivas. Esto demuestra una alta capacidad de respuesta y adherencia por parte de las madres evaluadas ante la identificación oportuna de manifestaciones clínicas que comprometen la salud neonatal.

Tabla 15: Práctica del cuidado del recién nacido del indicador Estimulación Temprana, según subindicadores.

Subindicador	Sí		No		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Técnicas de estimulación (pregunta 20, 21, 22 y 23)	62	77,5	18	22,5	80	100,0

En la Tabla 15, al analizar la distribución de las madres según el subindicador de técnicas de estimulación temprana, se observa que el 77.5% (62 madres) sí aplica de forma adecuada los estímulos recomendados para el desarrollo del neonato. Por el contrario, el 22.5% (18 madres) restante no realiza estas técnicas en el entorno domiciliario. Aunque predomina el cumplimiento de la práctica, el porcentaje de omisión refleja la necesidad de seguir reforzando las estrategias educativas de enfermería en el primer nivel de atención respecto a la estimulación temprana.

Tabla 16: Prácticas de cuidado materno según indicadores evaluados.

Práctica	Nivel	Adecuado		Regular		Inadecuado		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Alimentación		60	75,0	19	23,7	1	1,3	80	100,0
Higiene		75	93,7	4	5,0	1	1,3	80	100,0
Signos de alarma		78	97,5	2	2,5	0	0	80	100,0
Estimulación temprana		49	61,2	29	36,3	2	2,5	80	100,0

En la Tabla 16 se presentan las prácticas de cuidado neonatal categorizadas según los indicadores establecidas en la operacionalización de variables del estudio. Los hallazgos revelan una alta prevalencia de prácticas adecuadas en los indicadores de Higiene (que integra la técnica de cambio de pañal y el cuidado del muñón umbilical) con un 93,7%, y en la identificación de Signos de alarma con un 97,5%. Estos resultados demuestran que la casi totalidad de las madres ejecuta acciones preventivas esenciales alineadas con los estándares de supervivencia neonatal.

Respecto al indicador de Alimentación, la cual consolida la técnica de lactancia materna y el fortalecimiento del vínculo afectivo, se observa que el 75% de la muestra realiza una práctica adecuada. No obstante, un 23,7% se sitúa en un nivel regular; este margen sugiere que, si bien el componente afectivo es sólido, aún existen brechas en la ejecución técnica del amamantamiento que requieren refuerzo asistencial.

Finalmente, el indicador de Estimulación temprana muestra una configuración distinta al resto, registrando el porcentaje más alto de prácticas regulares (36,3%) e inadecuadas (2,5%). Esto indica que, aunque se cumplen los cuidados básicos, la estimulación neurocognitiva aún no se ha consolidado como una práctica rutinaria óptima. Estos hallazgos permiten identificar la estimulación temprana como el área de mayor oportunidad para la intervención educativa de enfermería en el Centro de Salud de Ciudad Blanca.

Tabla 17: Prácticas globales de cuidado del recién nacido.

Prácticas	Nº	%
Inadecuado	1	1,3
Regular	10	12,5
Adecuado	69	86,2
TOTAL	80	100,0

La valoración general de las prácticas de cuidado neonatal en las 80 madres participantes revela una tendencia favorable, donde el 86,2% (69) ejecuta las acciones de manera adecuada. Un 12,5% (10) se sitúa en un nivel de práctica regular y solo un 1,3% (1) presenta un desempeño calificado como inadecuado.

Desde un análisis estadístico-descriptivo, estos resultados demuestran una alta adherencia a los procedimientos de cuidado evaluados. La concentración de más de las tres cuartas partes de la muestra en el nivel adecuado sugiere que las madres que acuden al Centro de Salud de Ciudad Blanca han integrado las pautas de atención neonatal en su rutina diaria. Este hallazgo es relevante para la salud pública local, ya que indica que la ejecución de cuidados esenciales —fundamentales para la prevención de complicaciones en esta etapa— se realiza bajo estándares óptimos dentro de la población de estudio.

Tabla 18: Relación entre conocimiento y práctica materna en el indicador alimentación.

Nivel	Prácticas Inadecuada		Regular		Adecuada		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Bajo	0	0,0	0	0,0	1	1,3	1	1,3
Medio	1	1,3	3	3,8	5	6,2	9	11,3
Alto	0	0,0	7	8,8	63	78,7	70	87,44
TOTAL	1	1,3	10	12,5	69	86,2	80	100,0

$$X^2=12,60 \quad P<0.05P=0,01$$

La Tabla 18 muestra la interacción entre el nivel de conocimiento y la ejecución de la práctica en el indicador de Alimentación, la cual consolida tanto la técnica de lactancia materna como el fortalecimiento del vínculo afectivo. Se observa que la mayor concentración de la muestra se ubica en la intersección de Conocimiento Alto y Práctica Adecuada con un 78,7% (63). Un hallazgo particular es que la única madre con nivel de conocimiento bajo logró realizar una práctica adecuada, lo que sugiere la posible influencia de factores externos, experiencias previas o soporte familiar en este indicador. Desde el análisis estadístico, la prueba de Chi-cuadrado arroja un valor de 12,60 con un p-valor de 0,01 ($p < 0,05$), lo que permite establecer una relación significativa entre ambas variables. Esto indica que, en el contexto del Centro de Salud de Ciudad Blanca, el empoderamiento cognitivo sobre la nutrición y el apego neonatal es un predictor directo de la calidad de la práctica materna. La correspondencia entre el alto conocimiento y la adecuada práctica subraya la importancia de la educación sanitaria integral, donde el saber teórico se traduce en competencias afectivas y nutricionales fundamentales para la prevención de la desnutrición y el bienestar emocional del neonato.

Tabla 19: Relación entre conocimiento y práctica materna en el indicador higiene

Prácticas	Inadecuada		Regular		Adecuada		TOTAL	
Nivel	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Bajo	1	1,3	0	0,0	0	0,0	1	1,3
Medio	0	0,0	2	2,5	8	10,0	10	12,5
Alto	0	0,0	2	2,5	67	83,7	68	85,0
TOTAL	1	1,3	4	5,0	75	93,7	80	100,0

$$X^2=0,99 \quad P>0,05P = 0,91$$

En la Tabla 19 se analiza la correspondencia entre el nivel cognitivo y la ejecución de las prácticas de Higiene, indicador que integra el cuidado del muñón umbilical y la técnica de cambio de pañal. Los resultados muestran que el 83,7% (67) de las madres se ubica en el cuadrante de Conocimiento Alto y Práctica Adecuada, lo que refleja una tendencia positiva hacia la seguridad sanitaria del neonato en el hogar.

Desde el análisis estadístico, la prueba de Chi-cuadrado aplicada a estos datos corregidos arroja un p-valor $> 0,05$ lo que indica que no existe una relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento técnico y la práctica de higiene en esta población. Este hallazgo es fundamental para la discusión, ya que sugiere que, en el Centro de Salud de Ciudad Blanca, las prácticas de limpieza del recién nacido podrían estar más influenciadas por la experiencia previa, el sentido común o tradiciones familiares que por la instrucción teórica formal recibida.

Un hallazgo crítico en la distribución de los datos muestra que la única madre situada en el nivel de conocimiento bajo presentó simultáneamente una práctica inadecuada. Este caso particular, aunque representa solo el 1,3% de la muestra, es altamente significativo desde el análisis de enfermería, pues evidencia que la carencia de fundamentos técnicos básicos se traduce directamente en una ejecución de riesgo para el neonato, independientemente de la tendencia general del grupo.

Tabla 20: Relación entre conocimiento y práctica materna en el indicador signos de alarma.

Prácticas	Inadecuada		Regular		Adecuada		TOTAL	
Conocimiento	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Bajo	0	0,0	1	1,3	0	0,0	1	1,3
Medio	0	0,0	2	2,5	8	10,0	10	12,5
Alto	0	0,0	3	3,8	66	82,5	69	86,2
TOTAL	0	0,0	6	7,5	74	92,5	80	100,0

La Tabla 20 analiza la relación entre el nivel cognitivo y la ejecución de acciones ante Signos de Alarma, evaluando subindicadores de supervivencia como la coloración de piel, termorregulación y patrón respiratorio. Se observa que el 82,5% (66) de las madres se ubica en el cuadrante de Conocimiento Alto y Práctica Adecuada. Sin embargo, destaca que la única madre con nivel de conocimiento bajo (1,3%) presentó una práctica regular, lo que evidencia que la carencia de información técnica básica afecta la capacidad de respuesta inmediata.

Desde el análisis estadístico, la prueba de Chi-cuadrado arroja un p-valor $< 0,05$ lo que permite establecer una relación estadísticamente significativa entre ambas variables. Este hallazgo es fundamental para el estudio, ya que demuestra que, en el contexto del Centro de Salud Ciudad Blanca, el conocimiento no es solo un dato teórico, sino un predictor directo de la seguridad neonatal. La correspondencia encontrada indica que una madre informada tiene mayores probabilidades de identificar correctamente anomalías respiratorias o térmicas, reduciendo el tiempo de reacción ante una emergencia.

Finalmente, el alto porcentaje de prácticas adecuadas (92.5%) refleja el éxito de la promoción de la salud en el área de emergencias neonatales, aunque el caso identificado en el nivel bajo subraya la necesidad de no descuidar a las madres con menores niveles educativos para evitar brechas en la vigilancia del recién nacido.

Tabla 21: Relación entre conocimiento y práctica materna en el indicador estimulación temprana.

Prácticas	Inadecuada		Regular		Adecuada		TOTAL	
Conocimiento	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Bajo	1	1,3	0	0,0	0	0,0	1	1,3
Medio	1	1,3	5	6,2	2	2,5	8	10,0
Alto	0	0,0	24	30,0	47	58,7	71	88,7
TOTAL	2	2,5	29	36,3	49	61,2	80	100,0

$$\chi^2=20,70 \quad P<0,05 \quad P=0,00$$

La Tabla 21 analiza la interacción entre el dominio cognitivo y la ejecución de actividades de Estimulación Temprana. Se observa que el 58,7% (47) de la muestra mantiene una coherencia entre el nivel de conocimiento alto y una práctica adecuada. Un hallazgo relevante es que, a diferencia de otros indicadores, aquí se observa la mayor cantidad de prácticas regulares (36,3%), lo que sugiere que la falta de fundamentos teóricos sólidos o técnica específica limita la calidad de la estimulación realizada en el hogar.

El análisis estadístico arroja un valor de Chi-cuadrado de 20,70 con un p-valor de 0.00 ($p < 0,05$), lo que confirma una relación estadísticamente significativa de alta intensidad. Para el contexto del Centro de Salud de Ciudad Blanca, esto demuestra que la instrucción educativa impacta directamente en el neurodesarrollo; por ello, la capacitación teórica se posiciona como la herramienta más efectiva para transformar cuidados básicos en un desarrollo neonatal óptimo.

Tabla 22: Relación global entre el nivel de conocimiento y la práctica del cuidado neonatal.

Prácticas	Inadecuada		Regular		Adecuada		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Nivel								
Bajo	1	1,3	0	0,0	0	0,0	1	1,3
Medio	0	0,0	6	7,5	4	5,0	10	12,5
Alto	0	0,0	4	5,0	65	81,2	69	86,2
TOTAL	1	1,3	10	12,5	69	86,3	80	100,0

$$X^2=20,70 \quad P<0,05P=0,00$$

La Tabla 22 presenta la síntesis de la investigación, relacionando de manera global el nivel cognitivo con la ejecución de los cuidados neonatales. Los resultados muestran que el 81,2% (65) de las madres se ubica en el nivel de Conocimiento Alto y Práctica Adecuada, lo que demuestra una sólida competencia materna en la población del Centro de Salud Ciudad Blanca. No obstante, se identifica que la única madre con conocimiento bajo presentó una práctica inadecuada, confirmando que la carencia de información es un factor de riesgo crítico.

Desde el análisis estadístico, el valor de Chi-cuadrado con un p-valor de 0,00 ($p < 0,05$) permite rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis de investigación, confirmando que existe una relación estadísticamente significativa entre ambas variables. Este hallazgo valida que el empoderamiento cognitivo es el principal motor para una práctica segura. Se concluye que, si bien existen influencias empíricas en indicadores como la higiene, el cuidado integral del recién nacido depende directamente de la educación sanitaria proporcionada por el profesional de enfermería, siendo esta la clave para garantizar el bienestar neonatal y prevenir complicaciones en el hogar.

CONCLUSIONES

PRIMERA: Se identificó que el nivel de conocimiento sobre el cuidado del recién nacido en las madres que acuden al Centro de Salud Ciudad Blanca es predominantemente Alto, alcanzando el mayor porcentaje con un 86,2% de la población de estudio; mientras que un 12,5% presentó un nivel medio y solo un 1,3% evidenció un nivel bajo.

SEGUNDA: Se describió que la práctica del cuidado del recién nacido en las madres que acuden al Centro de Salud Ciudad Blanca es mayoritariamente adecuada, concentrando el valor más alto con un 92,5% de las participantes; en contraste con un 7,5% que demostró un desempeño calificado como regular y un 0,0% con práctica inadecuada.

TERCERA: Se determinó la existencia de una relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y la práctica del cuidado del recién nacido según los resultados globales, donde se demostró que el mayor porcentaje de la población, correspondiente al 81,2% (65 madres), se ubica simultáneamente en la categoría de Conocimiento Alto y Práctica Adecuada. Este hallazgo se encuentra respaldado por la prueba de Chi-cuadrado de Pearson, alcanzando un p-valor de 0,00 ($p < 0,05$), lo que permite rechazar la hipótesis nula y confirmar que un mayor empoderamiento cognitivo materno se relaciona de forma directa con la ejecución de prácticas seguras y adecuadas en el entorno domiciliario.

RECOMENDACIONES

1. A la Jefatura del Centro de Salud Ciudad Blanca se sugiere fortalecer las estrategias de captación temprana del recién nacido mediante la integración técnica de los registros de enfermería, pediatría y visitas domiciliarias, asegurando que las madres captadas en actividades extramurales reciban el paquete educativo completo de forma oportuna.
2. Al personal de enfermería del consultorio CRED se recomienda intensificar el trabajo preventivo y comunitario mediante el rediseño de las sesiones demostrativas en el consultorio y el hogar. Se debe priorizar la metodología de "devolución de procedimiento" sobre el sueño seguro y la estimulación, asegurando que las madres con niveles de conocimiento medio o bajo corrijan sus destrezas en tiempo real para evitar riesgos en el hogar.
3. A los futuros investigadores se sugiere que los próximos estudios orientados a medir la relación entre conocimiento y práctica delimiten de forma estricta su población seleccionando, de preferencia, a madres primíparas. Excluir a las madres multíparas permitirá controlar el sesgo de la experiencia previa acumulada, evidenciando de manera más precisa el impacto de la educación sanitaria de enfermería. Asimismo, se propone orientar las investigaciones a ámbitos o poblaciones de mayor vulnerabilidad socioeconómica y geográficamente alejadas de los servicios de salud, facilitando la identificación de carencias más agudas en el cuidado neonatal.
4. A la escuela profesional de enfermería recomienda promover el diseño de instrumentos con preguntas más específicas y explicativas para evaluar de manera más óptima y preventiva tanto los indicadores correlacionados en este estudio (Alimentación, Signos de Alarma y Estimulación Temprana) como los que quedaron fuera del análisis estadístico final (Sueño Seguro y Termorregulación). Asimismo, se aconseja abrir líneas de investigación que profundicen en los factores socioculturales y tradiciones familiares; no solo respecto a la dimensión Higiene (donde no se evidenció relación estadística en este estudio), sino en otras dimensiones del cuidado neonatal que, por su complejidad, puedan presentar este mismo comportamiento donde las costumbres arraigadas predominen sobre el conocimiento formal. Finalmente, se sugiere incorporar variables como la salud mental materna y el cuidado del recién nacido con condiciones especiales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Newborns: improving survival and well-being. Geneva: OMS; [Internet] 2023. [citado 8 de abril de 2026] Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/newborns-reducing-mortality>
2. Nampijja M, Iwudoh AA, Kyamanywa P, Etwalu J, Tuhebwe D, Konde-Lule J, et al. “Mothers’ knowledge and practices regarding essential newborn care in rural districts of Eastern Uganda: A cross-sectional study” [Internet]. PLOS ONE; 2023. [citado el 29 de noviembre del 2025]. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0292766>
3. Mendoza S, Monteza D. Conocimiento y prácticas del cuidado del recién nacido en madres primerizas – Hospital Referencial de Ferreñafe, Pimentel – 2022 [tesis de licenciatura]. Ferreñafe: Universidad Señor de Sipán; 2022. [citado el 11 de mayo del 2025] Disponible en: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/USSS_7d5517d2875a2d59b1c3eb4e4e88dea1
4. Aparcana Haurancca D, Gomez Huamani K. Nivel de conocimiento y prácticas del cuidado del recién nacido en madres primerizas del Centro de Salud San Juan Bautista, Ica – 2021 [tesis de licenciatura]. Chíncha, Ica: Universidad Autónoma de Ica; 2022. [citado 18 de mayo del 2025] Disponible en: <https://repositorio.autonomadeica.edu.pe/handle/20.500.14441/1787>
5. Tejada Palma D, Vilca Chura Y. Conocimiento de las madres primigestas sobre el cuidado del recién nacido en el Hospital Central de Majes, Arequipa – 2021. [tesis de licenciatura] Arequipa: Universidad César Vallejo; 2021 [citado el 31 de mayo del 2025] Disponible en: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UCVV_a1929a8625855fd8381e381c7b5aaa48
6. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad Neonatal. 2022. [citado el 1 de julio del 2026] Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/newborn-mortality>
7. Zapata M, Yarielka Y, Caballetto M, Sthepanie M. Análisis documental del control y capacitación del recién nacido en atención primaria 2010-2025. [tesis de maestría] Panamá: Universidad Autónoma de Chiriquí; 2025 [citado el 1 de julio del 2026] Disponible en: <https://jadimike.unachi.ac.pa/handle/123456789/10893>

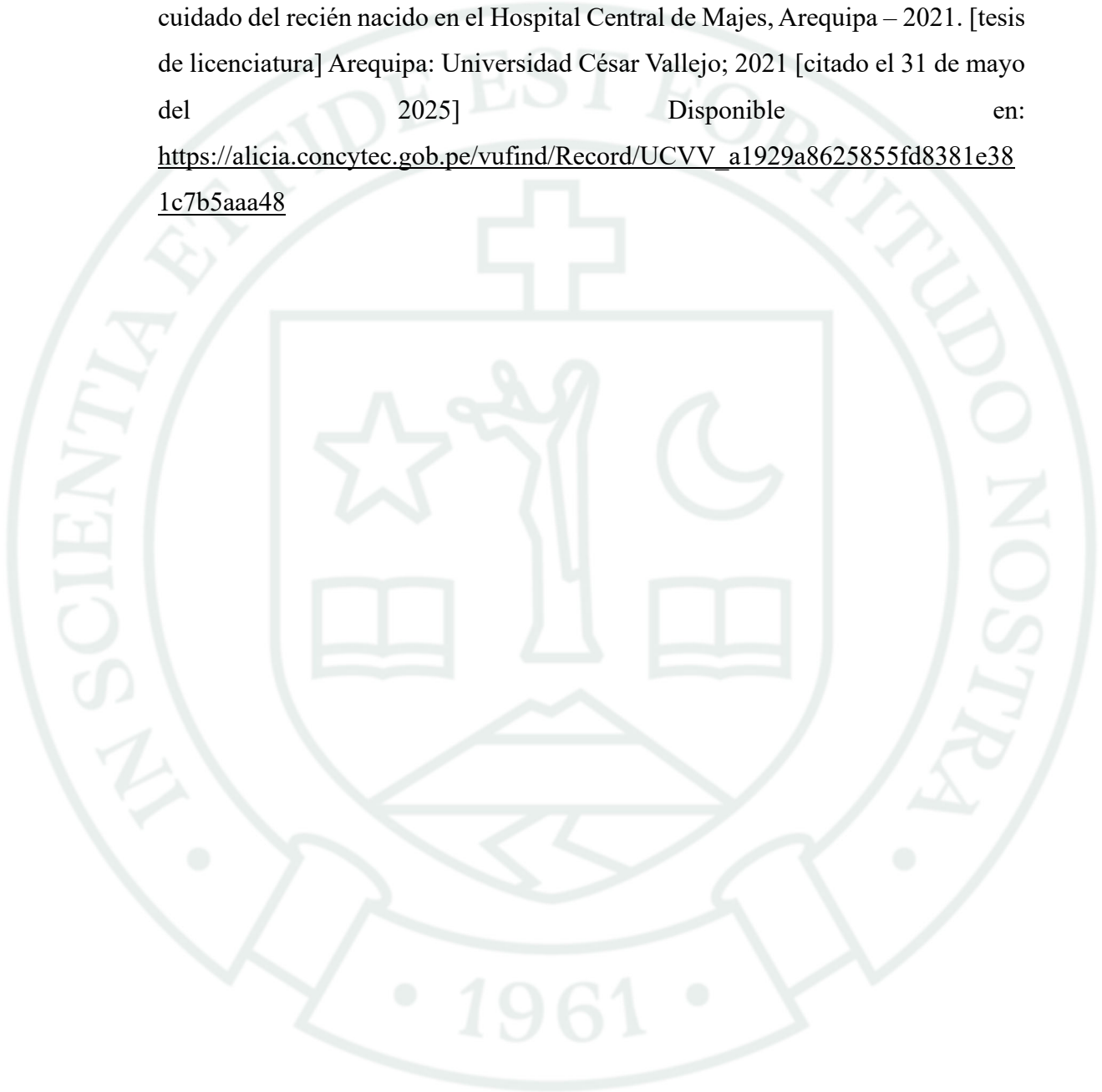
8. Serrano M, Guamán K. Identidad Materna. [tesis de licenciatura] Ecuador: Universidad de Azuay, 2026. [citado el 1 de julio del 2026] Disponible en: <https://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/16621>
9. Gonzáles T, Coro J. Rol de enfermería en los primeros 1000 días de vida. Ecuador: Universidad Nacional de Chimborazo, 2025. [citado el 1 de julio del 2026] Disponible en: <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/15456>
10. Kalarikkal SM, Pfleghaar JL. Breastfeeding. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 [citado 1 de julio de 2026]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/books/NBK534767/>
11. Jácome A, Fernández G. Actitudes y técnicas del amamantamiento en mujeres de un grupo de apoyo de lactancia materna. Ibero-Am J Health Sci Res [Internet]. 2025 [citado 1 de julio de 2026]; Ecu. Disponible en: <https://health.iberojournals.com/index.php/IBEROJHR/article/view/765>
12. Gonzales A, Herrera J, Flores Y. Lactancia materna exclusiva en Latinoamérica: una revisión sistemática. Vive Rev Investig Salud [Internet]. 2022 [citado 1 de julio de 2026];5(15):[páginas]. Disponible en: <https://revistavive.org/index.php/revistavive/article/view/247>
13. Molina Sierra Á, Delgado Hynes EV, Pisonero Rivero M, López Abia S, García Garrido AB, Pastor Morales P. Abordaje holístico de enfermería en la cura del cordón umbilical en atención primaria. Rev Sanit Investig [Internet]. 2024 [citado 1 de julio de 2026];5(5). Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/abordaje-holistico-de-enfermeria-en-la-cura-del-cordon-umbilical-en-atencion-primaria-un-analisis-monografico-sobre-la-informacion-a-padres-y-su-implicacion/>
14. Erro Gómez M, Gil Ortega R, Gómez Sevillano S, Martínez Modrego B, Pulido Cárdenas A, Cea Berne A. Realización baño del recién nacido por la TCAE. Rev Sanit Investig [Internet]. 2022 [citado 1 de julio de 2026];3(11). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8707989>
15. Cardona Ortiz MM. Prevención de la onfalitis: cuidado del cordón umbilical. Rev Sanit Investig [Internet]. 2025 [citado 1 de julio de 2026]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/prevencion-de-la-onfalitis-cuidado-del-cordon-umbilical/>

16. Silva Reséndiz R, Cervantes González E, Morales Hernández AG, Silva Llaca JM, Méndez Ávila JC. Cuidados de enfermagem na termorregulação do recém-nascido prematuro: uma revisão sistemática da literatura. Rev Veritas UNILAS [Internet]. 2026 [citado 1 de julio de 2026]. Disponible en: <https://revistaveritas.org/index.php/veritas/article/view/1475>
17. Kanopa V, Pérez W, Rubio I, Mogni A, Hermida N, D'Acosta L, et al. Sueño seguro, lactancia y colecho. Recomendaciones del Comité de Lactancia y el Comité de Estudio y Prevención de la Muerte Súbita e Inesperada del Lactante. Sociedad Uruguaya de Pediatría. Arch Pediatr Urug [Internet]. 2022 [citado 1 de julio de 2026]. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-12492022000101802&script=sci_arttext
18. Carrizo Martinez FD. Proceso de adquisición de conocimientos sobre los signos de alarma en el recién nacido, desde la percepción de las madres primíparas-adolescentes del servicio de maternidad en el Hospital Dr. Guillermo Rawson, San Juan, durante el segundo semestre del 2025 [tesis de licenciatura]. San Juan: Universidad Nacional de San Juan, Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud; 2025. [citado el 1 de julio del 2026] Disponible en: <http://huru.unsj.edu.ar/handle/123456789/777>
19. Carrera-Ibarra AK, Baltazar-Téllez RM, García-Mercado JI, Arias-Rico J. Importancia de la estimulación temprana en el desarrollo infantil. Educación Salud Boletín Científico Instituto Ciencias Salud, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo [Internet]. 2023 [citado 1 de julio de 2026]. Disponible en: <https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/ICSA/article/view/9717>
20. Ministerio de Salud. Claves para una lactancia materna exitosa. Lima: Gobierno del Perú, MINSA; 2024. [citado 1 de julio de 2026]. Disponible en: <https://www.gob.pe/25548-claves-para-una-lactancia-materna-exitosa>
21. UNICEF. Cuidados del recién nacido: 10 consejos. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 2023. [citado el 1 de julio del 2026] Disponible en: <https://www.unicef.org/uruguay/crianza/primeros-anos/cuidados-del-recien-nacido-10-consejos>
22. Ramos Mendoza A. ¿Cómo elegir la Clínica ideal para el nacimiento del bebé? [Entrevista]. Lima: Clínica San Gabriel; 2020. [citado 17 diciembre del 2024] Disponible en: <https://www.clinicasangabriel.com.pe/recien-nacidos-alarma/>

23. Salvador Z. Ejercicios de estimulación temprana para bebés de 0 a 6 meses. Reproducción Asistida ORG [Internet]. 2024 [citado 1 de julio de 2026]. Disponible en: <https://www.reproduccionasistida.org/ejercicios-de-estimulacion-temprana-para-bebes-de-0-a-6-meses/#estimulacion-en-los-recien-nacidos>
24. Asín Marzo E, Comité Editorial revista Ocronos. Teoría del déficit de autocuidado de Dorothea Orem. Rev Ocronos [Internet]. Septiembre 2025 [citado 1 de julio de 2026] Disponible en: <https://revistamedica.com/teoria-deficit-autocuidado-dorothea-orem-implicaciones/>
25. Gracia Yus MC, Comité Editorial revista Ocronos. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Rev Ocronos [Internet]. Marzo 2025 [citado 1 de julio de 2026];8(3):513. Disponible en: <https://revistamedica.com/modelo-promocion-salud-nola-pender/>
26. Álvarez Carneros P. La Teoría Ecológica de Urie Bronfenbrenner. Psicología y Mente [Internet]. 19 de abril de 2026 [citado 1 de julio de 2026]. Disponible en: <https://psicologiaymente.com/desarrollo/teoria-ecologica-bronfenbrenner>
27. Burayu ET, Tesema AG, Yimam M, Mihret MS, Ayalew AS. “Exploring knowledge, attitude and practices of essential newborn care among puerperal mothers who gave birth at public health facilities of Southwest Ethiopia. [Internet]. Reproductive Health. - Southwest Ethiopia 2024. [citado el 29 de noviembre del 2025]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40093336/>
28. Mendoza Rosales V. Cuidado en el Hogar del Recién Nacido Sano desde la perspectiva teórica de Orem, Ciudad de México – 2021. [Tesis de especialidad] Ciudad de México, Universidad Nacional Autónoma de México; 2021. [citado el 31 de mayo del 2025] Disponible en: <https://ru.dgb.unam.mx/items/a2f1d65c-f9a9-441b-baae-873fa34bc2b2>
29. Rojas Vilcahuaman L, Urbano Castañeda J. Nivel de conocimiento y el correcto cuidado del recién nacido en madres primerizas en el Centro de Salud de Chilca-Huancayo en los meses de marzo a abril del año 2023 [tesis de licenciatura]. Universidad Continental; 2023 [citado 11 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.continental.edu.pe/item/c144e95b-31da-4eae-b59e-76f63b9e3e28>
30. Poma Mendieta N. Nivel de conocimiento y su relación con las prácticas de cuidado del recién nacido pre termino en madres primerizas, en un hospital de

Lima – 2024. [Tesis de especialidad] Lima: Universidad Norbert Wiener; 2024[citado el 10 de septiembre del 2025] Disponible en: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/server/api/core/bitstreams/6efb15e9-2f2d-423a-8d50-5c41c8f7256b/content>

31. Tejada Palma D, Vilca Chura Y. Conocimiento de las madres primigestas sobre el cuidado del recién nacido en el Hospital Central de Majes, Arequipa – 2021. [tesis de licenciatura] Arequipa: Universidad César Vallejo; 2021 [citado el 31 de mayo del 2025] Disponible en: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UCVV_a1929a8625855fd8381e381c7b5aaa48





ANEXOS

ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del estudio: NIVEL DE CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA EN EL CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO DE MADRES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD DE CIUDAD BLANCA, AREQUIPA – 2025

Investigadora: María Fernanda Neira Ichocán

Grado: Bachiller de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Católica de Santa María

Estimado/a participante:

Reciba un cordial saludo. Usted ha sido invitada a participar en este estudio, el cual tiene como objetivo conocer el Nivel de conocimiento y las prácticas que tienen las madres sobre el cuidado del recién nacido, con el fin de mejorar las estrategias de educación y atención en salud.

Se le aplicará un cuestionario con preguntas sobre el conocimiento y las prácticas en el cuidado del recién nacido. La información que nos proporcione será utilizada únicamente para fines de investigación y será tratada con total confidencialidad.

- **Riesgos y beneficios:** No existen riesgos para usted por participar en este estudio. Su participación ayudará a mejorar la atención y educación en salud para otras madres y recién nacidos.

La información que usted proporcione será estrictamente confidencial y anónima. No se revelarán datos personales que permitan identificarla.

Su participación en este estudio es completamente voluntaria. Usted puede negarse a participar o retirarse en cualquier momento sin que esto afecte la atención de salud que recibe

Firma del participante

DNI:

Arequipa ____ de ____ del 202__

ANEXO 2: ASENTIMIENTO INFORMADO

Título del estudio: NIVEL DE CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA EN EL CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO DE MADRES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD DE CIUDAD BLANCA, AREQUIPA – 2025

Investigadora: María Fernanda Neira Ichocán

Grado: Bachiller de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Católica de Santa María

Señorita madre de familia, se le invita a participar en este proyecto de investigación que busca conocer lo que las mamás saben y cómo cuidan a sus bebés. Su participación es completamente voluntaria.

1. **¿En qué consiste mi participación?** Si aceptas participar, responderás a un cuestionario con preguntas sencillas sobre el cuidado de tu bebé (como su alimentación, higiene y vacunas) y se observarán de manera breve algunas prácticas de cuidado de rutina. Esto tomará aproximadamente 15 a 20 minutos durante tu atención.
2. **2. Riesgos y beneficios** Este estudio no causa ningún daño a tu salud ni a la de tu bebé, ni interrumpirá tus atenciones médicas. No hay un beneficio económico directo, pero tus respuestas ayudarán a que el personal de enfermería mejore la orientación que se les da a las mamás en el consultorio CRED.
3. **Confidencialidad y voluntariedad** Toda la información que nos brindes será anónima y estrictamente confidencial; tu nombre no aparecerá en ningún documento. Tienes el derecho de decidir no participar o retirarte del estudio en el momento que lo desees, y esto no afectará en absoluto la atención que recibes tú o tu bebé en el centro de salud.

Asentimiento de la madre menor de edad: He leído (o se me ha leído) esta hoja informativa, he podido hacer preguntas y entiendo en qué consiste mi participación. Estoy de acuerdo en participar en esta investigación de manera voluntaria.

Nombre de la madre: _____

Firma: _____ Fecha: / / 2025

Autorización del padre, madre o tutor legal: Yo, en condición de representante legal de la madre menor de edad, declaro haber sido informado sobre los objetivos de este estudio y otorgo mi autorización para su participación.

Nombre del representante: _____

DNI del representante: _____

Firma del representante: _____ Fecha: / / 2025

ANEXO 3: CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTO DEL CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO

Estimado/a Participante:

El siguiente cuestionario tiene como objetivo evaluar sus conocimientos sobre el cuidado del recién nacido en el hogar. Le pedimos que responda cada pregunta de manera sincera. No existen respuestas correctas o incorrectas; lo importante es conocer su nivel de conocimiento para fortalecer la atención neonatal.

¡Gracias por su tiempo y colaboración!

I. DATOS GENERALES

Edad (en años cumplidos)

- Menor de 18 ()
- 18 a 29 años ()
- 30 a 39 años ()
- 40 años a más ()

Situación Conyugal

- Soltera ()
- Conviviente ()
- Casada ()
- Divorciada ()

Grado de Instrucción

- Iletrado ()
- Primaria ()
- Secundaria ()
- Superior técnico ()
- Superior universitario ()

II. DATOS ESPECÍFICOS

INDICADOR ALIMENTACIÓN

1. ¿Qué es la Lactancia Materna Exclusiva?

- a. Es la alimentación que consiste en dar al bebé leche materna con agua y otros líquidos
- b. Es la alimentación que consiste en dar al bebé leche materna y leche artificial u otro alimento o agua
- c. Es la alimentación que consiste en dar al bebé únicamente leche materna sin agregar otros líquidos ni sólidos, ni siquiera agua
- d. Es la alimentación con leche materna acompañada de comidas o purés

2. ¿Hasta que edad tiene que alimentar a su bebé solo con leche materna exclusiva?

- a. 4 meses
- b. 6 meses
- c. 8 meses
- d. 10 meses

3. ¿Con qué frecuencia debe dar de lactar a su bebé?

- a. Cada dos horas
- b. Cada tres horas
- c. Cada seis horas
- d. Cada vez que el bebé desee

4. De las siguientes alternativas, ¿cuál no es un beneficio de la leche materna?

- a. Solo sirve para el crecimiento del bebé
- b. Fortalece el sistema de defensa del bebé
- c. Proporciona los nutrientes que el bebé necesita

- d. Fortalece el vínculo madre e hijo
- 5. ¿Qué es el calostro y cuantos días dura?**
- a. Son vitaminas que tiene la leche de la madre durante el primer mes
 - b. Es la primera leche después del parto, que dura entre 2 y 3 días
 - c. Es una leche mala que debe botarse, antes de amamantar al niño
 - d. Es la leche que aparece la primera semana después del parto y dura un mes
- 6. ¿Cuál es la función más importante del calostro?**
- a. No es bueno para los recién nacidos
 - b. Protege al bebé de enfermedades
 - c. Es buena para mi bebé porque le ayuda a crecer
 - d. Ayuda a que mi bebé lacte mejor
- 7. Si Ud. está sentada, parada o acostada, ¿cuál es la técnica correcta para brindar lactancia al bebé?**
- a. La cabeza del bebé descansa en la flexura del brazo. Los labios del bebé deben cubrir todo el pezón y la mayoría de la areola. La madre debe colocar su mano en forma de “C” para sostener la mama.
 - b. La cabeza del bebé descansa en la flexura del brazo. Los labios y la boca del bebé deben cubrir todo el pezón. La madre debe colocar su mano en forma de “C” para sostener la mama.
 - c. La cabeza del bebé descansa en la flexura del brazo. Los labios y la boca del bebé deben cubrir todo el pezón. La madre debe colocar su mano en forma de “V” o “pinza” para sostener la mama.
 - d. La cabeza del bebé descansa en la flexura del brazo. Los labios y la boca del bebé deben cubrir solo el extremo del pezón. La madre debe colocar su mano en forma de “L” para sostener la mama.

INDICADOR HIGIENE

- 8. ¿Qué es lo que utiliza para cuidar el cordón umbilical de su bebé?**
- a. Alcohol al 70% y Gasa estéril
 - b. Alcohol al 96% y algodón
 - c. Alcohol al 96% y papel higiénico
 - d. Agua oxigenada y agua estéril
- 9. ¿Cómo realiza usted la limpieza del muñón umbilical de su bebé?**
- a. Se limpia la base y luego se sujeta el muñón umbilical para limpiar el extremo superior
 - b. Se limpia la base de manera circular, luego el cuerpo del muñón en forma circular y al último al extremo superior
 - c. Se limpia con pequeños toques el extremo del muñón
 - d. Se limpia el extremo superior, luego el cuerpo del muñón y al último la base
- 10. ¿Con qué frecuencia limpia el cordón umbilical de su bebe?**
- a. Todos los días
 - b. Cada 2 días
 - c. Cada 3 días
 - d. Cada 4 días
- 11. ¿Cada cuánto tiempo baña a su bebé?**

- a. Una vez a la semana
 - b. En cada cambio de pañal
 - c. Dos veces al día
 - d. Cada que sea necesario
- 12. ¿Con qué frecuencia debe realizar la higiene de genitales al bebé?**
- a. Todos los días
 - b. Dejando un día
 - c. Cada vez que sea necesario
 - d. Dos veces a la semana
- 13. Señale cual es la técnica correcta para realizar la higiene de genitales del bebé de sexo femenino**
- a. De adelante hacia atrás
 - b. De atrás hacia adelante
 - c. En forma circular
 - d. De adelante hacia atrás y de atrás hacia adelante
- 14. Señale cual es la técnica correcta para realizar la higiene de genitales del bebé de sexo masculino**
- a. Deslizar el prepucio del pene delicadamente e incluir el lavado del escroto
 - b. Evitar deslizar el prepucio del pene e incluir el lavado del escroto
 - c. Lavar superficialmente el pene
 - d. Durante el lavado evitar la manipulación del prepucio
- 15. ¿En qué momento debe cambiar el pañal a su bebé?**
- a. Cuando el bebé haya realizado solo deposición
 - b. Debe realizarse 2 veces al día
 - c. Cada vez que el bebé haya orinado y/o hecho su deposición
 - d. Solo durante las noches antes de ir a dormir
- 16. ¿Qué acciones debe realizar para cuidar la piel del bebé?**
- a. Utilizar talcos, cremas o colonias después de cambiar el pañal, para no irritar la piel
 - b. Poner el pañal de tal forma que cubra el muñón umbilical
 - c. Mantener la piel, zonas de pliegue y genitales limpios y secos
 - d. Colocar chupón en cada cambio de pañal

INDICADOR TERMORREGULACIÓN

- 17. ¿Qué acciones debo de realizar al momento de bañar al bebé?**
- a. No tener listo todo lo que se va a usar, ventanas y puertas abiertas y utilizar agua fría para bañar al bebé
 - b. Debo de comprobar la temperatura del agua, colocando un poco en el antebrazo, utilizar agua tibia
 - c. La habitación debe contar con luz natural; ventanas cerradas para evitar corrientes de aire
 - d. Mantener las manos limpias y uñas cortas
- 18. ¿Qué materiales debe usar para bañar al bebé?**
- a. Agua fría, tina, jabón sin perfume para bebé y toalla
 - b. Agua tibia, tina, jabón sin perfume para bebé y toalla
 - c. Agua caliente, tina, jabón perfumado, toalla y talco

- d. Agua tibia, tina, talco y toalla

19. Para vestir a su bebé, usted utilizaría

- a. Ropa sintética
- b. Ropa abrigadora de lana
- c. Ropa de algodón
- d. Ropa de licra

INDICADOR POSICIÓN Y SUEÑO

20. ¿Cuántas horas debe dormir su bebé?

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

21. ¿En qué posición se recomienda que duerma el bebé?

- a. Acostado boca arriba
- b. Acostado boca abajo
- c. Lateralizada o de costado
- d. Sentado

22. La habitación donde descansa su bebé no debe tener las siguientes características

- a. Permitir la circulación de aire y luz natural, se debe evitar el polvo y calor excesivo, libre de ruidos
- b. Colocar “protector acolchado” alrededor de la cuna para prevenir golpes
- c. Ventanas siempre abiertas, sin ingreso de luz natural para que el bebé duerma más, libre de ruidos
- d. La cuna o cama del bebé debe mantener las barandas elevadas para prevenir caídas y no se debe colocar juguetes u objetos pequeños dentro de ella

INDICADOR ESTIMULACIÓN TEMPRANA

23. ¿Qué es la estimulación temprano?

- a. Es un conjunto de juegos programados por los profesionales de salud para que el bebé crezca rápido
- b. Un conjunto de técnicas que se realiza a los niños para que de grandes sean niños genios
- c. Es hacer jugar al niño para acelerar su crecimiento
- d. Son las acciones y medidas necesarias para que el recién nacido potencie sus capacidades y habilidades físicas, intelectuales, emocionales y sociales

24. ¿Cuál es la importancia de realizar la estimulación temprana a su bebé?

- a. Este procedimiento ayuda a que crezcan sanos y fuertes
- b. Permite acelerar los procesos del crecimiento
- c. Facilita desarrollar las habilidades y destrezas de manera natural en cada una de las etapas de la vida del niño

- d. La importancia radica en que los profesionales de la salud y la televisión lo recomiendan

25. ¿Con qué frecuencia debe realizar la estimulación temprana?

- a. Diariamente
- b. Semanalmente
- c. Mensualmente
- d. Solo durante los controles CRED

26. ¿Cuáles son actividades de estimulación temprana para su bebé?

- a. Realizar masajes al bebé
- b. Hablar con el bebé mirándolo a los ojos y llamándolo por su nombre
- c. Colocar música y cantar al bebé
- d. Todas

INDICADOR SIGNOS DE ALARMA

27. ¿Cuáles son los signos de alarma que debe identificar en su bebé?

- a. Piel azulada o amarilla, fiebre, temperatura baja, irritabilidad, inactivo, dificultad para respirar y convulsiones
- b. Estornudo, levantarse a cada momento para lactar
- c. Hipo, estornudo
- d. Hipo, querer lactar a cada momento

ESCALA DE EVALUACIÓN

Conocimiento Bajo	00 – 09 puntos
Conocimiento Medio	10 – 18 puntos
Conocimiento Alto	19 – 27 puntos

**ANEXO 4: GUÍA DE OBSERVACIÓN DE LAS PRÁCTICAS DE CUIDADO
DEL RECIÉN NACIDO**

ITEM - INDICADORES		
LACTANCIA MATTERNA	SI	NO
1. Realiza lavado de manos antes de lactar recién nacido.		
2. Realiza el lavado y/o limpieza del pezón antes de lactar.		
3. Da de lactar a libre demanda.		
4. Alimenta a su recién nacido solo con leche materna		
VINCULO AFECTIVO		
5. La madre observa a su recién nacido.		
6. La madre le debe habla durante la lactancia.		
7. La madre le debe hacer caricias afectivas.		
LIMPIEZA DEL MUÑÓN UMBILICAL		
8. Realiza la limpieza del cordón umbilical		
9. Limpia el muñón umbilical de adentro hacia afuera.		
10. Utiliza la solución alcohol		
SIGNOS DE ALARMA		
11. Madre observa cualquier cambio de color de la piel.		
12. Madre toca la piel para detectar el calor que presenta.		
13. La madre abriga apropiadamente.		

14. La madre observa las deposiciones.		
15. La madre vigila las respiraciones respiración		
CAMBIO DE PAÑAL		
16. Realiza cambio de pañal cada vez que su neonato hace deposiciones u orina.		
17. Utiliza pañitos húmedos y/o agua y jabón.		
18. La madre limpia de adelante hacia atrás, cuando realiza sus deposiciones		
19. Coloca el pañal por debajo del muñón umbilical		
ESTIMULACIÓN TEMPRANA		
20. La madre debe estimular al recién nacido		
21. La madre debe proporcionar objetos pequeños para la estimulación.		
22. La madre debe poner música suave.		
23. La madre debe hablarle, hacerle reír durante la estimulación.		

ESCALA DE EVALUACIÓN

Adecuado 16 – 23 Puntos

Regular 08 – 15 Puntos

Inadecuado 00 – 07 Puntos

ANEXO 5: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS

Ficha Técnica del Cuestionario de Conocimiento

Nombre del Cuestionario	Cuestionario de Nivel de Conocimiento sobre el Cuidado del Recién Nacido
Autor	Poma Mendieta, N. L. (adaptado de instrumento previo)
Año	2024
Duración	15 – 20 minutos
Objetivo	Evaluar el nivel de conocimiento de las madres sobre el cuidado del recién nacido
Población	Madres de recién nacidos
Tipo de Escala	Dicotómica (Correcto = 1, Incorrecto = 0)
Descripción	Cuestionario estructurado de opción múltiple con única respuesta correcta, orientado a evaluar el conocimiento de las madres sobre el cuidado del recién nacido. El puntaje total permite clasificar el nivel de conocimiento según un baremo establecido.
Validez	Validado mediante juicio de expertos, obteniendo un coeficiente de Aiken de 1.0, lo que indica una validez muy alta.
Confiabilidad	Determinada mediante prueba piloto con el coeficiente KR-20 = 0.84, considerado un nivel alto de confiabilidad.

Ficha Técnica de la Guía de Observación de Prácticas

Nombre del Cuestionario	Guía de Observación de las Prácticas del Cuidado del Recién Nacido
Autor	Grace Tananta Saboya (adaptado por Poma Mendieta, 2024)
Año	2020
Duración	20 – 30 minutos
Objetivo	Recoger información relacionada a las prácticas de las madres sobre el cuidado del recién nacido
Población	Madres de recién nacidos
Tipo de escala	Dicotómica (Sí = 1, No = 0)
Descripción	Instrumento de observación directa que evalúa las prácticas de cuidado del recién nacido mediante la verificación de conductas realizadas por la madre. Cada ítem se califica según la ejecución adecuada, regular o inadecuada, permitiendo obtener un puntaje total que clasifica el nivel de práctica según un baremo establecido. Consta con un total de 23 ítems.
Validez	Validado mediante juicio de expertos, obteniendo un coeficiente de Aiken de 0.98, lo que indica una alta validez.
Confiabilidad	Determinada mediante prueba piloto con el coeficiente KR-20 = 0.872, considerado un nivel alto de confiabilidad.

ANEXO 6: DICTAMEN DEL COMITÉ DE ÉTICA E INVESTIGACIÓN

COMITÉ DE ÉTICA INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN UCSM



DICTAMEN COMITÉ DE ETICA DE INVESTIGACION UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA

Arequipa, 18 de septiembre de 2025

Investigadora Neira Ichocán, María Fernanda

Presente.-

De mi especial consideración.

Me dirijo a usted para hacerle llegar el resultado de la evaluación de su proyecto de investigación y dictamen del Comité Institucional de Ética de Investigación.

TÍTULO: “Nivel de Conocimiento y práctica en el Cuidado del recién nacido de madres que acuden al Centro de Salud de Ciudad Blanca, Arequipa –2025”.

Investigadora: Neira Ichocán, María Fernanda.

TIPO Y DISEÑO: Cuantitativo, de campo, de corte transversal, descriptivo, correlacional.

OBJETIVO: La investigación tiene como objetivo: Identificar el nivel de conocimiento sobre el cuidado del recién nacido de madres que acuden al Centro de Salud de Ciudad Blanca, Arequipa –2025..

PROCEDIMIENTOS: Cuestionario sobre los Conocimientos del Cuidado del Recién Nacido, Guía de Observación de las Prácticas de Cuidado del Recién Nacido.



COMITÉ DE ÉTICA INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN UCSM



DICTAMEN COMITÉ DE ETICA DE INVESTIGACION UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA

SUJETOS DE ESTUDIO:

Madres de recién nacidos que acuden al Centro de Salud de Ciudad Blanca, Arequipa.

RIESGO DEL ESTUDIO:

Mínimo.

OBSERVACIONES, SUGERENCIAS:

Debe proteger confidencialidad de la data sensible.

DICTAMEN:

DICTAMEN FAVORABLE 306 – 2025 CIEI-UCSM



VIGENCIA:

La aprobación tiene vigencia desde la emisión del presente dictamen hasta el 18 de septiembre de 2026.

Agueda Muñoz Del Carpio Toia
Comité Institucional de Ética de la Investigación UCSM

ANEXO 7: CONSTANCIA DE EJECUCIÓN



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



Constancia

El Cirujano Dentista **LUIS ALFREDO GAONA ZEBALLOS**, Jefe de la **Micro Red de Salud Ciudad Blanca**, hace constar que las señorita:

**MARÍA FERNANDA
NEIRA ICHOCÁN**

Egresada de la Carrera de Enfermería de la Universidad Católica de Santa María, ha ejecutado su Tesis en el Centro de Salud Ciudad Blanca – Micro Red de Salud Ciudad Blanca, titulado: **"Nivel de Conocimiento y Práctica en el Cuidado del Recién nacido de Madres que acuden al Centro de Salud Ciudad Blanca – Arequipa, 2025"**, durante el periodo del 18 de Setiembre al 12 de Noviembre del año en curso.

Se expide la presente constancia a solicitud de la interesada, para los fines que estime convenientes.

Arequipa, 20 de Noviembre del 2025



GERENCIA REGIONAL DE SALUD
DIRECCION ABO DE SALUD AREQUIPA-LAYLLAMA
MICRO RED DE SALUD CIUDAD BLANCA
Luis A. Gaona Zeballos
C O P 10010
JEFE DE MICRO RED

LAGZ/kcb
c.c. archivo

Micro Red de Salud Ciudad Blanca – Av. Revolución N° 1221, Ciudad Blanca, Paucarpata
(054) 338546–(054) 338126 –Email: mrciudadblanca@saludarequipa.gob.pe

ANEXO 8: MATRIZ DE DATOS

Nº	Edad en Rango	Estado Civil	Grado de Instrucción	Nivel de Conocimiento	Nivel de Práctica
1	30 – 39	Casada	Superior Técnica	Alto	Adecuado
2	18 – 29	Casada	Secundaria	Medio	Adecuado
3	18 – 29	Conviviente	Secundaria	Medio	Adecuado
4	30 – 39	Conviviente	Secundaria	Alto	Adecuado
5	18 – 29	Conviviente	Superior Técnica	Alto	Adecuado
6	30 – 39	Casada	Secundaria	Alto	Adecuado
7	30 – 39	Conviviente	Superior Técnica	Alto	Adecuado
8	30 – 39	Casada	Secundaria	Alto	Adecuado
9	18 – 29	Soltera	Secundaria	Alto	Adecuado
10	18 – 29	Casada	Superior Técnica	Alto	Adecuado
11	18 – 29	Soltera	Secundaria	Alto	Adecuado
12	30 – 39	Casada	Secundaria	Alto	Adecuado
13	18 – 29	Soltera	Secundaria	Alto	Adecuado
14	18 – 29	Soltera	Secundaria	Alto	Adecuado
15	40 a más	Casada	Secundaria	Alto	Adecuado
16	18 – 29	Conviviente	Secundaria	Alto	Adecuado
17	18 – 29	Soltera	Secundaria	Alto	Adecuado
18	30 – 39	Conviviente	Secundaria	Alto	Adecuado
19	18 – 29	Soltera	Secundaria	Alto	Adecuado
20	18 – 29	Soltera	Secundaria	Alto	Adecuado
21	18 – 29	Soltera	Secundaria	Alto	Adecuado
22	30 – 39	Conviviente	Superior Técnica	Alto	Adecuado
23	18 – 29	Conviviente	Secundaria	Medio	Adecuado
24	30 – 39	Casada	Superior Técnica	Alto	Adecuado
25	30 – 39	Conviviente	Superior Técnica	Alto	Adecuado
26	18 – 29	Conviviente	Secundaria	Alto	Adecuado
27	30 – 39	Casada	Secundaria	Alto	Adecuado
28	30 – 39	Soltera	Superior Técnica	Alto	Adecuado
29	30 – 39	Conviviente	Superior Técnica	Alto	Adecuado
30	18 – 29	Soltera	Secundaria	Alto	Adecuado
31	18 – 29	Soltera	Secundaria	Alto	Adecuado
32	30 – 39	Casada	Secundaria	Alto	Adecuado
33	30 – 39	Casada	Superior Técnica	Alto	Adecuado
34	18 – 29	Soltera	Superior Técnica	Alto	Adecuado
35	18 – 29	Conviviente	Secundaria	Alto	Adecuado
36	18 – 29	Casada	Superior Técnica	Alto	Adecuado
37	18 – 29	Conviviente	Secundaria	Alto	Adecuado
38	18 – 29	Soltera	Secundaria	Alto	Adecuado
39	30 – 39	Soltera	Secundaria	Alto	Adecuado
40	18 – 29	Conviviente	Superior Técnica	Alto	Adecuado
41	18 – 29	Soltera	Secundaria	Medio	Adecuado
42	40 a más	Conviviente	Secundaria	Alto	Adecuado
43	40 a más	Casada	Secundaria	Alto	Adecuado
44	18 – 29	Conviviente	Secundaria	Alto	Adecuado
45	30 – 39	Conviviente	Secundaria	Alto	Adecuado

46	30 – 39	Casada	Superior Técnica	Medio	Adecuado
47	30 – 39	Conviviente	Superior Técnica	Alto	Adecuado
48	18 – 29	Conviviente	Secundaria	Alto	Adecuado
49	18 – 29	Soltera	Secundaria	Alto	Adecuado
50	30 – 39	Conviviente	Secundaria	Alto	Adecuado
51	18 – 29	Soltera	Superior Univers	Alto	Adecuado
52	18 – 29	Soltera	Secundaria	Alto	Adecuado
53	18 – 29	Soltera	Superior Técnica	Alto	Adecuado
54	18 – 29	Conviviente	Secundaria	Alto	Adecuado
55	30 – 39	Casada	Superior Técnica	Alto	Adecuado
56	30 – 39	Conviviente	Superior Técnica	Alto	Adecuado
57	40 a más	Divorciada	Superior Técnica	Alto	Adecuado
58	30 – 39	Conviviente	Secundaria	Alto	Adecuado
59	40 a más	Casada	Secundaria	Alto	Adecuado
60	18 – 29	Conviviente	Superior Técnica	Medio	Adecuado
61	18 – 29	Conviviente	Secundaria	Medio	Adecuado
62	18 – 29	Conviviente	Superior Técnica	Alto	Adecuado
63	30 – 39	Conviviente	Secundaria	Medio	Adecuado
64	18 – 29	Conviviente	Superior Técnica	Alto	Adecuado
65	40 a más	Casada	Secundaria	Alto	Adecuado
66	40 a más	Soltera	Superior Técnica	Alto	Adecuado
67	18 – 29	Casada	Secundaria	Medio	Adecuado
68	Menor de 18	Soltera	Secundaria	Medio	Inadecuado
69	40 a más	Soltera	Superior Técnica	Alto	Adecuado
70	18 – 29	Soltera	Secundaria	Medio	Adecuado
71	18 – 29	Conviviente	Superior Técnica	Alto	Adecuado
72	30 – 39	Casada	Superior Técnica	Alto	Adecuado
73	40 a más	Conviviente	Superior Técnica	Medio	Adecuado
74	18 – 29	Conviviente	Superior Técnica	Alto	Adecuado
75	18 – 29	Conviviente	Secundaria	Medio	Adecuado
76	40 a más	Conviviente	Secundaria	Alto	Adecuado
77	40 a más	Conviviente	Secundaria	Alto	Adecuado
78	30 – 39	Conviviente	Secundaria	Alto	Adecuado
79	30 – 39	Conviviente	Superior Técnica	Alto	Adecuado
80	30 – 39	Soltera	Secundaria	Alto	Adecuado