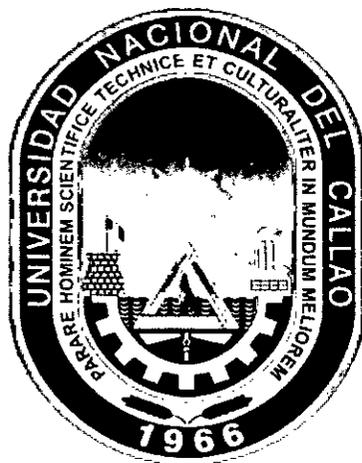


UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL



**FACTORES SOCIOCULTURALES Y ACTITUD DE LAS MADRES
FRENTE AL RECIÉN NACIDO CON MALFORMACIONES
CONGÉNITAS DEL HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA, 2016**

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN NEONATOLOGÍA**

AUTORES:

IRMA ROXANA CHINGUEL OBALLE
JULIANE PEREZ PULACHE
LLEHIMY LISSET ALARCON MOROCHO

**Callao, 2017
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- Mg. Noemí Zuta Arriola PRESIDENTA
- Dra. Ana Elvira López y Rojas SECRETARIA
- Dra. Agustina Pilar Moreno Obregón MIEMBRO

ASESORA: Mg. Rosario Miraval Contreras

Nº de Libro: 03

Nº de Acta: 157-2017

Fecha de Aprobación de tesis: 26 de Agosto del 2017

Resolución de Decanato N° 1943-2017-D/FCS de fecha 23 de Agosto del 2017, donde se designa jurado examinador de tesis para la obtención del título de segunda especialidad profesional.

DEDICATORIA

A Dios Padre,
representado en la
maravillosa naturaleza, la
bondad humana y la
belleza de la vida.

A nuestros padres, por
depositar su confianza en mí y
apoyarme incondicionalmente.

AGRADECIMIENTO

A la Asesora y a las docentes de la especialización de Enfermería, por la dedicación hacia nuestra amada profesión.

Al personal de salud y pacientes del hospital por el apoyo

INDICE DE CONTENIDO

	Pág.
RESUMEN.....	05
ABSTRACT.....	06
I. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN.....	07
1.1 Identificación del Problema.....	07
1.2 Formulación del Problema.....	08
1.2.1 Problema General.....	08
1.2.2 Problemas Específicos.....	08
1.3 Objetivos de la Investigación.....	08
1.3.1 Objetivo General.....	08
1.3.2 Objetivos Específicos.....	08
1.4 Justificación.....	09
II. MARCO TEÓRICO.....	10
2.1 Antecedentes de la investigación.....	10
2.2 Bases conceptuales.....	12
2.3 Definición de términos.....	34
III. VARIABLES E HIPÓTESIS	35
3.1 Definición de las Variables.....	35
3.1.1 Variable Independiente.....	35
3.1.2 Variable Dependiente.....	35
3.2 Operacionalización de las variables.....	36
3.3 Hipótesis de la Investigación.....	39
3.3.1 Hipótesis General.....	39
3.3.2 Hipótesis Específicas.....	39

IV. METODOLOGÍA.....	40
4.1 Tipo de Investigación.....	40
4.2 Diseño de la Investigación.....	40
4.3 Población y Muestra.....	41
4.3.1 Población.....	41
4.3.2 Muestra.....	41
4.4 Técnicas e Instrumentos.....	42
4.4.1 Técnicas.....	42
4.4.2 Instrumentos.....	42
4.4.2.1 Factores Socioculturales.....	42
4.4.2.2 Actitud.....	43
4.5 Procedimientos de recolección de datos.....	44
4.6 Procesamiento estadístico y análisis de datos.....	45
V. RESULTADOS.....	46
5.1 Resultados.....	46
VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	49
6.1 Contrastación de hipótesis con los resultados.....	49
6.2 Contrastación de resultados con otros estudios similares.....	50
VII. CONCLUSIONES.....	54
VIII. RECOMENDACIONES.....	55
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	56
ANEXOS.....	58

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 5.1

Factores socioculturales y la actitud de las madres de niños con malformaciones congénitas del Hospital de Apoyo II-2 Sullana, 2016.....46

TABLA 5.2

Factores socioculturales de las madres frente al recién nacido con malformaciones congénitas 'del Hospital de Apoyo II-2 Sullana, 2016"....47

TABLA 5.3

Actitud de las madres frente al recién nacido con malformaciones congénitas del Hospital de Apoyo II-2 Sullana, 2016".....48

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 5.1

Factores socioculturales de las madres frente al recién nacido con malformaciones congénitas del Hospital de Apoyo II-2 Sullana, 2016”...47

Gráfico 5.2

Actitud de las madres frente al recién nacido con malformaciones congénitas del Hospital de Apoyo II-2 Sullana, 2016”48

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo Determinar la relación entre los factores socioculturales y actitud de las madres frente al recién nacido con malformaciones congénitas del Hospital de Apoyo II-2 Sullana, 2016, se trabajó en base a una investigación de tipo cuantitativo, con nivel Descriptivo – Correlacional, en una población muestral de 60 madres, considerándose así como una muestra no probabilística elegida de manera intencional. Se utilizó la técnica de encuesta y como instrumentos, el cuestionario de Factores Socioculturales y el cuestionario que mide Actitudes elaboradas por las autores de esta investigación y validados con Alfa de Cronbach = 0,743 y 0,895 respectivamente.

Los resultados han permitido determinar la existencia de una relación estadísticamente significativa entre ambas variables, por ende, se llegó a la conclusión de que existe relación entre Factores Socioculturales y Actitudes de las madres frente al recién nacido con malformaciones congénitas.

PALABRAS CLAVES: malformaciones congénitas, madres, actitudes

ABSTRACT

The present research aimed to determine the relationship between sociocultural factors and the attitude of mothers towards the newborn with congenital malformations at Hospital de Apoyo II-2 Sullana, 2016, based on a quantitative type of research, with a descriptive level - Correlational, in a sample population of 60 mothers, thus being considered as a non-probabilistic sample chosen intentionally. The questionnaire of Sociocultural Factors and the questionnaire that measured Attitudes elaborated by the authors of this research and validated with Cronbach's Alpha = 0.743 and 0.895 respectively, were used as instruments.

The results have allowed to determine the existence of a statistically significant relationship between both variables, therefore, it was concluded that there is a relationship between sociocultural factors and attitudes of mothers towards the newborn with congenital malformations.

KEY WORDS: congenital malformations, mothers, attitudes

I. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Identificación del problema

Las malformaciones congénitas constituyen una causa importante de mortalidad neonatal no sólo en países desarrollados sino también en países en vías de desarrollo como Perú, puesto que según la OMS se producen más de doscientos mil muertes anuales debido a esta patología^{1,2}.

Estas enfermedades caracterizadas por defectos del desarrollo ocasionados antes, durante y después de la concepción; representan un serio problema de salud pública latinoamericana afectando a cerca del 2-3% de recién nacidos y ocupando entre el segundo y quinto lugar en la etiología de mortalidad infantil³. Asimismo, se ha demostrado que esta patología va más allá de la parte clínica ya que origina impactos negativos a nivel familiar y social, principalmente en los cambios de actitudes de las madres de familia que afrontan este nuevo rol en la convivencia familiar tomando en cuenta las implicancias que generan un hijo con malformaciones congénitas⁴⁻⁵.

Sin embargo, a pesar de ser realmente útil un enfoque integral que abarque los aspectos socioculturales de las madres de estos niños con malformaciones congénitas, no se han realizado muchas investigaciones destinadas a evaluar aquellos factores y las actitudes de las madres de familia de recién nacidos con malformaciones congénitas tanto a nivel nacional, regional ni mucho menos local en nuestra provincia de Sullana. Por ello, la realización de esta investigación permitirá abordar diversos aspectos de esta entidad clínica neonatal.

1.2 Formulación de problemas

1.2.1 Problema General

¿Cuál es la relación existente entre los factores socioculturales y actitudes de las madres frente al recién nacido con malformaciones congénitas del Hospital de Apoyo II-2 Sullana, 2016?

1.2.2 Problemas Específicos

¿Cuáles son los factores socioculturales de las madres frente al recién nacido con malformaciones congénitas del Hospital de Apoyo II-2 Sullana, 2016?

¿Cuál es la actitud de las madres frente al recién nacido con malformaciones congénitas del Hospital de Apoyo II-2 Sullana, 2016?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo General

Determinar la relación entre los factores socioculturales y actitud de las madres frente al recién nacido con malformaciones congénitas del Hospital de Apoyo II-2 Sullana, 2016.

1.3.2 Objetivos específicos:

Identificar los factores socioculturales de las madres frente al recién nacido con malformaciones congénitas del Hospital de Apoyo II-2 Sullana, 2016.

Identificar la actitud de las madres frente al recién nacido con malformaciones congénitas del Hospital de Apoyo II-2 Sullana, 2016.

1.4 Justificación

Esta investigación se justifica desde el aspecto legal en la forma que no existe una normativa de salud en nuestro país que tome en cuenta los factores socioculturales y actitudes de los recién nacidos con malformaciones congénitas

Desde el punto teórico es importante su desarrollo, porque será tomado como marco de referencia para otras investigaciones a nivel local y nacional, resolviendo de forma multidisciplinaria lo relacionado a las malformaciones congénitas en neonatos.

Por otro lado, se justifica en el ámbito práctico ya que los resultados de este estudio, favorecerá la atención del neonato con malformaciones congénitas, ya que este tema desempeña un rol importante en la toma de decisiones preventivas y clínicas del personal de salud como enfermería, pues a raíz de los resultados del presente estudio se fortalecerán los conocimientos sobre el tema, garantizando óptimos cuidados y acciones en el desempeño del personal de enfermería.

Desde el punto de vista social, será posible establecer y organizar acciones preventivas de salud y se impulse el desarrollo de estudios en esta temática para obtener un conocimiento científico basado en evidencias donde los más beneficiados serán la población objetivo de estudio. La trascendencia para la sociedad será que a partir de los resultados obtenidos se podrán elaborar estrategias destinadas a mejorar las actitudes negativas de las madres de neonatos con malformaciones congénitas, por ello aquellos que se beneficiarán con los resultados de esta investigación serán las madres e hijos participantes del estudio.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes del estudio

Vermaes, Bosman y Gerris (2005) “Adaptación psicológica de los padres en las familias de niños con espina bífida” - Holanda. 2005, desarrolló un meta-análisis sobre el enfoque psicológico de las madres de niños con espina bífida, en el cual resultó que este tipo de malformación congénita ocasiona un efecto negativo en los padres de familia, especialmente en las madres, se detallan factores como relacionados a esperanza y la tensión, afrontamiento los padres; los factores familiares (ingresos familiares, la relación de pareja, y el clima de la familia), y factores ambientales (apoyo social)⁷.

Llopis, J., Molina, J. (2012) “Corazones de papel: patrones de cambio en las familias con niños con cardiopatías congénitas”- España. 2012, realizó un estudio para explorar los cambios experimentados por las parejas con hijos a los que se les ha diagnosticado una cardiopatía congénita. A partir del desarrollo de un estudio longitudinal resultó que existen cambios en las madres de niños con este tipo de malformación congénita relacionados a la muerte, el proceso de duelo y el apoyo social; y estos patrones se han clasificado en cuatro tipos de redes ideales: la normalizada, la natural, la institucionalizada y la medicalizada⁶.

Silva, Velázquez, Garduño y Luna. (2014) Actitudes de los padres en la sociedad actual con hijos e hijas con necesidades especiales. España. 2014, desarrolló un estudio sobre las actitudes de los padres de hijos con necesidades especiales con el propósito de determinar este tipo de actitudes al momento de saber la noticia de que su hijo presenta una discapacidad. Después de

evaluar a padres de 16 familias nucleares, los resultados más destacados fueron: apoyar a su niño en primera instancia, requerir asesoría de personal médico y/o maestro de área educativa especial, en sí resultaron grupos de padres que no consideraron complicado vivir con hijos con este tipo de necesidades especiales⁸.

Ballesteros, Novoa, Muñoz, Suarez, y Zarante. (2006) “Calidad de vida en familias con niños menores de dos años afectados por malformaciones congénitas: Perspectiva del cuidador principal.” Colombia. 2006, reportó los resultados de una investigación cuyo propósito fue evaluar la calidad de vida de las familias con hijos con malformaciones congénitas. Los instrumentos de evaluación fueron el ECLAMC para la evaluación médica y una entrevista semiestructurada para el cuidador principal, con base en los dominios de calidad de vida descritos por Rodríguez (1995) y calidad de la información sobre la malformación. Resultó que no hubo diferencias significativas en la calidad de vida por género ni edad del hijo, ni por edad de los padres. Hubo relación significativa entre el tipo de malformación y la calidad de vida en el dominio de estatus funcional, lo mismo que entre ocupación de la madre y la calidad de información sobre la malformación y su tratamiento. El dominio más afectado en la madre es el funcionamiento psicológico⁹.

Suarez, F., Ordoñez, A., Macheta, M. (2009) “Percepción de las madres con hijos afectados por malformaciones congénitas mayores: necesidad de desarrollo de un sistema de atención apropiado.” Estudio cualitativo de grupos focales. Colombia.2009, a partir de un estudio cualitativo descriptivo, usando grupos focales con madres, se identificaron problemas

relacionados a la atención y el sistema de salud, manejo terapéutico ambivalente y excluyente del personal de salud, y la carencia en la atención de niños con este problema de salud por ello se plantean elaborar reformas sanitarias de mejora⁴.

Pacherres, S., (2004) *Modificando el afrontamiento de las madres con hijos que padecen parálisis cerebral de la Clínica San Juan de Dios, Chiclayo 2013*. Perú. 2014, realizó una investigación para conocer, analizar y modificar el afrontamiento de las madres con hijos que padecen parálisis cerebral. Utilizando la técnica de recolección de datos de una entrevista semi-estructurada, se encontraron problemas relacionados con 1) la incapacidad de afrontar de la enfermedad a afrontar los conflictos externos e internos a través del amor maternal y la fe en Dios, 2) las secuelas físicas propias de la enfermedad y 3) el abandono paterno al apoyo familiar en el cuidado compartido de un niño con parálisis cerebral infantil⁵.

2.2 Bases conceptuales

2.2.1 Factores socioculturales

Factores Sociales

Comprende al sistema social, las comunidades, la familia, que se imponen a través de los medios de comunicación, spots publicitarios, etc.

Que contribuyen de manera positiva o negativa en la formación del ser humano.

El nivel educativo y el estilo de vida determinan el acceso a la información. A mayor nivel educativo mejor estilo de vida, y la información que le va a llegar, será más completa tanto a nivel de cuidados prenatales, como sobre

las actitudes. Según Crespo M. y colab.¹³ los factores sociales están compuestos por:

Estado civil

Es la situación o condición jurídica en la que se encuentran las madres adolescentes dentro de la sociedad. Generalmente los estados llevan un registro público con los datos personales básicos de los ciudadanos, entre los que se incluye el estado civil.

A éste registro se le denomina Registro civil; aunque las distinciones del estado civil de una persona pueden ser variables de un Estado a otro, la enumeración de estados civiles más habituales son: soltero(a), casada(o), divorciada(o), viuda (o).

Nivel educativo

Se refiere al nivel de educación formal alcanzado en las actuales condiciones socioeconómicas en la vida social, que de ser bajo podría quedar marginado en el entorno social.¹⁴

La escolaridad de la madre es la capacidad para ir adquiriendo nuevos conocimientos integradores lo que le permitirá un mejor desenvolvimiento, adquirir nuevas conductas a lo largo de su existencia tanto en ámbitos individuales como colectivos, convirtiéndose de esta manera en un factor bastante importante cuando se trata de la comprensión y entendimiento de cualquier información relacionado con la lactancia materna exclusiva. Llegando a determinar la continuación o la interrupción del amamantamiento mediante la lactancia materna exclusiva. Y estudiante es la persona que se encuentra matriculada en un programa formal de estudios, aunque también puede dedicarse a la búsqueda de conocimientos de manera

autónoma o informal. Existen diversas clasificaciones o tipos de estudiante, que se establecen a partir del modelo de enseñanza, la dedicación temporal que implica el estudio, el plan académico en el que se inscribe y otras características. La palabra estudiante suele ser utilizada como sinónimo de alumno. Este concepto hace referencia a aquellos individuos que aprenden de otras personas.

Según Gonzáles y cols¹⁵ plantean que a mayor nivel de instrucción materna, mayor compromiso con la lactancia materna exclusiva, como para un saludable crecimiento y desarrollo del niño y satisfacción de la madre en su rol maternal, familiar y social.

Las familias

Son las columnas de una sociedad sana. Cuando estas se disuelven se resquebraja la armonía de la sociedad. La familia incide directamente en el bienestar del grupo familiar como son el trabajo, la intimidad, etc. Las familias numerosas y otros aspectos de gran importancia son los que se consideran el núcleo de la sociedad.

El ingreso económico suficiente dado por el trabajo estable permite participar activamente en los diferentes programas de salud.

En cambio el ingreso económico dado por el trabajo inestable o por el desempleo, es deficiente porque la población se encuentra limitada a poner en práctica las medidas preventivo promocionales de la salud; influyendo en el estado de salud del individuo y de la comunidad y dificultando que los padres atiendan a sus hijos.⁽¹⁶⁾

Procedencia

Es el medio natural, en el cual el individuo nace y vive con sus tradiciones y costumbres. Así tenemos al hombre de la

costa, sierra y selva cada uno como miembros de su grupo presentan características peculiares, aunque dichas reglas no pueden ser consideradas universales, porque los tipos cambian, cuando emigran de un lugar a otro adaptándose al medio social donde migra.

Factores Culturales

Comprende todas aquellas manifestaciones de un pueblo: tradiciones, costumbres, conocimientos, creencias, ciencia. Que son determinantes en la formación de la personalidad y el desarrollo de los seres humanos. La cultura forma parte del medio social con el que interacciona el individuo humano desde el nacimiento hasta la muerte.

Conocimientos

Mario Bunge lo define como un conjunto de ideas, conceptos, que pueden ser claros y precisos, ordenados, vagos, calificándolos en conocimiento científico, ordinario y vulgar. El conocimiento se adquiere como consecuencia de la captación del objeto, se puede adquirir, acumular, transmitir y derivar unos de otros.

No se dan cuenta que el sistema de creencias y valores es algo exclusivamente personal y en muchos casos muy diferente del de los demás. Nosotros no vivimos la realidad en sí, sino una elaboración mental de la misma. Lo que hace que la vida sea un constante manantial de esperanza y ricas alternativas o una inevitable fuente de sufrimiento. ⁽¹⁷⁾

Las creencias son una fuerza muy poderosa dentro de nuestra conducta. Es bien sabido que si alguien realmente cree que puede hacer algo, lo hará, y si cree que es imposible hacerlo, ningún esfuerzo por grande que éste sea logrará convencerlo de que se puede realizar.

Todos tenemos creencias que nos sirven como recursos y también que nos limitan. Nuestras creencias pueden moldear, influir e incluso determinar nuestro grado de inteligencia, nuestra salud, nuestra creatividad, la manera en que nos relacionamos e incluso nuestro grado de felicidad y de éxito.¹⁸

Los factores socioculturales de la madre adolescente, son el conjunto de relaciones, valores, criterios, aspiraciones, sueños, modelos, hábitos, costumbres, formas de expresarse, comunicarse y relacionarse de las madres adolescentes con niños menores de 6 meses.¹⁸

Estos factores abarcan la situación de todas aquellas madres adolescentes en situación cultural deprimida que no pueden acceder a los sistemas escolares obligadas por circunstancias personales, sociales, etc. y/o la situación cultural inferior siendo aquellas que habiendo seguido enseñanzas elementales a su edad actual (grado de instrucción), no consiguieron el rendimiento a los conocimientos apropiados accediendo solo a la certificación de escolaridad, siendo el caso de madres con fracasos escolares, embarazos precoces, etc.¹⁹

Existencia de apoyo familiar.

Las madres tienen el derecho y la necesidad a ser apoyadas y estimuladas durante el embarazo, parto, puerperio y durante lactancia materna, ya que el amamantamiento no debe ser una labor sólo de las madres, sino que deben involucrarse a los padres, las familias, las amistades, los prestadores de salud, empresas, medios de comunicación, las instituciones públicas y privadas y el Estado. Los padres

y otras personas especiales de apoyo pueden participar en la experiencia de la lactancia.

La lactancia es más que una forma de alimentar a un bebé, se convierte en un estilo de vida. Aunque nadie más que la madre del bebé pueda proveer la leche materna, es útil para la madre y para el bebé si el padre o la persona de apoyo fomentan esta relación saludable. Los padres o las personas de apoyo cumplen una función importante en la experiencia de la lactancia siendo sensibles y brindando apoyo.

Influencia en la decisión de dar leche materna.

Los consejos equivocados bien o mal intencionados pueden sabotear la decisión de lactar de una madre. Es vital que el esposo, los familiares y los amigos estén educados para que puedan ayudar a las madres y les brinden información que contrarreste las influencias negativas que estas puedan recibir por lo que ven, leen o escuchan a través de los medios de comunicación.

Los hospitales y los proveedores de servicios de salud. Las instalaciones de servicio de salud y su personal tienen un impacto directo sobre la lactancia materna. La OMS en el paso 3 afirma que se debe informar a todas las madres desde el período prenatal sobre los beneficios que ofrece la lactancia natural y la forma de ponerla en práctica.

Tiempo planeado para la administración de la lactancia materna exclusiva

Las prácticas apropiadas de la lactancia materna son fundamentales para la supervivencia, crecimiento, desarrollo, salud y nutrición de los lactantes y niños pequeños en todo el mundo. En vista de esto, el tiempo

óptimo de duración de la lactancia materna exclusiva es un punto importante de salud pública. La OMS recomienda, basándose en múltiples estudios:

- Lactancia materna exclusiva hasta los seis meses.
- Lactancia materna con alimentación complementaria hasta los dos años o más.

Interrupción temprana de la lactancia materna exclusiva

Es la discontinuidad del proceso de lactancia materna debido a la existencia de dificultades o a que no es aconsejable poner el lactante al pecho para alimentarse. Y en la mayoría está asociado a:

- Enfermedad de la madre o el lactante.
- Prematuridad
- Dificultades para la lactancia por la actividad laboral de la madre.
- Contraindicaciones para la lactancia (fármacos, alimentos, ictericia fisiológica).
- Necesidad repentina de proceder al destete.
- Separación de la madre y el lactante.
- Falta de conocimientos en relación con la extracción y almacenamiento de la leche materna.

Tanto la Organización Mundial de la Salud como la UNICEF, recomiendan que todos los niños sean alimentados exclusivamente con leche materna durante al menos los 6 meses primeros meses de vida para posteriormente, y asociada a una alimentación complementaria adecuada, continuar la lactancia materna hasta los 2 años de edad o más.

Sin embargo, sin negar los progresos realizados en los últimos años, se constata con frecuencia y de forma generalizada que muchas mujeres introducen otro tipo de leche, bebida o alimento mucho antes de los 4 meses de edad, interrumpiendo así o muchas veces abandonando por completo la lactancia materna mucho antes de que el niño cumpla 2 años.

Esta triste situación se atribuye en gran parte a la falta de servicios disponibles para las madres, que están dando el pecho.

Tradiciones.

Es todo aquello que una generación hereda de las anteriores y, por estimarlo valioso, lega a las siguientes generaciones. Es el conjunto de prácticas, regidas normalmente por sus reglas manifiestas o aceptadas tácitamente y de naturaleza ritual o simbólica, que buscan inculcar ciertos valores y normas de comportamiento por medio de la repetición, lo que implica de manera automática una continuidad con el pasado.⁴⁹

Costumbres.

Es una práctica social arraigada, es un derecho, es la repetición constante de ciertos actos o modos de obrar, dentro de una colectividad, con la convicción de su necesidad.⁵⁰ Cuenta la historia que el Rey Temistes heredó el trono de Esparta a pesar de ser el segundo hijo, sólo porque a diferencia del primogénito había sido amamantado por su madre. En épocas de Esparta se obligaba a las esposas a amamantar al mayor de sus hijos, inclusive a la esposa del rey. Pero no todos estaban de acuerdo con las leyes de los antiguos griegos. La práctica materna del

destete precoz o la decisión de no amamantar a los hijos ha sido una costumbre 51 no siempre influenciada por razones médicas. Ya el famoso código de Hamurabi (1800 a.C.) contenía regulaciones en la práctica de la lactancia materna, como la búsqueda y empleo de nodrizas. Y en toda Europa, existen antecedentes de hace 4000 años sobre técnicas de alimentación en bebés no amamantados. En el siglo XIX se comienza a promover el uso de la alimentación artificial. Esta influencia, que continuó durante el siglo XX y llega hasta nuestros días, se ha ido modificando. En la actualidad, las políticas de salud pública a nivel mundial favorecen en forma abierta la promoción y protección de la lactancia materna. La leche materna es el mejor alimento que puede recibir un niño o niña, ya que está destinada a satisfacer las necesidades de su especie. ¿Qué la hace inmejorable? El hecho de que integra múltiples aspectos en uno solo.

Creencias.

Es el sentimiento de certeza sobre el significado de algo. Es una afirmación personal que consideramos verdadera, las creencias, que en muchos casos son subconscientes, afectan a la percepción que tenemos de nosotros mismos, de los demás y de las cosas y situaciones que nos rodean. Muchas personas tienden a pensar que sus creencias son universalmente ciertas y esperan que los demás las compartan.⁵²

Para la madre adolescente la práctica de creencias.- Es una consecuencia del sistema cultural de su entorno al que vive. Un mito es un relato tradicional, transmitido de generación a generación, que trataba sobre todos aquellos temas que preocupan a la sociedad, mientras que las creencias son el modelo habitualmente basado en la fe; creado por la mente,

idealizándose generalmente en la interpretación de un contenido cognoscitivo o de un hecho (abstracto o concreto) de los cuales se desconoce demostración absoluta o no se exige una justificación o fundamento racional sobre la exclusividad de la lactancia, relacionándose las creencias a una propuesta teórica de la lactancia materna que carece de suficiente comprobación, pero aun así puede ser verdad.⁵³

Además de los mitos y creencias, la actividad ocupacional a la que se dedique la madre durante la etapa de la lactancia materna forma parte de las funciones, obligaciones y tareas que desempeña en un área de trabajo, oficio o puesto independiente de la rama de actividad donde ella se desempeña, incluyendo las relaciones que establezca con los demás agentes productivos y sociales, determinados por la posición en el trabajo.²⁰

Actitudes

La actitud frente a hijo con malformación congénita se define como la percepción que tienen las madres frente a sus hijos con anomalías estructurales o funcionales, como los trastornos metabólicos, que ocurren durante la vida intrauterina y se detectan durante el embarazo, en el parto o en un momento posterior de la vida¹⁰.

La discapacidad que ocasionan las malformaciones congénitas es una situación cada vez más común y cada vez más global, y podemos afirmar que no siempre los medios de comunicación ni las estadísticas referidas muestran la verdadera realidad. Definida como "restricción o ausencia (debido a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro

del margen que se considera normal para un ser humano”, socialmente aún esta situación genera una serie de conflictos personales, dentro de la familia, dentro del mismo núcleo social, etc. y ha pasado por diferentes evoluciones y paradigmas hasta llegar al actual, en el que se ha producido un importante cambio en su concepción. Ahora no solo se habla de rehabilitación si no de inserción y de identificación y eliminación de diferentes obstáculos a la igualdad de oportunidades. En las familias donde hay niños en situación de discapacidad, el impacto de este conocimiento genera una serie de reacciones y sentimientos que muchas veces desestabilizan la dinámica familiar y producen un impacto psicológico y bloqueo emocional; para los padres lo demás, incluyendo su relación de pareja deja de tener sentido y la respuesta frente al “problema” crea desenlaces de lo más variados²¹.

Según Minuchin, el nacimiento de un hijo representa un cambio en la organización y dinámica familiar, no solo emocional si no inclusive físicamente. Los padres se preparan para brindar amor, protección, apoyo y darles a sus hijos todo lo que ellos no pudieron tener. Cuando nace un niño con problemas que pueden en el futuro ser una discapacidad, nacen también situaciones estresantes, diferentes, emocionalmente fuertes, búsqueda de respuestas y alternativas de solución. El tener un niño con habilidades diferentes hace que el comportamiento de los padres sea a su vez diferente, sienten que ellos no tendrán las habilidades necesarias para competir y muchas veces la primera reacción es de rechazo porque los padres lo habían esperado con otras expectativas y su llegada rompe esquemas. La llegada de un niño que luego presentará una discapacidad, suele traer muchas cosas al hogar, no solo tristeza, también

desafíos, expectativas y muchas veces mucha frustración. Giberti se refiere a la frustración de los padres que pensaron en el "hijo ideal" y que reaccionan con sentimientos contradictorios frente a ese bebe, con una herida que demora mucho tiempo en cicatrizar²¹.

Núñez en el 2003 describía tres etapas de las actitudes presentadas por estos padres²¹:

1. Fase de shock: en la que hay conmoción, bloqueo, desorientación, ansiedad y culpa ante lo desconocido y que muchas veces se asume como culpa de cada uno de los padres
2. Fase de reacción: o de enfado frente a todos y todo, rabia contra la vida, contra Dios, rechazo, sensación de pérdida, un verdadero "duelo"
3. Fase de adaptación: en la que ya se empieza a ver la luz al final del túnel y se preguntan: ¿Qué debo hacer con él? ¿Qué necesita?

2.2.3 Anomalías congénitas

Bases históricas de las anomalías congénitas

En la antigüedad, se creía que los defectos de nacimiento como resultado de la acción de las fuerzas sobrenaturales. Ellos fueron vistos como manifestaciones del mal y, a veces como señales de advertencias de Dios para desastres inminentes. A pesar de que la percepción de los defectos de nacimiento difiere de una cultura a otra, se ha atribuido principalmente a las fuerzas negativas. Estos conceptos han evolucionado desde la antigüedad hasta el presente, aunque supersticiones persisten en muchas culturas ²².

Un estudio más sistemático de los defectos de nacimiento se inició en la mitad del siglo 20. Esto coincidió con el reconocimiento de los efectos teratogénicos de la exposición a las infecciones de rubéola y la talidomida durante el embarazo ²².

El término "dismorfología" fue acuñado en la década de 1960 para definir el estudio de las características anormales congénitas. Este término se utiliza para abarcar la variabilidad de las características físicas normales, así como características patológicas resultantes del desarrollo anormal. Un individuo con características físicas inusuales se dice que es dismórfico. Expertos en dismorfología están capacitados para describir los patrones de rasgos anormales y establecer una hipótesis de diagnóstico basado en su apariencia ²².

Conceptuales

Términos específicos se utilizan para describir las anomalías congénitas. Los términos indican como las anomalías congénitas fueron causadas. Las malformaciones son defectos de órganos o partes del cuerpo debido a un proceso de desarrollo intrínsecamente anormal. En este proceso, una estructura no se forma, se forma parcialmente, o se forma de una manera anormal.

Malformaciones suelen ser consecuencia de un defecto en el desarrollo embrionario. Por lo tanto, la mayoría se producen antes de la octava semana después de la concepción. Sin embargo, malformaciones también pueden ocurrir en las estructuras del cuerpo que forman después de este tiempo,

tales como el sistema nervioso central (SNC), los genitales externos e internos, y los dientes. Pueden ser el resultado de fuerzas genéticas o ambientales. Un ejemplo de la primera es una mutación en HOXD13, un gen homeobox que causa una combinación de sindactilia y polidactilia. Un ejemplo de esto último es el ácido retinoico, que puede causar anomalías, tales como microtia y defectos del sistema nervioso central, incluyendo polimicrogiria e hidrocefalia.

Deformaciones

Deformaciones son anomalías de la posición de partes del cuerpo, debido a fuerzas mecánicas intrauterinas extrínsecas que modifican una estructura normalmente formada. Fuerzas intrauterinas, tales como disminución del líquido amniótico, tumores uterinos, y las malformaciones uterinas (por ejemplo, bicorne o el útero septos) pueden dar lugar a la compresión del feto. Las deformaciones pueden ocurrir también con el hacinamiento del feto debido a las gestaciones múltiples. Ejemplos de deformaciones comunes incluyen el pie zambo, displasia congénita de la cadera, y la plagiocefalia (torcida o el cráneo aplastado debido a la compresión).

Interrupciones.

Las interrupciones son defectos de órganos o partes del cuerpo que resultan de la destrucción o la interferencia con el desarrollo normal. Destrucción puede ser resultado de procesos vasculares o mecánicos que conducen al compromiso del tejido, como la compresión, la estrangulación, hemorragia o trombosis. La mayoría de los casos de perturbación son eventos individuales que son

esporádicos en lugar de heredada. Por lo tanto, el riesgo de recurrencia es muy baja.

Displasias.

Se refieren a anomalías que resultan de la organización anormal de células en los tejidos. Un ejemplo es el crecimiento anormal de hueso que resulta en displasias esqueléticas, tales como la acondroplasia. Este trastorno es causado por mutaciones en el gen de crecimiento de fibroblastos receptor del factor de 3, dando lugar a anomalías en la osificación endocondral ²¹.

Patrones de defecto

Las malformaciones múltiples a menudo se agrupan en un patrón reconocible de la siguiente manera:

Síndrome

Un síndrome es un patrón de anomalías que ocurren juntos y son fisiopatológicamente relacionadas. Síndromes con una causa conocida incluyen el síndrome de Turner o monosomía del cromosoma X. Síndromes de causa desconocida incluyen el síndrome de Aicardi, que se caracteriza por una tríada clásica que incluye la agenesia del cuerpo calloso, lagunas coriorretinianas, y convulsiones. Otros síndromes de malformaciones congénitas pueden aparentar ser no genética y tienen un riesgo muy bajo de recurrencia. Un ejemplo es el síndrome de Cornelia de Lange (también llamado síndrome de Brachman de Lange), que se caracteriza por un severo retraso del crecimiento, microcefalia, anomalías en las extremidades, rasgos

dismórficos característicos, y profunda discapacidad intelectual (retraso mental) ²².

Secuencia.

Una secuencia es un patrón de anomalías en los que un defecto conocido en el desarrollo provoca una cascada de alteraciones posteriores. La secuencia de Potter es un ejemplo de este grupo de trastornos. Este trastorno es causado por oligohidramnios secundarias a agenesia renal u otras anomalías renales que reducen la producción de la producción de orina fetal. La disminución del volumen de líquido amniótico restringe los movimientos fetales, lo que resulta en anomalías característico. Estos incluyen facies plana, la depresión de la punta de la nariz, oreja plegamiento anormal, la piel arrugada, y la mala posición de los pies, incluyendo pie zambo. La hipoplasia pulmonar se asocia a menudo con las deformidades externas ¹¹.

Defecto del campo del desarrollo

Un defecto del campo es un patrón de anomalías causadas por la perturbación de una región del embrión que se desarrolla en un espacio físico contiguo. Esta región es conocida como un campo de desarrollo. La holoprosencefalia es un ejemplo clásico de un defecto en el campo del desarrollo. Las manifestaciones clínicas son variables. Se extienden de los casos muy graves con prosencéfalo casi ausente de las manifestaciones más leves, tales como un solo incisivo central. Aunque hay muchas etiologías para holoprosencefalia, el defecto primario es la falta de inducción normal mediante el mesodermo precordial en el cerebro anterior, dando como resultado la escisión

anormal del cerebro anterior embrionario. Estructuras craneofaciales también se ven afectados debido a que el cerebro anterior embrionario también influye en los procesos del mesodermo en la media de la cara ¹¹.

Asociación

Una asociación se define como dos o más anomalías que no están relacionadas entre sí y patológicamente ocurren juntos con más frecuencia de lo esperado por azar. En general, la etiología de las asociaciones no se define. Es posible que algunos representen defectos en el campo de desarrollo ¹¹.

Clasificación

Las malformaciones congénitas principales se pueden clasificar como mayores y menores:

✓ **Malformaciones congénitas mayores**

Las malformaciones son los que tienen implicaciones médicas y /o sociales. Estos a menudo requieren reparación quirúrgica. A modo de ejemplo, los defectos del tubo neural, como mielomeningocele o fisura orofacial (labio leporino y el paladar), son las principales malformaciones comunes. Diversos mecanismos moleculares que conducen a malformaciones mayores. Los defectos pueden interferir con muchos procesos normales, tales como apoptosis (muerte celular), la migración anormal de células derivados de la cresta neural, de señalización intracelular, y el modelado de la cromatina ¹¹.

✓ **Malformaciones congénitas menores**

Tienen un significado principalmente cosméticos. Rara vez son de importancia médica o requieren intervención quirúrgica. Ellos representan parte de la variación normal en la población general. Los ejemplos de anomalías menores incluyen etiquetas de oreja, clinodactilia (curvadas hacia adentro del quinto dedo), y solo transversales pliegues palmares. Estas anomalías menores son comunes, aunque las estimaciones de su prevalencia varían con la población estudiada y el método de determinación. En un estudio en recién nacidos, el 14 por ciento tenía una única anomalía menor. Dos y tres o más malformaciones menores ocurrieron en 0,8 y 0,5 por ciento, respectivamente. Aproximadamente el 50 por ciento de anomalías menores están situados en la cabeza y el cuello. Los bebés con tres o más anomalías menores corren un mayor riesgo de tener un defecto grave o síndrome. En dos informes, una malformación mayor estaba presente en el 26 y el 19,6 por ciento de los bebés con tres o más anomalías menores ¹¹.

✓ **Etiología**

Las anomalías genéticas incluyen trastornos cromosómicos (por ejemplo, síndrome de Down); de un solo gen (monogénicas) trastornos, incluyendo aquellos que son autosómica recesiva (la fibrosis quística), autosómica dominante (el síndrome de Marfan), o ligada al cromosoma X (hemofilia); y los trastornos multifactoriales que el resultado de la interacción de múltiples genes y factores ambientales. Estos últimos

incluyen labio leporino / paladar hendido, enfermedades cardíacas congénitas y defectos del tubo neural¹¹.

Según la teoría de TePas E. las etiologías no genéticas incluyen factores ambientales, como la fenilcetonuria materna o diabetes, teratógenos (el alcohol, la isotretinoína por vía oral), infecciones (por citomegalovirus [CMV], rubéola¹¹).

Teratógenos

La teratología se refiere al estudio de malformaciones congénitas causadas por la exposición del medio ambiente o el medicamento. El término se deriva de la palabra griega "Teratos", que significa monstruo¹¹.

Un teratógeno es un agente que puede causar anomalías en la forma o la función de un feto en desarrollo. Actúa mediante la producción de muerte celular, alterando el crecimiento normal de los tejidos, o interferir con la diferenciación celular normal u otros procesos morfológicos. Las consecuencias de estas acciones pueden ser la pérdida fetal, restricción del crecimiento fetal, defectos de nacimiento, o con problemas de rendimiento neurológico¹¹.

Aproximadamente 4 a 6 por ciento de los defectos de nacimiento son causados por la exposición a teratógenos en el medio ambiente. Estas incluyen enfermedades maternas (la diabetes mellitus o la fenilcetonuria), agentes infecciosos (TORCH - Toxoplasmosis, Otros [sífilis, la varicela-zoster, el parvovirus B19], rubéola, citomegalovirus y herpes - infecciones), agentes físicos (la radiación o la exposición al calor), y las drogas (la talidomida, fármacos antiepilépticos) y agentes químicos (por ejemplo, mercurio)¹¹.

La respuesta al agente teratogénico es muy individual y está influenciada por múltiples factores. Estos incluyen genotipo

materno, el genotipo fetal, la dosis del agente, la vía de exposición, tiempo de exposición, y la exposición concomitante o enfermedades durante la gestación ¹¹.

2.2.4 Base epistemológica teoría de enfermería

La teoría del apego, es la teoría de enfermería que se ha visto afectada en las madres de los hijos con malformaciones congénitas. Es por ello, que se ha considerado describir a detalle sobre las bases epistemológicas de esta teoría²³.

En el desarrollo de un niño, se vuelve cada vez más relevante la creación oportuna de relaciones de apego, debido a que éstas proporcionan la capacidad de establecer vínculos afectivos, los cuales serán bases para el desarrollo cognitivo, emocional, social y cultural, durante toda su vida. El apego seguro es perdurable en el tiempo, sólido, relativamente consistente, brinda además de seguridad, cuidado y apoya a restablecer el equilibrio psicológico y con esto, ayuda a aliviar la angustia³. Por ende, es fundamental dar a conocer esto a los padres, ya que es indispensable para un óptimo e integral desarrollo de sus hijos ²².

De acuerdo a la teoría del apego de Bowlby, se postula que existe una inclinación innata de los seres humanos para desarrollar relaciones afectivas con personas significativas, desde los primeros meses de vida y en el curso de su desarrollo⁵. Esto se demuestra en las diversas formas en que el niño busca conservar la cercanía con una figura que considera fuerte y sabia, es decir sus padres y/o cuidadores, tomando estas experiencias como pauta para posteriormente establecer lazos afectivos. Las experiencias recogidas permiten que a futuro el niño tenga una trayectoria psicosocial

positiva; le permite explorar el entorno que los rodea con confianza y otorgan un modelo a seguir para desarrollarse como padres posteriormente ²³.

Esta teoría se centra en los intereses y expectativas del niño de recibir lo que más pueda de sus figuras de apego, que “puedan contener y proteger al niño cuando lo necesita”, esto se denomina sensibilidad de los padres, lo que implica que, al percibir las señales del bebé, deben interpretarlas y analizarlas adecuadamente y por último responder de manera adecuada y eficaz.

En relación, Bowlby identifica esta interacción como recíproca, y lo denomina modelos operantes internos, “que le hacen posible anticipar, interpretar y responder a la conducta de sus figuras de apego, ya que integran experiencias presentes y pasadas en esquemas cognitivos y emocionales” ¹².

El apego se va formando según el período gestacional en el que se encuentre la mujer, de esto podemos identificar tres períodos primordiales, los cuales son ¹²:

✓ **Fase preconcepcional**

Existe mayor probabilidad de que las niñas que recibieron lactancia materna también lo hagan con sus propios hijos, el estilo de apego se va formando de acuerdo a cada etapa que viven las niñas, partiendo desde los juegos en las cuales imitan roles maternos y paternos, en los cuales se refleja su propio estilo de crianza. En la adolescencia se aprecia al elegir una pareja adecuada y la consolidación de los valores con los cuales se enfrentará la maternidad o paternidad ²⁵.

✓ **Fase prenatal**

Se va adecuando con respecto al trimestre específico del embarazo, es así como en el primer trimestre se hace énfasis en la aceptación y confirmación del embarazo, durante el segundo trimestre ya se comienza a percibir al bebé como un ser aparte, se comienzan a sentir los movimientos fetales. Finalmente durante el tercer trimestre se personifica al futuro bebé y se realizan acciones concretas para esperar su llegada.

✓ **Nacimiento e interacción prenatal**

Existen estudio específicos que demuestran que existe un período posterior al nacimiento que corresponde a los tres a cinco minutos post parto en que el bebé viene preparado para realizar la interacción con su madre, el contacto piel a piel durante 45 a 60 minutos posterior al nacimiento se ha comprobado que es fundamental para fomentar un apego seguro¹².

✓ **Desarrollo del proceso de vinculación postnatal** Entre los cero y tres meses el bebé expresa sus emociones mediante la mirada o se calma al escuchar la voz de su madre. A los tres meses ya focaliza claramente sus figuras de apego. A partir de los seis meses trata de aproximarse a la figura de apego de acuerdo a los medios que su desarrollo psicomotor le permite. A los 12 meses ya se consolida finalmente el estilo de apego correspondiente¹².

2.3 Definición de términos

Malformaciones congénitas

Anomalías estructurales o funcionales, como los trastornos metabólicos, que ocurren durante la vida intrauterina y se detectan durante el embarazo, en el parto o en un momento posterior de la vida.

Actitud

Estado de la disposición nerviosa y mental, que se organiza a partir de las vivencias y que orienta o dirige la respuesta de un sujeto ante determinados acontecimientos.

Actitud frente a hijo con malformación congénita: percepción que tienen las madres frente a sus hijos con anomalías estructurales o funcionales, como los trastornos metabólicos, que ocurren durante la vida intrauterina y se detectan durante el embarazo, en el parto o en un momento posterior de la vida.

III. VARIABLES E HIPÓTESIS

3.1 Definición de las variables

✓ Variables independientes (V2)

Factores socioculturales

Factores sociales

Son las condiciones y/o circunstancias del entorno de la madre adolescente que están determinadas por su estado civil, nivel educativo, procedencia y ocupación que prevalecen en el incumplimiento de la lactancia materna exclusiva.

Factores culturales

Son las condiciones y/o circunstancias del entorno de la madre adolescente que están determinadas por los conocimientos y las creencias que prevalecen en el incumplimiento de la lactancia materna exclusiva.

✓ Variable dependiente (V1)

Actitud frente a hijo con malformación congénita

Percepción que tienen las madres frente a sus hijos con anomalías estructurales o funcionales, como los trastornos metabólicos, que ocurren durante la vida intrauterina y se detectan durante el embarazo, en el parto o en un momento posterior de la vida.

3.2 Operacionalización de las variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Tipo de variable	Escala de medición	Valor final
Actitud frente a hijo con malformación congénita	Percepción que tienen las madres frente a sus hijos con anomalías estructurales o funcionales, como los trastornos metabólicos, que ocurren durante la vida intrauterina y se detectan durante el embarazo, en el parto o en un momento posterior de la vida.	Percepción que tienen las madres frente a sus hijos con malformaciones congénitas del Hospital de Apoyo II-2 Sullana	Calidad de vida	Categoría	Nominal	Positiva
			Cuidado			
			Enseñanza			Negativa
	Expresada como el periodo de tiempo transcurrido desde el nacimiento medido en años	Años de vida desde el nacimiento en las madres participantes	Edad	Años cumplidos	De razón	

Factores socioculturales	Lugar donde habitualmente reside una persona	Lugar donde ha estado viviendo una persona , que fue ingresado en la ficha de recolección de datos	Procedencia	Urbana Rural Urbano Marginal (Pueblo Joven)	Nominal
	Condición de un individuo respecto a la situación legal civil.	Situación legal de una madre participante del estudio	Estado civil	Soltera Casada Conviviente Divorciada Viuda	Nominal
	Grado educativo relativo o perteneciente a una persona	Grado educativo relativo o perteneciente a la madre participante del estudio	Nivel de instrucción	Analfabeto Primaria Secundaria Superior	Nominal
	Relativo a los ingresos laborales percibidos por una persona a través de sus labores u oficios, lo cual determina una posición económica en la	Ingresos laborales percibidos por la madre participante del estudio	Nivel socioeconómico	Alto Medio Bajo	Ordinal

	sociedad.					
	Actividad que desempeña socialmente	Empleo llevado a cabo por la madre participante del estudio	Ocupación	Ama de casa Estudiante Profesional	Nominal	
	Cantidad de hijos que presenta una mujer	Total de hijos que tiene la madre participante del estudio	Número de hijos	Número de hijos(as)	De razón	

3.3 Hipótesis de la Investigación

3.3.1 Hipótesis general

Existe relación significativa entre los factores socioculturales y la actitud de las madres de niños con malformaciones congénitas del Hospital de Apoyo II-2 Sullana, 2016.

3.3.2 Hipótesis Específicas

Los factores socioculturales con mayor preponderancia son los sociales asociados a malformaciones congénitas de las madres frente al recién nacido con malformaciones congénitas del Hospital de Apoyo II-2 Sullana, 2016.

El nivel actitudes de las madres frente al recién nacido con malformaciones congénitas del Hospital de Apoyo II-2 Sullana, 2016 son negativas.

IV. METODOLOGÍA

4.1 Tipo de investigación

Dentro de los parámetros seguidos en la investigación, se utilizó el tipo cuantitativo, lo que se basó en la recolección de datos para poder probar las hipótesis, obtenidos en la condición numérica y su posterior análisis estadístico, con el único fin de establecer pautas de comportamiento y así probar las teorías empleadas (Hernández, S., 2010).

Se consideró usar el nivel descriptivo, de modo que se buscó especificar propiedades y características importantes de cualquier fenómeno que se analice, para tal caso se buscó también asociar las variables mediante un patrón predecible en la población por ende se considera también correlacional (Hernández, S., 2010).

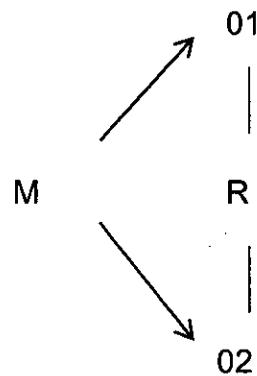
Lo que permitirá describir y medir: Factores Socioculturales y Actitudes, y conocer la relación entre los factores socioculturales y la actitud de las madres de niños con malformaciones congénitas del Hospital de Apoyo II-2 Sullana, 2016

4.2 Diseño de la investigación

El problema objeto de estudio, se trabajó con un diseño no experimental ya que el estudio se realizó sin la manipulación deliberada de las variables y en el que solo se observó la muestra en su ambiente natural.

También se consideró el corte transversal-transeccional porque los datos fueron recolectados en un solo momento, y en un tiempo único. (Hernández, S., 2010), ya que el propósito fue describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado.

El diagrama es el siguiente:



Dónde

01: Factores Socioculturales

02: Actitudes

R: Relación entre factores socioculturales y la actitud de las madres de niños con malformaciones congénitas del Hospital de Apoyo II-2 Sullana, 2016

4.3 Población y muestra

4.3.1 Población

La población estuvo conformada por 60 madres de neonatos diagnósticos con malformaciones congénitas nacidos en el Servicio de Pediatría del Hospital de Apoyo II-2 Sullana, durante el año 2016.

4.3.2 Muestra

La muestra estuvo conformada por 60 madres de neonatos diagnósticos con malformaciones congénitas nacidos en el Servicio de Pediatría del Hospital de Apoyo II-2 Sullana, durante el año 2016.

4.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

4.4.1 Técnica

Para la recolección de los datos se aplicó la técnica de encuesta, la cual en forma escrita se aplicó a la muestra poblacional, con la finalidad de obtener información referente a las variables e indicadores de estudio; el instrumento que se utilizó fue una escala auto administrado.

4.4.2 Instrumentos

4.4.2.1 Cuestionario de Factores Socioculturales

Nombre:	Cuestionario de Factores Socioculturales
Autores:	Irma Roxana Chinguel Oballe Juliane Perez Pulache Llehimy Lisset Alarcon Morocho
Año:	2017
Administración:	Individual y Colectiva
Duración:	Variable (20 minutos aproximadamente)
Significación:	Evalúa las características socio culturales de las madres que tienen con malformaciones.
Tipificación:	Baremos para la forma individual o grupal, elaborado con muestras para Sullana.
Dimensiones que mide:	Dimensiones Sociales (Edad, Procedencia, Estado civil, Nivel de instrucción, Nivel socioeconómico) Dimensiones Culturales
	Validez y confiabilidad de los Instrumentos:

Validez:

Validez externa: Se asegurará la validez externa presentando el instrumento a 7 expertos en el área a investigar, quienes con sus sugerencias brindarán mayor calidad y especificidad al instrumento.

Validez interna: Para la validez interna, se obtendrá a través del análisis de correlación ítem-test, utilizando para ello el estadístico de Correlación de Pearson.

Confiabilidad:

Para medir la confiabilidad del instrumento se utilizara el índice de confiabilidad Alfa de Cronbach = 0,743

La validez y confiabilidad se realizará en cada sub proyecto que se derive del proyecto línea de investigación

4.4.2.2 Cuestionario de Actitudes

Nombre:	Cuestionario de Actitudes
Autores:	Irma Roxana Chinguel Oballe Juliane Perez Pulache Llehimy Lisset Alarcon Morocho
Año:	2017
Administración:	Individual y Colectiva
Duración:	Variable (20 minutos Aproximadamente)
Significación:	Evalúa las actitudes de las madres frente a las malformaciones presentes en sus hijos.

Tipificación: Baremos para la forma individual o grupal, elaborado con muestras para Sullana.

Dimensiones que mide: Calidad de vida, Cuidado y Enseñanza

Validez y confiabilidad de los Instrumentos:

Validez:

Validez externa: Se asegurará la validez externa presentando el instrumento a 7 expertos en el área a investigar, quienes con sus sugerencias brindarán mayor calidad y especificidad al instrumento.

Validez interna: Para la validez interna, se obtendrá a través del análisis de correlación ítem-test, utilizando para ello el estadístico de Correlación de Pearson.

Confiabilidad:

Para medir la confiabilidad del instrumento se utilizara el índice de confiabilidad Alfa de Cronbach = 0,895

La validez y confiabilidad se realizará en cada sub proyecto que se derive del proyecto línea de investigación

4.5. Procedimientos de recolección de datos.

El presente protocolo de investigación fue revisado y aprobado por el Comité de Ética del Hospital de Apoyo II-2 Sullana, para realizar el estudio se tramitaron los permisos respectivos en el Servicio de Neonatología del Hospital de Apoyo II-2 Sullana, enviando una solicitud dirigida al director de dicho establecimiento con atención a

la oficina de investigación/ estadística e informática y el servicio de Neonatología. Posterior a ello, se tuvo información de las madres de neonatos diagnosticados con malformaciones congénitas para así elaborar un directorio simple, con el objetivo de llamarlas y coordinar una cita en su domicilio para la ejecución del estudio. Es así que contando con todo lo anteriormente mencionado, se procedió a aplicar el estudio utilizando el instrumento respectivo y obteniendo el consentimiento verbal de los participantes antes de la aplicación del mismo.

4.6 Procesamiento estadístico y análisis de datos.

De acuerdo a la naturaleza de la investigación para el análisis de los datos se utilizará las técnicas de análisis estadístico descriptivo, como son uso de tablas de distribución de frecuencias porcentuales y gráficos; así como el uso de pruebas estadísticas paramétricas y no paramétricas con su respectiva prueba de significancia, dependiendo el comportamiento de la(s) variable(s) en estudio.

El procesamiento de la información se realizará utilizando el software estadístico SPSS versión 19 para Windows, con el estadístico probatorio de Rho de Spearman y el programa informático Microsoft Office Excel 2007.

V. RESULTADOS

TABLA 5.1

Factores socioculturales y la actitud de las madres de niños con malformaciones congénitas del Hospital de Apoyo II-2 Sullana, 2016

FACTORES SOCIALES * ACTITUDES

			ACTITUDES			Total
			ACTITUD POSITIVA	INDIFERENCIA	ACTITUD NEGATIVA	
FACTORES SOCIOCULTURALES	FACTOR SOCIAL	Recuento	6	9	6	21
		% dentro de FACTORES SOCIALES	28.6%	42.9%	28.6%	100.0%
	FACTOR CULTURAL	Recuento	5	10	24	39
		% dentro de FACTORES CULTURALES	12.8%	25.6%	61.5%	100.0%
Total		Recuento	11	19	30	60
		% dentro de FACTORES SOCIOCULTURALES	18.3%	31.7%	50.0%	100.0%

FUENTE: Cuestionario de factores socioculturales y actitudes de las madres frente al recién nacido con malformaciones congénitas del Hospital de Apoyo ii-2 Sullana, 2016

Interpretación:

Se puede observar que el 29% de las madres encuestadas que han alcanzado un alto porcentaje en factor social han desarrollado una actitud positiva, el 43% han desarrollado una actitud indiferente mientras que el 29% han desarrollado una actitud negativa, por otro lado el 13% de las madres encuestadas que han alcanzado un alto porcentaje en Factor cultural han desarrollado una actitud positiva, el 27% han desarrollado una indiferencia mientras que el 66% han desarrollado una actitud negativa.

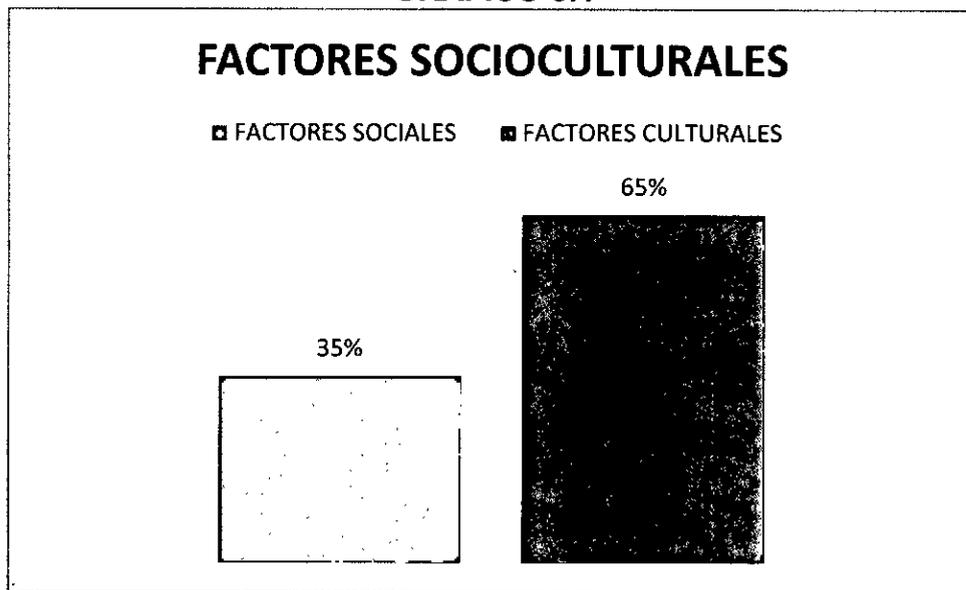
TABLA 5.2

Factores socioculturales de las madres frente al recién nacido con malformaciones congénitas del Hospital de Apoyo II-2 Sullana, 2016”

FACTORES SOCIOCULTURALES		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FACTORES SOCIALES	21	35%
FACTORES CULTURALES	39	65%
TOTALES	60	100%

FUENTE: Cuestionario de factores socioculturales de las madres frente al recién nacido con malformaciones congénitas del Hospital de Apoyo ii-2 Sullana, 2016

GRÁFICO 5.1



FUENTE: Cuestionario de factores socioculturales de las madres frente al recién nacido con malformaciones congénitas del Hospital de Apoyo ii-2 Sullana, 2016

DESCRIPCIÓN:

En relación a los factores socioculturales que prevalecen en las madres frente al recién nacido con malformaciones congénitas, del 100% (60) madres en estudio, el 65% (39) corresponden al factor cultural y 35% (21) corresponden al factor social.

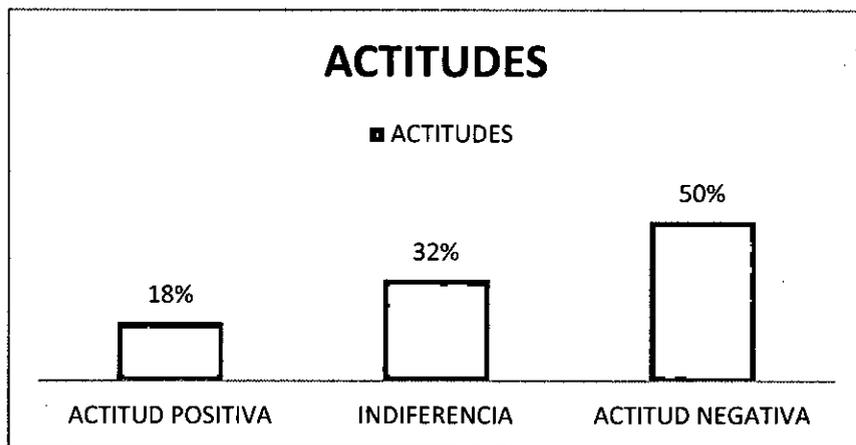
TABLA 5.3

Actitud de las madres frente al recién nacido con malformaciones congénitas del Hospital de Apoyo II-2 Sullana, 2016”

ACTITUDES		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ACTITUD POSITIVA	11	18%
INDIFERENCIA	19	32%
ACTITUD NEGATIVA	30	50%
TOTALES	60	100%

FUENTE: Cuestionario de Actitudes de las madres frente al recién nacido con malformaciones congénitas del Hospital de Apoyo ii-2 Sullana, 2016

GRÁFICO 5.2



FUENTE: Cuestionario de Actitudes de las madres frente al recién nacido con malformaciones congénitas del Hospital de Apoyo ii-2 Sullana, 2016

DESCRIPCIÓN:

En relación a las Actitudes de las madres frente al recién nacido con malformaciones congénitas, del 100% (60) madres en estudio, el 50% (30) corresponden a una actitud negativa, el 32% (19) corresponden a una actitud indiferente mientras que el 18% (11) corresponde a una actitud positiva.

VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

6.1 Contrastación de hipótesis con los resultados

H₁: Existe relación significativa entre los factores socioculturales y la actitud de las madres de niños con malformaciones congénitas del Hospital de Apoyo II-2 Sullana, 2016

H₀: No existe relación entre los factores socioculturales y la actitud de las madres de niños con malformaciones congénitas del Hospital de Apoyo II-2 Sullana, 2016

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	32,122	9	0,000
Razón de verosimilitudes	30,233	9	0,000
Asociación lineal por lineal	26,485 60	1	0,000
N de casos válidos			

Como el valor de $p = 0,000$ menor a $p = 0.05$ se acepta la hipótesis de investigación como posiblemente cierta y se rechaza la hipótesis nula.

Contrastación de hipótesis con los resultados

H₁: Existe relación significativa entre los factores socioculturales y la actitud de las madres de niños con malformaciones congénitas del Hospital de Apoyo II-2 Sullana, 2016

H₀: No existe relación entre los factores socioculturales y la actitud de las madres de niños con malformaciones congénitas del Hospital de Apoyo II-2 Sullana, 2016

			ACTITUDES
Rho de Spearman	Factores Socioculturales	Coefficiente de correlación	,117**
		Sig. (bilateral)	,064
		N	60

Se observa que la prueba estadística arrojó un valor para r igual a 0.0117 a un nivel de significación p de 0.064, para dicho nivel de significación, p menor que 0.01 entonces se rechaza la hipótesis nula de independencia de las variables, por lo que se tiene que existe una relación de dependencia entre ellas.

Se concluye que existe una relación muy significativa, entre la variable factores socioculturales y la variable actitudes, siendo esta de $r = 0.064$.

6.2 Contrastación de resultados con otros estudios similares

En cuanto a la relación entre los factores socioculturales y actitud de las madres frente al recién nacido con malformaciones congénitas del hospital de Apoyo II-2 Sullana, 2016, se observa que si existe una alta correlación significativa ($p < 0.05$) entre

factores socioculturales y actitud de las madres frente al recién nacido con malformaciones congénitas.

Son coincidentes con los hallados por Ballesteros, Novoa, Muñoz, Suarez y Zarante (2006), donde hubo relación significativa entre el tipo de malformación y la calidad de vida en el dominio de estatus funcional, lo mismo que entre ocupación de la madre y la calidad de información sobre la malformación y su tratamiento. El dominio más afectado en la madre es el funcionamiento psicológico.

En relación a los factores socioculturales que prevalecen en las madres frente al recién nacido con malformaciones congénitas, del 100% (60) madres en estudio, el 65% (39) corresponden al factor cultural y 35% (21) corresponden al factor social (Gráfico N°01). Estos resultados coinciden con los hallados por Vermaes, Bosman y Gerris, (Holanda), donde el tipo de malformación congénita ocasiona un efecto negativo en los padres de familia, especialmente en las madres, se detallan factores como relacionados a esperanza y la tensión, afrontamiento los padres; los factores familiares (ingresos familiares, la relación de pareja, y el clima de la familia), y factores ambientales (apoyo social).

Lo que significa que los factores culturales son los que más prevalecen en las madres frente al recién nacido con malformaciones congénitas; y si se debe tener en cuenta que las malformaciones congénitas generan un gran cuidado al niño.

Respecto a la Dimensión factores sociales del 100% (60) de madres encuestadas lo que significa que la mayoría de madres conviven con su pareja; a su temprana edad ya están asumiendo solas la responsabilidad de formar su propio hogar y

dejar a sus familias; lo que puede conllevar a que exista cierta inestabilidad emocional y económica e inmadurez, es importante tener en cuenta que la madre adolescente, es una mujer joven necesita vivir esa etapa de su vida, ya que la maternidad temprana no la hace mujer adulta; no está preparada, en un corto tiempo debe lograr importantes metas, asumir su sexualidad, su salud reproductiva, su autocuidado, sus relaciones afectivas con la familia, con su pareja, y con su hijo. Son tareas y desafíos que las jóvenes nunca han abordado y llevan a estas madres adolescentes a sentirse recargadas de trabajo y con una carga emocional muy fuerte.

En relación a las Actitudes de las madres frente al recién nacido con malformaciones congénitas, del 100% (60) madres en estudio, el 50% (30) corresponden a una actitud negativa, definiendo como actitud negativa como comportamiento que una persona tiene consigo misma y con otras personas con las que tenga contacto, que puede ser frecuente o eventual. (Gráfico N°02). Si la actitud es hacia los demás es catalogada como externa y si es hacia la misma persona entonces se considera como interna; y si este comportamiento causa algún daño o malestar entonces se le conoce como actitud negativa.

La actitudes negativa es capaces de producir daño a la misma persona o a las que le rodean, ya que alguien que tiene una actitud negativa es capaz de decir cosas que pueden ofender o lastimar a otras.

Los resultados en esta dimensión son coincidentes con las investigaciones de Pacherras, S. donde se encontraron problemas relacionados con 1) la incapacidad de afrontar de la enfermedad a afrontar los conflictos externos e internos a través del amor maternal y la fe en Dios, 2) las secuelas físicas propias de la

enfermedad y 3) el abandono paterno al apoyo familiar en el cuidado compartido de un niño con parálisis cerebral infantil. De igual modo no son coincidentes con los encontrados por Silva, Velásquez, Garduño y Luna (2016), donde los resultados más destacados fueron: apoyar a su niño en primera instancia, requerir asesoría de personal médico y/o maestro de área educativa especial, en si resultaron grupos de padres que no consideraron complicado vivir con hijos con este tipo de necesidades especiales.

VII. CONCLUSIONES

- a. El nivel de factores socioculturales en las madres frente al recién nacido con malformaciones congénitas, predomina el factor cultural.
- b. El nivel de las Actitudes de las madres frente al recién nacido con malformaciones congénitas, el mayor porcentaje corresponde a una actitud negativa.
- c. Existe relación significativa entre factores socioculturales y actitud de las madres frente al recién nacido con malformaciones congénitas.

VIII. RECOMENDACIONES

- ✓ Concientizar a la población sobre la inclusión sin discriminación en base a alguna enfermedad.
- ✓ Mantener altas coberturas de vacunación en la población contra rubeola ya que es la enfermedad que produce malformaciones congénitas.
- ✓ Crear conciencia de responsabilidad evitando embarazos en edades extremas.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) (2) (3) OMS | Anomalías congénitas [Internet]. WHO. [citado 3 de julio de 2016]. Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs370/es/>
- (4) (5) Pacherras S, Angélica P. Modificando el afrontamiento de las madres con hijos que padecen parálisis cerebral de la Clínica San Juan de Dios, Chiclayo 2013. Univ Católica St Toribio Mogrovejo - USAT [Internet]. 2014 [citado 25 de septiembre de 2016]; Disponible en: <http://tesis.usat.edu.pe/jspui/handle/123456789/383>
- (6) Llopis Cañameras J, Molina JL. Corazones de papel: patrones de cambio en las familias con niños con cardiopatías congénitas [Internet]. Universitat Autònoma de Barcelona,; 2012 [citado 25 de septiembre de 2016]. Disponible en: <http://ddd.uab.cat/record/127408>
- (7) Vermaes IP, Janssens JM, Bosman AM, Gerris JR. Parents' psychological adjustment in families of children with Spina Bífida: a meta-analysis. BMC Pediatr. 2005;5:32.
- (8) Silva PO, Velázquez LET, Garduño AG, Luna AR. Actitudes de los padres en la sociedad actual con hijos e hijas con necesidades especiales. Psicol Cienc Soc [Internet]. 6 de agosto de 2014 [citado 11 de octubre de 2016];8(1). Disponible en: <http://cuved.com.mx/revistas/index.php/pycs/article/view/206>
- (9) Ballesteros, Novoa, Muñoz, Suarez y Zarante (2006) "Calidad de vida en familias con niños menores de dos años afectados por malformaciones congénitas: perspectiva del cuidado principal.

- (10) Suárez-Obando F, Ordóñez A, Macheta M. Percepción de las madres con hijos afectados por malformaciones congénitas mayores: necesidad de desarrollo de un sistema de atención apropiado. Estudio cualitativo de grupos focales. Colomb Médica. Marzo de 2009;40(1):85-94.
- (11) (12) (13) (21) Gómez MMN. Calidad de vida en familias con niños menores de dos años afectados por malformaciones congénitas: Perspectiva del cuidador principal. Univ Psychol. 1 de junio de 2006;5(3):457-74.
- (14) (15) (16) (22) Elizabeth tepas CAB. Approach to congenital malformations. [citado 10 de julio de 2016];
Disponibile en: <http://www.uptodate.com/contents/approach-to-congenital-malformations>
- (17) (18) (19) (20) (23) (24) (25) Hernández PA, Gómez MG. «vivencias de las familias con hijos de pretérmino durante el seguimiento realizado por el programa de recién nacido muy bajo peso de nacimiento que se realiza en el policlínico de recién nacido del hospital base valdivia».
Disponibile en:
<http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2011/fma283v/doc/fma283v.pdf>

ANEXOS

ANEXO 01.

CUESTIONARIO FACTORES SOCIOCULTURALES

Buenas días, estamos realizando un estudio para conocer las actitudes de las madres al recién nacido con malformaciones congénitas. Sus respuestas son absolutamente confidenciales, así que le agradecemos sea lo más sincera posible. Le agradeceremos que lea cuidadosamente las siguientes preguntas y conteste lo que usted mejor considere. Elija una sola opción marcando con una cruz X en el cuadro que contenga la respuesta elegida. Le pedimos por favor responder todas las preguntas.

FACTORES SOCIALES

1. Edad:años
2. Procedencia
 - a. Urbano
 - b. Rural
 - c. Urbano Marginal(Pueblo Joven)
3. Nivel de instrucción:
 - a. Analfabeto ()
 - b. Primaria ()
 - c. Secundaria ()
 - d. Superior ()
4. Estado civil:
 - a. Soltera ()
 - b. Casada ()
 - c. Conviviente ()
 - d. Divorciada
 - e. Viuda

5. Nivel económico:
 - a. Bajo ()
 - b. Medio ()
 - c. Alto ()
6. Ocupación:
 - a. Ama de casa ()
 - b. Estudiante ()
 - c. Profesional ()
7. ¿Cuántos hijos tiene?.....
8. Religión.....

FACTORES CULTURALES

- 1 ¿Sabe que es una malformación congénita?
 - a) SI b) No c) Lo ignoro
- 2 Cree ud. que puedan prevenir las malformaciones congénitas?
 - a) SI b) No c) Lo ignoro
- 3 Se realizó controles prenatales
 - a) SI b) No
- 4 Quien le comunico que su hijo presentó malformaciones congénitas?
 - a) Pediatra c) Enfermera
 - b) Ginecólogo d) Obstetra
- 5 El tipo de tratamiento que recibe su hijo es a base de :
 - a) Pastillas b) Ampollas c) otros
- 6 Cual es el problema que presenta su hijo?
 - a) Hidrocefalia c) Retardo mental
 - b) Cardiopatía d) otros

- 7 Cree ud. que el tratamiento que está recibiendo su hijo es adecuado para el problema de su malformación
- a) SI b) No c) Lo ignoro
- 8 Cree ud. que con los cuidados que le brinda a su hijo le ayuda a tener una mejor calidad de vida?
- a) SI b) No c) Lo ignoro
- 9 Cree ud. que la malformación congénita que presenta su hijo se debió a:
- a) no realizó CPN c) consumo de sustancias toxicas
- b) edad d) otros
- 10 Cree ud. que su hijo sobrevivirá a su enfermedad?
- a) Si b) No c) Lo ignoro

ANEXO 02

CUESTIONARIO DE ACTITUDES

Nombre:

Procedencia:

Fecha:

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1. ¿Siente que ha cambiado las actividades de su vida diaria?				
2. Es difícil para usted asumir la responsabilidad por el cuidado de su hijo(a)?				
3. ¿Piensa que por las malformaciones congénitas su hijo(a) necesita protección especial?				
4. ¿Cree que necesita contratar una persona para ayudarla a cuidar a su hijo(a)?				
5. ¿Qué tanto se ha alterado su estado de ánimo a partir del nacimiento del niño/a con la malformación?				
6. ¿Ha habido un comportamiento negativo de ud. a partir del nacimiento del niño/a con la malformación?				
7. Qué tanto afecta la malformación de su hijo(a) a Ud?				

8. ¿Es difícil para usted asumir la responsabilidad por el cuidado de su hijo(a)?				
9. A partir del nacimiento del niño/a con la malformación ¿usted teme nuevos embarazos?				
10. ¿Ha cambiado la relación con su pareja?				
11. ¿Ha tenido problemas de salud desde el nacimiento de su hijo(a)?				
12. ¿Crees que esos problemas se relacionan con la situación de su hijo(a)?				
13. Estoy desanimada acerca del futuro				
14. Me siento nerviosa				
15. Me siento culpable				
16. Me he sentido tranquila y en paz				
17. Ha aumentado mi nivel de tensión y preocupación				
18. Responsabilizo a mi pareja de la malformación				
19. Siento que mi vida tiene un propósito especial desde el nacimiento de mi hijo(a)				
20. Siento una relación cercana con mi hijo(a)				
21. He tenido dificultades con el sueño				
22. He tenido dificultades en la alimentación				
23. Se ha aislado de la gente por temor a los comentarios				
24. Ha buscado algún grupo de ayuda				

25. Ha dejado de asistir a reuniones familiares				
26. Ha tenido que cambiar de trabajo				
27. Ha desmejorado las relaciones con amigos del trabajo				
28. Cuenta con el apoyo de amigos y vecinos				
29. Ha recibido apoyo del personal médico				
30. Ha aumentado las preocupaciones económicas				
31. Ha empeorado la comunicación familiar				
32. Algunos familiares han rechazado la condición de la malformación				