

Lacunas de conocimientos y habilidades de madres portuguesas asociadas a la salud del recién nacido

Alexandrina Maria Ramos Cardoso¹
Heimar de Fátima Marín²






Objetivos: caracterizar el nivel de conocimientos y habilidades asociados a la competencia parental: promover y vigilar la salud de los niños, hasta los seis meses de edad; y caracterizar el perfil de las madres mejor preparadas. **Método:** estudio transversal realizado en tres centros de salud de una Unidad Local de Salud en el norte de Portugal. Para la recolección de datos, se realizó una entrevista clínica en mujeres embarazadas o cuyo hijo tenía hasta seis meses de edad. El instrumento fue constituido por 21 indicadores relacionados con la promoción y vigilancia de la salud del niño, en los momentos – embarazo, 1^a-2^a semana, 1^o-2^o, 3^o-4^o y 5^o-6^o mes. **Resultados:** se evaluaron los conocimientos y habilidades de 629 mujeres. Se han identificado necesidades de aprendizaje en todos los indicadores evaluados. Las madres bien preparadas tenían un mayor nivel de escolaridad; cohabitaban con el padre de su hijo; ya tenían otros hijos; el embarazo fue planeado y ellas tenían intención de amamantar. **Conclusiones:** en los momentos en que las madres fueron evaluadas, ellas mostraron falta de conocimientos y habilidades. Las madres solteras, primíparas, cuyo embarazo no fue planeado, y sin preparación previa, puede considerarse un grupo vulnerable.

Descriptores: Responsabilidad Parental; Relaciones Madre-Hijo; Salud del Niño; Conocimientos, Actitudes y Práctica en Salud; Bienestar del Lactante.

¹ PhD, Profesor Asociado, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, Portugal.

² PhD, Profesor Titular, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brasil.

Cómo citar este artículo

Cardoso AMR, Marín HF. Gaps in the knowledge and skills of Portuguese mothers associated with newborn health care. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2018;26:e2997. [Access   ]; Available in:   .
DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1859.2997>.
mes día año URL

Introducción

La misión de los enfermeros es facilitar las transiciones⁽¹⁾. El tener un hijo representa, tanto para la madre como para el padre, una transición progresiva que exige la incorporación de nuevos conocimientos y habilidades, para desarrollar maestría en el cuidado del niño.

El mantenimiento y promoción de la salud de los niños, a saber, el crecimiento y desarrollo sanos, son posibles sólo a través de participación activa de madres y padres informados y motivados, que asuman con responsabilidad los cuidados al hijo.

La preparación para el ejercicio del papel parental se inicia durante el embarazo, cuando la preocupación en asegurar el máximo potencial de salud del hijo ya es consciente. Por lo tanto, el desarrollo sano del niño es influenciado por el comportamiento parental desde el embarazo⁽²⁻⁵⁾. Después del nacimiento, el niño depende totalmente de las respuestas parentales a su comportamiento; luego, respuestas inadecuadas podrán condicionar la salud del niño.

El desempeño del papel parental es esencial para asegurar la supervivencia, la seguridad y el bienestar del niño⁽⁶⁾. Por eso, el desarrollo de las competencias parentales asume un papel importante en la reducción de la morbilidad neonatal⁽⁷⁻⁸⁾.

Las competencias parentales se definen como el conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes que facilitan y optimizan el desempeño del papel parental con maestría, asegurando el máximo potencial posible de crecimiento y desarrollo del niño⁽⁹⁻¹⁰⁾.

La maestría en las competencias parentales altera el modo en que la madre y el padre interpretan su propio desempeño y el comportamiento del niño. De hecho, cuanto mayor el nivel de conocimientos y habilidades parentales, mayor es la probabilidad de crear un ambiente adecuado para un desarrollo sano y mayor la percepción y respuesta a las necesidades del niño⁽¹¹⁾.

Por lo contrario, cuando las madres y los padres tienen déficit en conocimientos y habilidades, ellos pueden subestimar las capacidades del niño, no la estimulando lo suficiente para asegurarle la concreción de su máximo potencial de desarrollo. Además, las expectativas 'no realistas sobre el 'ejercicio del papel' y sobre el desarrollo del niño aumentan el riesgo de abuso y negligencia en los cuidados^(8,11-12).

Considerando la ausencia de estudios que permitan organizar programas de preparación para la parentalidad, especialmente en el campo de la promoción y vigilancia de la salud del niño hasta seis meses de edad, fue realizado un estudio para responder a las siguientes cuestiones: ¿Cuál es el nivel de conocimiento de las madres para promover y vigilar la salud de su hijo?

¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento de las madres y las variables sociodemográficas?

El objetivo del estudio fue caracterizar el nivel de conocimientos y habilidades asociadas a la competencia parental: promover y vigilar la salud del niño hasta seis meses de edad; y caracterizar el perfil de las madres mejor preparadas para el ejercicio de la maternidad.

Método

Se desarrolló un estudio transversal y correlacional. Después de la autorización previa por la Comisión de Ética en la Unidad de Salud Local, los datos se recogieron en tres centros de salud en la región norte de Portugal.

Un total de 629 madres participaron en el estudio. Para definir una muestra no probabilística de conveniencia, fueron establecidos como criterios de inclusión: (1) ser madre – embarazada o con hijo hasta seis meses de edad; y (2) hablar en portugués con fluidez. Las madres eran inicialmente abordadas por las enfermeras en los centros de salud y, después de la aceptación inicial para participar en el estudio, se presentaron los objetivos específicos y se aclaró el proceso de participación. El carácter voluntario de la participación y la decisión de renunciar en cualquier momento han sido salvaguardados. Todas las madres abordadas aceptaron participar en el estudio.

Los datos fueron recogidos a través de una entrevista clínica, que fue realizada por la investigadora. El guión de la entrevista incluyó los indicadores asociados a la competencia parental: promover y vigilar la salud del niño, conforme identificados en el Instrumento para Evaluación de las Competencias Parentales (IECP)⁽⁹⁾. Este instrumento, que fue diseñado para sistematizar la evaluación de las competencias parentales desde el embarazo hasta seis meses de edad del niño, incluye un total de 193 indicadores asociados a 17 competencias. Su desarrollo se basó en el análisis de contenido de entrevistas realizadas con 52 madres, desde el embarazo hasta el sexto mes de edad del hijo, y en revisión de la literatura. El objetivo del desarrollo del IECP fue desarrollar un instrumento que permitiera evaluar clínicamente las necesidades de aprendizaje de las madres, para adecuar las intervenciones de enfermería. Así, uno de los principios subyacentes a la utilización de este instrumento en la práctica clínica es orientar el proceso diagnóstico, para que ofrezca cuidados anticipados según las necesidades de aprendizaje individuales. En el desarrollo del IECP, fue posible identificar 21 indicadores que orientaban la evaluación de las necesidades de conocimientos y habilidades relacionados con la promoción y vigilancia de la salud del niño, los cuales se consideraran relevantes para tomar una decisión/acción en los diferentes

momentos – 18 sobre conocimiento y 3 relativos a las habilidades (Figura 1).

El juicio clínico realizado por el enfermero a partir de los datos (relativos a cada uno de los indicadores) que se recogen en las entrevistas permitió identificar el diagnóstico de enfermería en una lógica dicotómica. El juicio clínico "sí" traduce el nivel adecuado de conocimientos/habilidades. El juicio clínico "no" traduce la identificación de un potencial para mejorar los conocimientos/habilidades, relacionada con el nivel de conocimiento insuficiente, incorrecto o ausente para la decisión/acción; o con la incapacidad, la dificultad,

negligencia o insatisfacción en la realización de una determinada tarea parental, con el consiguiente perjuicio para la salud del niño y/o de la madre⁽¹³⁻¹⁴⁾.

El instrumento de recogida de datos fue constituido por dos partes: la primera, conteniendo las variables sociodemográficas (edad, escolaridad, estado civil), obstétricas (paridad) y parentales (intención de amamantar, embarazo planeado, preparación para el parto, preparación para la parentalidad, fuentes de información); y la segunda, conteniendo el conjunto de los 21 indicadores asociados a la competencia parental: promover y vigilar la salud del niño.

Momento de evaluación	Indicadores	Total de ítems
Embarazo (>36 sem)	Conocimiento sobre características de la eliminación intestinal Conocimiento sobre cuando la prueba de <i>Guthrie</i> debe realizarse Conocimiento sobre cuando el esquema de vacunación debe iniciarse	3
1ª-2ª semana después del nacimiento	Conocimiento sobre medidas de protección contra las infecciones Conocimiento sobre la pérdida fisiológica de peso Conocimiento sobre patrón de aumento en el peso esperado Conocimiento sobre patrón de eliminación intestinal Conocimiento sobre patrón de sueño Conocimiento sobre reacciones a las vacunas Conocimiento sobre coloración ictericia e ictericia Conocimiento sobre el valor de la temperatura corporal normal y como evaluar la temperatura corporal Conocimiento sobre signos que justifican recurrir al profesional de la salud 1ª-2ª semana	9
1º-2º mes	Conocimiento sobre reacciones a las vacunas Conocimiento sobre señales que justifican recurrir al profesional de la salud 1º-2º mes Habilidad para evaluar temperatura corporal	3
3º-4º mes	Conocimiento sobre cuando surgen los primeros dientes y las 'señales que lo evidencian Conocimiento sobre medidas de alivio de la incomodidad causada por la erupción de los dientes Conocimiento sobre medidas de higiene oral Conocimiento sobre señales que justifican recurrir al profesional de la salud 3º-4º mes	4
5º-6º mes	Habilidad para adoptar medidas de alivio de la incomodidad causada por la erupción de los primeros dientes Habilidad para adoptar medidas de higiene oral	2

Figura 1 - Competencia parental: Promover y vigilar la salud del niño con foco en los indicadores. Matosinhos, Portugal, 2010-2011⁽⁶⁾

Como medida de la consistencia interna del instrumento con los 21 ítems, se utilizó el coeficiente de *Kuder-Richardson (KR-20)*, un caso especial del *Alpha de Cronbach* para variables dicotómicas (sí/no). La consistencia interna observada en este estudio fue de muy buen nivel (KR-20 de 0,88; KR-21 de 0,87).

Para el análisis de los datos se utilizó el IBM SPSS (versión 19.0), utilizando la estadística descriptiva e inferencial para el análisis de las variables. Para análisis del perfil de los conocimientos y de las habilidades de las madres, se computaran variables que tradujeran los scores medios del nivel de conocimientos y del nivel de habilidades, sumando las respuestas "sí", que traducían "conocimiento/habilidad adecuado", a dividir por el número total de ítems a evaluar, cuyo resultado varía entre 0 y 1. Los elementos 'no evaluados'/no se aplica' se excluyeron de la ecuación para evitar lecturas sesgadas. Así se crearon seis nuevas variables: "score total"; "score embarazo" (que incluyó los tres indicadores

evaluados durante el embarazo); "score" 1ª-2ª semana " (que incluyó los nueve indicadores evaluados durante la 1ª-2ª semana); "score" 1º-2º mes " (que incluyó los tres indicadores evaluados durante el 1º-2º mes); "score" 3º-4º mes " (que incluyó los cuatro indicadores evaluados durante el 3º-4º mes); y, "score" 5º-6º mes " (que incluyó los dos indicadores evaluados durante el 5º-6º mes);

Del análisis exploratorio de la simetría y cortose del score total, se verificó asimetría positiva con sesgo a la izquierda y distribución leptocúrtica. Además, se verificó distribución no normal (*Kolmogorov-Smirnov* con la corrección de *Lilliefors*). Así, se optó por recurrir a pruebas estadísticas no paramétricas. Se analizaron las relaciones entre los scores y las variables-atributo con las pruebas estadísticas de *Mann-Whitney* y *Kruskal-Wallis*. Cuando la prueba de *Kruskal-Wallis* indicó diferencia significativa ($p < 0,05$), se recurrió a la prueba *U de Mann-Whitney* con corrección de *Bonferroni* (adecuación

del valor de p para análisis de significancia con el fin de identificar en qué grupo se observó la diferencia.

Resultados

Participaron en el estudio 629 madres con 29,5 años de edad en promedio; el 42,0% de ellas tenían formación superior; el 32,7% tenían formación de nivel secundario; y el 25,3% tenían formación básica. Para el 71,8% de las madres, se trataba del primer hijo, siendo que el 84,3% de ellas cohabitaban con el padre de su hijo.

En cuanto a las fuentes de información (Tabla 1), más de la mitad de las madres refirió al enfermero como fuente de información durante el embarazo, porcentaje que se elevó al 75,8% en la 1ª-2ª semana postnatal. Asimismo, la referencia al médico como fuente de información aumentó del 50,6% en el período prenatal al 59,7% en el posnatal. En estos dos períodos, las fuentes menos frecuentemente mencionadas fueron los familiares y otras madres.

Tabla 1 - Fuentes de información referidas por las madres durante el embarazo y en la 1ª-2ª semana postnatal. Matosinhos, Portugal, 2010-2011

Fuentes de información	Prenatal (Embarazo) (%)	Postnatal (1ª-2ª semana) (%)
Enfermera	51,1	75,8
Médico	50,6	59,7
Libros	55,0	38,6
Internet	50,8	37,3
Familia	27,6	23,3
Otras madres	19,9	9,3

En cuanto al nivel de los conocimientos y habilidades de las madres, se observó un déficit en todos los indicadores.

En los indicadores evaluados durante el embarazo, más del 50% de las madres refirió falta de conocimiento en todos los indicadores. Se ha observado que 65% de las madres no sabían cuando debería realizarse la prueba para diagnóstico precoz de enfermedades congénitas (*prueba de Guthrie*); el 62% de ellas no sabían cuando el esquema de vacunación debería ser iniciado; y el 55% desconocían las características iniciales de la eliminación intestinal.

En los indicadores evaluados durante la 1ª-2ª semana, se ha observado que más del 65% de las madres mostraron falta de conocimiento sobre el patrón esperado del aumento en el peso del niño; el 64% de ellas mostraron falta de conocimiento sobre los signos/señales que justifican recurrir al profesional de la salud; y el 62% reveló falta de conocimiento sobre el patrón de sueño del niño. También se observó que más del 50% de las madres mostraron falta de conocimiento sobre la pérdida fisiológica de peso (53%); y cómo

evaluar la temperatura corporal (58%). En cuanto a la coloración icterica de la piel y los hallazgos normales en la piel del niño, prácticamente la mitad de las madres mostró un déficit en su conocimiento (49% y 47%, respectivamente). Aproximadamente el 40% de las madres mostraron falta de conocimiento sobre las reacciones a las vacunas (43%) y las medidas básicas de protección contra la infección (41%). En cuanto al conocimiento sobre el patrón de eliminación intestinal, el 31% de las madres mostraron falta de conocimiento en los momentos en que fueron evaluadas.

Los indicadores evaluados durante el 1º-2º mes, mostraron que la mitad de las madres tenía falta de conocimiento sobre las señales que justifican recurrir al profesional de la salud y las reacciones a las vacunas (51% y 49%, respectivamente). Se observó que el 39% de las madres mostraron potencial para mejorar las habilidades en la evaluación de la temperatura corporal del niño.

En los tres indicadores evaluados en el 3º-4º mes, se observó un número significativo de madres (86%) con falta de conocimiento sobre las medidas de higiene oral del niño. Se observó que el 64% de las madres no reveló conocimiento sobre la incomodidad y las medidas para aliviar la incomodidad causada por la erupción de los dientes; el 53% de ellas desconocían las señales de alerta en esta fase de desarrollo; y el 39% desconocían las señales indicadoras de erupción de los dientes.

Ya en el 5º-6º mes, el 64% de las madres mostraron potencial para mejorar sus habilidades en el sentido de adoptar medidas de higiene oral y el 40% de ellas mostraron potencial para mejorar sus habilidades para adopción de medidas de alivio del malestar causado por la erupción de los dientes.

En el análisis de los *scores* en el nivel de los conocimientos y habilidades en los diferentes momentos de evaluación y del *score* total (Tabla 2), se observó que el promedio decrece a lo largo del tiempo. Recordemos que los valores de la ecuación varían entre el mínimo de 0 y el máximo de 1.

Tabla 2 - *Scores* medios de los conocimientos/habilidades en el momento de la evaluación. Matosinhos, Portugal, 2010-2011

<i>Scores</i> (itens)	Medias (DP)
Embarazo (3 itens)	0,358 (0,38)
1ª-2ª semana (9 itens)	0,157 (0,27)
1º-2º mes (3 itens)	0,130 (0,30)
3º-4º mes (4 itens)	0,085 (0,22)
5º-6º mes (2 itens)	0,084 (0,24)

El *score* más alto fue observado durante el embarazo ($M=0,36$; $DP=0,38$). El menor valor de la

media fue observado a nivel de los conocimientos en los 3^o-4^o y 5^o-6^o meses, con *scores* de 0,08 y 0,08, respectivamente.

Para conocer el perfil de las madres mejor preparadas, se analizó la diferencia a nivel de los conocimientos/habilidades, en función de las variables-atributo (Figura 2).

Durante el embarazo, se observó que las madres con un mayor nivel de conocimientos fueron las que ya tenían otros hijos ($U=28465$; $p<0,001$) y las que cohabitaban con el padre del niño ($U=19735$; $p<0,001$). Las madres que mostraron un mayor nivel de conocimientos también fueron aquellas que preveían ser ellas propias a cuidar del hijo en los primeros tiempos del período postnatal ($U=8859$; $p<0,001$); las que manifestaron intención de amamantar a su hijo ($U=25517$; $p<0,001$); y aquellas que refirieron a los enfermeros y médicos como fuentes de información

durante el embarazo ($U=41176$; $p<0,001$ y $U=42520$; $p=0,004$, respectivamente).

En el período postnatal, se verificó que las madres que mostraron un mayor nivel de conocimientos fueron aquellas que habían frecuentado las clases de preparación para la parentalidad durante el embarazo y las que tenían intención de amamantar al hijo. En cuanto a las fuentes de información usadas después del nacimiento del hijo, se constató que las madres que mostraron un mayor nivel de conocimientos y habilidades fueron aquellas que refirieron al enfermero en la 1^a-2^a semana y en los 3^o-4^o y 5^o-6 meses ($U=3488$; $p=0,001$; $U=3999$; $p=0,011$; $U=3332$; $p=0,045$, respectivamente). Ya al 1^o-2^o mes, las madres que refirieron al médico ya la *internet* como fuentes de información fueron aquellas que mostraron mayor nivel de conocimientos ($U=4903$; $p=0,010$ y $U=4850$; $p=0,015$, respectivamente).

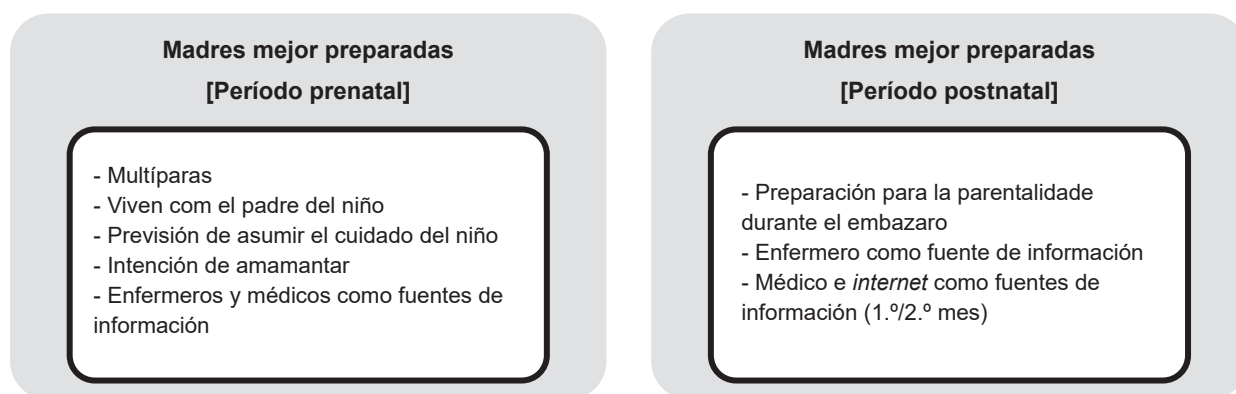


Figura 2 - Síntesis del perfil de las madres mejor preparadas a nivel de la competencia parental: promover y vigilar la salud del niño. Matosinhos, Portugal, 2010-2011

Discusión

Los cuidados al niño generalmente son de la responsabilidad de la madre^(9,15). Por eso, los conocimientos y las habilidades de la madre relativas a la salud del hijo influyen la calidad del cuidado.

En este estudio, se ha observado que las multíparas y las que cohabitan con el padre de su hijo mostraron un mayor nivel de conocimientos y habilidades para promover y vigilar la salud del hijo. Estos hallazgos concuerdan con los resultados obtenidos en otros estudios, según los cuales las madres por primera vez tienen una mayor probabilidad de tener bajo nivel de conocimiento (*poor knowledge*) sobre el desarrollo infantil⁽⁷⁻⁸⁾. En otro estudio, no se observó diferencia entre el nivel de conocimiento de las madres sobre la salud del niño y el nivel de escolaridad y número de hijos⁽¹⁵⁾. Un hallazgo diferente fue observado en otro estudio, donde se observó que el bajo nivel de escolaridad aumentaba la probabilidad de que las madres

revelaren un nivel insuficiente de conocimiento sobre ictericia en el recién nacido⁽¹⁶⁾.

En el presente estudio, no se han registrado diferencias a nivel de los *scores* de los conocimientos y/o habilidades en los diversos momentos en función de la edad o escolaridad. Sin embargo, otros estudios observaron que niveles más altos de conocimiento de las madres sobre el diagnóstico neonatal precoz estaban asociados con niveles más elevados de escolaridad⁽¹⁷⁾. Otros autores observaron que un mayor nivel de escolaridad estaba asociado a mayores *scores* a nivel de conocimientos sobre señales de alerta, tratar del coto umbilical, evaluar e interpretar la temperatura corporal del neonato⁽⁸⁾. En un estudio realizado en 2005, se verificó que el nivel de escolaridad de la madre era un fuerte predictor del nivel de su conocimiento, siendo que cuanto mayor es el nivel de escolaridad, mayor es el nivel de conocimiento⁽⁵⁾.

El enfermero y el médico fueron las fuentes de información más frecuentemente referidas, y aquellas que influenciaron el nivel de conocimientos y habilidades de las madres, en los períodos pre y postnatal. Este hallazgo coincide con aquellos de otros estudios conducidos en Europa. En un estudio italiano, se verificó que el 42% de las madres refirieron al pediatra como la principal fuente de información sobre aspectos relacionados con las vacunas⁽¹⁸⁾. Ya en un estudio realizado en un país del medio oriente se observó que la principal fuente de información (80%) fueron los miembros de la familia (abuelos, madres, hermanas, etc.), al paso que sólo el 7,1% refirieron los profesionales de la salud⁽¹⁵⁾. Estos resultados ayudan a aclarar la dimensión cultural de quienes son los referenciales significativos de las madres para obtener información segura sobre la atención de salud de su hijo.

Conocimientos sobre la prueba de Guthrie

En este estudio, se observó que más del 60% de las madres, aún durante el embarazo, no mostraron conocimiento sobre los aspectos básicos relativos a la salud del niño, en particular la prueba de *Guthrie* y la vacunación. En un estudio brasileño (muestra de 110 púérperas), para investigar el conocimiento de las madres sobre la prueba de *Guthrie*, el 97% de ellas ya habían oído hablar de la prueba, pero desconocían su finalidad y importancia⁽¹⁹⁾.

Conocimientos sobre vacunación

En este estudio, más del 40% de las madres desconocía las reacciones esperadas a las vacunas, además de no conocer cuando comienza el esquema de vacunación. Este hallazgo coincide con los resultados de otros estudios. En un estudio brasileño para evaluar los conocimientos de las madres (N=65) sobre la salud del niño durante el embarazo, fue verificado que sólo el 29,3% de ellas sabían cuando iniciaba la vacunación y ninguna sabía qué vacunas serían administradas⁽²⁰⁾. En otro estudio, se observó que sólo un poco más de la mitad (51,3%) de las madres (N=223) sabía que la vacuna BCG es administrada para proteger a los niños contra la tuberculosis, aunque una proporción considerable de ellas ha demostrado conocimiento sobre la reacción a esta vacuna⁽⁷⁾. En un estudio para evaluar las necesidades de información y los comportamientos de búsqueda de información sobre vacunación por las madres (N=30; 15 con un hijo y 15 con dos o más hijos), los autores también observaron que sólo cuatro madres (dos con un hijo y dos con más de dos hijos) conocían el nombre y el propósito de la vacuna administrada a sus hijos⁽³⁾. En otro estudio italiano, se observó que sólo el

26% de las madres participantes conocían las vacunas que integraban el esquema de vacunación⁽¹⁸⁾.

Conocimiento sobre las señales de alerta

En este estudio, más de la mitad de las madres reveló falta de conocimiento para reconocer las señales de alerta y saber cuándo recurrir a los servicios de salud en los diversos momentos. En un estudio envolviendo madres con hijo recién nacido, se observó que ellas tenían un nivel satisfactorio de conocimientos sobre las señales de alerta en los primeros meses de edad⁽⁷⁾.

Reconocer las señales de alerta puede ser particularmente complejo, dado el amplio espectro de normalidad de salud del niño. En un estudio para evaluar el conocimiento de las madres (N=373) sobre aspectos relativos a la salud del niño, se observó que la mitad de las madres no sabía que un recién nacido, el cual "sólo duerme y no se alimenta", puede estar enfermo y necesita de atención urgente; además, una cuarta de las madres no sabía que cuando el niño "llora continuamente, no duerme y manifiesta dolor a la movilización" son señales de alerta, requiriendo atención inmediata⁽¹⁵⁾.

De los resultados obtenidos en el actual estudio, la mitad de las madres (49%) mostró falta de conocimientos sobre el significado de la coloración amarilla de la piel y la ictericia. Resultados similares se obtuvieron en otros estudios. En un estudio conducido para evaluar el conocimiento de las madres (N=161) sobre la ictericia neonatal, los autores mostraron que el 53,6% de las madres tenía un conocimiento insuficiente⁽¹⁶⁾. Otros autores, que también buscaron determinar el conocimiento, la actitud y el comportamiento de las madres (N=396) seis semanas postparto en relación a la ictericia neonatal, observaron que el 53% de ellas (N=203) tenían un bajo nivel de conocimiento sobre ictericia neonatal⁽²¹⁾. Ya en otro estudio, fué señalado que es preocupante observar que la mayoría de las madres cree ser la ictericia en el primer día de vida del recién nacido un hallazgo normal, no requiriendo además de comidas más frecuentes y exposición a la luz del sol⁽¹⁵⁾.

Conocimiento sobre temperatura corporal

Un número considerable de madres reveló falta de conocimientos (58%, en la 1-2ª semana) y habilidades (39% en el 1-2º mes) en la evaluación y interpretación de la temperatura corporal. Este hallazgo coincide con los resultados obtenidos por otros autores que, partiendo de una revisión de la literatura sobre el conocimiento, actitudes y prácticas de madres y padres frente a la fiebre en el niño, afirmaron ser débil ("poor") el conocimiento de las madres sobre los valores normales o febriles de la temperatura corporal⁽²²⁾. En otro estudio, se observó

que el 35,1% de las madres creía que la fiebre indicaba una enfermedad grave⁽¹⁵⁾.

Conocimiento sobre el peso del recién nacido

La pérdida, o el no aumento de peso del recién nacido, es una fuente de dudas para las madres, particularmente si ellas amamantan. En el estudio actual, más de la mitad de las madres reveló déficit sobre el aumento de peso esperado según el patrón (65%) y la pérdida fisiológica de peso (50%). Esta preocupación tiene base pues la mama no es "transparente" (y no permite visualizar la cantidad de leche que el niño está ingiriendo en cada toma); así, el peso es el mejor indicador nutricional en el primer año de vida⁽²³⁾.

En el presente estudio, se observó que más del 60% de las madres desconocen el patrón de sueño del niño. Resultados similares también fueron observados por otra autora que busco evaluar el conocimiento de las madres sobre el desarrollo infantil; en este estudio (N=203), se observó que el asunto en que las madres mostraron mayor falta de conocimiento era relativo al patrón de sueño del niño⁽⁵⁾.

Conocimiento sobre salud oral

Las madres también mostraron déficit en los conocimientos y las habilidades relacionadas con la salud bucal del niño. Sin embargo, asegurar la higiene bucal del niño debe convertirse en una rutina en los comportamientos parentales, incluso antes de la erupción de los primeros dientes⁽²⁰⁾. En un estudio para evaluar el conocimiento de las madres brasileñas de niños con 0-4 años de edad, sobre medidas preventivas para promover la salud bucal de sus hijos, verificaron que sólo el 21% de ellas inició la higiene oral antes de la erupción de los dientes, y el pañal o gasa humedecida fue el medio de higiene bucal más usado (59%)⁽²⁴⁾.

En lo que concierne a los *scores* en el conjunto de conocimientos y habilidades, se observó que más de la mitad de las madres tenía un potencial para mejorar, pues ellas mostraron *scores* bajos – niveles de débil y razonable.

En otro estudio, se estableció un punto de *cut-off* de 25 (*score* máximo de 40), y 58,4% de las madres mostraron un nivel *satisfactorio* en los conocimientos sobre salud del niño. Sin embargo, el autor refiere que sólo el 12% de las madres presentarían un nivel *satisfactorio* en los conocimientos si el punto de corte fuera de 30⁽¹⁵⁾. En otro estudio, también se observó que el 65% de las madres respondieron correctamente a todas las preguntas del cuestionario sobre desarrollo infantil⁽⁵⁾.

Las madres que participaron en el estudio mostraron el mayor nivel de conocimientos en los indicadores evaluados durante el embarazo, observándose un

decrecimiento gradual en los *scores* medios en los momentos siguientes. Este hallazgo puede ser explicado por el hecho de que hay una demanda intencional de información y, por tanto, una mayor probabilidad de contacto con los profesionales de la salud durante el embarazo, algo menos frecuente y sistemático en los momentos siguientes. De alguna manera, esta idea es mencionada por otros autores cuando ellos refieren que las madres y los niños compiten por la atención de los profesionales de la salud después del nacimiento⁽²⁵⁾.

Este estudio reveló limitaciones en cuanto a la muestra. La muestra fue de conveniencia, determinando así que los resultados no pueden ser extrapolados a otras poblaciones. Otra limitación de este estudio guarda una relación con la definición de los criterios de diagnóstico. La sistematización de los diagnósticos de enfermería es un área que carece de más estudios, aunque los expertos en el área del conocimiento (docentes y enfermeros) han validado los criterios de diagnóstico usados para establecer la conclusión clínica sobre la falta (o no) de conocimiento/habilidad de la madre.

Conclusión

En el embarazo y en los primeros seis meses de edad, hay lagunas en el ámbito de los conocimientos y habilidades de las madres relativos a la promoción y vigilancia de la salud del niño.

Las áreas en que las madres revelan mayor falta de conocimientos o habilidades son las siguientes: Durante el embarazo, los tópicos en que las madres mostraron déficits están relacionados con la prueba de *Guthrie* y la vacunación. En la 1ª-2ª semana, los mayores déficits son los aspectos relacionados con aumento en el peso, señales de alerta y patrón de sueño. En el 1º-2º mes, el mayor porcentaje de madres mostrando falta de conocimientos se destaca el desconocimiento sobre las señales de alerta. En el 3º-4º mes, se destaca la falta de conocimientos sobre la higiene oral y cómo aliviar la incomodidad provocada por la erupción de los dientes. En el 5º-6º mes, emerge la dificultad con los procedimientos de higiene oral.

Las madres mejor preparadas tienen mayor nivel de escolaridad; además, ellas tienen otros hijos que cohabitan con el padre del niño, y refieren al enfermero como fuente de información después del nacimiento del niño. Por otro lado, las madres solteras primíparas, sin preparación para la parentalidad, cuyo embarazo no ha sido planeado, puede ser considerado un grupo vulnerable.

Implicaciones para la práctica

El desarrollo de las competencias parentales es altamente sensible a los cuidados de enfermería. La

identificación de los asuntos en que las madres tienen falta de conocimiento contribuye para definir programas de preparación de las madres para el ejercicio de su papel, en particular la promoción y vigilancia de la salud de su hijo desde el embarazo hasta el sexto mes de edad. La evaluación sistemática de las necesidades de aprendizaje identificadas en este estudio puede ser un punto de partida para definir los contenidos de intervenciones de enfermería a incluir en el plan de cuidados.

Referencias

1. Meleis A, Sawyer L, Im E, Hilfinger Messias D, Schumacher K. Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Adv Nurs Sci*. [Internet] 2000 [cited June 12, 2009]; 23(1):12-28. Available from: <http://eres.lndproxy.org/edoc/CNDAccel/NUR402/NUR402Meleis-03.pdf>
2. Francisco VL, Pires A, Pingo S, Henriques R, Esteves MA, Valada MJ. A depressão materna e o seu impacto no comportamento parental. *Análise Psicol*. [Internet]. 2007; [Acesso 10 out 2010];2(25):229-39. Disponível em: <http://publicacoes.ispa.pt/index.php/ap/article/view/442>. doi: 10.14417/ap.442
3. Baker LM, Wilson FL, Nordstrom CK, Legwand C. Mothers' knowledge and information needs relating to childhood immunizations. *Issues Compr Pediatr Nurs*. [Internet] 2007 [cited June 13, 2010]; 30(1-2):39-53. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/01460860701366666>
4. Prado SR, Fujimori E. Maternal/familiar knowledge in relation to care provided to sick children. *Rev Bras Enferm*. [Internet] 2006 [cited Sept 17, 2013];59(4):492-6. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0034-716720060004&lng=en&nrm=iso: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000400004
5. Reich S. What do mothers know? Maternal knowledge of child development. *Infant Ment Health J*. [Internet] 2005 [cited Oct 14, 2011];26(2):143-56. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/imhj.20038/abstract>
6. Cardoso A, Paiva e Silva A. Representing nursing knowledge on maternal and neonatal health: A study on the cultural suitability of ICNP. *Int Nurs Rev*. [Internet] 2010 [cited June 15, 2011];57(4):426-34. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1466-7657.2010.00829.x/abstract>
7. Senarath U, Fernando DN, Vimpani G, Rodrigo I. Factors associated with maternal knowledge of newborn care among hospital-delivered mothers in Sri Lanka. *Trans R Soc Trop Med Hyg*. [Internet] 2007 [cited Sept 16, 2010];101:823-30. Available from: <http://trstmh.oxfordjournals.org/content/101/8/823.long>
8. Weiner EA, Billamay S, Partridge JC, Martinez AM. Antenatal education for expectant mothers results in sustained improvement in knowledge of newborn care. *J Perinatol*. [Internet] 2011 [cited Oct 18, 2010]; 31(2):92-7. Available from: <http://www.nature.com/jp/journal/v31/n2/full/jp2010108a.html>
9. Cardoso A, Paiva e Silva, A, Marín, H. Pregnant women's knowledge gaps about breastfeeding in northern Portugal. *Open J Obstet Gynecol*. 2017 [cited Jan 14, 2017]; 7(3). Available from: <https://www.scirp.org/Journal/PaperInformation.aspx?PaperID=74972>
10. Cardoso A. Tornar-se mãe, tornar-se pai: das competências parentais. Saarbücken: Novas Edições Acadêmicas; 2014.
11. Ribas Jr. RC, Bornstein MH. Parenting knowledge: similarities and differences in Brazilian mothers and fathers. *Interam J Psychol*. [Internet] 2005 [cited June 27, 2010];39(1):5-12. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28439102>
12. Huang KY, Caughyb MO, Genevroc J, Millerc T. Maternal knowledge of child development and quality of parenting among white, african-american and hispanic mothers. *J Appl Dev Psychol*. [Internet] 2005 [cited Oct 10, 2010];26:149-70. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S019339730400142X>
13. International Council of Nurses. *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: CIPE®*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2016.
14. Moorhead S, Johnson M, Maas M. *Classificação dos resultados de enfermagem*. 3.ª ed. Artmed: Porto Alegre; 2008.
15. Al-Ayed IH. Mothers' knowledge of child health matters: Are we doing enough? *J Family Community Med*. [Internet] 2010 [cited Oct 14, 2011];17(1):22-8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3195075/>
16. Sutcuoglu, S, Dursun S, Halicioglu O, Ozturk C, Akman S, Yaprak I et al. Evaluation of maternal knowledge level about neonatal jaundice. *J Matern Fetal Neonat Med*. [Internet] 2012 [cited July 14, 2013];25(8):1387-89. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/14767058.2011.636095>
17. Araia M, Wilson B, Chakraborty P, Gall K, Honeywell C, Milburn J et al. Factors associated with knowledge of and satisfaction with newborn screening education: a survey of mothers. *Genet Med*. [Internet] 2012 [cited Oct 14, 2011];14(12):963-70. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3908555/>
18. Vonasek BJ, Bajunirwe F, Jacobson LE, Twesigye L, Dahm J, Grant MJ, et al. Do maternal knowledge and attitudes towards childhood immunizations in rural Uganda correlate with complete childhood vaccination? *PLoS ONE*. [Internet] 2016 [cited Oct 17, 2016]; 11(2):

e0150131. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0150131>.

19. Reichert A. Understanding of mothers as to the importance of the pku test. *Rev Bras Enferm.* [Internet] 2003 [cited Oct 10, 2010];56(3):226-9.

20. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672003000300003

21. Castilho AR, Mialhe FL, Barbosa TS, Puppim-Rontani RM. Influence of family environment on children's oral health: a systematic review. *J Pediatría.* [Internet] 2013 [cited Jan 24, 2016]; 89(2). Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2255553613000207>

22. Rodrigo B, Cooray G. The knowledge, attitude & behaviour on neonatal jaundice of postnatal mothers in Provincial General Hospital. *Sri Lanka J Child Health.* [Internet] 2011 [cited Oct 19, 2010];40(4):164-8. Available from: <http://sljch.sljol.info/articles/abstract/10.4038/slch.v40i4.3842/>

23. Walsh AM, Edwards HE. Management of childhood fever by parents: literature review. *J Adv Nurs.* [Internet] 2006 [cited Oct 14, 2011];54(2):217-27. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2006.03802.x/abstract>

24. World Health Organization. Child Growth Standards. [Internet] 2006 [cited February 2013] Available from: <http://www.who.int/childgrowth/en/>.

25. Zuanon A, Azevedo E, Coldebella C. Eficácia de um programa odontológico educativo aplicado na zona rural de Araraquara (SP). *Rev Ciênc Ext.* [Internet] 2008 [cited Oct 14, 2012];4(1):113. Available from: <http://repositorio.unesp.br/handle/11449/143183>

26. McCoy D, Storengb K, Filippi V, Borchert M, Campbell OM, Wolfe R, et al. Maternal, neonatal and child health interventions and services: moving from knowledge of what works to systems that deliver. *Inter Health.* [Internet] 2010 [cited Oct 16, 2012];2:87-98. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1876341310000240>

Recibido: 05.04.2017

Aceptado: 29.11.2017

Correspondencia:
Alexandrina Cardoso
Escola Superior de Enfermagem do Porto
Rua Dr António Bernardino de Almeida
Porto, Portugal
alex@esenf.pt

Copyright © 2018 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.