

**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**FACTORES BIOSOCIOCULTURALES DE LA MADRE Y PESO DEL RECIÉN  
NACIDO A TÉRMINO. HOSPITAL DE APOYO OTUZCO. 2016.**

**Tesis para obtener el Título Profesional de:**

**LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**AUTORES:** BACH. ROSA MANUELA GARCIA FERRER

BACH. JUNELLY MARLENY MELENDEZ GRANDEZ

**ASESORA:** DRA. ELSA ROCÍO VARGAS DÍAZ

Trujillo-Perú

2016

**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**FACTORES BIOSOCIOCULTURALES DE LA MADRE Y PESO DEL RECIÉN  
NACIDO A TÉRMINO. HOSPITAL DE APOYO OTUZCO. 2016.**

**Tesis para obtener el Título Profesional de:**

**LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**AUTORES:** BACH. ROSA MANUELA GARCIA FERRER

BACH. JUNELLY MARLENY MELENDEZ GRANDEZ

**ASESORA:** DRA. ELSA ROCÍO VARGAS DÍAZ

Trujillo-Perú

2016

## DEDICATORIA

**A mis queridos padres** Edith y Wuilian,

Por su amor y apoyo incondicional, por inculcarme valores y guiarme por el camino del bien, por luchar día a día para lograr mi meta de ser una profesional.

**A mis abuelitos** y demás familiares que a pesar de la distancia siempre estuvieron aconsejándome y brindándome su apoyo constante.

**JUNELLY MARLENY**

**A mi padre** Carlos Ferrer de la Cruz, por haberme apoyado en todo momento, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada por su amor infinito.

**A mi abuela** Manuela de la Cruz Zavaleta quien fue mi madre, por ser una mujer excepcional, los valores y los aportes que me ha dado para mi vida son invaluable, nunca te olvidaré, te amo.

**ROSA MANUELA**

## AGRADECIMIENTO

**A Dios** que en todo momento está con nosotras ayudándonos a aprender de nuestros errores y a no cometerlos otra vez, por todas las bendiciones que nos regala, por ayudarnos a superarnos y ser mejor cada día. Eres quien guía el camino de nuestras vidas.

A nuestra asesora la **Dra. Elsa Rocío Vargas Díaz**, por su apoyo y enseñanza en la realización de este trabajo de investigación.

A **las madres** de los recién nacidos a término, por su colaboración en la realización de la presente investigación.

**JUNELLY Y ROSA**

## TABLA DE CONTENIDOS

	Pág.
DEDICATORIA.....	i
AGRADECIMIENTO.....	iii
TABLA DE CONTENIDOS.....	iv
ÍNDICE DE TABLAS.....	v
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	vi
RESUMEN.....	vii
ABSTRACT.....	viii
I.- INTRODUCCIÓN.....	1
II.- MATERIAL Y MÉTODO.....	21
III.- RESULTADOS.....	29
IV.- DISCUSIÓN.....	35
V.- CONCLUSIONES.....	42
VI.- RECOMENDACIONES.....	43
VII.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	44
ANEXOS.....	51

## ÍNDICE DE TABLAS

	<b>Pág.</b>
1. <b>TABLA N° 1:</b> Factores biosocioculturales de la madre del recién nacido a término. Hospital de Apoyo Otuzco.2016. .....	31
2. <b>TABLA N° 2:</b> Peso del recién nacido a término. Hospital de Apoyo Otuzco. 2016.....	33
3. <b>TABLA N° 3:</b> Relación entre los factores biosocioculturales de la madre y peso del recién nacido a término. Hospital de Apoyo Otuzco.2016.....	35

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

	<b>Pág.</b>
1. <b>GRÁFICO N°1:</b> Factores biosocioculturales de la madre del recién nacido a término. Hospital de Apoyo Otuzco.2016. .....	32
2. <b>GRÁFICO N°2:</b> Peso del recién nacido a término. Hospital de Apoyo Otuzco 2016.....	34

## RESUMEN

El objetivo de este estudio es determinar la relación entre los factores biosocioculturales de la madre y peso del recién nacido a término. Hospital de Apoyo Otuzco.2016. La presente investigación es de tipo prospectivo correlacional y de corte transversal. La población en estudio estuvo conformada por 40 madres de recién nacidos a término. Se aplicó un instrumento creado por Rubio y Salazar (2012), modificado por las autoras para identificar los factores biosocioculturales de la madre y peso del recién nacido a término. Se encontró que el 75% de recién nacidos presentan peso adecuado del cual el mayor porcentaje de madres en un 33% se encuentran entre 25-29 años y el 35% son multíparas. El 15% de recién nacidos a término tienen peso bajo al nacer del cual el 13% son madres menores de 20 años y el 8% son primíparas. Aplicada a la prueba estadística Gamma (valor- $p < 0.05$ ), los factores que se relacionan con el peso del recién nacido a término son la edad y paridad.

**Palabras Claves:** Factores biosocioculturales de la madre- peso del recién nacido –recién nacido a término.

## ABSTRACT

The objective in this study is to determine the relationship between the biosociocultural factors of the mother and weight of the newborn to term. Otuzco support hospital. 2016. This research correlational prospective and cross-sectional. The study population consisted of 40 mothers of newborns to term. An instrument was applied created by Rubio y Salazar (2012), modified by the authors to identify the biosociocultural factors of the mother and weight of the newborn to term. It was found that 75% of newborns presented adequate weight of which the largest percentage of mothers in a 33% to find between 25-29 years and 35% are multiparous. That 15% of the newborn to term to have low weight of which 13% are mothers smaller of twenty years and 8% are primiparity. It applied to statistical Gamma test ( $p$ -value  $<0.05$ ), that factors that relate to the newborn weight at term are age and parity.

**Keywords:** Biological and sociocultural factors of the mother- birth weight – term babies.

## I. INTRODUCCIÓN

Un adecuado crecimiento fetal intrauterino determina un peso normal al nacimiento, sinónimo de bienestar y salud en el recién nacido. Para obtener tales resultados, el binomio madre-hijo debe interactuar biológicamente dentro de un adecuado ecosistema que garantice su integridad. Por lo tanto, todos aquellos sucesos negativos que alteren el desarrollo y crecimiento embrionario-fetal serán los causales directos del peso al nacer (33).

El peso del recién nacido se ha constituido en una de las variables predictoras de la morbilidad y la mortalidad infantil. Cuanto menor es el peso, mayor es la probabilidad de morir durante el primer año de vida, siendo el bajo peso al nacer el mayor determinante de la mortalidad en este grupo poblacional y el responsable del 66 % de todas las muertes neonatales (33).

Asimismo, una de las variables antropométricas más utilizadas para evaluar el crecimiento fetal es el peso al nacer y una tabla que relacione éste con la edad gestacional en ese momento, permite la clasificación de los recién nacidos según los percentiles, por ejemplo: recién nacidos grandes, los que se encuentran por encima del percentil 90 o recién nacidos pequeños, los que se hallan por debajo del percentil 10 (21).

El peso al nacer se considera entre 2.500g o menos de 4.000g. Es ligeramente superior en los niños y en los segundos hijos, depende de

varios factores como la constitución corporal de los padres, el estado de nutrición de la madre, los hábitos tóxicos (consumo de alcohol, drogas, entre otros) durante la gestación, la raza, etc (13).

Tanto los recién nacidos grandes para la edad gestacional como los pequeños, son considerados poblaciones de alto riesgo para presentar problemas de morbimortalidad. Entre los recién nacidos grandes los problemas más comunes son los traumatismos fetales y los trastornos del metabolismo; en los recién nacidos pequeños, lo son las afecciones perinatales, las anomalías congénitas y las enfermedades infecciosas. Las tasas de mortalidad entre los recién nacidos pequeños son de cinco a seis veces mayores que las que presentan los neonatos con crecimiento normal para la misma edad gestacional (7,21).

En España, el peso medio de los recién nacidos se redujo entre 1990 y 2011. Un 8,1% de los nacimientos ocurridos en el 2011 tuvieron un peso inferior a 2500 gramos, porcentaje superior al 5,2% registrado en 1990. Esta tendencia creciente en el porcentaje de nacimientos con bajo peso se viene observando desde hace tres lustros. No obstante, desde el 2007 el porcentaje se ha estabilizado al 8,0%. El hecho de que dicha tendencia en la tasa de nacimientos con bajo peso haya sido similar en todos los grupos de edad, excluye algunas causas asociadas a la edad de la madre, mientras que la observación en otros países y en todas las comunidades autónomas nos sugiere la existencia de otros factores. El incremento en el porcentaje de nacidos con bajo peso entre los nacidos a término fue menor:

de 3,0% en 1997 se pasó a 3,5% en 2007 y a partir de 2008 la cifra se mantuvo estabilizada en 3,8% hasta 2011 (27).

Guatemala, en el primer trimestre del 2014, el 87.8% del total de nacimientos registraron un peso adecuado al nacer (5.5 libras o más), mientras que en el 12.1% de los casos, se registró bajo peso al nacer. Del total de nacimientos con bajo peso al nacer, 0.4% presentan muy bajo peso al nacer (menos de 3.3 libras) y 0.2% extremadamente bajo peso al nacer (menos de 2.2 libras) (35).

En Perú, durante el 2015, el 61% de los neonatos, nacieron con un peso entre 2500 gr y 3499 gr; el 32% nació con más de 3500 gr y el 6% con un peso entre 1500 gr y 2499 gr. Con porcentajes menores al 1% se encuentran los neonatos que nacieron con menos de 1500 gr (37).

El análisis al interior de las regiones indica que en 15 de ellas más del 61% de los neonatos tienen pesos entre 2500 gr, y 3499 gr, siendo las regiones de Huancavelica (73,7%), Pasco (72%) y Ayacucho (70,5%) donde se presentan los mayores porcentajes. Por otro lado, en la región Tacna 5 de cada 10 nacidos vivos presentan pesos mayores a 3500gr., seguido de las regiones de Moquegua (44,9%), Ica (39%), Madre de Dios (38,8%), Lima (38,7%), Arequipa (38,5%), Callao (37,4%) y La Libertad (32,6%). El resto de regiones presenta porcentajes menores al promedio nacional. Los neonatos que nacieron con pesos menores a los 2500 gr, se observan con porcentajes de 9,5% en la región Pasco, 9,2% en Cajamarca,

8,5% en la región Loreto y 8,4% en la región Junín. En el resto de regiones presentan porcentajes menores al 8% (37).

Ministerio de Salud (MINS), cuenta con un sistema de información perinatal (SIP), en el Hospital Regional Docente de Trujillo en el año 2015, de un total de 1953 historias clínicas seleccionadas desde el 01 de enero hasta el 31 de diciembre, se encontró que el 5.17%(101) tuvieron un peso de 500-2499 gramos, 61.44% (1200) tuvieron un peso 2500-3499 gramos y el 33.38% (652) un peso de 3500- 6000 gramos (25).

El embarazo o gravidez (de grávido, y este del latín gravidus) es el período que transcurre entre la implantación del cigoto en el útero, hasta el momento del parto, en cuanto a los significativos cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, como la interrupción de los ciclos menstruales, o el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia. El término gestación hace referencia a los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno (33).

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) el embarazo comienza cuando termina la implantación del embrión en el útero, ya que, en muchos casos, el óvulo es fecundado, pero no llega a implantarse y el embarazo no comienza. La implantación es un proceso que comienza unos 5 ó 6 días después de la fecundación y que consiste en la adherencia del blastocito a

la pared del útero, cuando esté atraviesa el endometrio e invade el estroma, luego la superficie del epitelio se cierra y se completa el proceso de nidación, comenzando entonces el embarazo (40).

El crecimiento intrauterino es un proceso complejo en virtud del cual a partir de una única célula se forma un ser pluricelular con órganos y tejidos bien diferenciados. Comprende dos períodos: la embriogénesis que se extiende hasta la 12<sup>a</sup> semana durante la cual se forman los diferentes órganos del feto y el período fetal en el que prosigue su maduración funcional hasta alcanzar un grado compatible con la adaptación a la vida extrauterina. Se caracteriza por un gran incremento en el número de células, por su diferenciación y maduración funcional para formar los diferentes órganos y tejidos, con la particularidad de que el ritmo de maduración difiere de unos órganos a otros (18,31).

El crecimiento y el desarrollo se caracterizan por un aumento del tamaño, una creciente complejidad estructural y la maduración de las funciones. Es un proceso muy organizado en el que se coordinan secuencialmente cambios complejos y se integran modificaciones a nivel molecular y celular para permitir el desarrollo del organismo. Cualquier influencia adversa sobre este proceso puede tener consecuencias cuya magnitud dependerá de la naturaleza, el momento, la duración y la intensidad de la perturbación. El crecimiento del feto durante la gestación depende especialmente de factores maternos, como el estado nutricional con que la madre enfrenta el embarazo, el ascenso de peso durante el

embarazo, el estado de salud materno y el buen funcionamiento de la unidad feto placentaria; asimismo, si la información genética es adecuada y el medio ambiente propicio se darían las condiciones óptimas para obtener un crecimiento y desarrollo de acuerdo al potencial genético familiar (5,31).

Según la OMS un recién nacido a término es un niño que tiene menos de 28 días. Bien sea por parto o por cesárea; con edad gestacional de 37-41 semanas con un peso mayor a 2500 gramos; estos 28 primeros días de vida son los que comportan un mayor riesgo de muerte para el niño. Por este motivo, es esencial ofrecer una alimentación y una atención adecuada durante este periodo con el fin de aumentar las probabilidades de supervivencia del niño y construir los cimientos de una vida con buena salud (21, 30, 33).

El recién nacido puede presentar aspectos muy diferentes atendiendo a numerosos factores propios, de su madre o del periodo gestacional. Por otra parte, existen numerosos fenómenos transicionales, derivados de la adaptación del neonato al nuevo entorno en el que se desenvuelve, este hecho conlleva una serie de cambios (16).

Los parámetros físicos de un neonato al nacimiento son la longitud, el peso y el perímetro cefálico. En la longitud influyen factores genéticos y las condiciones de gestación. A diferencia del peso, no suele haber pérdida

fisiológica de talla. El perímetro cefálico muestra indirectamente en qué condiciones está el cerebro (macro o microcefalia) (7).

El peso promedio común para varones está entre 2,500 y 4,150 kg. La talla entre 47 y 55 cm. El perímetro craneal está entre 32,6 y 37,2 cm. Para niñas el peso promedio está entre 2,500 y 3,800 kg. La talla entre 45 y 55 cm. El perímetro craneal está entre 32,1 y 35,9 cm. El perímetro torácico oscila entre 31 y 35 cm. El peso al nacer es el primer peso del infante medido después del nacimiento y esta debería ser medido dentro de la primera hora después del nacimiento, antes de la pérdida apreciable de peso postnatal (21).

El peso al nacer refleja la experiencia intrauterina; no sólo es un buen indicador del estado de salud y de nutrición de la madre, sino también de las probabilidades de supervivencia, crecimiento, salud a largo plazo y desarrollo psicosocial del recién nacido. Dado que algunos de estos factores son prevenibles antes y durante el embarazo, la implantación de medidas de salud pública adecuadas y la inversión de recursos, con especial énfasis desde los primeros niveles asistenciales, serían más rentables que la finalización de servicios neonatales para esta causa (21).

Es muy importante identificar los principales factores biosocioculturales maternos durante el embarazo que se asocian con el peso del recién nacido en nuestra población, con el fin de brindar una mejor orientación sobre ellos en nuestra comunidad, de esta manera lograr dirigir mejor las medidas de

acción y de participación para su prevención, así llegar a mantener los indicadores dentro de los parámetros establecidos (40).

Dado a que el peso al nacer es el indicador más potente de la mortalidad neonatal y que para poder disminuir la mortalidad infantil en nuestra población es necesario lograr bajos índices de bajo peso al nacer, ello nos exhorta al estudio de los posibles factores asociados en nuestro medio y así poder reducir la mortalidad infantil con mayor eficiencia, ya que es más económico educar y controlar a las mujeres para que planifiquen sus embarazos a edades adecuadas, con periodos adecuados entre cada embarazo, que logren un aumento de peso mayor de 8 kg durante el embarazo y el control de otros factores biosocioculturales para así evitar la experiencia a nuestros niños del paso por la unidad de cuidados intensivos neonatales y utilizando una gran cantidad de recursos y alta tecnología para salvarlos al estar deprimidos y con evolución desfavorable (4,36).

Una de las formas para evitar alteraciones en el peso del recién nacido, es lograr que la mujer en edad fértil llegue al embarazo en buen estado de salud, con la reducción al mínimo posible de los diferentes factores biosocioculturales presentes en la mujer desde la etapa preconcepcional. Existen múltiples factores biosocioculturales que influyen en el peso del recién nacido, entendiéndose como factores biosocioculturales a la relación entre lo biológico y lo sociocultural interrelacionados e interdependientes

de tal manera que se afirma una nueva realidad; donde lo social es el conjunto de relaciones que se establece entre las personas (19, 21, 28,38).

La distribución del peso al nacer sigue una curva normal con inclinación hacia los valores bajos debido a un exceso de niños con peso bajo y muy bajo al nacer, comparados con el número de niños de peso alto. Este exceso es especialmente perceptible en las poblaciones de países en desarrollo. Wilcox y Russell sugirieron en 1986 que esta distribución puede fraccionarse al menos en dos sectores simétricamente distribuidos. El sector mayor incluye a los niños de peso normal al nacer; el otro, a los más pequeños. Este segundo grupo crítico parece verse afectado por una serie de factores definibles y ello tiene repercusiones importantes en el desarrollo de estrategias de prevención (24).

Pese a los continuos adelantos médicos, el conocimiento de las causas básicas de estas alteraciones en el peso sigue siendo parcial. Aunque muchos de los factores biosocioculturales conocidos solo pueden considerarse marcadores de las causas verdaderas y subyacentes, pueden ser muy útiles para identificar grupos de riesgo en la población (40).

Las condiciones de un individuo al nacer repercuten acentuadamente en su desarrollo físico e intelectual a lo largo de la vida. Esto justifica la prioridad que debe darse a las medidas que permiten lograr las mejores condiciones posibles para el recién nacido. El bajo peso neonatal es una muestra de la salud materno-fetal durante su embarazo, además es una

variable expresamente relacionada con la morbilidad y mortalidad neonatal e infantil, también con el bienestar de la madre y su hijo en el período del posparto donde tiene un evidente impacto (21,33).

Existen muchos factores biosocioculturales que pueden llevar a la madre a tener un recién nacido con peso no adecuado entre ellos se encuentra: edad materna, paridad, nivel económico, grado de instrucción, procedencia y religión. La edad materna, es un factor biológico asociado con el peso al nacer; los riesgos de la salud de la madre y del hijo se incrementan cuando la gestante es adolescente o tiene más de 35 años, debido a que las condiciones biosocioculturales repercuten en mayor cuantía y existe una incidencia más alta de complicaciones obstétricas, amenaza de parto prematuro, ruptura prematura de membranas, diabetes mellitus, hipertensión inducida por la gestación entre otras. La incidencia del bajo peso al nacer es más elevada para los hijos de madres menores de 20 años y mayores de 35 años, que en las mujeres entre 20 a 35 años (8,21).

Existe una edad materna ideal para la reproducción, la que está comprendida entre 18 y 35 años. Por debajo o por encima de estos límites, el peso de los recién nacidos varía. En consecuencia, es también mayor la mortalidad neonatal. La extrema juventud supone una menor capacidad de adaptación a los cambios que se producen durante la gestación y experimenta variaciones biológicas que pueden afectar el peso del recién nacido. Las repercusiones en el crecimiento se reflejan en la disminución

de las medidas antropométricas, pueden incluso interesar la vida intelectual, emocional y psíquica del niño. La edad avanzada (cuarenta años y más) ejerce un efecto adverso sobre la morbimortalidad materna y perinatal; el embarazo en esta edad es peligroso puede existir rigidez tisular, trastornos de implantación y de vascularización, que se hacen evidentes alterando el crecimiento fetal (7,19).

La paridad es el acto de haber dado a luz por cualquier vía (vaginal o por cesárea). Uno o más productos (vivos o muertos), cuyo peso al nacer fue de 500 gr o más o que poseen más de 20 semanas. Si no alcanza este peso o edad gestacional el producto se denomina aborto. La paridad como factor biológico es importante, se ha comprobado que el peso del primer hijo es menor que el de los subsiguientes. Así como también que las curvas de crecimiento intrauterino para primogénitos, muestran en las 38 semanas de amenorrea, un peso promedio 100 gr. menor que las curvas de neonatos hijos de madres segundigestas (3,6).

Niswander y Gordon observan que el peso promedio de los productos va aumentando, desde el segundo hijo hasta el quinto, descendiendo a partir del sexto. El efecto de la paridad por sí sola, sobre el peso de los neonatos es muy discutido. Así Camilleri considera que el descenso del peso promedio de recién nacidos a partir del quinto hijo, se debería más a condiciones socio económicas desfavorables, que al factor paridad (6,7).

Otro factor es el nivel económico que se interrelaciona con el nivel educativo y limita el poder adquisitivo de la unidad familiar, genera altos índices de malnutrición en las gestantes, lo cual afecta de manera negativa el pronóstico del recién nacido. Las condiciones económicas, pueden influir en la adopción de una conducta como el no asistir al programa de control prenatal. Los países de las Américas han reconocido hace tiempo que la salud de la madre y el niño en particular el desarrollo y la supervivencia de este último, es esencial para el progreso social en el que están desarrollándose y que los programas de salud materno infantil que hacen hincapié en la supervivencia, crecimiento y desarrollo del niño tienen prioridad (24).

En cuanto al grado de instrucción, es el grado de conocimientos que adquiere la persona durante su ciclo vital, considerando los estudios que realiza, orientados al nivel primario, secundario y/o superior; que proporciona a la madre la formación de su personalidad propia, permitiéndole informarse y desempeñarse con responsabilidad en el embarazo. Asimismo, cuando el nivel educativo es deficiente, el cuidado y hábitos que una mujer debe seguir durante su embarazo se ve distorsionado, lo que constituye un riesgo de posible variación en el peso del recién nacido (17).

Por ello mientras mayor sea el nivel educativo, menor es el riesgo de un embarazo precoz y/o tardío por consiguiente está en riesgo de sufrir variación en el peso del recién nacido. Lo cual tiene gran influencia en su

vida; ya que la educación es la clave para aumentar las posibilidades a aprender cómo controlar sus propias vidas y abrir las puertas a mejores oportunidades laborales (32).

Por lo tanto, el grado de instrucción de la madre es un factor primordial que puede afectar el peso del recién nacido, ya que como se ha descrito la educación es el medicamento contra el fatalismo. Las mujeres analfabetas de los sectores rurales no entienden de la fisiología de la reproducción o como controlarla en consecuencia, aceptan el embarazo como una voluntad divina, una mujer sin educación está menos informada e indispuesta a buscar cuidados para su salud y atención médica (40).

La procedencia, es otro de los factores que puede afectar el peso del recién nacido a término, es el lugar de origen de una persona en este caso de la madre. Diversos estudios han demostrado que en la región de la costa, la incidencia de bajo peso al nacer es menor que en la sierra y selva, como reflejo de mejores condiciones de vida: saneamiento ambiental, educación, nutrición, acceso a establecimientos de salud y salarios, que son expresión de mejores niveles socioeconómicos (34).

La religión es otro factor relevante, según la Real Academia de la Lengua Española es un sistema compartido de creencias y prácticas asociadas, que se articulan en torno a la naturaleza de las fuerzas que configuran el destino de los seres humanos. Sin lugar a dudas la religión o creencia a la que se apegue la madre jugará un papel determinante en la

decisión final de esta, ya que éste es el entorno social en el que se desenvuelve y además de ello la religión o creencia que esta tenga implanta a lo largo de su vida una moral y una ética que le hará más fácil asumir el rol que le corresponde como madre (34).

Según Madeleine Leininger en su Teoría de la Diversidad y la Universalidad del cuidado nos habla sobre los factores socioculturales descritos anteriormente. Esta teoría se basa en que las personas de diferentes culturas pueden ofrecer información la que orienta a los profesionales para brindar la clase de cuidados que desean o necesitan las personas. Además, ayuda a las enfermeras a descubrir el mundo del paciente y a utilizar sus puntos de visión interna, sus conocimientos y sus prácticas en conjunto. Además, presenta como objetivo en suministrar una asistencia coherente con el entorno cultural (23)

Leininger declara que con el tiempo habrá un nuevo tipo de práctica enfermera que reflejara los distintos tipos de enfermería, los cuales se definirán y basaran en la cultura y serán específicos para guiar los cuidados enfermeros dirigidos a individuos, familias, grupos e instituciones. La finalidad de esta teoría consiste en descubrir los puntos de vista internos personales o culturales, relativos al cuidado que tiene la persona. Teniendo como meta poder suministrar cuidados responsables y coherentes culturalmente, que se ajusten a las necesidades, valores, creencias y modos de vida de las personas (23).

Moya M. (2010) en su investigación "Peso al nacer en recién nacidos atendidos en el Hospital Ginecoobstétrico Isidro Ayora durante el segundo trimestre del año 2010" Ecuador. Es una investigación de tipo descriptivo. Los niños que fueron incluidos en el estudio son todos aquellos que fueron atendidos en la Maternidad durante el segundo trimestre del 2010, muestra que representa el 26.4% de los nacimientos totales entre enero y noviembre del año mencionado. Mediante promedios, porcentajes y desviaciones estándar, se pudo comprobar que la incidencia de bajo peso al nacer es de 9%, en el caso de peso normal al nacer, la incidencia es de 79% y de peso elevado del 12% (29).

Villamonte W; Jerím; Lajo L y Col (2011), en su investigación trilogía peso al nacer en las alturas del Perú, es una investigación de tipo descriptivo retrospectivo. Se evaluó el peso al nacer de 19 543 neonatos normales nacidos a término, de las ciudades de Lima (150 m), Arequipa (2 340 m), Cusco (3 400 m), Puno (3 830 m) y Cerro de Pasco (4 340 m). Hubo diferencia significativa en el peso al nacer a término entre las ciudades estudiadas ( $p < 0,05$ ). La diferencia entre el peso promedio de los recién nacidos a término es alrededor de 55 g en las primeras 4 ciudades, pero se incrementa entre Puno y Cerro de Pasco a aproximadamente 250 g. Se observa una reducción significativa por encima de los 2 340 m y es mucho más marcado por encima de los 4 000 m. Los neonatos masculinos tienen más peso que los femeninos a diferentes niveles de altura (41).

Ticona, M. Huanco, D. (2012) en su investigación; características del peso al nacer en el Perú. Cap 1. "Factores maternos que influyen en el Peso al nacer" es una investigación de tipo retrospectivo, transversal, en 56 196 recién nacidos a término. El 19,4% fueron madres adolescentes y 11,2% mayores de 35 años, con un promedio de 25,6 años. El promedio de peso de recién nacidos fue 3.207 g. + 437 g., incrementándose conforme aumenta la edad materna; los RN de adolescentes presentaron 101 g. de peso menos que la población general y las mayores de 35 años 67 g. más ( $p < 0,01$ ). El 18,1% de madres tuvieron educación superior y 1,3% fueron analfabetas; el 61,9% de madres fueron primíparas; los recién nacidos de primíparas presentaron 18 g. menos que la población general, las multíparas y grandes multíparas 27 y 45 g. mayor respectivamente ( $p < 0,01$ ). La edad materna, escolaridad y paridad influyen significativamente en el peso del RN a término de hospitales del Ministerio de Salud del Perú (39).

Aguirre C. (2013) "Factores biológicos y sociales de la madre que influyen en el peso del neonato en el Hospital "Carlos Monge Medrano" Juliaca 2009 -2010". Los factores biológicos de la madre que más se identificaron porcentualmente con el peso del neonato fueron: La inadecuada ganancia de peso durante el embarazo con un 77.9% (menor de 8 kg.); seguido por el 61% la talla materna menor de 150 cm; el 49.6% fueron madres primíparas. Factores sociales que más influyen en el peso son: el grado de instrucción primaria con el 63.8%; por las madres de procedencia peri urbano 55.7%, madres convivientes 54%, madre que se

dedica al comercio 53.1% y por último el 44.2% a las madres menores de 19 años. Los factores biológicos y sociales de la madre que influyeron estadísticamente con el peso del neonato fueron: la talla materna menor de 150 cm., inadecuada ganancia de peso durante el embarazo (menor de 8 kg.) (1).

Herrera, C. y Col. "Influencia de la paridad, edad materna y edad gestacional en el peso del recién nacido". Se realizó en 730 gestantes normales que terminaron en parto eutócico en el servicio de obstetricia del HVLE -IPSS Trujillo. Se encontró 0.3 % de los RN fueron de peso bajo (<2500 g) y 5,8 % macrosómicos (> 4000 g). El peso promedio del RN estuvo influenciado por la edad gestacional: RNT (89,1%). El peso promedio del RN estuvo influenciado por la paridad: primíparas (38,9%) con promedio de 3090 g; multíparas (53,7%) con 3273 g y gran multíparas (7,4%) con 3371 g ( $P < 0.01$ ). El peso promedio del RN estuvo influenciado por la edad materna: adolescentes (0,86%) con promedio de 3120 g de 20 a 24 a. (19,45%) con 3183 g 25 a 29 a. (34,66%) con 3283 g 30 a 34 a. (25,4%) con 3302 g 35 a 39 a. (13,7%) con 3239 g y de 40 a 44 a. (5,47%) con 3134 g ( $P < 0.01$ ). CONCLUSIÓN: La paridad, edad materna y edad gestacional influyen significativamente en el peso del RN ( $P < 0,01$ ) (15).

En las investigaciones realizadas hay mucha discrepancia en cuanto a los factores que afectan el peso al nacer, llevando esto a generar una inquietud acerca de los factores biosocioculturales como la edad materna,

paridad, nivel económico, grado de instrucción, procedencia y religión que intervienen sobre la población en estudio.

Por otra parte, se ha observado en el Hospital de Apoyo Otuzco–Distrito Otuzco que la mayoría de las pacientes son de caseríos que pertenecen a Otuzco o de la misma ciudad y presentan algunos de los factores biosocioculturales mencionados anteriormente, y que podrían estar relacionados con el peso al nacer de sus recién nacidos a término, siendo este último un factor importante en las estadísticas que influyen en la morbimortalidad infantil a nivel de la región La Libertad.

Esta realidad problemática es de interés para los profesionales de salud, en especial para la enfermera ya que dentro de sus labores asistenciales le corresponde la promoción de la salud y la prevención oportuna de las enfermedades. Dentro de las prácticas pre profesionales especialmente al realizarse en los establecimientos de salud en el control y crecimiento del niño sano se observó que algunos factores biosocioculturales de la madre podrían estar influyendo en el peso del recién nacido; dentro de estos factores por ejemplo tenemos la edad; a medida que esto aumenta mayor es el riesgo de bajo peso; la paridad es otro factor ya que cuando mayor es el número de hijos el peso varía; y este factor mayormente va con la economía; cuanto más hijos se tiene mayor es el gasto; así mismo, a menor nivel de educación la población tiene menor conocimiento de la calidad de alimentos que deben consumir los niños; otro factor es la migración interna y su cultura porque se da para mejorar la calidad de vida para los miembros

de la familia pero siempre conservan y practican sus costumbres según su procedencia.

Todas estas vivencias que se tuvo durante nuestra formación académica nos dimos cuenta que estos factores podrían estar influyendo en el peso del recién nacido a término para lo cual es necesario realizar la presente investigación y de acuerdo a los resultados encontrados se tomen algunas medidas para beneficiar a la población, sobre todo al recién nacido, así como implementar estrategias para lograr tener recién nacidos con peso dentro de los parámetros normales. Así mismo, con los resultados de la investigación se dará apertura a otros estudios para conservar el peso de los recién nacidos a término, motivar el interés por los factores biosocioculturales de las madres y se establezcan actividades preventivo promocionales para mejorar y/o disminuirlos y a futuro mejorar los indicadores de morbimortalidad materno e infantil.

**¿Existe relación entre los factores biosocioculturales de la madre y peso del recién nacido a término. Hospital de Apoyo Otuzco. 2016?**

## OBJETIVOS

### OBJETIVO GENERAL:

- Determinar la relación que existe entre los factores biosocioculturales de la madre y el peso del recién nacido a término. Hospital de Apoyo Otuzco. 2016.

### OBJETIVO ESPECIFICO:

- Identificar, los factores biosocioculturales: la edad materna, paridad, nivel económico, grado de instrucción, procedencia y religión de la madre del recién nacido a término del Hospital de Apoyo Otuzco.
- Identificar el peso del recién nacido a término del Hospital de Apoyo Otuzco.

### HIPÓTESIS:

**Ha:** Los factores biosocioculturales de la madre (la edad materna, paridad, nivel económico, grado de instrucción, procedencia y religión) se relacionan con el peso del recién nacido.

**Ho:** Los factores biosocioculturales de la madre (la edad materna, paridad, nivel económico, grado de instrucción, procedencia y religión) no se relacionan con el peso del recién nacido.

## **II. MATERIAL Y MÉTODO**

### **2.1.MATERIAL:**

#### **2.1.1.Población:**

La población para el estudio estuvo conformada por 40 madres cuyo producto fue un recién nacido a término y fueron atendidas en el servicio de Gineco- obstetricia del Hospital de Apoyo Otuzco.

#### **1.1.2. Criterios de inclusión:**

- Madres de recién nacidos a término de parto eutócico y cesárea.
- Madres cuyo recién nacido no presente complicaciones.

#### **1.1.3. Criterios de exclusión:**

- Madres que no deseen colaborar.
- Madres de recién nacidos pre término y pos término.

#### **1.1.4. Universo Muestral.**

En el caso de las madres, se consideró el universo muestral, es decir estuvo constituido por las 40 madres y sus recién nacidos a término, que cumplieron con los criterios de inclusión.

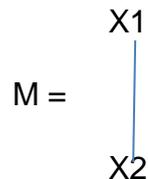
#### **1.1.5. Unidad de análisis**

Las madres de los recién nacidos a término que se encuentran en el servicio de Ginecobstetricia del Hospital de Apoyo Otuzco.

### **2.2.MÉTODO:**

#### **2.2.1. Tipo de estudio y diseño.**

Este estudio es de tipo prospectivo, porque se registran los hechos a medida que ocurren; correlacional, porque pretende medir el grado de relación y la manera cómo interactúan las variables entre sí; de corte transversal, porque la variable se dará en un determinado periodo de tiempo, haciendo un corte en el tiempo. (10,14)



Dónde:

**M=** Madres de recién nacidos a término que se encuentran en el servicio de Ginecología y Obstetricia.

**X1=** Factores biosocioculturales, (edad materna, paridad, nivel económico, grado de instrucción, procedencia y religión)

**X2=** Peso del recién nacido a término

## 2.2.2. Variables y Operacionalización de Variables

### Variable X1: Factores biosocioculturales

**a) Definición conceptual:** Son aquellas características biológicas, sociales y culturales de la madre que de alguna u otra forma influyen positivamente o negativamente en los hábitos maternos (22).

**b) Definición operacional:** Esta variable se operacionalizará a través de las dimensiones siguientes: edad materna, paridad, nivel económico, grado de instrucción, procedencia y religión.

**Edad materna:**

**a) Definición conceptual:** Número de años que transcurren desde el nacimiento de la madre hasta el momento de la entrevista (11).

**b) Definición operacional:** Se utilizará la siguiente escala

- Menor de 20 años
- 20-24 años
- 25-29 años
- 30-34 años
- 35 y más

**Paridad:**

**a) Definición conceptual:** Es el número de partos, tanto antes como después de las 20 semanas de gestación (3,12).

**b) Definición operacional:** Se considerará:

- Primípara: mujer que ha parido una sola vez uno o más fetos viables.
- Primiparidad precoz: cuando el primer parto ocurre antes de los 17 años.
- Multípara: es una mujer que ha llevado dos o más embarazos más allá de las 20 semanas de amenorrea.
- Gran multípara: mujer que ha parido 6 veces o más.
- Gran multípara añosa: mujer mayor de 40 años que ha parido 6 veces o más.

**Nivel económico:**

**a) Definición conceptual:** Es la situación económica de la familia. Los miembros de la familia pueden recibir ingresos por su actividad laboral, comercial o productiva.; el nivel de ingresos está asociado a la calidad de vida, a mayores ingresos, más consumo y ahorro. En cambio, con ingresos escasos o nulos, las familias no pueden satisfacer sus necesidades básicas (26).

**b) Definición operacional:** Se considerará:

- Bajo: obrero y no posee casa
- Medio: solo es cuidador del predio
- Alto: posee casa y terrenos.

#### **Grado de instrucción:**

**a) Definición conceptual:** Es definido como el grado máximo cursado por la madre en la educación formal de acuerdo al sistema educativo del país en el que se recibió la instrucción educativa (20).

**b) Definición operacional:** Se considerará:

- Sin instrucción: no cursa ningún grado de estudios.
- Primaria completa: cuando ha cursado del 1º al 6º grado.
- Primaria incompleta: cuando no ha llegado a completar 6º grado.
- Secundaria completa: cuando ha cursado del 1º al 5º grado.

- Secundaria incompleta: cuando no ha llegado a completar 5° grado.
- Superior completa: cuando ha cursado formación universitaria y/o técnica.
- Superior incompleta: cuando no ha llegado a culminar la carrera.

**Procedencia:**

**a) Definición conceptual:** Es el lugar de nacimiento de la madre y/o el lugar donde haya vivido la mayor parte de su vida (34).

**b) Definición operacional:** Se considerará:

- Urbana: cuando procede de la ciudad.
- Rural: cuando procede de zonas alejadas de la ciudad.

**Religión:**

**a) Definición Conceptual:** Es una forma de vida o creencia basada en una relación esencial de una persona con el universo, o con uno o varios dioses (2).

**b) Definición Operacional:**

- Católico
- Cristiano
- Otras religiones

**Variable X2: Peso del recién nacido**

**a) Definición conceptual:** Es la medida antropométrica más utilizada, ya que se puede obtener con gran facilidad y precisión. Es un reflejo de la masa corporal total de un individuo (tejido magro, tejido graso, tejido óseo, fluidos intra y extracelulares) y es de suma importancia para monitorear el crecimiento de los niños, reflejando el balance energético (9).

**b) Definición operacional:** Se medirá a través de los siguientes indicadores:

- Bajo Peso al nacer: Neonatos con menos de 2500 gr.
- Peso adecuado al nacer: Neonatos con más de 2500 gr o menos de 4000 gr.
- Peso elevado al nacer: Neonatos con más de 4000 gr.

### **2.2.3. Procedimientos para la recolección de datos**

Para la realización del presente estudio de investigación se solicitó permiso a la Dirección Ejecutiva del Hospital de Apoyo Otuzco, así como del médico jefe del servicio de Ginecobstetricia. Posteriormente se seleccionó a las madres, cuyo parto fue atendido y su recién nacido fue a término en el Servicio de Ginecobastricia del Hospital de Apoyo Otuzco. Se le explicó a cada una de las madres sobre el propósito de la investigación solicitando su participación y como debe ser el llenado de la encuesta que se le aplicó. Concluido el llenado de la encuesta se procedió a verificar que todos los ítems hayan sido llenados correctamente.

### **2.2.4. Procedimientos para garantizar aspectos éticos:**

Se les informó a las madres de los recién nacidos a término acerca del trabajo a desarrollar. A través del consentimiento informado se documenta la decisión de participar de manera voluntaria después de haber recibido una explicación sobre la investigación para aplicar los instrumentos, sin afectar la credibilidad (valor de la verdad, cuando las personas reconocen que lo leído es cierto). Por ello esta investigación se llevó a cabo con los principios éticos de Confidencialidad que fueron propuestos por la Organización Internacional de Estandarización (ISO) a nivel internacional y esta establecidas en el código Deontológico de enfermería según Artículo 89 (la enfermera debe mantener el secreto profesional para proteger el derecho del paciente a la confidencialidad de los datos que le ha proporcionado, no debiendo divulgarlos, salvo expresa autorización). Así mismo se consideró el principio de dignidad humana que consistió en dejar que el participante conteste los ítems correspondientes, sin ningún tipo de coacción, así mismo se aseguró un ambiente tranquilo. Se tuvo en cuenta todas las precauciones necesarias para evitar daños físicos y psicológicos cumpliendo con el principio de beneficencia.

#### **2.2.5. Instrumento de recolección de datos:**

El procedimiento de recolección de información en la presente investigación se realizará a través del siguiente instrumento:

## **1. Ficha para determinar los factores biosocioculturales de la madre y peso del recién nacido a término del Hospital de Apoyo Otuzco. 2016**

Este instrumento fue elaborado por Rubio y Salazar (2012), modificado por las autoras del presente estudio y reúnen las condiciones necesarias para determinar los factores biosocioculturales de la madre y obtener datos sobre el recién nacido. (Anexo 01)

Consta de dos partes la primera que está relacionada a obtener datos sobre los factores biosocioculturales de la madre conformada por 2 Ítems como son biológicos (edad materna y paridad), sociocultural (grado de instrucción, nivel económico, procedencia y religión). La segunda parte relacionada a obtener datos sobre el recién nacido conformada por 3 Ítems como son edad gestacional, peso y talla.

### **2.2.6. Métodos y análisis de datos:**

Los datos que se obtuvieron fueron procesados y presentados en tablas con frecuencia absolutas y relativas e ilustrado en gráficos de barras. Los datos se procesaron en el paquete estadístico IBM SPSS STATISTICS versión 23. La relación de las variables se analizó a través de la prueba gamma, dado que las variables son cualitativas y se miden en escala ordinal, la decisión estadística de relación se decidió teniendo en cuenta el valor  $p:0.028 < 0.05$ .

# **III.RESULTADOS**

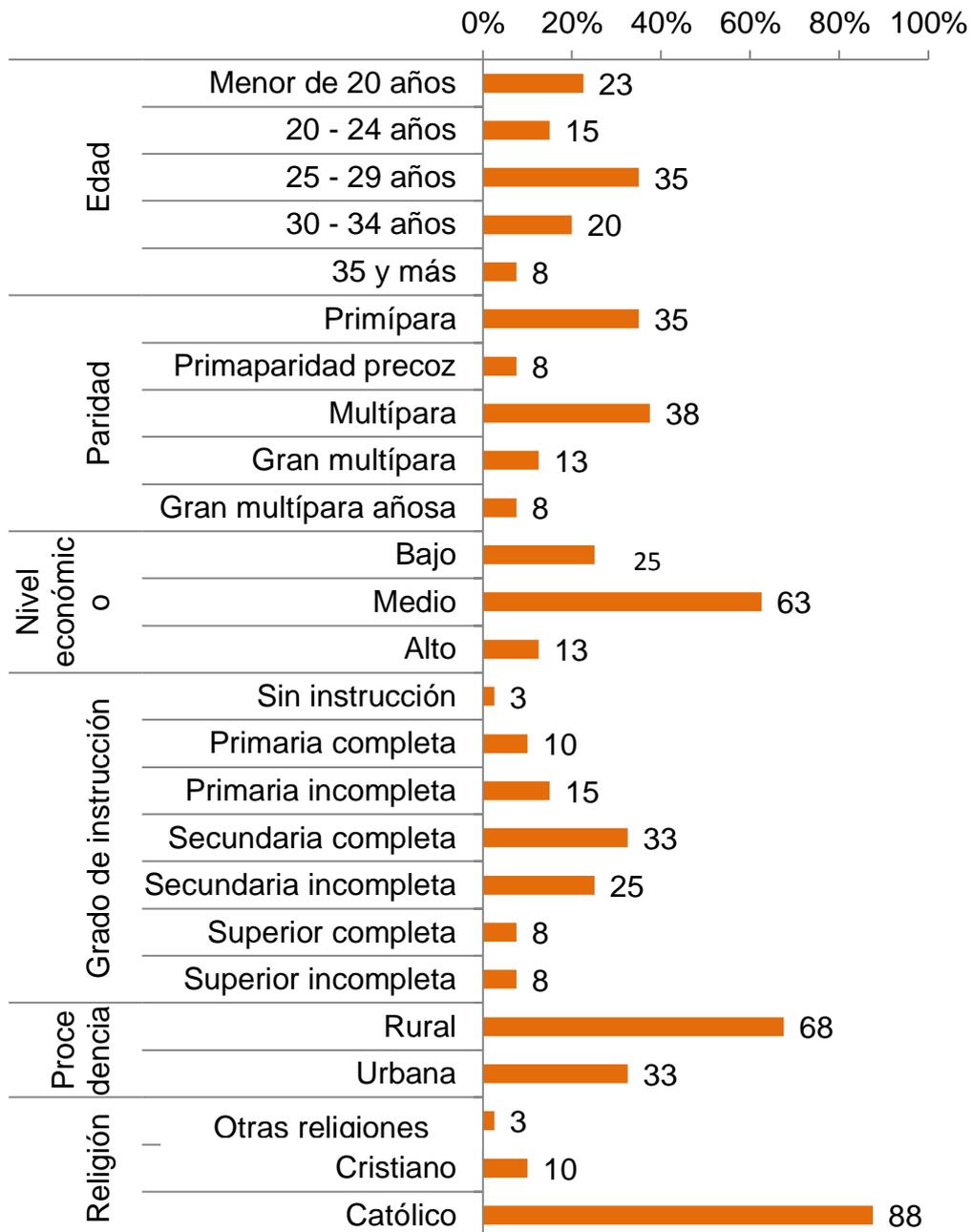
**TABLA N°1****Factores biosocioculturales de la madre del recién nacido a término  
del Hospital de Apoyo Otuzco. 2016.**

Factores biosocioculturales		Nº	%
Edad	Menor de 20 años	9	23
	20 - 24 años	6	15
	25 - 29 años	14	35
	30 - 34 años	8	20
	35 y más	3	8
Paridad	Primípara	14	35
	Primiparidad precoz	3	8
	Múltipara	15	38
	Gran múltipara	5	13
	Gran múltipara añosa	3	8
Nivel económico	Bajo	10	25
	Medio	25	63
	Alto	5	13
Grado de instrucción	Sin instrucción	1	3
	Primaria completa	4	10
	Primaria incompleta	6	15
	Secundaria completa	13	33
	Secundaria incompleta	10	25
	Superior completa	3	8
	Superior incompleta	3	8
Procedencia	Rural	27	68
	Urbana	13	33
Religión	Otras religiones	1	3
	Cristiano	4	10
	Católico	35	88
Total		40	100

Fuente: Aplicación de cuestionario a participantes.

## GRÁFICO N°1

### Factores biosocioculturales de la madre del recién nacido a término del Hospital de Apoyo Otuzco. 2016.



Fuente: Tabla N°1

## TABLA N°2

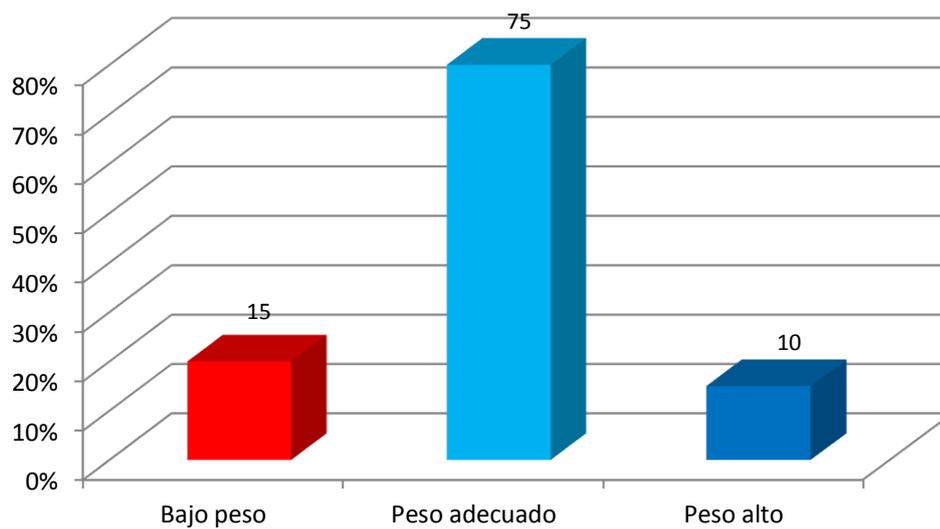
### Peso del recién nacido a término del Hospital de Apoyo Otuzco.2016.

Peso del recién nacido	Nº	%
Bajo peso	6	15
Peso adecuado	30	75
Peso alto	4	10
Total	40	100

Fuente: Aplicación de cuestionario a participantes.

## GRÁFICO N°2

Peso del recién nacido a término del Hospital de Apoyo Otuzco.2016.



Fuente: Tabla N°2

**TABLA N° 3**  
**Relación entre los factores biosocioculturales de la madre y peso del recién nacido a término. Hospital de Apoyo Otuzco.2016**

Factores biosocioculturales	Peso del recién nacido						Total	Estadístico Gamma	valor-p
	Bajo peso		Peso adecuado		Peso alto				
	N <sup>a</sup>	%	N <sup>a</sup>	%	N <sup>o</sup>	%			
Edad	Menor de 20 años	5	13	4	10	0	0	0.768	0.003*
	20 - 24 años	0	0	6	15	0	0		
	25 - 29 años	0	0	13	33	1	3		
	30 - 34 años	1	3	6	15	1	3		
	35 y más	0	0	1	3	2	5		
Paridad	Primípara	3	8	11	28	0	0	0.730	0.002*
	Primiparidad precoz	2	5	1	3	0	0		
	Múltipara	1	3	14	35	0	0		
	Gran múltipara	0	0	3	8	2	5		
	Gran múltipara añosa	0	0	1	3	2	5		
Nivel económico	Bajo	2	5	8	20	0	0	0.578	0.055
	Medio	4	10	19	48	2	5		
	Alto	0	0	3	8	2	5		
Grado de instrucción	Sin instrucción	0	0	1	3	0	0	-0.230	0.393
	Primaria completa	0	0	2	5	2	5		
	Primaria incompleta	0	0	6	15	0	0		
	Secundaria completa	2	5	11	28	0	0		
	Secundaria incompleta	4	10	6	15	0	0		
	Superior completa	0	0	2	5	1	3		
	Superior incompleta	0	0	2	5	1	3		
Procedencia	Rural	5	13	20	50	2	5	0.408	0.243
	Urbana	1	3	10	25	2	5		
Religión	Otras religiones	0	0	1	3	0	0	0.682	0.144
	Cristiano	2	5	2	5	0	0		
	Católico	4	10	27	68	4	10		
Total		6	15	30	75	4	10		

Fuente: Datos provenientes del cruce de variables

\* Significativo (valor-p < 0.05)

#### IV.DISCUSIÓN

En el presente trabajo de investigación factores biosocioculturales de la madre y peso del recién nacido a término realizado en el Hospital de Apoyo Otuzco. 2016; se obtuvieron los siguientes resultados:

**En la tabla y gráfico N°1;** Se puede observar a diversos factores biosocioculturales de la madre, evidenciando que para el factor edad hay un 35% que se encuentran entre los 25-29 años representando el mayor porcentaje, siendo el menor porcentaje las madres mayores de 35 años representados por un 8%. En el factor paridad se encontró que un 38% fueron madres multíparas siendo estas las de mayor porcentaje y con un menor porcentaje está la gran multípara añosa representada por un 8%, teniendo el mismo resultado para la primiparidad precoz. En el factor nivel económico se encontró que el mayor porcentaje fue nivel económico medio representado por un 63% y un 13 % tuvieron nivel económico alto. El 33% de madres tienen secundaria completa y el 3% sin grado de instrucción. El 68% de madres son de procedencia rural y el 33% restante son de procedencia urbana. Para el factor religión hay un 88% de madres que profesa la religión católica siendo el mayor porcentaje y un 3% son de otras religiones la cual es de menor porcentaje.

Nuestros hallazgos difieren con los reportados por Ticona, M. Huanco,D (2012). En su estudio Factores maternos que influyen en el peso al nacer, encontraron los mayores porcentajes. El factor edad fue 19.4% de madres adolescentes, en el factor educación el 18.1% de madres tuvieron

educación superior y para el factor paridad el 61.9% de madres fueron primíparas (38).

Como podemos ver en ambos estudios los resultados difieren, debido a que en los hallazgos del presente estudio, el 35% de madres se encuentra dentro de la edad óptima reproductiva, con lo cual las complicaciones relacionadas al peso del recién nacido son mínimas o casi nunca se presentan, sin embargo tenemos un gran porcentaje de madres adolescentes (23%) las cuales influenciadas por diferentes factores inician su vida sexual tempranamente como consecuencia de ello ocurren los embarazos; en la medida que la mujer es más joven tiene mayor probabilidad de tener niños prematuros o de bajo peso, originando incrementos en las tasas de morbilidad y mortalidad neonatal. La inmadurez biológica puede ser la explicación de estos resultados adversos; tal inmadurez tiene dos aspectos por una parte la inmadurez ginecológica y por otra, el hecho de quedar embarazada antes de haber completado su propio crecimiento.

Así mismo tenemos un 8% de madres mayores de 35 años, en este grupo etario se ve influenciado el aspecto biológico directamente en el peso del recién nacido. A medida que la edad materna aumenta, los recién nacidos tienden a tener un peso cada vez menor, fenómeno que se atribuye a la coexistencia de padecimientos pregestacionales y gestacionales porque puede existir rigidez tisular, trastornos de implantación y de vascularización, que condicionan mayor tasa de complicaciones perinatales, entre ellas bajo peso y crecimiento intrauterino retrasado, así como tasas mayores de mortalidad materna y perinatal (7,18).

También se encontró un porcentaje alto de madres multíparas (38%); es decir aquella mujer que ha pasado del periodo máximo de la procreación y que puede estar propensa a enfermedades circulatorias, metabólicas y regresivas, las cuales podrían aumentar las complicaciones durante el embarazo y parto.

Así mismo, el 63% de madres tienen un nivel económico medio, el cual favorece a una mejor calidad de vida para poder tener un recién nacido con peso dentro de los parámetros normales; un 25% son de nivel económico bajo donde existe una mayor tasa de prematuridad y de recién nacidos de bajo peso, ya que se relaciona con la nutrición materna inadecuada, también se lo asocia al limitado acceso a los servicios de salud repercutiendo en el pronóstico del recién nacido.

En cuanto al grado de instrucción el mayor porcentaje de 33% de madres tienen secundaria completa, el cual les permite mejorar la búsqueda de información, siendo capaces de aprender y poner en práctica lo aprendido con mayor facilidad; aspectos de salud como el cuidado integral de su niño, permitiendo actitudes favorables y así poder afrontar situaciones más complejas que puedan representar toma de decisiones de mayor importancia; ya que el conocimiento es reconocido como un factor determinante en el cambio de actitud de las personas. Por lo contrario, a las madres que tienen bajo nivel de instrucción se les presenta una barrera fuertemente limitante para captar y poner en práctica los conocimientos impartidos por los educadores, es por ello que la información errónea y confusa influyen notablemente sobre los estilos de vida. Todo esto demuestra que el grado de instrucción de la madre, puede tener un rol

importante como causa indirecta en la existencia de los problemas nutricionales teniendo mayor riesgo de bajo peso al nacer.

En cuanto a la procedencia el mayor porcentaje es rural con un 68%, factor de riesgo independiente de tener recién nacidos con alteraciones en el peso al nacer, sin embargo, este factor se ve influenciado por circunstancias externas como el medio de transporte de la madre, las condiciones de las carreteras, contar con el personal de salud capacitado y disponible, contar con los recursos materiales adecuados, el limitado acceso a diversos servicios como alimentos, medicamentos, entre otros; esto evidencia que de acuerdo a la procedencia se puede tener mejores oportunidades de atención sanitaria y si el recién nacido presenta problemas de salud, puede ser atendido oportunamente.

En cuanto a la religión el mayor porcentaje en un 88% son católicos y el menor porcentaje 3% son de otras religiones, la religión o creencia que profesa la madre jugará un papel determinante en la decisión final de esta, ya que éste es el entorno social en el que se desenvuelve y además de ello la religión o creencia que esta tenga implanta a lo largo de su vida una moral y una ética que le hará más fácil asumir el rol que le corresponde como madre (34).

En el presente estudio, se investigaron diversos factores biosocioculturales en la madre que influyen directa e indirectamente en el peso del recién nacido a término, mostrándonos de esta manera que para llevar un embarazo a término óptimo los padres deben de poner en práctica la paternidad responsable, planificar el número de hijos ideal, contar con

los recursos económicos y sanitarios necesarios e imprescindibles para formar una familia nuclear, feliz y saludable.

**En la tabla y gráfico N°2;** En relación al peso del recién nacido se encontró que el 75% presentan peso adecuado, el 15% bajo peso, y el 10% restante peso alto.

Estos hallazgos son similares al estudio de Moya M, (2010) en su investigación peso al nacer en recién nacidos atendidos en el Hospital Ginecoobstétrico Isidro Ayora durante el segundo trimestre del año 2010. En el que encontró que el 79% tuvieron un peso normal al nacer, 12% peso elevado y el 9% tuvo bajo peso al nacer (29).

El peso del recién nacido es el indicador esencial y sensible que se puede medir frente a las influencias de los factores externos e internos de la madre como la edad, paridad, el nivel económico, grado de instrucción, procedencia y religión. Se puede identificar como predictor del crecimiento y desarrollo infantil y la supervivencia del niño, también interactúa con otros factores que pueden existir antes del embarazo y durante el mismo como problemas nutricionales, hiperémesis gravídica, amenaza de parto pre término, diabetes gestacional; estos factores los que influenciarán en la sobrevivencia del recién nacido.

Encontramos que más del 50% de los recién nacidos a término se encuentran con un peso adecuado, lo cual nos hace referencia que a pesar de la existencia de factores externos adversos que conciernen directamente a la madre y por ende al recién nacido se consigue tener un mayor número de niños con el peso ideal, esto se deba probablemente al

interés y responsabilidad de la madre por llevar un embarazo saludable y a la búsqueda continua de acceder a los diversos servicios y así mismo a la atención sanitaria oportuna y eficaz del personal de salud. El asegurar que producto del embarazo se tenga un recién nacido con peso adecuado para su edad gestacional nos puede asegurar que el crecimiento y desarrollo del niño sea favorable

**En la tabla N°3;** Los resultados mostraron que el 75% de recién nacidos presentan peso adecuado del cual el mayor porcentaje de madres en un 33% se encuentran entre 25-29 años, el 35% son multíparas, un 48% tienen nivel económico medio, el 28% tienen secundaria completa, el 50% son de procedencia rural y un 68% restante profesa la religión católica. Así mismo, es necesario resaltar que el 15% de recién nacidos a término tienen peso bajo al nacer del cual el 13% son madres menores de 20 años, el 8% son primíparas, un 10% tienen nivel económico medio, el 10% con secundaria incompleta, 13% son de procedencia rural, y el 10% restante profesa la religión católica.

Los hallazgos encontrados en la presente investigación se pudo comprobar que un 75% de madres tienen recién nacidos a término con peso adecuado, sin embargo aún queda un número significativo de niños que no cuentan con el peso adecuado (15%), muestra que hay una influencia marcada por algunos factores biosocioculturales de la madre como son la edad y la paridad los cuales influyen directamente sobre el peso del recién nacido, el contar con un embarazo en las edades extremas como es menor de 20 años, limita las condiciones de salud tanto de la madre como el recién nacido ya que la madre en estos rangos de edad

presenta inmadurez biológica aumentando así la posibilidad de morbilidad y mortalidad para ambos.

Al respecto no se han encontrado estudios de investigación que relacionen estas dos variables con los cuales se pueda comparar y discutir estos resultados por lo que se apoya en la teoría de Madeleine Leininger que se basa en los factores socioculturales, esta teoría relacionándolo al presente estudio, nos ayuda descubrir los puntos de vista internos personales o culturales, relativos al cuidado que tiene la persona. Así mismo poder suministrar cuidados responsables y coherentes culturalmente, que se ajusten a las necesidades, valores, creencias y modos de vida de las personas (23).

Al someter los resultados a la prueba estadística Gamma que se evidencia en el coeficiente y el valor ( $p=0.028 < 0.05$ ). Podemos decir que existe una relación significativa de estos factores biosocioculturales (edad y paridad) de la madre y el peso del recién nacido a término.

## **V. CONCLUSIONES**

- En relación a los factores biosocioculturales de la madre de los recién nacidos a término, referente a la edad el 35% de madres se encuentran entre 25-29 años; en cuanto a la paridad el mayor porcentaje son multíparas 38%; el 63% tienen nivel económico

medio; referente al grado de instrucción el 33% tienen secundaria completa; el 68% son de procedencia rural y el 88% profesan la religión católica.

- El 75% de recién nacidos a término presentan un peso adecuado al nacer, el 15% peso bajo y el 10% restante un peso elevado.
  
- Según la prueba estadística Gamma los factores biosocioculturales que se relacionan estadísticamente con el peso del recién nacido son: la edad materna y paridad.

## **VI.RECOMENDACIONES**

- Presentar los resultados obtenidos en el estudio a las autoridades correspondientes, del Hospital de Apoyo Otuzco con la finalidad que implementen estrategias y programas de consejería dirigidas a la población en edad fértil y así lograr el mayor porcentaje de recién nacidos con peso dentro de los parámetros normales.
- Realizar estudios de investigación, utilizando enfoques cualitativos para poder profundizar más en el tema. Así como continuar con el desarrollo de investigaciones sobre el tema a nivel local y regional en otras instituciones de salud y realizar estudios comparativos.

## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aguirre, C. 2013; Factores biológicos y sociales de la madre que influyen en el peso del neonato en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2009 -2010” Accesado 20/07/16. Disponible en [Internet] URL: <http://repositorio.unap.edu.pe/handle/unappuno/181>.
2. Anda C. Introducción a las ciencias sociales. Edit. Limusa. 3ª edición, México, 2004.Pag.49
3. Alvarado J, Manual de obstetricia ediciones Apuntes médicos del Perú, tomo I. UNMSM. Lima -Perú 1994. Pag22.
4. Alonso V, Fuster V, Luna F. (2010) La Evolución del Peso al Nacer en España y su relación con las Características de la Reproducción Accesado 01/09/16 Disponible en [Internet] [www.Users/TOMY/Downloads/Alonso%20estadistica%20mundial.pdf](http://www.Users/TOMY/Downloads/Alonso%20estadistica%20mundial.pdf).
5. Ashdown, L., J. A. (2005). Review of low birth weight: predictors, precursors, and morbidity outcomes. J.R. Soc. Health; 125: 76-83.
6. Elitsky R, Benedetti W, De Mucio B y col. Tecnologías Perinatales. Publicación Científica CLAP N° 1255. Montevideo Uruguay. Marzo 1992. Accesado 15.05.16 Disponible en [Internet] [www.clap.opsoms.org/web\\_2005/BOLETINES%20Y%20NOVEDADES/EDICIONES%20DEL%20CLAP/CLAP%201255.pdf](http://www.clap.opsoms.org/web_2005/BOLETINES%20Y%20NOVEDADES/EDICIONES%20DEL%20CLAP/CLAP%201255.pdf)
7. BerhmanR, ;Vaughan, V., (2009). Nelson Tratado de Pediatría. 15 ed. México. DF. Interamericana Mc Graw Hill.

8. Blas, M. (2013). Edad Materna. Accesado 09/02/16 Disponible en:[Internet]  
[http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/211/1/ruiz\\_ja.pdf](http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/211/1/ruiz_ja.pdf).
9. Cárdenas C, Haua K, Suverza A, Perichart O. Mediciones antropométricas en el neonato. Bol MedHospInfantMex. 2005. Pág. 214-224.
10. Cazau P. Introducción a la Investigación en Ciencias Sociales. Tercera Edición. Buenos Aires, Marzo 2006. Módulo 404 Red de Psicología online. Accesado 09/02/16 Disponible en:  
<http://alcazaba.unex.es/asg/400758/MATERIALES/INTRODUCCI%C3%93N%20A%20LA%20INVESTIGACI%C3%93N%20EN%20CC.SS..pdf>
11. DECONCEPTOS. Mujer. 1era edición. Edit. DC. Bogotá, Colombia. 2009. Pág.2
12. Diagnóstico y tratamiento ginecoobstetricos. 11ª. edición. Decherney. Alan capítulo6. Pag.141.
13. Gonzales, P, Ruiz M, Martínez R. enfermería del niño y del adolescente. Pág. 69
14. Hernández, S. (2009). Metodología de la Investigación Científica. Editorial Mc Graw Hill.
15. Herrera C, Calderón N, Carbajal R y Col. Influencia de la paridad, edad materna y edad gestacional en el peso del recién nacido. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. Accesado 25/07/16 Disponible en [Internet]  
[www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/1060](http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/1060)

16. Honein MA. (2008). The association between major birth defects and preterm birth. *Maternal Child Health*. 12:4.
17. Huaccha C, Dora y Lescano L., Verónica. Influencia de algunos Factores Socioculturales en el nivel de Información sobre Prácticas Maternas en el Hogar del recién nacido prematuro. Clínica Carlos Ardila Lulle Foscal de Bucaramanga (Santander). Tesis para optar el título de Especialista en Cuidado Crítico en Neonatos. 2001
18. Instituto Nacional de Estadística e Informática (2013). Fecundidad en Adolescentes. Accesado el 02.02.16 Disponible en: [Internet] [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digita/es/Est/Lib1211/pdf/Libro.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digita/es/Est/Lib1211/pdf/Libro.pdf).
19. Issler, J. R. (2010). Embarazo en la Adolescencia, Revista de Posgrado de la Cátedra VI Medicina. Argentina. Accesado 01/03/16. Disponible en [Internet] URL:[http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb\\_adolescencia.html](http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html).
20. Jaurilaritza, E. Nivel de Instrucción. Instituto Vasco de Estadística. 1era edición. Edit. Eustat. España. 2009. Pág. 1
21. León, M. (2010). Recién Nacido Sano. 2da edición. Editorial Interamericana. Pag.35-38.
22. Martín, E, El conocimiento nutricional apenas altera las prácticas de alimentación: el caso de las madres de clases populares en Andalucía *Rev. Esp. Salud Pública* vol.81 no.5 Madrid sep./oct. 2007 Accesado 01/03/16. Disponible en [Internet]

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272007000500008](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272007000500008)

23. Marriner A., Raile M. Modelos y teorías en enfermería. 4ª edición. Edit. HarcourtBrace España. 2009
24. Medina P. (2008). Factores de riesgo maternos asociados a recién nacidos con bajo peso al nacer. Rev MedHondur Pág. 12-8.
25. Ministerio de salud. Institución 6102113, Hospital Regional Docente de Trujillo. Sistema de información perinatal SIP200 V2.0.
26. Ministerio Del Trabajo Y Previsión Social. El trabajo infantil NO es un juego. Chile.2013. Accesado 23/09/16. Disponible en: [Internet] [www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/btca/txtcompleto/mintrab-estrateg-nac-contratrabajoinfantil.pdf](http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/btca/txtcompleto/mintrab-estrateg-nac-contratrabajoinfantil.pdf)
27. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Indicadores de Salud 2013. Evolución de los indicadores del estado de salud en España y su magnitud en el contexto de la Unión Europea. Accesado 23/09/16. Disponible en: [Internet] [www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/docs/Indicadores2013.pdf](http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/docs/Indicadores2013.pdf).
28. Moguer, M. Pensares y Sentires.2007. Accesado 23/09/16. Disponible en [Internet] <https://mjomog7.blogspot.pe/2007/10/definicion-desociocultural.html>
29. Moya M (2010) Peso al nacer en recién nacidos atendidos en el Hospital Ginecoobstétrico Isidro Ayora durante el segundo trimestre del año 2010. Ecuador Accesado 01/09/16 Disponible en: [Internet] [www.repositorio.usfq.edu](http://www.repositorio.usfq.edu)

30. Organización mundial de la salud: Lactante, recién nacido. Accesado 13/05/16. Disponible en [Internet] [www.who.int/topics/infant\\_newborn/es/](http://www.who.int/topics/infant_newborn/es/)
31. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. 2013. Situación de la salud de las Américas –Indicadores básicos 2012. Representación en México, D.F.: OMS/OPS.
32. Paris E., Sánchez I. Tratado de Pediatría. 6° Edición. Editorial Médica Panamericana. 1997. Pág. 59
33. Ralph, C. Carvajal, C. (2010). Manual de Obstetricia y Ginecología. 3era edición. Universidad Católica de Chile. Pág. 13-18.
34. Real Academia de la Lengua Española. Diccionario de la Lengua Española. Edit. España. Madrid. 2001.
35. República de Guatemala: Estadísticas Vitales. Primer trimestre 2014. Instituto nacional de estadística Guatemala Accesado el 22/09/16. Disponible en [Internet] [www.ine.gob.gt/sistema/uploads/2014/12/23/HcSVzPwgkCWTztT0OoC7winMs4Zrh3JF.pdf](http://www.ine.gob.gt/sistema/uploads/2014/12/23/HcSVzPwgkCWTztT0OoC7winMs4Zrh3JF.pdf).
36. Ruiz. J 2010. Factores de Riesgo Materno que se asocian al Bajo Peso al Nacer en el Hospital Nacional Hipólito Unanue. Tesis Para optar el título profesional de Médico Cirujano Universidad Ricardo Palma.
37. Sistema de registro del certificado de nacido vivo en línea. Boletín estadístico de nacimientos Perú: 2015. Registrados en línea. Accesado el 24/09/16 Disponible en [Internet]: [www.minsa.gob.pe/descargas/ogei/CNV/Boletin\\_CNV\\_16.pdf](http://www.minsa.gob.pe/descargas/ogei/CNV/Boletin_CNV_16.pdf).

38. Toledo, H. (2011). Embarazo y factores de Riesgo. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
39. Ticona, M. Huanco, D. 2012. Características del peso al nacer en el Perú. Factores maternos (edad materna, escolaridad, paridad) que influyen en el peso al nacer. Accesado 13/05/16 Disponible en [Internet]: [www.unjbg.edu.pe/revista-medica/pdf/20140505-LibroCaracteristicasPesoNacerPeru.pdf](http://www.unjbg.edu.pe/revista-medica/pdf/20140505-LibroCaracteristicasPesoNacerPeru.pdf).
40. Valsamakis G. 2010. Causes of Intrauterine Growth Restriction and the Postnatal Development of the Metabolic Syndrome. Ann New York Academy Sci.; 1092:138
41. Villamonte W, Jerí M, Lajo L y col. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. Trilogía peso al nacer en las alturas del Perú. Rev. Perú. Ginecol. Obstet. V.57.N.3. Lima. 2011. Accesado 13/05/16 Disponible en [www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S230451322011000300003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S230451322011000300003&script=sci_arttext) [Internet].

# **VIII. ANEXOS**



**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**FICHA PARA DETERMINAR LOS FACTORES  
BIOSOCIOCULTURALES DE LA MADRE Y PESO DEL RECIÉN  
NACIDO A TÉRMINO DEL HOSPITAL DE APOYO OTUZCO. 2016.**

Autores: Rubio y Salazar (2012)

Modificado: García y Meléndez(2016)

**INTRODUCCIÓN:** Buenos días señora, solicitamos su participación y agradecemos gentilmente su tiempo y colaboración. Por lo cual se sirva usted a responder en forma sincera las preguntas que se han formulado, asegurándoles que la información que ustedes nos brinden es confiable y anónima.

**INSTRUCCIONES:**

- Marque con un X la respuesta que Usted considere correcta

**I. FACTORES BIOSOCIOCULTURALES DE LA MADRE:**

➤ **Biológicos:**

**1. Edad:**

- Menor de 20 años ( )
- 20-24 años ( )
- 25-29 años ( )
- 30-34 años ( )

- 35 y más ( )

**2. Paridad:**

- Primípara ( )
- Primiparidad precoz ( )
- Multípara ( )
- Gran multípara ( )
- Gran multípara añosa ( )

➤ **Sociocultural:**

**1. Nivel económico:**

- Bajo ( )
- Medio ( )
- Alto ( )

**2. Grado de instrucción**

- Sin instrucción ( )
- Primaria completa ( )
- Primaria incompleta ( )
- Secundaria completa ( )
- Secundaria incompleta ( )
- Superior completa ( )
- Superior incompleta ( )

**3. Procedencia**

- Urbana ( )
- Rural ( )

#### 4. Religión

- Católico ( )
- Cristiano ( )
- Otras religiones ( )

#### II. DATOS DEL RECIÉN NACIDO:

1. Lugar de nacimiento:

VALORACIÓN DEL PESO DEL RECIÉN NACIDO		
Bajo peso (menos de 2500g)	Peso adecuado (2500g -4000g)	Peso alto (más de 400g)

2. Edad gestacional:

3. Somatometría:

- Talla : ..... cm