

12 3 SEP 2014



UNIVERSIDAD NACIONAL
"TORIBIO RODRIGUEZ DE MENDOZA"
DE AMAZONAS



FACULTAD DE ENFERMERÍA

"NIVEL DE CONOCIMIENTOS DEL CONTACTO PIEL A PIEL
MADRE - NIÑO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DE LOS
HOSPITALES DE BAGUA, 2012"

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE: LICENCIADO EN ENFERMERÍA

AUTOR:

Bach. JHOEL SÁNCHEZ BUSTAMANTE

ASESORA:

Ms. C. SONIA TEJADA MUÑOZ

CHACHAPOYAS - AMAZONAS - PERÚ

2014



**UNIVERSIDAD NACIONAL
TORIBIO RODRIGUEZ DE MENDOZA
DE AMAZONAS**



23 SEP 2014

FACULTAD DE ENFERMERÍA



**“NIVEL DE CONOCIMIENTOS DEL CONTACTO PIEL A PIEL
MADRE - NIÑO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DE LOS
HOSPITALES DE BAGUA, 2012”**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA

AUTOR:

Bach. Jhoel Sánchez Bustamante

ASESORA:

Ms C. Sonia Tejada Muñoz

CHACHAPOYAS - AMAZONAS – PERÚ

2014

DEDICATORIA

A Dios ser supremo, por darme la vida y la salud y por iluminarme siempre para continuar mis estudios universitarios.

A mis queridos padres (Rumaldo y Haydee), por darme el apoyo incondicional e insuperable, los cuales me permiten siempre seguir adelante y hacer realidad este trabajo de investigación.

AGRADECIMIENTO

En el desarrollo de esta investigación han colaborado muchas personas, a quienes deseo expresar mi gratitud; en primer lugar a los profesionales de enfermería del hospital Gustavo Lanatta Lujan y del hospital Héroes del Cenepa por desarrollar la ítems del formulario de conocimientos y participar activamente durante la etapa de recolección de datos.

A la Ms C. Sonia Tejada Muñoz por su apoyo incondicional, sus sugerencias e ideas brindadas durante la elaboración del proyecto de investigación, así como para la elaboración del informe.

A los docentes de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas, por su guía, ayuda y útiles sugerencias en cada etapa de la investigación, lo cual fue vital para armonizar el nivel y la claridad del contenido durante la formulación y elaboración del proyecto de investigación.

Finalmente a los compañeros que apoyaron en la recolección de los datos, así mismo se agradece y se aprecia la ayuda económica y moral de todos mis familiares quienes estuvieron en todo momento sin condición alguna.

**AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL
TORIBIO RODRÍGUEZ DE MENDOZA DE AMAZONAS**

Ph.D, Dr. Hab. Vicente Marino Castañeda Chávez

Rector

Dr. Roberto José Nervi Chacón

Vicerrector Académico (e)

Dr. Ever Salomé Lázaro Bazán.

Vicerrector Administrativo (e)

Mg. Enf. Gladys Bernardita León Montoya

Decana (e) de la Facultad de Enfermería

VISTO BUENO DE LA ASESORA

Yo, Sonia Tejada Muñoz, identificada con DNI N° 33409092, con domicilio legal en Jr. Libertad 480 con N° CEP:37715 licenciada en Enfermería y maestra en Gerencia Educativa Estratégica, actual docente de la Facultad de Enfermería de La Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas.

DOY VISTO BUENO, al informe de tesis titulada **“NIVEL DE CONOCIMIENTOS DEL CONTACTO PIEL A PIEL MADRE - NIÑO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DE LOS HOSPITALES DE BAGUA, 2012”**, del tesista bachiller en Enfermería Jhoel Sánchez Bustamante, por lo tanto.

Firmo la presente para mayor constancia.

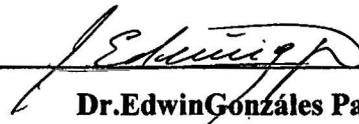
Chachapoyas 18 de marzo del 2014



Ms C.Sonia Tejada Muñoz

JURADO EVALUADOR

(Resolución Decanatural N° 221-2012-UNTRM-VRAC/F.E.)



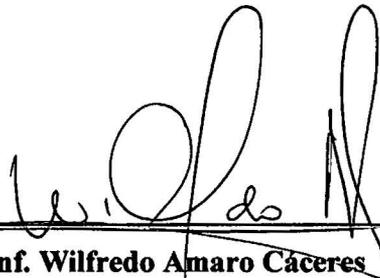
Dr. Edwin González Paco

Presidente



Mg. Enf. Zoila Roxana Pineda Castillo

Secretario



Lic. Enf. Wilfredo Amaro Cáceres

Vocal

ÍNDICE

	Pág.
Dedicatoria	i
Agradecimiento	ii
Autoridades universitarias	iii
Visto bueno de la asesora	iv
Jurado evaluador	v
Índice	vi
Índice de tablas	vii
Índice de gráficos	viii
Índice de anexos	ix
Resumen	x
Abstract	xi
I. INTRODUCCIÓN	1
II. BASE TEÓRICA	7
III. MATERIAL Y METODOS	19
2.1. Tipo y diseño de investigación	19
2.2. Universo muestral	19
2.3. Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos	20
2.4. Procedimiento de recolección de datos	20
2.5. Análisis y presentación de los datos	20
III. RESULTADOS	22
IV. DISCUSIÓN	28
V. CONCLUSIONES	32
VI. RECOMENDACIONES	33
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	34
ANEXOS	38

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 01: Nivel de conocimiento del contacto piel a piel madre - niño del Profesional de Enfermería de los hospitales de Bagua, 2012.	22
Tabla 02: Nivel de conocimiento del contacto piel a piel madre - niño del Profesional de Enfermería según la dimensión beneficios para el niño de los hospitales de Bagua, 2012	24
Tabla 03: Nivel de conocimiento del contacto piel a piel madre - niño del Profesional de Enfermería según la dimensión beneficios para la madre de los hospitales de Bagua, 2012	26

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 01: Nivel de conocimiento del contacto piel a piel madre - niño del Profesional de Enfermería de los hospitales de Bagua, 2012.	23
Gráfico 02: Nivel de conocimiento del contacto piel a piel madre - niño del profesional de Enfermería según la dimensión beneficios para el niño de los hospitales de Bagua, 2012	25
Gráfico 03: Nivel de conocimiento del contacto piel a piel madre - niño del Profesional de Enfermería según la dimensión beneficios para la madre de los hospitales de Bagua, 2012	27

ÍNDICE DE ANEXOS

	Pág.
Anexo 01: Validación del instrumento de medición alfa de cronbach	37
Anexo 02: Tabla de confiabilidad del instrumento	38
Anexo 03: Evaluación de respuesta de los profesionales de juicio de expertos	40
Anexo 04: Decisión estadística	41
Anexo 05: Formulario de conocimientos y sus respuestas	42

RESUMEN

El presente trabajo de investigación de tipo descriptivo simple comparativo, de corte transversal se realizó con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento del contacto piel a piel madre - niño del Profesional de Enfermería de los hospitales de Bagua, 2012; para recolectar los datos se utilizó como método la encuesta, como técnica el cuestionario y como instrumento el formulario de conocimientos que fue elaborado por el investigador; cuya confiabilidad se realizó a través de coeficiente de Alfa Cronbach obteniéndose el puntaje de 0.7805 (fuerte confiabilidad), asimismo para la validez del instrumento se realizó por juicio de expertos obteniéndose el puntaje de 8.882(adecuado) por la prueba binomial, el Universo muestral fue de 52 profesionales de la salud 16 pertenecen al hospital Héroes del Cenepa y 36 pertenecen al hospital Gustavo Lanatta Lujan de Bagua. Los resultados evidencian: que del 100% (36) de los profesionales de enfermería del hospital Gustavo Lanatta Lujan; el 38.9% (14) tienen un nivel de conocimiento bajo y en el caso del hospital Héroes del Cenepa EsSalud, el 43.8% (7) de los profesionales tienen un nivel de conocimiento bajo, los resultados de la prueba estadística de la T de Student indican que no existe diferencia estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento de los profesionales de ambos hospitales. Conclusión: un gran porcentaje de los profesionales de enfermería tanto del hospital Gustavo Lanatta Lujan y del hospital Héroes del Cenepa EsSalud de Bagua tienen conocimientos bajos sobre el contacto piel a piel madre niño, no existiendo diferencias significativas entre los profesionales de ambos hospitales sobre el nivel de dicho conocimiento. (T-student $t_c = 3.050$, $p = 0.093 > 0.05$)

Palabras claves: Nivel de conocimiento, profesionales de enfermería, contacto piel a piel.

ABSTRACT

This comparative research simply descriptive, cross- cut was made in order to determine the level of knowledge of skin-to- skin mother - child of Professional Nursing hospitals Bagua, 2012 , to collect data used as a method of the survey, as a technical questionnaire and an instrument in the form of knowledge that was developed by the researcher , whose reliability was performed using coefficient Cronbach's Alpha obtained score 0.7805 (strong confidence) , also for the validity of instrument was performed by expert judgment scores obtained 8.882 (appropriate) by the binomial test , the sample universe was 52 health professionals 16 belong to the Heroes Cenepa hospital and 36 belong to the hospital in Bagua Gustavo Lanatta Lujan . The results show: that 100 % (36) of hospital nurses Gustavo Lanatta Lujan , 38.9% (14) have a low level of knowledge and in the case of Cenepa Heroes Essalud hospital , 43.8 % (7) professionals have a low level of knowledge , the results of the statistical test of Student t indicate no statistically significant difference between the level of knowledge of professionals from both hospitals. Conclusion: A large percentage of nurses both hospital Gustavo Lanatta Lujan and Cenepa Essalud Bagua have low knowledge about skin-to- mother skin child heroes hospital, with no significant differences between professionals from both hospitals over the level of such knowledge (T -student 3,050 , $p = 0.093 > 0.05$)

Keywords : Level of knowledge , nurses , skin to skin contact .

I. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud defiende que "lo ideal sería que el contacto temprano piel con piel comience inmediatamente tras el nacimiento, al colocar al recién nacido desnudo en posición decúbito ventral sobre el torso desnudo de la madre. Esta práctica basada en el contacto íntimo en las primeras horas de vida puede facilitar la conducta materno-neonatal y las interacciones a través de estímulos sensoriales como el tacto, el calor y el olor, además, está considerado un componente importante para el inicio satisfactorio en la lactancia" (OMS, 2007)

Pese a las recomendaciones de la OMS, la mayor parte de los países sobre todo en vías de desarrollo no han implementado el contacto piel a piel de manera formal y continua en la atención del recién nacido, así mismo debido a ello no se han realizado capacitaciones a los recursos humanos sobre los beneficios para el neonato, la madre y la familia. El personal de salud tiene limitados conocimientos, que se reducen, a aquellos adquiridos en la formación profesional, en tal sentido se debe indicar que el nivel el conocimiento es la cuantificación del grado de dicho conocimiento de las personas a cerca de una realidad, en este caso el contacto piel a piel, se considera que el nivel de conocimiento no significa directamente el grado educativo, sin embargo estos conceptos están íntimamente relacionados. (Márquez, 2006).

El contacto temprano piel a piel consiste en colocar al recién nacido desnudo en posición decúbito ventral sobre el pecho desnudo de la madre apenas nace o poco después (dentro de las 24 horas del nacimiento), si bien desde una perspectiva evolutiva el contacto piel a piel es la norma, en muchos lugares la práctica corriente es separar al recién nacido de la madre poco después del nacimiento. El contacto temprano piel a piel ofrece algunos beneficios clínicos, en particular para la lactancia. Los hospitales y centros de maternidad necesitarán políticas de apoyo, aunque pocos recursos adicionales, para ayudar a implementar esta intervención que podría considerarse "natural", cabe resaltar que el grado de conocimiento de los profesionales de la salud es reducido en este tema, así lo demuestran la falta de implementación de este importante procedimiento en los establecimientos de salud. (Gómez, 2006).

El proceso del contacto físico requiere su tiempo y puede alterarse si se interrumpe el contacto, aunque sea durante unos minutos; Righard y Alade observaron durante las primeras 2 horas post-parto a 72 niños nacidos de partos normales, donde en el grupo de separación (n=34), el niño se colocaba sobre el pecho de su madre inmediatamente después del parto pero se le separaba de allí tras unos 20 minutos para la antropometría, el baño y el vestido y se le volvía a situar sobre su madre y en el grupo de contacto (n=38) el bebé y la madre permanecían en contacto durante por lo menos una hora, llegando a observar que más niños del grupo de contacto emplearon la técnica de succión correcta. (Gómez, 2006).

En el hospital La Paz (Madrid), hace año y medio que dejan que los recién nacidos estén 'piel con piel' con sus mamás durante las dos horas posteriores al parto, esto se debería a que los profesionales de la salud conocen que ponerles piel con piel tiene efectos beneficiosos sobre la duración de la lactancia, la termorregulación del neonato y los vínculos entre madre e hijo, además estos niños lloran menos, están más tranquilos y más alerta, otros países todavía se encuentran implementado este proceso para ello deben capacitar y brindar información a sus personal. (Matey, 2011)

En los últimos años se ha retomado la tendencia a mantener al recién nacido junto a su madre inmediatamente después del parto, incluso las pruebas se le practican sin separarlo de ella y cuando no se puede porque la madre ha pasado por una cesárea o está muy cansada, el contacto se realiza con el padre", ya que mucho de los especialistas conocen la aplicación de la técnica y sus beneficios para el niño y toda la familia, sin embargo este beneficio solamente se realiza en algunos establecimientos donde se tienen los recursos necesarios. (Matey, 2011)

En el contacto piel a piel madre niño inmediato, los indicios del tacto, el olor y la temperatura que proporciona la madre permite favorecer el inicio del neonato en la lactancia de modo que esta práctica debe considerarse una intervención beneficiosa, económica y factible para fomentar la lactancia materna exclusiva tras el nacimiento; además en un estudio reciente realizado en Ghana, se mostró que el

fomento del inicio temprano del contacto piel a piel madre niño y la lactancia ofrece la posibilidad de hacer una gran contribución al logro de los objetivos de desarrollo del milenio respecto de la sobrevivencia del neonato, porque se podría evitar el 16% de las muertes neonatales si se amantara a todos los neonatos a partir del 1° día de vida y el 22% si se lo hiciera dentro de la primera hora. (Puig G, et al. 2007)

En la actualidad más del 85% son partos institucionales en el cual existe un personal de salud responsable de la atención inmediata del recién nacido y por desconocimiento del personal no se realiza acciones que pueden ayudar a la adaptación del recién nacido al medio extrauterino poniendo así en riesgo la salud y la vida del neonato afectando socioeconómicamente a toda la familia. (Charpak, 2003).

Además se ha estimado que el 95% de infantes bajos de peso al nacimiento, nacen en países en vía de desarrollo sin acceso al cuidado neonatal apropiado y el contacto piel a piel puede ser la única alternativa para esos niños, no sólo para la supervivencia sino para alcanzar una mejor calidad de vida; y los países desarrollados que ya han superado estas deficiencias, implementan la metodología y la técnica en respuesta a la importancia reconocida del adecuado establecimiento del vínculo relacional con la madre y la familia. (Perry, et al. 2006)

En las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales los médicos y enfermeras, responsables de la atención de los niños, invitan a los padres a participar en el cuidado de sus hijos facilitándoles así cumplir su rol de padres y a través del conocimiento y aprendizaje diario actúan directamente en la atención de sus hijos logrando una atención individualizada de cada niño y la humanización de la atención neonatal. La técnica del contacto piel a piel se basa en potenciar el contacto entre la madre y su bebé recién nacido para proporcionarle el calor, alimento y apoyo emocional necesario para su desarrollo y está demostrado que la temperatura corporal de la madre asciende según la necesidad de bebé al igual que la incubadora. (Brundi 2002).

En la actualidad y en algunas sociedades un gran número de niños nace en los hospitales, se separa a los recién nacidos de sus madres o se les viste antes de entregarlos, lo que puede producir efectos perjudiciales para el niño, lo que se debería a que el personal médico no está indicando la aplicación de la técnica del contacto piel a piel y mucho menos el personal no médico, no lo está poniendo en práctica y todo esto se estaría produciendo por los profesionales de salud desconocen o conocen muy poco sobre la aplicación de esta técnica, sus beneficios, sus riesgos y la gran importancia del contacto piel a piel, siendo así que se ha logrado demostrar que los recién nacidos interactuaron más con sus madres, permanecieron más calientes y lloraron menos, presentaron más probabilidades de lactar y de hacerlo durante más tiempo y además que presentaron posiblemente más probabilidades de entablar una buena relación temprana con sus madres. (Moore Et al, 2007).

Además en el Perú se presentan grandes problemas de salud, donde uno de ellos es la elevada tasa de morbilidad neonatal, que a pesar de haberse realizado grandes cambios y avances técnico científicos, en las unidades de cuidados intensivos neonatales, para mejorar la salud del recién nacido, sigue persistiendo este problema, lo cual se torna en un problema social, afectando el bienestar y economía social. (Márquez, 2006).

En las regiones más pobres del Perú se observa que muchos de los recién nacidos presentan ciertas dificultades para su adaptación extrauterina o simplemente se separa al recién nacido de la madre para realizarle las atenciones y sus estudios complementarios para asegurar la salud del recién nacido y los profesionales de la salud no se preocupan por fortalecer el desarrollo y el vínculo afectivo entre la diada madre/hijo mediante el contacto piel a piel; y mucho más si presenta algún problema de salud donde el recién nacido termina aislado de la madre para ser atendido, pues lo cual repercute en el desarrollo fisiológico, afectivo y socioemocional del recién nacido, la madre y la familia, lo cual afecta de u otra forma la adaptación fisiológica, el desarrollo y crecimiento adecuado del recién nacido y no propicia un adecuado vínculo de la madre hacia el niño, ya que hay estudios que demuestran que el contacto piel a piel madre niño inmediato, proporciona un mayor afecto, cariño, preocupación, mejores competencias para

cuidar y criar al niño, de la madre hacia el niño, propiciando un mejor cuidado y vínculo afectivo, además se ha observado que esta técnica permite una mayor participación del padre en el cuidado del bebé y un mejoramiento en la autoestima materna y estos cambios persisten por lo menos durante el primer año de vida. (Márquez, 2006).

Preocupados por la salud física y psicológica del recién nacido y teniendo en cuenta que los neonatos son un grupo que necesitan un mayor cuidado y que son el futuro de toda sociedad por lo que se tiene que velar por su desarrollo y bienestar; además que no se tiene datos estadísticos, ni trabajos de investigación que muestran como es el nivel de conocimientos sobre el contacto piel a piel de los profesionales de enfermería y mucho menos sobre a la aplicación de esta técnica. (Márquez, 2006).

A nivel de Amazonas y de la provincia de Chachapoyas y sabiendo que la aplicación de esta técnica es muy importante para el desarrollo y supervivencia del recién nacido prematuro, por lo que debería aplicarse en todos los hospitales, por todo ello se plantea realizar el presente trabajo de investigación con la finalidad de obtener información real sobre el nivel de conocimiento del contacto piel a piel madre niño que presenta el profesional de Enfermería del hospital de apoyo Gustavo Lanatta Lujan y el hospital Héroe del Cenepa de Bagua para conocer la realidad de nuestra región y contribuir a la solución de los problemas de la salud física y psicológica que pueden presentar los recién nacidos al momento del nacimiento por no realizar esta técnica y poder prevenir enfermedades y daños futuros, disminuyendo así la morbimortalidad de los neonatos, los problemas socioemocionales que pueda presentar el niño; mejorando así la calidad de vida del neonato, la madre y su familia, y por ende contribuir al desarrollo de nuestro país teniendo familias física y psicológicamente saludables, como además aportar conocimientos científicos que permitirá conocer el nivel de conocimientos del contacto piel a piel madre niño de los profesionales de enfermería de esta provincia, para que sirva de instrumento científico para los profesionales e instituciones de la salud, para la toma de decisiones y las intervenciones necesarias en busca de mejorar la calidad de los servicios brindados a los recién nacidos y prevenir los problemas de salud de los mismos y así mismo contribuir con la Facultad de Enfermería para fortalecer la educación en los estudiantes sobre este tema,

preparando a los alumnos en la aplicación de esta técnica, para que ayuden a la disminución de los problemas de salud de recién nacidos y lograr egresados que demuestren competencia, profesionalismo y humanización para no perder la esencia de la profesión.

Por la problemática expuesta se plantea el siguiente problema, ¿Cuál es el nivel de conocimiento del contacto piel a piel madre - niño, del profesional de Enfermería de los hospitales de Bagua, 2012?, considerando como objetivos, determinar el dicho nivel de conocimiento del contacto piel a piel madre – niño, teniendo en cuenta que el conocimiento adecuado por parte del profesional de salud permitiría implementar los procedimientos del contacto piel a piel a fin de reducir la morbilidad neonatal y mejorar la calidad de vida del recién nacido y de la madre por en ende de la comunidad y del país.

II. BASE TEÓRICA.

2.1. Nivel de Conocimiento:

Es el cálculo del grado de conocimiento de las personas a cerca de una realidad, consideremos que el nivel de conocimiento no significa directamente el grado educativo, sin embargo estos conceptos están íntimamente relacionados. (Carrión, 2000)

2.2. Conocimiento: Según existen muchas definiciones entre ellas menciona.

Es el producto o resultado de ser instruido, el conjunto de cosas sobre las que se sabe o que están contenidas en la ciencia". El diccionario acepta que la existencia de conocimiento es muy difícil de observar y reduce su presencia a la detección de sus efectos posteriores. Los conocimientos se almacenan en la persona (o en otro tipo de agentes). Esto hace que sea casi imposible observarlos. (Carrión, 2000)

- Hechos, o datos de información adquiridos por una persona a través de la experiencia o la educación, la comprensión teórica o práctica de un tema u objeto de la realidad. Incluye el "saber qué", el "saber cómo" y el "saber dónde".
- Es un conjunto integrado por información, reglas, interpretaciones y conexiones puestas dentro de un contexto y de una experiencia, que ha sucedido dentro de una organización, bien de una forma general o personal. El conocimiento sólo puede residir dentro de un conocedor, una persona determinada que lo interioriza racional o irracionalmente.

2.3. El origen del conocimiento: (Gutiérrez, 2000), menciona tres tipos de orígenes:

- **Racionalismo.**- Se denomina racionalismo a la doctrina epistemológica que sostiene que la causa principal del conocimiento reside en el pensamiento, en la razón. Afirma que un conocimiento solo es realmente tal, cuando posee necesidad lógica y validez universal. El planteamiento más antiguo del racionalismo aparece en Platón. Él tiene la íntima convicción de que el conocimiento verdadero debe distinguirse por la

posesión de las notas de la necesidad lógica y de la validez universal. (Gutiérrez, 2000)

- **El empirismo:** Frente a la tesis del racionalismo, el pensamiento, la razón, es el único principio del conocimiento, el empirismo (del griego Empereimía = experiencia) opone la antítesis: la única causa del conocimiento humano es la experiencia. Según el empirismo, no existe un patrimonio a priori de la razón. La conciencia cognoscente no obtiene sus conceptos de la razón, sino exclusivamente de la experiencia. El racionalismo es guiado por la idea determinada, por el conocimiento ideal, mientras que el empirismo, se origina en los hechos concretos. Suelen distinguirse dos clases de experiencia: una interna y otra externa. El fundamento de un conocimiento válido, no se encuentra en la experiencia, sino en el pensamiento. (Gutiérrez, 2000)
- **Apriorismo:** En la historia de la Filosofía existe también un segundo esfuerzo de intermediación entre el racionalismo y el empirismo: el apriorismo. El cual también considera que la razón y la experiencia son a causa del conocimiento. Pero se diferencia del intelectualismo porque establece una relación entre la razón y la experiencia, en una dirección diametralmente opuesta a la de éste. En la tendencia de apriorismo, se sostiene que nuestro conocimiento posee algunos elementos a priori que son independientes de la experiencia. Esta afirmación también pertenece al racionalismo. Si relacionáramos el intelectualismo y el apriorismo con los dos extremos contrarios entre los cuales pretenden mediar, inmediatamente descubriríamos que el intelectualismo tiene afinidad con el empirismo, mientras que el apriorismo, se acerca al racionalismo. El intelectualismo forma sus conceptos de la experiencia; el apriorismo rechaza tal conclusión y establece que el factor cognoscitivo procede de la razón y no de la experiencia. (Gutiérrez, 2000)

2.4. Características del conocimiento: Para (Andreu, 2000), lo fundamental son básicamente tres características:

- El conocimiento es personal, en el sentido de que se origina y reside en las personas, que lo asimilan como resultado de su propia experiencia (es decir, de su propio “hacer”, ya sea físico o intelectual) y lo incorporan a su acervo personal estando “convencidas” de su significado e implicaciones, articulándolo como un todo organizado que da estructura y significado a sus distintas “piezas”.
- Su utilización, que puede repetirse sin que el conocimiento “se consuma” como ocurre con otros bienes físicos, permite “entender” los fenómenos que las personas perciben (cada una “a su manera”, de acuerdo precisamente con lo que su conocimiento implica en un momento determinado), y también “evaluarlos”, en el sentido de juzgar la bondad o conveniencia de los mismos para cada una en cada momento; y
- Sirve de guía para la acción de las personas, en el sentido de decidir qué hacer en cada momento porque esa acción tiene en general por objetivo mejorar las consecuencias, para cada individuo, de los fenómenos percibidos (incluso cambiándolos si es posible).

2.5. Tipos de conocimiento: Se describe 4 tipos de conocimiento:

- **Cotidiano:** El conocimiento común cotidiano, también conocido como empírico-espontáneo, se obtiene básicamente por la práctica que el hombre realiza diariamente, lo cual ha permitido a la humanidad acumular valiosas y variadas experiencias a lo largo de su historia. (Aldana, 1992)
 - Tiene lugar en las experiencias cotidianas.
 - Es y ha sido respuesta a necesidades vitales.
 - Ofrece resultados prácticos y útiles.
 - Se transmite de generación en generación.

- **Técnico:** La experiencia hizo el conocimiento técnico. Se origina, cuando de muchas nociones experimentadas se obtiene una respuesta universal circunscrita a objetivos semejantes.

- **Empírico:** También llamado vulgar, es el conocimiento popular, obtenido por azar, luego de innúmeras tentativas. Es a metódico y asistemático. El conocimiento común o popular está basado fundamentalmente en la experiencia, puede ser verdadero, falso o probable, teniendo las siguientes características:
 - Es asistemático porque carece de métodos y técnicas.
 - Es superficial porque se forma con lo aparente.
 - Es sensitivo porque es percibido por los sentidos.
 - Es poco preciso porque es ingenuo e intuitivo.

- **Científico:** Va más allá de lo empírico, por medio de él, trascendido el fenómeno, se conocen las causas y las leyes que lo rigen. Sus características:
 - Es cierto porque sabe explicar los motivos de su certeza.
 - Es general, la ciencia partiendo de lo individual, busca en él lo que tiene en común con los demás de la misma especie.
 - Es metódico, sistemático su objetivo es encontrar y reproducir el encadenamiento de los hechos, lo alcanza por medio del conocimiento de las leyes y principios. Por eso la ciencia constituye un sistema.

2.6. Elementos del conocimiento: Según describe 4 elementos del conocimiento:

- **Sujeto:** El sujeto del conocimiento es el individuo conocedor. En él se encuentran los estados del espíritu en el que se envuelven o entran la ignorancia, duda, opinión y certeza. Este se presenta como el punto de que pende por decirlo así, la verdad del conocimiento humano. Su función consiste en aprehender el objeto, esta aprehensión se presenta como una salida del sujeto fuera de su propia esfera, una invasión en la esfera del objeto y una captura de las propiedades de éste. (Aldana, 1992)

- **Objeto:** Es aquello a lo que se dirige la conciencia, a la que se dirige la conciencia ya sea de una manera cognoscitiva, ya sea volitiva. Es lo que se percibe, imagina, concibe o piensa. Su función es ser aprehensible y aprehendido por el sujeto. Los objetos pueden ser reales o irreales; llamamos real todo lo que nos es dado en la experiencia externa o interna o se infiere algo de ella. Los objetos irreales se presentan, por el contrario, como meramente pensados.
- **Medio:** Generalmente hay ausencia de medios especiales, los instrumentos de trabajo son a la vez medios, del conocimiento de la realidad. Los medios del conocimiento son:
 - **La Experiencia interna:** Consiste en darnos cuenta en darnos cuenta lo que existe en nuestra interioridad. Esta experiencia constituye una certeza primaria: en nuestro interior ocurre realmente lo que experimentamos.
 - **La Experiencia externa:** Es todo conocimiento o experiencia que obtenemos por nuestros sentidos.
 - **La Razón:** Esta se sirve de los sentidos, elabora los datos recibidos por ellos los generaliza y los abstrae, transformando la experiencia sensible y singular en conocimientos que valen en cualquier lugar y tiempo.
 - **La Autoridad:** Muchísimos conocimientos que poseemos nos llegan a través de la comunicación de personas que saben mucho sobre el tema, estas personas tienen autoridad científica y lo que divulgan o enseñan merece toda nuestra adhesión.
 - **Imagen:** Constituye el instrumento mediante el cual la conciencia cognoscente aprehende su objeto. También es la interpretación que le damos al conocimiento consecuente de la realidad

2.7. Dimensiones del nivel de conocimiento: Son los siguientes:

- **Nivel bajo:** es cuando el grado de ideas, conceptos, hechos y principios que adquirido una persona se encuentra por debajo del límite permitido, medido con referencia a una escala determinada; y para fines de este trabajo lo tomaremos cuando el profesional de enfermería obtiene menos de 10 puntos según nuestro instrumento de medición. (Ceferino, 2009).
- **Nivel medio:** es cuando el grado de ideas, conceptos, hechos y principios que adquirido una persona se encuentra por encima del límite permitido, pero no llega a un límite máximo, medido con referencia a una escala determinada; y para fines de este trabajo lo tomaremos cuando el profesional de enfermería obtiene entre 10 y 19 puntos según nuestro instrumento de medición. (Ceferino, 2009).
- **Nivel alto:** es cuando el grado de ideas, conceptos, hechos y principios que adquirido una persona se encuentra por encima del límite máximo, medido con referencia a una escala determinada; y para fines de este trabajo lo tomaremos cuando el profesional de enfermería obtiene más de 19 puntos según nuestro instrumento de medición. (Ceferino, 2009).

2.8. Contacto piel a piel

- **Definición:**

El contacto temprano piel a piel consiste en colocar al recién nacido desnudo en posición decúbito ventral sobre el pecho desnudo de la madre apenas nace o poco después (dentro de las 24 horas del nacimiento), si bien desde una perspectiva evolutiva el contacto piel a piel es la norma, en muchos lugares la práctica corriente es separar al recién nacido de la madre poco después del nacimiento. El contacto temprano piel a piel ofrece algunos beneficios clínicos, en particular para la lactancia. Los hospitales y centros de maternidad necesitarán políticas de apoyo, aunque pocos recursos adicionales, para ayudar a implementar esta intervención que podría considerarse "natural" (Gómez, 2006).

Todo este proceso requiere su tiempo y puede alterarse si se interrumpe el contacto, aunque sea durante unos minutos; Righard y Alade observaron durante las primeras 2 horas post-parto a 72 niños nacidos de partos normales, donde en el grupo de separación (n=34), el niño se colocaba sobre el pecho de su madre inmediatamente después del parto pero se le separaba de allí tras unos 20 minutos para la antropometría, el baño y el vestido y se le volvía a situar sobre su madre y en el grupo de contacto (n=38) el bebé y la madre permanecían en contacto durante por lo menos una hora, llegando a observar que más niños del grupo de contacto emplearon la técnica de succión correcta. (Gómez, 2006).

2.9. Por qué el contacto piel a piel:

Las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales son indispensables para el cuidado de recién nacidos de muy bajo peso al nacer o con algún otro problema de salud, pero conllevan situaciones desfavorables para su desarrollo neurológico y afectivo, dado la exposición a diversos estímulos durante internaciones prolongadas y a la precoz separación de su grupo familiar, por tal motivo es necesario implementar prácticas que estimulen y protejan al recién nacido y su familia como el ingreso irrestricto de padres, residencia para madres, visita de hermanos, visita de abuelos y el contacto piel a piel durante la internación del bebé en las UCIN brindan a las familias beneficios de carácter afectivo y psicológico. En las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales los médicos y enfermeras, responsables de la atención de los niños, invitan a los padres a participar en el cuidado de sus hijos facilitándoles así cumplir su rol de padres, a través del conocimiento y aprendizaje diario actuando directamente en la atención de sus hijos, logrando así una atención individualizada de cada niño y la humanización de la atención neonatal. La técnica del contacto piel a piel se basa en potenciar el contacto entre la madre y su bebé recién nacido para proporcionarle el calor, alimento y apoyo emocional necesario para su desarrollo. Está demostrado que la temperatura corporal de la madre asciende según la necesidad de bebé al igual que la incubadora.

2.10. Propósitos del contacto piel a piel:

- Facilitar la estabilidad fisiológica, el desarrollo madurativo y el crecimiento socio-emocional del bebé.
- Brindar mayor confianza a los padres en el cuidado de sus hijos, favoreciendo el vínculo madre/padre/hijo.

2.11. Beneficios del contacto físico:

- **Para la madre:** Durante el contacto piel a piel la succión de la aréola mamaria estimula la secreción de dos hormonas: la oxitocina y la prolactina. La oxitocina produce disminución del estrés e inicio de los sentimientos maternos, las mamás sufren menos depresión después del parto, sienten mayor seguridad y confianza en sí mismas, sonríen más a sus hijos, los abrazan, acarician y consuelan más, todo esto permite establecer las bases afectivas del vínculo madre/hijo. La prolactina estimula la iniciación y mantenimiento de la lactancia porque aumenta la producción de leche en las madres y el bebé aprende antes a succionar el pecho, ya que durante la realización del método el niño explora, huele, busca y encuentra el pezón. No debe olvidarse que la leche materna es la mejor opción para alimentar a un bebé ya que, además de nutrir, le brinda protección frente a infecciones, y su composición varía continuamente en función de las necesidades de crecimiento del bebé, adaptándose para proporcionarle el mejor desarrollo en cada etapa. (Gómez, 2006).
- **Para el bebé:** El contacto piel a piel sobre el pecho materno permite al recién nacido normal y prematuro experimentar estímulos táctiles, auditivos y propioceptivos. Mejora todos los parámetros fisiológicos del RN: las frecuencias respiratoria y cardíaca se estabilizan; se observa menor necesidad de oxigenoterapia; ganancia de peso más adecuada; mejor control de la temperatura y una importante disminución de los episodios de pausas respiratorias. Está comprobado que la cercanía con la madre favorece el desarrollo del bebé, disminuyendo los niveles de cortisol, hormona relacionada con el estrés y estimulando la capacidad de calmarse por sí mismo. La estimulación auditiva es más adecuada (el bebé

siente la voz de su madre), así como mayor estimulación visual, olfativa y táctil, a lo que hay que añadir la sensación de seguridad transmitida por el contacto directo con su madre, lo que redundará en menos episodios de llanto y un mejor descanso y sueño. El contacto piel a piel entre madre-hijo también contribuye a incrementar el sueño profundo, disminuir la actividad motora y muscular, reducir el llanto del bebé, disminuir el estrés del bebé y la angustia de la madre. (Gómez, 2006)

2.12. Cuando se realiza:

El contacto piel a piel puede incorporarse al plan diario de cuidado del recién nacido una vez que los médicos y enfermeras convengan que el niño se encuentra estable fisiológicamente. En lo posible, cada turno de enfermería contará con una enfermera responsable de esta actividad que planificará junto con los padres cuándo comenzar, preferentemente en un horario donde el sector haya cumplido con la mayoría de interconsultas y exámenes complementarios respetando así la privacidad de la madre. Es importante contemplar las necesidades y el deseo de la mamá día a día, para lograr que madre/hijo se relacionen en forma satisfactoria. (Gómez, 2006)

2.13. Modelos Teóricos:

- **Del vínculo a la neurobiología del apego:**

En las dos últimas décadas una buena parte de la investigación se ha centrado en desentrañar los mecanismos químicos, neurológicos y hormonales que facilitan el vínculo entre el bebé y su madre desde el parto, este campo se llama neurobiología del apego. Así se va avanzando en la comprensión de ese delicado engranaje que se inicia nada más nacer el bebé o incluso antes. Sabemos ahora que los bebés reconocen a sus madres desde el mismo momento del nacimiento gracias al olfato (y que por ello es importante no lavarles nada más nacer, ya que reconocen a su madre por el olor a líquido amniótico) y que prefieren escuchar su voz a cualquier otro sonido. Cuando nacen vaginalmente los bebés están en estado de alerta y esperan ser dejados sobre el vientre de su madre piel con piel. Desde ahí saben perfectamente cómo llegar hasta su pecho y como

iniciar la lactancia en las dos primeras horas de vida. Pero es que además nada más nacer el cerebro del niño y el de la madre están bañados en un mar de hormonas que afectan profundamente al vínculo y que en un futuro jugarán un papel en todas las relaciones sociales que establezca el bebé conforme crezca. Así la oxitocina, también conocida como hormona del amor hace que la madre sienta un enamoramiento de su bebé que le facilitará enormemente el cuidarle durante los primeros años de vida y en el cerebro del bebé hace que ese amor materno sea recíproco. La vasopresina que es una hormona muy relacionada con la oxitocina también está en juego y al parecer interviene igualmente en el desarrollo del vínculo que marcará las futuras relaciones sociales e incluso sexuales. Otra hormona, la prolactina, empieza entonces su labor permitiendo la producción de leche y haciendo que para la madre la lactancia sea algo espontáneo, relajante y sencillo. Otras sustancias como las endorfinas que también se producen durante el trabajo de parto van a hacer que ese primer encuentro sea muy placentero para los dos y que por decirlo de alguna manera madre y bebé se enganchen de la mejor manera posible. (Olza 1998)

- **La teoría de Watson**

Está soportada en el trabajo de Nightingale, Henderson, Hall, Leininger, Hegel, Kierkegaard, Gadow (Existential advocacy & philosophical foundations of nursing, 1980) y Yalom (Ten curative factors, 1975); Walker atribuye el énfasis de la Teoría en las cualidades interpersonales y transpersonales de coherencia, empatía y afecto, a la postura de Carl Rogers (1961) (On Becoming a person an A way of Being, 1980) Watson considera que el estudio de las humanidades expande la mente e incrementa la capacidad de pensar y el desarrollo personal, por lo tanto, es pionera de la integración de las humanidades, las artes y las ciencias.

Watson ha estudiado el cuidado de enfermería con enfoques filosóficos (existencial – fenomenológico) y con base espiritual, y ve el cuidado como un ideal moral y ético de la enfermería, en otras palabras, el cuidado humano como relación terapéutica básica entre los seres humanos; es

relacional, transpersonal e intersubjetivo. Lo anterior le permitió a Watson la articulación de sus premisas teóricas, conjuntamente con las premisas básicas de la ciencia de la enfermería, según la cita Walker:

- **Premisa 1.** “El cuidado (y la enfermería) han existido en todas las sociedades. La actitud de asistencia se ha transmitido a través de la cultura de la profesión como una forma única de hacer frente al entorno. La oportunidad que han tenido enfermeras(os) de obtener una formación superior y de analizar, a un nivel superior, los problemas y los asuntos de su profesión, han permitido a la enfermería combinar su orientación humanística con los aspectos científicos correspondientes.

- **Premisa 2.** “La claridad de la expresión de ayuda y de los sentimientos, es el mejor camino para experimentar la unión y asegurar que algún nivel de comprensión sea logrado entre la enfermera-persona y paciente-persona”. El grado de comprensión es definido por la profundidad de la unión transpersonal lograda, donde la enfermera y el paciente mantienen su calidad de persona conjuntamente con su rol.

- **Premisa 3.** “El grado de genuinidad y sinceridad de la expresión de la enfermera, se relaciona con la grandeza y eficacia del cuidado”. La enfermera que desea ser genuina debe combinar la sinceridad y la honestidad dentro del contexto del acto de cuidado.

Las premisas básicas expuestas son un reflejo de los aspectos interpersonales transpersonales, espirituales de su obra, reflejando la integración de sus creencias y valores sobre la vida humana y, proporcionan el fundamento para el desarrollo ulterior de su teoría:

- Las emociones y la mente de una persona son las ventanas de su alma.
- El cuerpo de una persona está limitado en el tiempo y el espacio, pero la mente y el alma no se limitan al universo físico.
- El acceso al cuerpo, a la mente y al alma de una persona es posible siempre que la persona sea percibida como una totalidad.
- El espíritu, lo más profundo de cada ser, o el alma) de una persona existe en él y para él.
- Las personas necesitan la ayuda y el amor de los demás.
- Para hallar soluciones es necesario encontrar significados.
- La totalidad de la experiencia en un momento dado constituye un campo fenomenológico. (Olza 1998)

III. MATERIAL Y MÉTODOS

3.1. Tipo y diseño de investigación:

El presente estudio fue de tipo no experimental, descriptivo simple comparativo, de corte transversal, prospectivo. (Hernández et al, 2003)

El diseño de investigación es el siguiente:

$$M_1 \longrightarrow O_1 = \text{ó} \neq M_2 \longrightarrow O_1$$

Donde:

M = Muestra de estudio.

O = Nivel de conocimientos del contacto piel a piel madre - niño

M₁ = Profesionales de Enfermería del Hospital de apoyo Bagua Gustavo Lanatta Lujan.

M₂ = Profesionales de enfermería del Hospital Héroes del Cenepa – ESSALUD

3.2. Universo muestral:

El presente estudio tuvo como población a todos los profesionales de enfermería de los hospitales de la provincia de Bagua: Hospital de apoyo Gustavo Lanatta Lujan, que son 36 profesionales y del Hospital Héroes del Cenepa – ESSALUD, que son 16 profesionales de enfermería.

Los criterios de inclusión fueron:

- Profesionales de enfermería que participaron voluntariamente de la investigación y se encuentren ejerciendo su labor en los hospitales en estudio.
- Solo enfermeros(as) que trabajen en el Hospital de apoyo Gustavo Lanatta Lujan y en el Hospital Héroes del Cenepa - ESSALUD.
- Todos los nombrados y contratados desde su primer día de labor.

Los criterios de exclusión fueron:

- Enfermeros(as) que estén de licencia o de vacaciones.
- Enfermeros(as) que se encuentran en consultorios externos.

3.3. Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos:

- **Método:** Encuesta. (Hernández et al, 2003).
- **Técnica:** Cuestionario. (Hernández et al, 2003).
- **Instrumento:** el instrumento utilizado fue el “formulario de conocimientos” elaborado por el autor, el instrumento está estructurado de la siguiente forma: título, introducción, instrucciones, ítems de contenido, escalas de medición de los ítems, el instrumento en su totalidad presenta 15 ítems de las cuales del 1-5 se refieren a la técnica del contacto físico, del 6 al 10 se refieren a los beneficios del contacto físico para él bebe (físicos y afectivos) y desde la 11-15 sobre los beneficios para la madre (físicos y afectivos), la respuesta correcta tuvo un puntaje de 2 y la incorrecta un puntaje de 0. El puntaje y clasificación del nivel de conocimientos del contacto piel a piel madre – niño del personal de Enfermería fue de la siguiente manera:

- Alto : 20 a 30 puntos
- Medio : 10 a 19 puntos
- Bajo : < de 10 puntos (anexo n° 05).

Para determinar la validez de contenido del instrumento se realizó mediante juicio de expertos (5) y para la validez de instrumento se utilizó la prueba Binomial y Z de Gauss, los resultados arrojaron un valor de 8.8817, el cual supera el valor teórico de 1.64, lo que significa que el instrumento es válido.

Para hallar la confiabilidad se realizó una prueba piloto al 10% de la muestra integrado por los profesionales de enfermería de los hospitales de Bagua, para el análisis de datos se utilizó el método alfa Combrach y para la máxima de confiabilidad se utilizó la fórmula de Spearman-Brown, dichas pruebas arrojaron un valor de 0.7805 lo que indica que el instrumento es válido.

- **Procedimiento de recolección de datos.**

En el procedimiento de recolección de datos se tuvo en cuenta las siguientes etapas:

- Se solicitó información respecto al número de profesionales de enfermería que laboran en ambas instituciones que forman parte de nuestra muestra.
- Luego se seleccionó y elaboró el instrumento de medición teniendo en cuenta la operacionalización de variables, luego se procedió a realizar su validez y confiabilidad.
- Luego se coordinó con el director y con la jefa de Enfermeras del Hospital de apoyo Gustavo Lanatta Lujan y del Hospital I Héroes del Cenepa (ESSALUD) con el propósito de solicitar autorización para la aplicación del instrumento.
- Después de la aceptación del permiso, se aplicó el instrumento a los diferentes enfermeros(as), para lo cual se visitó en sus distintos horarios de trabajo.
- Como última etapa del proceso se elaboró la tabulación de los datos obtenidos para su respectivo análisis estadístico.

3.4. Análisis de los datos

Los datos obtenidos se analizaron estadísticamente mediante el software SPSS versión 15.0 y la hoja de cálculo Excel 2010 y se elaboraron tablas de frecuencias simples, obteniendo las frecuencias absolutas y porcentuales que sirvieron para analizar los resultados obtenidos.

Los resultados obtenidos mediante el análisis, se presentan tablas simples y gráficos de barras.

IV. RESULTADOS

TABLA 01: Nivel de conocimiento del contacto piel a piel madre- niño del Profesional de Enfermería de los hospitales de Bagua, 2012.

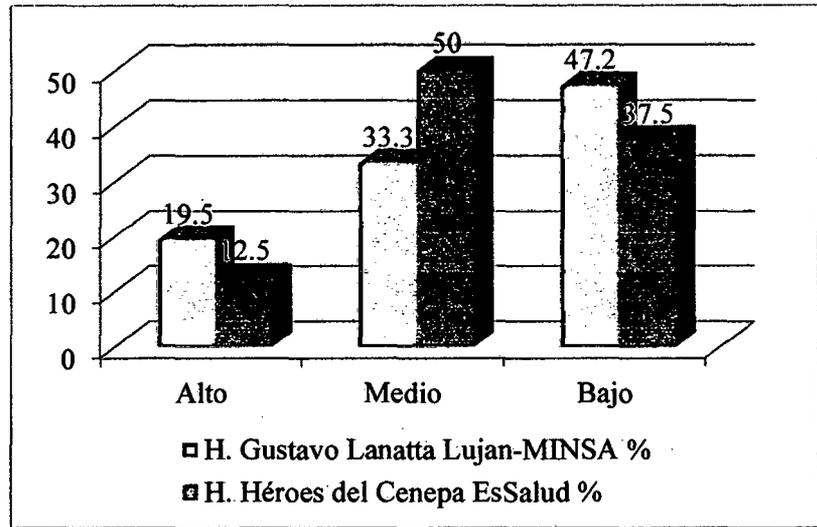
Nivel de conocimiento	H. Gustavo Lanatta Lujan-MINSA		H. Héroes del Cenepa EsSalud	
	fi	%	fi	%
Alto	7	19.5	2	12.5
Medio	12	33.3	8	50
Bajo	17	47.2	6	37.5
Total	36	100	16	100

T-Student: $t_c = 3.050$ $p = 0.093 > 0.05$

Fuente: Formulario de preguntas -2012.

Interpretación: La tabla 01 muestra el nivel de conocimiento de los profesionales de enfermería sobre el contacto piel a piel en el hospital Gustavo Lanatta Lujan de Bagua, del 100% (36); el 47.2% (17) de los profesionales de enfermería tienen un nivel de conocimiento bajo, el 33.3% (12) conocimiento medio y el 19.5% (7) conocimiento alto. En el caso del hospital Héroes del Cenepa EsSalud, del 100% (16); el 37.5% (6) de los profesionales de enfermería del hospital, tienen un nivel de conocimiento bajo, el 50% (12) conocimiento medio y el 12.5% (2) conocimiento alto sobre el contacto piel a piel madre niño. La prueba de comparación de T-student, arroja un resultado de $t_c = 3.050$, $p = 0.093 > 0.05$, que indica que no existe diferencia significativa entre el nivel de conocimiento de los profesionales de los ambos hospitales.

GRÁFICO 01: Nivel de conocimiento del contacto piel a piel madre - niño del Profesional de Enfermería de los hospitales de Bagua, 2012.



Fuente: Tabla 01

23 SEP 2014



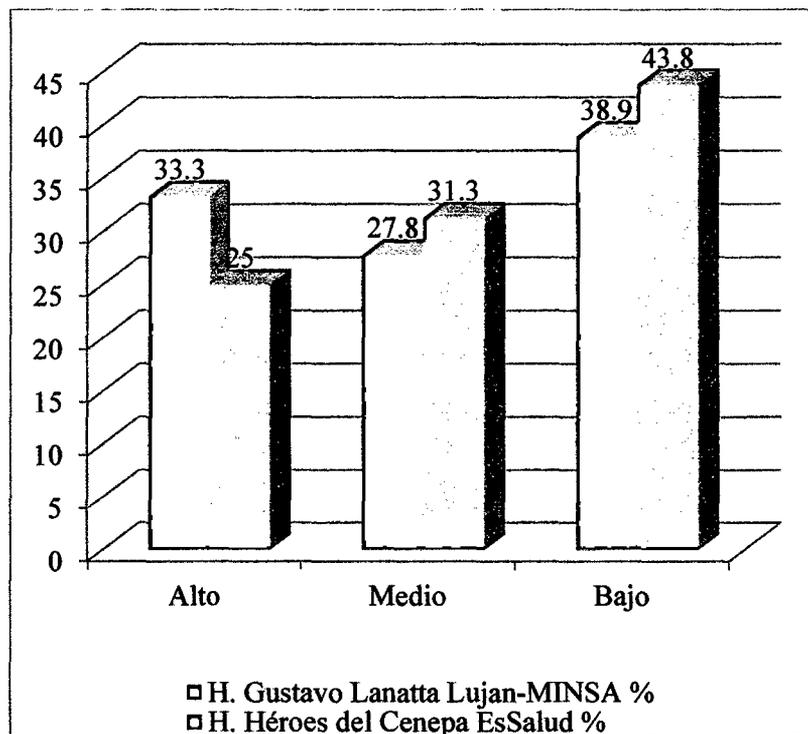
TABLA 02: Nivel de conocimiento del contacto piel a piel madre - niño del Profesional de Enfermería según la dimensión beneficios para el niño de los hospitales de Bagua, 2012.

Nivel de conocimiento	H. Gustavo Lanatta Lujan-MINSA		H. Héroes del Cenepa EsSalud	
	fi	%	fi	%
Alto	12	33.3	4	25.0
Medio	10	27.8	5	31.3
Bajo	14	38.9	7	43.7
Total	36	100	16	100
T-Student: $t_c = 3.050$ $p = 0.093 > 0.05$				

Fuente: Formulario de preguntas -2012.

Interpretación: La tabla 02 muestra el nivel de conocimiento de los profesionales de enfermería sobre contacto piel a piel según la dimensión beneficios para el niño, en caso del hospital Gustavo Lanatta Lujan, del 100% (36); el 38.9% (14) de los profesionales de enfermería del hospital Gustavo Lanatta Lujan tienen un nivel de conocimiento bajo, el 27.8% (10) conocimiento medio y el 33.3% (12) conocimiento alto. En el caso del hospital Héroes del Cenepa EsSalud, del 100% (16); el 43.8% (7) de los profesionales de enfermería tienen un nivel de conocimiento bajo, el 31.3% (5) conocimiento medio y el 25% (4) conocimiento alto sobre el contacto piel a piel madre niño según dimensión beneficios para el niño. La prueba de comparación de T-student, arroja un resultado de $t_c = 7.559$, $p = 7.759 > 0.05$, que indica que no existe diferencia significativa entre el nivel de conocimiento según dimensión beneficios para el niño en los profesionales de ambos hospitales.

GRÁFICO 02: Nivel de conocimiento del contacto piel a piel madre - niño del Profesional de Enfermería según la dimensión beneficios para el niño de los hospitales de Bagua, 2012.



Fuente: Tabla 02

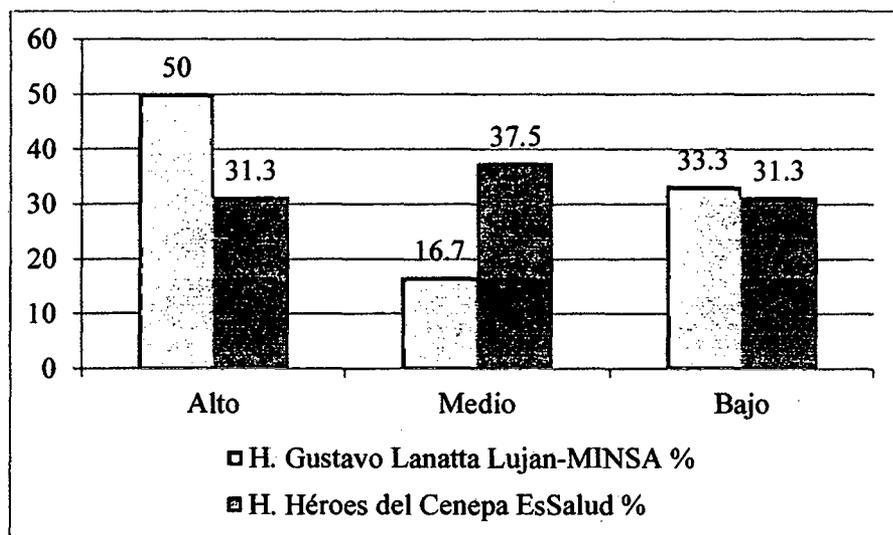
TABLA 03: Nivel de conocimiento del contacto piel a piel madre - niño del Profesional de Enfermería según la dimensión beneficios para la madre de los hospitales de Bagua, 2012.

Características	H. Gustavo Lanatta Lujan-MINSA		H. Héroes del Cenepa EsSalud	
	fi	%	fi	%
Alto	18	50.0	5	31.3
Medio	6	16.7	6	37.5
Bajo	12	33.3	5	31.3
Total	36	100	16	100
		T-Student: $t_c = 3.050$	p=0.093>0.05	

Fuente: Formulario de preguntas -2012.

Interpretación: La tabla 03 muestra el nivel de conocimiento de los profesionales de enfermería sobre contacto piel a piel según la dimensión beneficios para la madre, en caso del hospital Gustavo Lanatta Lujan, del 100% (36); el 33.3% (12) de los profesionales de enfermería del hospital Gustavo Lanatta Lujan tienen un nivel de conocimiento bajo, el 16.7% (6) conocimiento medio y el 50% (18) conocimiento alto. En el caso del hospital Héroes del Cenepa EsSalud, del 100% (16); el 31.3% (5) de los profesionales de enfermería del hospital Gustavo Lanatta Lujan tienen un nivel de conocimiento bajo, el 37.5% (6) conocimiento medio y el 31.3% (5) conocimiento alto sobre el contacto piel a piel madre niño según dimensión beneficios para la madre. La prueba de comparación de T-student, arroja un resultado de $t_c = 1.775$, $p = 0.218 > 0.05$, que indica que no existe diferencia significativa entre el nivel de conocimiento según beneficio para la madre; de los profesionales de ambos hospitales.

GRÁFICO 03: Nivel de conocimiento del contacto piel a piel madre - niño del Profesional de Enfermería según la dimensión beneficios para la madre de los hospitales de Bagua, 2012.



Fuente: Tabla 03

V. DISCUSIÓN

En la tabla 01 se observa que el nivel de conocimiento de los profesionales de enfermería sobre contacto piel a piel; del 100% (36) del hospital Gustavo Lanatta Lujan, el 47.2% (17) tienen un nivel de conocimiento bajo y en el caso del hospital Héroes del Cenepa EsSalud, del 100% (16); el 37.5% (6) de los profesionales de enfermería, tienen un nivel de conocimiento bajo, la prueba de comparación de T-student, arroja un resultado de $t_c = 3.050$, $p = 0.093 < 0.05$, que indica que no existe diferencia significativa entre el nivel de conocimiento de los profesionales de ambos hospitales.

Según el estudio “contacto piel a piel madre/hijo prematuro: conocimientos, dificultades para su implementación” realizado en México llegó a los siguientes resultados. La información con la que cuentan fue proporcionada por los médicos de la siguiente manera, de sus indicaciones médicas (73%) y en el caso de las enfermeras, de sus pares (39%), Llegando a la conclusión que es importante las acciones docentes dirigidas a los recursos humanos en formación, residencia médica y de enfermería, junto a la educación continua del personal de las unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN) lo que permitirá implementar, jerarquizar y sostener intervenciones no invasivas beneficiosas para la madre y el niño, dentro del contexto de las UCIN. Estos resultados indican que los conocimientos del contacto piel a piel se transmiten en el ejercicio profesional fruto de la experiencia, sin embargo no existe una intervención sistemática a fin de capacitar al profesional de la salud en éste aspecto. La similitud con el presente estudio se da en el sentido de que los profesionales se transmiten conocimientos pero no se capacitan de manera formal, por tanto ello conlleva a un nivel bajo de conocimiento sobre el contacto piel a piel, Brundi et al. (2007).

En este contexto las enfermeras que laboran en el servicio de Neonatología juegan un rol muy importante porque detectan a tiempo disfunciones, anormalidades de orden neurológico, físico y otros en el neonato prematuro, grupo de riesgo desfavorecido desde la vida intrauterina con el riesgo de enfermar y morir, cuando se encuentran en la vida extrauterina para sobrevivir valiéndose por sí solos. (Márquez, 2006), en ese sentido es alarmante que los profesionales de enfermería tengan conocimientos bajos sobre el contacto piel a piel en ambos hospitales de

Bagua, lo que urge intervenir a fin de informar, educar y capacitar a dichos profesionales.

La tabla 02 se observa que del 100% (36); el 38.9% (14) de los profesionales de enfermería del hospital Gustavo Lanatta Lujan tienen un nivel de conocimiento bajo sobre el contacto piel a piel en la dimensión beneficios para el niño y en el caso del hospital Héroes del Cenepa EsSalud, del 100% (16); el 43.8% (7) de los profesionales de enfermería un nivel de conocimiento bajo sobre dichos beneficios para el niño. La prueba de comparación de T-student ($t_c = 7.559$, $p = 7.759 > 0.05$), que indica que no existe diferencia significativa entre el nivel de conocimiento de los profesionales de ambos hospitales.

Siendo el objetivo de la profesión de enfermería, brindar cuidados integrales de salud al individuo familia y comunidad en condición de sano o enfermo, este profesional debe estar vigilante del neonato pretérmino por ser considerado un paciente de alto riesgo, el cual requiere cuidados especiales dentro y fuera del ambiente hospitalario. En el campo de la salud, la especialidad de Neonatología ha venido realizando avances de suma importancia con la aplicación de equipos con tecnología de punta con la implementación de nuevas técnicas y métodos apropiados (Método Canguro) para asegurar la sobrevivencia del prematuro. La Enfermera Neonatóloga cumple un rol protagónico y estratégico en la atención del prematuro en estado crítico, estabilizado y de aquellos que se encuentran en recuperación nutricional hospitalizados. Todo este esfuerzo está dado conjuntamente con el Médico Neonatólogo y el Personal de la Especialidad, lo que permite lograr que el cuidado del Recién Nacido Pretérmino sea exitoso, avizorando un futuro prometedor que permitirá que exista una niñez saludable que el Perú se merece. (Márquez, 2006)

Los resultados determinaron que las enfermeras tienen conocimiento alto y medio acerca del Método Canguro, sin embargo es preciso mencionar que en el estudio para medir el nivel de actitudes se ha concluido que existe una significativa indecisión, poca aceptación y un resultado mínimo de rechazo hacia el Método Canguro (Márquez, 2006).

El estudio de Márquez difiere con los resultados de la presente investigación dado que el ámbito de los hospitales de Bagua, perteneciente al departamento de

Amazonas, un departamento con lejanía a la capital y menor acceso a la información actualizada, los profesionales tienen un nivel de conocimiento bajo en la dimensión beneficios para el niño sin diferir entre ambos hospitales, por tanto se considera que dichas condiciones podrían influir en el nivel de conocimientos de los profesionales de enfermería en estudio.

El Contacto Piel a Piel (COPAP) sobre el tórax materno permite que el recién nacido prematuro experimente estímulos táctiles, auditivos y propioceptivos, el ritmo cardíaco, el sonido del flujo de los grandes vasos y las caricias maternas mientras es sostenido; esto estimula la autorregulación necesario para la supervivencia de estos niños. Actualmente se conocen amplias evidencias sobre los beneficios del contacto piel a piel en los recién nacidos pretérmino, sugiriendo que influyen en su crecimiento y desarrollo neurológico y cognitivo. Los indicadores más relevantes son la mejoría en la oxigenación, estabilidad de los parámetros vitales, disminución de los episodios de apnea y períodos de sueño prolongados que permiten la organización del recién nacido. Además de favorecer el vínculo madre-hijo, incrementa en forma progresiva la ganancia de peso corporal, mejora la inmunidad, facilita el vaciamiento gástrico y permite una lactancia materna prolongada y exitosa. (Gutierrez et al, 2010)

En la tabla 03 del 100% (36); el 50% (18) de los profesionales de enfermería del hospital Gustavo Lanatta Lujan tienen un nivel de conocimiento alto y en el caso del hospital Héroes del Cenepa EsSalud, del 100% (16); el 31.3% (5) de los profesionales de enfermería del hospital Gustavo Lanatta Lujan tienen un nivel de conocimiento alto sobre el contacto piel a piel madre niño en la dimensión beneficios para la madre. La prueba de comparación de T-student ($t_c = 1.775$, $p = 0.218 > 0.05$) indica que no existe diferencia significativa entre el nivel de conocimiento de los profesionales de ambos hospitales.

Según el estudio de Márquez (2006), respecto al nivel de conocimiento de las enfermeras a cerca del método canguro de 100% (20) enfermeras, 60% (12) presentan un nivel de conocimiento medio y 40% (8) un nivel de conocimiento alto. Los aspectos relacionados al conocimiento medio esta dado porque las enfermeras desconocen que el método canguro favorece la estimulación temprana, lo que implica que también conocen sobre los beneficios para la madre.

Los hallazgos de Márquez coinciden con el presente estudio, en el sentido de que los profesionales conocen más sobre los beneficios para la madre, y muy poco sobre los beneficios para el niño, esto se puede deber a que se incentiva el conocimientos más en el caso de la madre y no del niño.

Los beneficios que adquiere la madre a través del contacto piel a piel con su bebé le permite mantener un equilibrio emocional, perfecciona su nivel de percepción para detectar las reacciones y emociones de su hijo, logra obtener mayor confianza y seguridad para realizar los cuidados básicos del niño y por sobre todo hay un incremento en la producción de leche para un período prolongado de amamantamiento. Desde el punto de vista psicológico se desencadena una cascada de interacciones afectivas y emocionales que afianzan el vínculo madre-hijo en forma progresiva y segura a través de las caricias, el tacto, el tono de voz suave y el latido del corazón; se agudiza el desarrollo conductual que lo estimula sensorialmente y fortalece la interacción psicoafectiva del desarrollo cognitivo y de la comunicación. (Gutierrez et al, 2010)

VI. CONCLUSIONES

- 1. Un gran porcentaje de los profesionales de enfermería tanto del hospital Gustavo Lanatta Lujan y del hospital Héroes del Cenepa EsSalud de Bagua tienen conocimientos en un nivel bajo, sobre el contacto piel a piel madre niño, no existiendo diferencias significativas entre los profesionales de ambos hospitales sobre el nivel de dicho conocimiento ($t_c = 3.050$, $p = 0.093 > 0.05$)**
- 2. Un gran porcentaje de los profesionales de enfermería tanto del hospital Gustavo Lanatta Lujan y del hospital Héroes del Cenepa EsSalud de Bagua tienen conocimientos en un nivel bajo, sobre el contacto piel a piel madre niño en la dimensión beneficios para el niño, no existiendo diferencias significativas entre los profesionales de ambos hospitales sobre el nivel de dicho conocimiento ($t_c = 7.559$, $p = 7.759 > 0.05$)**
- 3. Una proporción mayor de los profesionales de enfermería tanto del hospital Gustavo Lanatta Lujan y del hospital Héroes del Cenepa EsSalud de Bagua tienen conocimiento de medio a alto sobre el contacto piel a piel madre niño en la dimensión beneficios para la madre, no existiendo diferencias significativas entre los profesionales de ambos hospitales sobre el nivel de dicho conocimiento ($t_c = 1.775$, $p = 0.218 > 0.05$)**

VII. RECOMENDACIONES

1. AL GOBIERNO REGIONAL DE AMAZONAS:

- ❖ Cumpla con las políticas formuladas a favor del cuidado materno infantil, implementando con los recursos necesarios para asegurar la estabilidad fisiológica del niño en la vida extrauterina y fomentar su adecuado crecimiento y desarrollo.
- ❖ Realizar un trabajo intersectorial a fin de destinar recursos humanos para la capacitación de personal especializado en materia de contacto piel a piel, para favorecer los beneficios para el niño y la madre.

2. DIRESA – AMAZONAS

- ❖ Considerar en el plan anual de capacitación, el tema del contacto piel a piel para su aplicación afectiva en los establecimientos de salud.
- ❖ Elaborar material informativo en donde se describa el contacto piel a piel y los beneficios para la madre y el niño y estos se distribuyan a todos los profesionales de enfermería y de la salud.
- ❖ Brindar facilidades al personal de enfermería para su capacitación ya sea a nivel local, nacional e internacional.

3. AL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LOS HOSPITALES DE BAGUA

- ❖ Sugerir a la alta dirección y a las jefaturas de enfermería la actualización constante en los temas referentes a atención del recién nacido, especialmente en lo que concierne al contacto piel a piel.
- ❖ Que los profesionales de los servicios de ginecología y neonatología promuevan capacitaciones intrahospitalarias, donde se genere la discusión para implementar nuevos protocolos y servicios de atención.

4. A LA FACULTAD DE ENFERMERÍA:

- ❖ Que los docentes enfatizen en la educación el cuidado del recién nacido para promover el crecimiento y desarrollo del niño.
- ❖ Promover la creación de un instituto de investigación en crecimiento y desarrollo del niño desde la etapa neonatal donde se aborden temas del contacto piel a piel y se propongan nuevas formas para su intervención.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

LIBROS

1. Foncodes (2006) "Fondo nacional para la Cooperación y Desarrollo". Lima-Perú. Págs. 45
2. Hernández Sampieri R. Et al. (2003) "Metodología de la investigación" CAP 7°. Diseños no experimentales de investigación: diseños transeccionales descriptivos. 3° ed. Edit. Mc Graw Hill. México. Pg. 558-567.
3. Hashimoto, Ernesto (2010) "Como elaborar proyectos de investigación desde los tres paradigmas de la ciencia". Universidad nacional de Cajamarca, oficina general de investigación. Cajamarca – Perú. Págs. 80
4. INEI, "Instituto Nacional de Estadística e Informática" Censo 2007. Lima-Perú, Págs. 65
5. Lolas Stepke F. (2001). Bioética: el diálogo moral en las ciencias de la vida. 2° Edición. Edit. Mediterráneo. Santiago de Chile. Pg. 200.
6. Montes et al (2012) "Práctica clínica del contacto piel a piel en Neonatología". Editorial Sociedad Iberoamericana de Neonatología, SIBEN. España, pag.29.
7. Pineda, E. B. De Alvarado, E. L. De Canales. (1997). Metodología de la investigación. Método, técnica e instrumento de recolección de datos. 2° edición. Editorial organización mundial de la salud. España. Pág: 124, 129 y 133.
8. Potter P, Perry A. (2003) Fundamentos de Enfermería, tomo 1. 5ta edición. Editorial Harcourt. Pg 485.
9. Sánchez et al (2000) "Enfermería Comunitaria" Editorial Mac Graw-Hill Interamericana. Madrid. España.

10. Watson J. (2008). Cuidado de Enfermería: Un enfoque de Ciencia Humana para la práctica de Enfermería actual y futura. New York, Nacional League for Nursing. Pg 368.

TESIS

11. Márquez, Flor Belinda (2006) “Nivel de conocimientos y actitudes de la enfermeras del servicio de intermedios neonatal del Instituto Especializado Materno perinatal a cerca del método canguro 2004-2005” tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Escuela Académico Profesional de Enfermería, Lima Perú. Pág. 43.

REVISTAS

12. Araque et al (2013) Revista CUIDARTE. Programa de enfermería UDES, “Estrategia educativa para el cuidado domiciliario de los bebes prematuros: madre usuarias del programa Madre canguro de Tunja, Colombia” (Rev. Cui 2013: 4(1): 467-74).
13. Gutierrez et al (2010) Revista de enfermería (17) “experiencia institucional relacionada con el contacto piel a piel” pág. 3. Argentina.
14. MANFREDI, Maricel. (1992) “El Desarrollo de Enfermería en América Latina: Una Mirada Estratégica” Artículo adaptado del Congreso de Sociedades Científicas de Enfermería en Chile en Agosto de 1992.
15. REVISTA CUBANA DE ENFERMERÍA Versión impresa ISSN 0864-0319 Ciudad de la Habana sep.-dic. 2001

SITIOS WEB

16. Aldana Mendoza Carlos (1992). Ciencia y conocimiento. Disponible en:
http://html.rincondelvago.com/el-conocimiento_1.html.
17. Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS. (2007) Contacto temprano piel a piel entre las madres y sus recién nacidos sanos. Disponible en:
<http://apps.who.int/rhl/newborn/gpcom/es/index.html>
18. Brundi M, Gonzales M, Enrique D y Largaia A. (2006) “Contacto piel a piel madre/hijo prematuro. Conocimientos, dificultades p.ara su implementación. Disponible en:
<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=91225403>.
19. Carrión Maroto Juan (2000). El conocimiento. Disponible en:
http://www.gestiondelconocimiento.com/conceptos_conocimiento.htm.
20. Ceferino (2009). “capacidad del conocimiento”. Disponible en:
<http://www.amimc.org.mx/revista/baj/medeio alto/2009/29-1/nivel. pdf>.
21. Charpak Nathalie, Figueroa Zita. (2003). El Método "Madre Canguro". Disponible en:
http://www.holistika.net/parto_natural/el_bebe/EL_METODO__MADRE_CANGURO_.asp
22. Gutiérrez Saenz, Raúl (2000). Teorías del conocimiento. Disponible en:
<http://www.monografias.com/trabajos/epistemologia2/epistemologia2.shtml>
23. Moore ER, Anderson GC, Bergman N. (2007) Contacto piel-a-piel temprano para las madres y sus recién nacidos sanos. Disponible en:
<http://summaries.cochrane.org/es/CD003519/contacto-piel-a-piel-temprano-para-las-madres-y-sus-recien-nacidos-sanos>.

24. Mena Meneses Patricia. Revista chilena de pediatria, R (2009). Cuidado inmediato del recién nacido. Disponible en: [http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext & pid=S1132-12962005000200012 & lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962005000200012&lng=es&nrm=iso).
25. Mónica Brundi (2002) Contacto piel a piel. Disponible en: <http://www.materna.com.ar/Bebe/Articulos-bebe/Contacto-piel-a-piel/Articulo/ItemID/18834/View/Details.aspx>.
26. Patricia Matey (2011) La otra cara del contacto piel con piel. Disponible en: <http://www.elmundo.es/elmundosalud/2011/01/04/noticias/1294129331.html>
27. Perry E. Guillermo, et al. (2006) Reducción de la pobreza y crecimiento: estudio de América latina y el Caribe. Disponible en: http://siteresources.worldbank.org/EXTLACOFFICEOFCE/Resources/870892-1139877599088/virtuous_circles_ch1-es.pdf.
28. Puig G, Sguassero Y. (2007) Contacto temprano piel a piel entre las madres y sus recién nacidos sanos. Disponible en: <http://apps.who.int/rhl/newborn/gpcom/es/index.html>.
29. Rivara Dávila Gustavo (2005). _Analgesia y otros beneficios del contacto piel a piel inmediato en recién nacidos sanos a término. Disponible en: <http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/rpp/v59n1/pdf/a04.pdf>.
30. Sardá Ramón. 2006. Contacto piel a piel madre/hijo. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos42/necesidades-pacientes/necesidades-pacientes.shtml>.

ANEXOS

ANEXO 01

A. EVALUACIÓN DE LA CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN MEDIANTE COEFICIENTE ALFA DE CRONBACH

La confiabilidad del instrumento de medición (Formulario del cuestionario) se estableció mediante la siguiente fórmula:

$$r_{tt} = \frac{n}{n-1} * \frac{S_t^2 - \sum S_i^2}{S^2}$$

Dónde:

r_{tt} = es el coeficiente alfa de Cronbach.

S_t^2 = es la varianza de total de la prueba.

$\sum S_i^2$ = es la suma de las varianzas individuales de los ítems,

n = es el número de ítems.

Remplazando los valores de $n = 30$ ítems, $\sum S_i^2 = 5.411$ y $S_t^2 = 14.196$ remplazando en la fórmula anterior, resulta que $r_{tt} = 0,640$ (64.0%).

B. CÁLCULO DEL COEFICIENTE DE CONFIABILIDAD DE CONSISTENCIA INTERNA POR LA FÓRMULA DE SPEARMAN-BROWN

$$r_{tt} = \frac{2r_{bb}}{1 + r_{bb}}$$

En donde:

r_{tt} = coeficiente de confiabilidad

r_{bb} = correlación entre las dos mitades

Sustituyendo los valores correspondientes en la fórmula tenemos:

$$r_{tt} = \frac{2(0.640)}{1 + 0.640} = \frac{1.28}{1.64} = 0.7805$$

Este coeficiente de confiabilidad indica una fuerte confiabilidad.

ANEXO 02

TABULACIÓN PARA CÁLCULO DE CONFIABILIDAD

Ítem Casos	P01	P02	P03	P04	P05	P06	P07	P08	P09	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17
CO1	1	1	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
CO2	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
CO3	1	2	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
CO4	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1
CO5	2	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	2	2	1	2	1	1
CO6	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	2	1	2	2
CO7	2	2	1	1	2	1	1	1	2	1	1	2	2	2	1	2	2
CO8	2	2	2	1	2	1	2	1	2	1	1	2	1	2	1	2	2
TOTAL	11	12	11	8	15	14	9	8	10	8	8	11	12	12	9	11	11
S²	0.268	0.286	0.268	0.000	0.125	0.214	0.125	0.000	0.214	0.000	0.000	0.268	0.286	0.286	0.125	0.268	0.268

Ítem Casos	P18	P19	P20	P21	P22	P23	P24	P25	P26	P27	P28	P29	P30	I	P
CO1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	17	19
CO2	1	1	1	1	2	2	2	1	2	1	1	1	1	17	19
CO3	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	18	19
CO4	2	2	1	1	2	2	2	1	1	2	1	1	1	20	20
CO5	1	2	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	21	19
CO6	1	2	2	2	2	2	2	1	1	2	1	1	1	21	22
CO7	1	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1	2	21	22
CO8	1	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1	2	22	22
TOTAL	10	11	11	9	14	14	14	9	9	10	10	8	10	157	162
S ²	0.214	0.268	0.268	0.125	0.214	0.214	0.214	0.125	0.125	0.214	0.214	0.000	0.214	3.982	10.214

$n = 30,$

$$\Sigma S^2_i = 0.268 + 0.286 + 0.268 + 0.000 + 0.125 + 0.214 + 0.125 + 0.000 + 0.214 + 0.000 + 0.000 + 0.268 + 0.286 + 0.286 + 0.125 + 0.268 + 0.268 + 0.214 + 0.268 + 0.268 + 0.125 + 0.214 + 0.214 + 0.214 + 0.125 + 0.125 + 0.214 + 0.214 + 0.000 + 0.214.$$

$$\Sigma S^2_i = 5.411$$

$$S^2_i = 3.982 + 10.214$$

$$S^2_i = 14.196$$

ANEXO 03

VALIDACION DEL INSTRUMENTO

Matriz de respuesta de los profesionales consultados sobre el instrumento de medición (juicio de expertos)

Ítems	Expertos					Total
	1	2	3	4	5	
01	1	1	1	1	1	5
02	1	1	1	1	1	5
03	1	1	1	1	1	5
04	1	1	1	1	1	5
05	1	1	1	1	1	5
06	1	1	1	1	1	5
07	1	1	1	1	1	5
08	1	1	1	1	1	5
09	1	1	1	1	1	5
10	1	1	1	1	1	5

Respuesta de los profesionales: 1 = Si; 0 = No.

PROFESIONALES CONSULTADOS:

1. Mg. Est. Elías Torres Amas.
2. Mg. Gladys B. León Montoya.
3. Mg. Tomás Pershing Bustamante Chauca.
4. Lic. Enf. Segundo Jiménez Callirgos.
5. Lic. Enf. Percy Huamán Cubas.

6. Mg. Est. Elías Torres Amas.

Resultados del juicio de expertos

Ítems evaluado	Juicio de expertos				P valor $\leq \alpha$	Significancia estadística	Validez
	Adecuado		Inadecuado				
	Nº	%	Nº	%			
01	5	100	0	0	0.03125	**	Válido
02	5	100	0	0	0.03125	**	Válido
03	5	100	0	0	0.03125	**	Válido
04	5	100	0	0	0.03125	**	Válido
05	5	100	0	0	0.03125	**	Válido
60	5	100	0	0	0.03125	**	Válido
7	5	100	0	0	0.03125	**	Válido
08	5	100	0	0	0.03125	**	Válido
09	5	100	0	0	0.03125	**	Válido
10	5	100	0	0	0.03125	**	Válido
TOTAL	50	100	0	0	8.8817x10⁻¹⁶	**	TOTAL

Fuente: Apreciación de los expertos

* : Significativa

** : Altamente significativa = 8.8817×10^{-16}



**UNIVERSIDAD NACIONAL TORIBIO RODRIGUEZ DE
MENDOZA – AMAZONAS.**



FACULTAD DE ENFERMERÍA.

Código:.....

Formulario de conocimientos

I. INTRODUCCIÓN

Estimado enfermero(a), solicito su participación en la presente investigación, cuyo objetivo es “Determinar nivel de conocimiento del contacto piel a piel madre niño posparto inmediato, del profesional de enfermería del Hospital de apoyo Gustavo Lanatta Lujan y del Hospital I Héroes del Cenepa Bagua 2012, para la cual le entrevistaré, a cerca de los de todo lo respecta sobre el contacto piel a piel madre niño pos parto inmediato y los beneficios que tiene el mismo.

II. INFORMACIÓN ESPECÍFICA: Lea con atención y conteste a las preguntas marcando con un aspa “X” las alternativas que crea conveniente. La información que se registra en este formato será usado estrictamente para fines de estudio.

III. DATOS GENERALES

- Edad: años
- Sexo: Masculino () Femenino ()
- Procedencia :
- Tiempo de servicio :
- Condición del personal:.....

II. ASPECTOS A EVALUAR

1. ¿El contacto piel a piel consiste en?
 - a. Colocar al recién nacido desnudo en posición de cubito dorsal sobre el pecho desnudo de la madre apenas nace o poco después
 - b. Colocar al recién nacido desnudo en posición decúbito ventral sobre el pecho desnudo de la madre apenas nace o poco después.
 - c. Colocar al recién nacido desnudo en posición de cubito dorsal sobre el abdomen desnudo de la madre apenas nace o poco después.

2. ¿El contacto piel a piel se debe iniciar?
 - a. Dentro de las 24 horas.
 - b. Dentro de las 48 horas.
 - c. Dentro de las 72 horas.

3. ¿El contacto piel a piel se debe realizar?
 - a. Solo al momento del parto.
 - b. Se puede incorporar al plan diario de cuidado del recién nacido.
 - c. Solo cuando la madre lo desee.

4. ¿El contacto piel a piel tiene como propósito?
 - a. Facilitar la estabilidad fisiológica, el desarrollo de la lactancia y el crecimiento social del bebé.
 - b. Facilitar la estabilidad fisiológica, el desarrollo psicosexual y el crecimiento emocional del bebé.
 - c. Facilitar la estabilidad fisiológica, el desarrollo madurativo y el crecimiento socio-emocional del bebé.

5. ¿En el contacto piel a piel, el tiempo debe ser?
 - a. Como mínimo 15 minutos.
 - b. Como mínimo 30 minutos.
 - c. Como mínimo una hora.

6. ¿En el contacto piel a piel se logra?
 - a. Estabilizar la temperatura, la frecuencia respiratoria y la ganancia de peso del RN.
 - b. Estabilizar la temperatura, la frecuencia respiratoria y la frecuencia cardiaca del RN.
 - c. Estabilizar la frecuencia respiratoria, la frecuencia cardiaca y el llanto del RN.

7. ¿El contacto piel a piel favorece?
 - a. La pérdida de calor y el aumento del llanto del RN.
 - b. La succión, la lactancia y la ganancia de peso del RN.
 - c. La ganancia de peso y el aumento del peristaltismo del RN.

8. ¿El contacto piel a piel no favorece el reposo y sueño del niño?
- Verdadero
 - Falso.
9. ¿El contacto piel a piel favorece el estimulación auditiva, táctil, olfativa y visual del RN?
- Verdadero
 - Falso.
10. ¿El contacto piel a piel disminuye los niveles de cortisol, hormona relacionada con el estrés del RN?
- Verdadero
 - Falso.
11. ¿En el contacto piel a piel, la succión estimula?
- La secreción de oxitocina.
 - La secreción de oxitocina, insulina y prolactina.
 - La secreción de oxitocina y prolactina
12. ¿El contacto piel a piel permite establecer?
- Las bases del cuidado del RN.
 - Las bases afectivas del vínculo madre/hijo.
 - Las bases fisiológicas de la madre.
13. ¿El contacto piel a piel inmediato favorece la involución uterina en la madre?
- Verdadero
 - Falso.
14. ¿El contacto piel a piel disminuye el estrés y angustia de la madre?
- Verdadero
 - Falso.
15. ¿El contacto piel a piel, la madre siente mayor seguridad y confianza, sonrían más a sus hijos y consuelan más?
- Verdadero
 - Falso.

Muchas gracias.

ANEXO N° 04

RESPUESTAS CORRECTAS DEL INSTRUMENTO

1. b

2. a

3. b

4. c

5. c

6. b

7. b

8. b

9. a

10. a

11. c

12. b

13. a

14. b

15. a