



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla  
Facultad de Enfermería



*Tesis*  
*Intervenciones de Enfermería para favorecer la*  
*Adopción del Rol Materno en un Grupo de*  
*Adolescentes: Ensayo Clínico Aleatorio*

Presentan  
Santos Díaz María de la Luz  
Pérez Calderón Dulce María

Para obtener el Grado de  
Licenciada en Enfermería

Julio 2016



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla  
Facultad de Enfermería



*Tesis*  
*Intervenciones de Enfermería para favorecer la*  
*Adopción del Rol Materno en un Grupo de*  
*Adolescentes: Ensayo Clínico Aleatorio*

Presentan  
Santos Díaz María de la Luz  
Pérez Calderón Dulce María

Director de Tesis  
Erick Alberto Landeros Olvera PhD.

Co-Director  
MAO. María Teresa Lidia Salazar Peña

Para obtener el Grado de  
Licenciada en Enfermería

Número de registro  
177/2015

Julio 2016

**Tesis: Intervenciones de Enfermería para favorecer la Adopción del Rol Materno en un  
Grupo de Adolescentes: Ensayo Clínico Aleatorio**

**Jurado Revisor**

**Presidente:** MCE. Gudelia Gutiérrez Nájera Id 100426500

**Secretario:** Mtra. Irma Vera Sánchez Id 100405511

**Vocal:** PhD. Erick Alberto Landeros Olvera Id 100408533

## **Agradecimientos**

Primordialmente a Dios por permitirnos iniciar pero sobretodo concluir esta bella etapa de nuestra formación profesional y ver culminado uno de nuestros más grandes sueños que representa un gran paso para seguir trabajando por esta hermosa disciplina, la Enfermería.

A nuestros padres, seres que nos inducen y nos enseñan que no debemos darnos por vencidas para lograr nuestras metas, gracias por cada uno de esos consejos, regaños, consuelos y darnos el apoyo fundamental para concluir este proyecto que es el inicio de nuestra profesión, sin ustedes no hubiese sido posible tan maravilloso sueño.

A nuestras amigas Edith y Gisela, porque más que amigas se han convertido en hermanas de este camino que juntas hemos recorrido, aunque sinuoso estuvo lleno de éxitos, hemos compartido un mismo gusto por la investigación y siempre fuimos y seremos un solo equipo, gracias por el apoyo y la comprensión ante los momentos de frustración; gracias también a Ángeles por compartir sus conocimientos con nosotras además de brindarnos sus consejos y su apoyo a pesar de la distancia.

Agradecemos al Dr. Rolando Javier Aguilar Cortázar director del Hospital de la Mujer de los Servicios de Salud del Estado de Puebla, Dra. Fátima Sierra Pineda jefe de enseñanza e investigación médica, así como al Comité de Bioética de dicha institución por evaluar y aceptar que nuestro proyecto se realizara dentro de sus instalaciones y de manera muy especial agradecemos a la MCE. Mónica García Castilla jefe de enseñanza del área de Enfermería por gestionar la evaluación y autorización de nuestro proyecto.

Al personal profesional de enfermería que labora en el hospital y de manera especial a la enfermera Julieta Malacara Tamayo, por aceptar a participar en este trabajo como modelo

para la guía de intervención, además de brindarnos el apoyo incondicional durante la realización del mismo.

A Carlos Santana Cruz por colaborar con nosotras al realizar toda el área de Diseño gráfico del proyecto.

Y por último Muchas Gracias Dr. Erick, por ser nuestro mentor en tan maravillosa área de nuestra disciplina, por mostrarnos con ese gran entusiasmo y pasión la esencia de la Enfermería, por aguantar nuestros altibajos, pero sobre todo gracias por inyectarnos ese entusiasmo y el apoyo que nos brindó cuando más lo necesitamos. Sabemos de antemano que siempre podemos contar con usted, dado que no solo fue un profesor, fue un gran padrino que supo encaminar a sus ahijadas por el buen camino y más que eso siempre fue y será un gran AMIGO.

Santos Díaz María de la Luz

Pérez Calderón Dulce María

Julio, 2016

## **Dedicatoria**

Dedicamos este proyecto a DIOS que con su gran poder y divinidad ha guiado nuestros caminos, dándonos la fortaleza necesaria para vencer obstáculos hallados en nuestras vidas y orientándonos a lograr un exitoso desarrollo de esta investigación.

A nuestras familias por su apoyo incondicional; a nuestros queridos padres por depositar su entera confianza en cada reto que se nos presentaba sin dudar ni un solo instante en nuestra capacidad, por su esfuerzo en brindarnos siempre lo mejor, por guiarnos con amor y sabiduría para así lograr con éxito andar por lo escalones que tiene la vida, siendo este uno de ellos:  
**SER PROFESIONAL.**

A nuestro director de tesis, maestro y amigo, por sus sabias enseñanzas, apoyo constante y experiencias de vida en la realización de este trabajo, siendo un ejemplo a seguir. Dios lo colme de bendiciones.

A la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla por abrirnos las puertas a su hogar de sabiduría, cultivándonos valores de respeto y honestidad, para ser personas de bien con sabios conocimientos en el futuro camino que nos espera en esta hermosa profesión.

A las Madres adolescentes y sus familias, por permitirnos compartir con ellas este proceso de vida

Al Hospital de la Mujer de los Servicios de Salud del Estado de Puebla y cada uno de los profesionales de la salud que ahí laboran por habernos dado la oportunidad de aplicar las intervenciones dentro de sus instalaciones.

## Resumen

Candidato para el título de Licenciado en Enfermería:	Santos Díaz María de la Luz
Fecha de Graduación:	Pérez Calderón Dulce María
Universidad:	Julio 2016
Unidad Académica:	Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Título del Estudio:	Facultad de Enfermería
	Intervenciones de Enfermería para favorecer la Adopción del Rol Materno en un Grupo de Adolescentes: Ensayo Clínico Aleatorio
Número de páginas:	169
Área de Estudio:	Enfermería Clínica

**Objetivo:** Describir el efecto de una intervención educativa de enfermería controlada y programada para favorecer la adopción del rol materno en un grupo de adolescentes mexicanas a través de metodología experimental.

**Método:** Ensayo Clínico Aleatorio (ECA), con medición test, re test y domicilio dado que se manipulo intencionalmente la adopción del rol materno a través de una intervención educativa en mujeres adolescentes puérperas.

**Resultados:** Existe una diferencia significativa después de aplicar una intervención teórico-práctica, intervención virtual y visita domiciliaria (Grupo Casos vs Grupo Control 1  $p = .000$ , Grupo Casos vs Grupo Control 2  $p = .048$ ). Estos resultados fueron respaldados con el análisis descriptivo: la Adopción del Rol Materno aumento de la medición test a la medición domicilio, en el Grupo Control 1 vs. Grupo Casos ( $\bar{X} = 78.940 \pm 9.228$ ) a ( $\bar{X} = 83.638 \pm 9.100$ ) y Grupo Control 2 vs Grupo Casos ( $\bar{X} = 81.598 \pm 8.798$ ) a ( $\bar{X} = 83.638 \pm 9.100$ ).

**Conclusión:** La intervención educativa teórico – práctica de enfermería complementada con intervención virtual vía Facebook y seguimiento domiciliario, propicio un cambio positivo y estadísticamente significativo en la Adopción del Rol Materno en grupo de adolescentes de 12 a 19 años de edad en comparación con dos grupos equivalentes con diferentes intervenciones.

## Tabla de Contenido

	Páginas
Capítulo I	
Introducción	1
1.1 Planteamiento del problema	1
1.2 Marco conceptual	9
Ubicación del problema de estudio en la teoría	11
Definición conceptual de términos	14
Estudios relacionados	16
1.3 Objetivos	20
Objetivo general	20
Objetivos específicos	20
Hipótesis	20
Hipótesis Estadística	21
Capítulo II	
Metodología	22
2.1 Diseño de estudio	22
2.2 Población	22
2.3 Criterios de selección	22
Criterios de inclusión	22
Criterios de exclusión	23
Criterios de eliminación	23
2.4 Muestra y Muestreo	23
2.5 Variables de estudio	24

Definición operacional de la variable	24
Características de la variable	25
2.6 Instrumentos de recolección de datos	28
2.7 Procedimiento de recolección de datos	29
2.8 Estrategias de análisis	33
2.9 Ética de estudio	35
Capítulo III	
Resultados	36
Capítulo IV	
Discusión	47
Conclusión	55
Referencias	56
Apéndices	
Apéndice A-1. Consentimiento Informado Grupo Casos.	63
Apéndice A-2. Consentimiento Informado Grupo Control 1.	65
Apéndice A-3. Consentimiento Informado Grupo Control 2.	67
Apéndice B. Cedula de Datos Personales.	69
Apéndice C. Escala de Adopción del Rol Materno Original.	70
Apéndice D. Validación por Técnica de jueces.	74
Apéndice E. Tabla de Datos.	79
Apéndice E-1. Escala de Adopción del Rol Materno Modificada.	84
Apéndice F. Proyección de Evolución de la Intervención para la Adopción del Rol Materno.	89

Apéndice G. Evolución de la Intervención para la Adopción del Rol Materno.	90
Apéndice H. Guía para facilitadores de la Intervención para favorecer la Adopción del Rol Materno.	91
Apéndice I. Cuadernillo Informativo	154
Apéndice J. Escala Análoga-Visual.	158
Apéndice K. Intervención Virtual (Facebook)	159

## Lista de Figuras

Figura 1. Modelo original de Adopción del Rol Materno de Ramona T. Mercer.	10
Figura 2. Paradigma de Enfermería de acuerdo a los conceptos de Mercer.	11
Figura 3. Microsistema dentro del Modelo de Mercer.	13
Figura 4. Derivación teórico-empírica del Modelo de Ramona T. Mercer.	15
Figura 5. Esquema de Estadísticos (Estrategia de Análisis).	34
Figura 6. Esquema del Desgaste de la Muestra.	36
Figura 7. Histograma de prueba Kolmogorov-Smirnov Test.	42
Figura 8. Histograma de prueba Kolmogorov-Smirnov Re-Test.	43
Figura 9. Histograma de prueba Kolmogorov-Smirnov Domicilio.	43

## Lista de Tablas

Tabla 1. Estructura Factorial de la Escala de Adopción del Rol Materno.	27
Tabla 2. Edad de las participantes.	37
Tabla 3. ANOVA para la variable Adopción del Rol Materno por grupo.	37
Tabla 4. Test de Levene.	38
Tabla 5. Características socio-demográficas y clínicas de las participantes.	39
Tabla 6. Coeficientes alfa de Cronbach para la Escala de Adopción del Rol Materno.	40
Tabla 7. Coeficientes alfa de Cronbach por grupo y por medición.	40
Tabla 8. Prueba de Kolmogorov-Smirnov.	41
Tabla 9. Test de Mauchly's para la Esfericidad.	44
Tabla 10. ANOVA MR por pares de grupo para Adopción del Rol Materno.	45
Tabla 11. Estadísticos descriptivos por grupo.	46

## Capítulo I

### 1.- Introducción

#### *1.1 Planteamiento del problema*

La maternidad de las adolescentes, es actualmente considerado un problema social y una de las experiencias más difíciles que afectan a este grupo de edad; así como a sus familias. De acuerdo con el Fondo de la Población de las Naciones Unidas (UNFPA, 2013), todos los años, 7,3 millones de mujeres menores de 18 años, dan a luz en el mundo, dos millones de estos nacimientos ocurren en niñas menores de 15 años; si la tendencia actual continúa, ese número podría elevarse a 3 millones para el año 2030.

En América Latina la situación no es diferente; por ejemplo, en México de acuerdo con el Informe de Maternidad en la Niñez (UNFPA, 2013), se mencionó al país como el primer lugar en cuanto a embarazos en adolescentes y jóvenes entre los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE, 2014). Tal situación pareciera una contradicción, puesto que México por sus condiciones de nivel económico y social, es un país en vías de desarrollo; no obstante, está dentro del grupo OCDE considerados como los países de mayor poder y desarrollo socioeconómico.

Estos datos, se confirman con cifras del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI, 2014), las cuales, en los últimos 14 años el promedio de nacimientos entre mujeres menores de 20 años es de 19.35% a nivel nacional.

Esta situación, representa un problema de salud pública; de acuerdo a los datos del Boletín Epidemiológico hasta la primera semana de Mayo del año 2016 se registraron 248 muertes maternas, de las cuales 40 sucedieron en el grupo etareo de 10-19 años de edad representando el 16,12% de las muertes a nivel nacional; tal parece que esto responde a que las adolescentes tienen vulnerabilidades especiales, la maternidad a temprana edad las coloca

en una perspectiva de exclusión social, sobre todo si se considera que la mayoría de los embarazos se gestan en jóvenes en situación de pobreza y de escasa escolaridad, quienes tienen que asumir la responsabilidad de la crianza del recién nacido y conlleva problemas de salud (Nava, 2009).

En el contexto del Estado de Puebla, se registra un incremento de embarazos entre niñas y adolescentes; que colocan a la entidad como el lugar número 12 en todo el país, con mayor cantidad de menores de edad que se convierten en madres. De acuerdo con el informe “La Infancia Cuenta en México 2014”, que cita una tasa de 1,6 por cada mil embarazos, entre mujeres de 10 a 14 años de edad y una tasa de 57,6 por cada mil embarazos en mujeres de 15 a 17 años de edad, lo cual se complementa con lo publicado por el Subsistema de Información sobre Nacimientos (SINAC durante el año, 2014), el cual reporta una tasa de 22,300 embarazos en adolescentes.

Es por ello necesario e imprescindible el papel de los profesionales de enfermería para implementar acciones relacionadas con aspectos importantes de la estimulación y fortalecimiento del cuidado del recién nacido; para lograr un impacto positivo en las madres adolescentes y sus familiares.

En este orden de ideas considerando el trabajo de investigación de Díaz Urbina (2011), quien estudio la adopción del rol maternal en madres adolescentes y mencionó que la maternidad en la adolescencia es sin duda, uno de los sucesos evolutivos más significativos; convertirse en madre supone una transición importante en la vida de cualquier mujer, llena de retos, nuevas tareas y nunca exenta de dificultades.

La Adopción del Rol Materno toma en cuenta los recursos de la mujer, tanto biológicos, psicológicos como sociales, debido a que se requiere de todas las fortalezas para enfrentarlo por lo que es necesario apoyar y facilitar el cumplimiento eficaz de las tareas

implicadas en su nuevo papel; el de ser madre. De acuerdo a publicaciones de *Journal of Adolescent Health* (1982-2003), las adolescentes tienden a ser más propensas a enfrentar dificultades propias de convertirse en madre, tienen menos autonomía, más dificultades para afianzar una confianza que les permita desarrollar y decidir metas a futuro y donde la autoestima tiende a ser más baja (Letourneau, Stewart y Barnfather, 2004), pues dicho proceso versa principalmente a través de diversas etapas: Compromiso y preparación, conocimiento, práctica y recuperación física, normalización e integración del rol maternal; que son elementos centrales, teóricamente pueden ayudar a las adolescentes para adquirir su nuevo rol.

La falta de evidencia empírica, limita la identificación de los procesos de transformación en madres adolescentes, luego entonces es necesario utilizar la investigación en intervenciones específicas de enfermería. En este sentido, es de suma importancia profundizar en los sentimientos y emociones que rodean la experiencia y significado que para cada una de las adolescentes representa ser madre, debido a que postergan sus proyectos personales, sienten escaso apoyo y tienen que aprender de rutinas, relacionadas a la crianza de un bebé (Agurto 2012). Es entonces que la Adopción del Rol Materno en las adolescentes lleva más tiempo y puede influir de manera significativa en la madre adolescente para la vinculación afectiva con el bebé; pues brindan cuidados no adecuados al recién nacido, siendo esto vital para el proceso de desarrollo del bebé tanto física como emocionalmente e inclusive fisiológicamente dado que en algunos casos la nutrición no es adecuada (Valdivia, 2000).

De acuerdo con Cardozo y Bernal (2009), el problema puede deberse al escaso conocimiento o experiencia de las madres adolescentes sobre cuidados al recién nacido, debido a que las adolescentes a quienes se les ha atribuido inmadurez física y emocional en esta etapa de su vida, se ven influenciadas por la familia en especial de mujeres quienes inculcan a la puérpera sus saberes basados en la experiencia del cuidado durante el postparto.

De acuerdo con los resultados de una revisión sistemática, se han identificado 28 publicaciones desde la década de los 80's; en donde se han realizado estudios descriptivos, transversales algunos correlacionales e inclusive de intervención experimental (Nystrom, Öhrling, 2004; Liamputtong, Naksook, 2003; Percy, McIntyre, 2001; Koniak-Griffin, Verzemnieks & Cahill, 1992, Sullivan, 1984); los autores abordaron a la adolescente para facilitar la Adopción del Rol Materno y algunos de ellos han incluido a las parejas o a los familiares más cercanos. Las intervenciones se han abordado con psicólogos, médicos familiares y algunos estudios con personal de enfermería; la mayoría han mostrado resultados significativos o positivos con respecto al rol materno. Sin embargo de acuerdo a la literatura latinoamericana, en específico en México, no se han realizado programas donde se abarque la atención emocional y adopción de un nuevo Rol Materno en adolescentes; al menos, no ha habido intervenciones desde la perspectiva de enfermería que así lo demuestren; además, parece ser que a los programas del sector salud que incluyen el trinomio madre - padre - hijo, les hace falta una connotación teórica que fortalezca los procedimientos e intervenciones del profesional de salud, por lo que se requiere de estrategias orientadas a la ampliación de los medios de acción y adaptarlos a cada población en particular, especialmente en aquellas que pertenecen a entidades de bajo desarrollo social.

Se han realizado diversas investigaciones para favorecer la Adopción del Rol Materno en adolescentes desde un punto de vista descriptivo y psicológico (proceso interactivo y de desarrollo en el cual la madre crea un vínculo con su hijo); tal es el caso de Jiménez y Sosa (2014), quienes realizaron una investigación cualitativa donde se valoró qué tan efectiva es la educación que imparten las enfermeras a las madres primerizas para favorecer la Adopción del Rol Materno; Romero (2011), elaboró un estudio en donde explicó cómo se va desarrollando la Adopción del Rol Materno en las adolescentes desde una perspectiva psicológica; Alvarado,

Guarín y Cañón (2011), estudiaron cómo se realiza el cuidado de enfermería para fortalecer al binomio madre-hijo; Morillo y Montero (2010), realizaron un trabajo en el cual destacan la importancia de la lactancia materna exclusiva y plantean la necesidad de proporcionar apoyo y orientación a las madres adolescentes; Mercer y Walker (2006), investigaron sobre el conocimiento de las intervenciones de enfermería que fomenten la Adopción del Rol Materno; Manns (2003) investigó el perfil de las madres adolescentes y sus necesidades en relación al cuidado de su hijo; Nelson (2003), realizó una investigación de la transición a la maternidad y describió cómo enfermería interviene en dicho proceso. Así mismo existen otras investigaciones que relacionan el rol materno con variables como perfil de las adolescentes y necesidad de conocimientos (Manns 2003); experiencias y significado de ser madre (Márquez, Lucchini y Rivera, 2008, Şirin Kuruçırak y Özen Kulakaçb, 2014). En el mismo orden de ideas, dado que el interés de esta investigación es utilizar medios alternativos, para poder mostrar los estudios relacionados con los cuidados a distancia o través de los medios de comunicación, (debido a que en México esta forma de realizar cuidados de enfermería no es comúnmente utilizada en el sistema de salud) consideramos necesario realizar la siguiente descripción.

Las tecnologías de la información han sido conceptualizadas como la integración y convergencia de las múltiples posibilidades que nos pueden ofrecer, pensando en ellas como una gran oportunidad de crecimiento profesional, se han convertido en algo indispensable para profesionales y usuarios de salud de todo el mundo. Las tecnologías de la información y las comunicaciones, por sus siglas TICs, agrupan elementos y técnicas usadas en el tratamiento y la transmisión de información utilizadas por los profesionales de la salud como instrumentos que refuerzan, ayudan y mejoran el trabajo colaborativo; los profesionales de Enfermería en países desarrollados han comenzado decididamente a hacer uso de ellas a fin de garantizar la

atención, cobertura y continuidad de los cuidados, dado que el acceso a la información disponible a través de internet supone una nueva manera de conocer e incluso vivir los problemas de salud (Vialart y Gavilondo, 2015)

Un gran número de enfermeras en todo el mundo proporciona cuidados a través de tecnologías a distancia, reflejando funciones y responsabilidades para la creación de conocimiento e innovación dentro de la profesión; pero es poco conocida la amplia gama de tecnologías disponibles, puesto que se necesitan de conocimientos y habilidades complementarias que deben incluir competencias técnicas en el uso de modalidades de telesalud comunes y los conocimientos necesarios para integrar la telesalud en sus prácticas.

Telesalud en Enfermería es definida por la Academia Americana de Enfermería de Atención Ambulatoria (American Academy of Ambulatory Care Nursing, 2001) como: la entrega, gestión y coordinación de la atención y los servicios prestados a través de la tecnología de las telecomunicaciones (teléfono, correo electrónico, fax, internet [redes sociales] y video interactivo) para eliminar las barreras de tiempo y distancia entre enfermera y paciente. La tecnología ya es parte cotidiana de la práctica de enfermería, sólo se puede esperar que aumente su ámbito de aplicación en el futuro. Grupos de profesionales de enfermería, incluyendo la Academia Americana de Enfermería y la Asociación Americana de Enfermeras, han llamado a la exploración inmediata de cómo la tecnología puede ser utilizada para crear entornos de trabajo mejores y más seguros y aumentar el acceso a la enfermería profesional (Lamb y Shea, 2006).

Estrechamente asociadas con telesalud es el término Teleenfermería: Definido según el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE, 2007), como el uso de la tecnología de las telecomunicaciones en la disciplina enfermera para mejorar la atención a los pacientes.

Implica el empleo de canales electromagnéticos (por ejemplo, alámbricos, de radio y ópticos) para transmitir señales de comunicaciones de voz, de datos y visuales.

Finalmente a pesar de lo que se ha publicado, existe un vacío de conocimiento en el que se utilice metodología experimental ya sea de manera presencial o con telenursing para poder realizar intervenciones controladas verificando su impacto. Al parecer, el tema de interés no ha sido abordado recientemente, dado que las últimas referencias que utilizan el concepto de Adopción del Rol Materno en adolescentes es obsoleta para la información que se maneja hoy en día y que responde a las nuevas tecnologías y a las intervenciones controladas.

Al respecto la metodología del Ensayo Clínico Aleatorio, no ha sido abordada en México, ni tampoco ha sido fundamentada desde el punto de vista teórico, para explicar si las intervenciones de enfermería programadas favorecen la Adopción del Rol Materno en madres adolescentes.

Por lo tanto el propósito de este trabajo es describir el efecto de una intervención educativa de enfermería diseñada y controlada bajo argumentos teóricos para favorecer la Adopción del Rol Materno en un grupo de adolescentes mexicanas.

La importancia de este estudio para enfermería, radica en desarrollar estrategias para fomentar y facilitar la transición de mujeres adolescentes que cursan el proceso de maternidad, lo que puede favorecer el apoyo emocional y el contacto madre e hijo. Debido a que enfermería es una profesión que tiene como principal objetivo promover la salud, prevenir enfermedades y proporcionar cuidados. Es necesario que las intervenciones que realiza, se lleven a cabo bajo la rigurosidad de un diseño experimental, para mostrar la efectividad de dicha intervención.

Con base en lo anterior y a la literatura publicada, surge la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es el efecto de una intervención educativa de enfermería programada para favorecer la Adopción del Rol Materno en un grupo de adolescentes mexicanas?

## 1.2 *Marco conceptual*

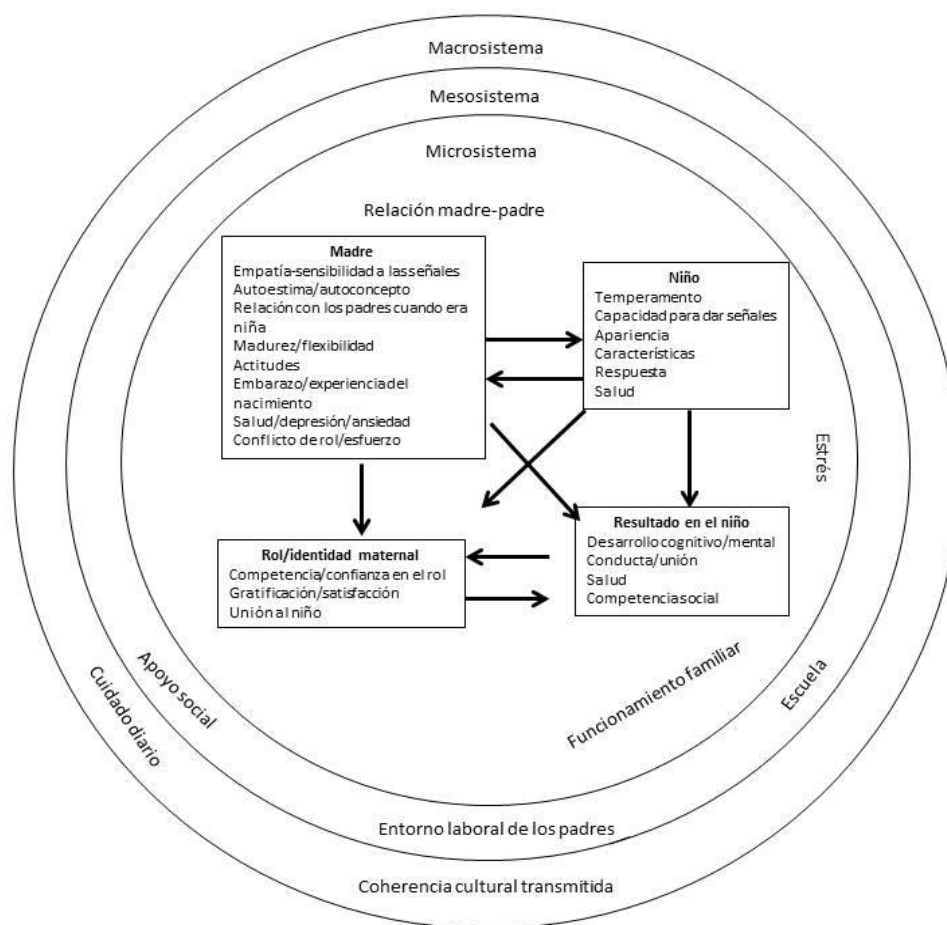
### 1.2.1 *Antecedentes Teóricos*

La teoría de Adopción del Rol Materno de Ramona Mercer se basa en una amplia investigación que ha sido desarrollada desde la década de los 60's, fundamentada en la teoría de Rubín (1967), quien es conocida por dar una definición y descripción del rol maternal. Sin embargo, Mercer no solo utilizó la teoría de Rubin, utilizó la teoría de Mead (1934) y de Turner (1978) sobre el núcleo del "Yo", también se basó en el proceso de la adquisición del rol de Thornton y Nardi (1975), así como del trabajo de Burr, Leigh, Day y Constantine (1979) sobre la interacción simbólica y la familia, las teorías del proceso de desarrollo de Werner (1957), además del uso de la teoría general de sistemas de Von Bertalanffy (1968) y en el modelo utiliza los círculos de Bronfenbrenner (1979), que aportaron una concepción unitaria de la mujer en maternidad, como ser humano ligado a su entorno.

Por todo lo anterior la teoría de Adopción del Rol Materno de Ramona Mercer se considera una teoría prestada para enfermería y adaptada de otros modelos que en conjunto se determina ecléctico para valorar o cuidar desde el punto de vista de enfermería un solo concepto que es la Adopción del Rol Materno, luego entonces se considera una micro teoría (Fawcett y Desanto-Madeya, 2012; Villarruel, Bishop, Simpson, Jemmott y Fawcett 2001; De Villalobos, M. 2007).

Mercer seleccionó tanto variables maternas como infantiles y observó que un gran número de factores pueden tener una influencia directa o indirecta sobre el rol materno, lo que aumentó la complejidad de su trabajo que se ve reflejado en la siguiente figura del modelo original del cual deriva el modelo final de Ramona T. Mercer y para fines prácticos de esta tesis no se explica, simplemente se muestra, posteriormente en la Figura 3 se argumentará la base teórica de este trabajo.

Figura 1. Modelo original de Adopción del Rol Materno de Ramona T. Mercer



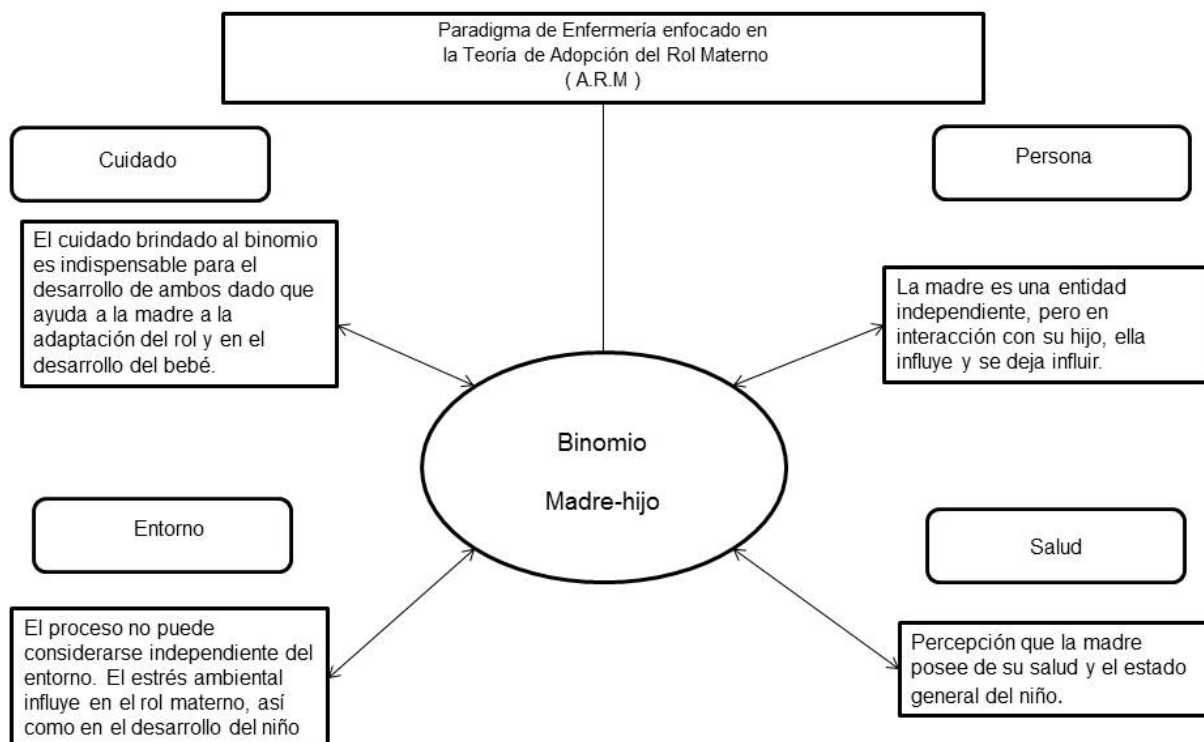
Dado que el planteamiento de Ramona T. Mercer es teórico, el modelo tiende a evolucionar para describir con una mejor realística los postulados que de ésta teoría emanan.

Tal es el caso del término *Adopción del Rol Materno*, cuyo significado sugería un punto final en lugar de un proceso continuo, luego entonces este término fue sustituido por *Convertirse en Madre*, debido a que este proceso es más que asumir un rol, es una evolución continua y por lo tanto implica un cambio amplio en el espacio vital de las adolescentes (Mercer, 2006). Este cambio realizado por la misma teórica es necesario clarificarlo para esta

investigación, dado que el instrumento con el cual se medirá el fenómeno de estudio, mide la Adopción al Rol Materno que se incluye en el microsistema de la Figura 3.

En la Figura 2 se explican los conceptos del paradigma de enfermería de acuerdo a los conceptos manejados por Ramona T. Mercer

Figura 2. Paradigma de Enfermería de acuerdo a los conceptos de Mercer



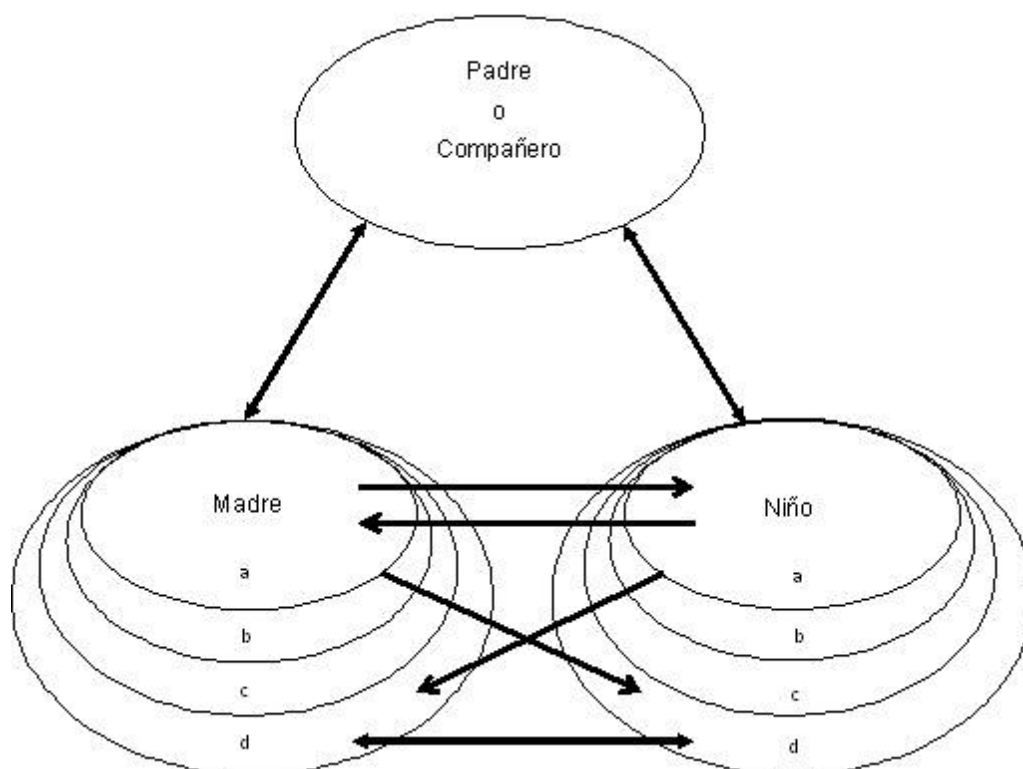
### *Adopción del Rol Materno*

A partir de investigaciones cualitativas, Mercer estableció cuatro fases o estadios que conducen a la Adopción del Rol Materno:

- a) Compromiso y preparación. Inicia durante la gestación e incluye los primeros ajustes sociales y psicológicos en donde la madre fantasea sobre cómo ejercer el rol y comienza a identificarse, construye una imagen ideal de sí misma como madre, a través de esta imagen, la identidad materna se va incorporando a su auto-sistema (Meleis, 2010).
- b) Conocimiento, práctica y recuperación física. Inicia cuando el niño nace e incluye el aprendizaje del rol y su activación, donde la madre comienza a aplicar sus conocimientos basados en información otorgada por personal de salud y aquellos que son transmitidos por su entorno social inmediato como lo son familia y amigos ya que como menciona Rubín (1975-1984) la madre de la mujer es identificada como el modelo a seguir más fuerte.
- c) Normalización. Inicia cuando la madre desarrolla sus propias maneras de realizar el rol, aplica sus propios conocimientos del cuidado al bebé, lo cual la une cada vez más a su hijo.
- d) Integración de la identidad materna. Se produce cuando la mujer interioriza el rol, en donde siente placer y satisfacción al realizar todas sus actividades enfocadas al cuidado del bebé, debido a que el desarrollo de ambos es concomitante.

El modelo original se centra en los círculos concéntricos de Bronfenbrenner de entornos ecológicos, donde se ubica al trinomio en el centro de la interacción anidada, que incluye apoyo social, factores estresantes y guías para la maternidad, que estructuran el entorno inmediato donde se establece la Adopción del Rol Materno. Mercer amplió los conceptos iniciales para destacar la importancia del padre en el proceso debido a que esta figura ayuda a difuminar la tensión en la dualidad madre-hijo (Mercer, 2006).

Figura 3. Microsistema dentro del Modelo de Mercer



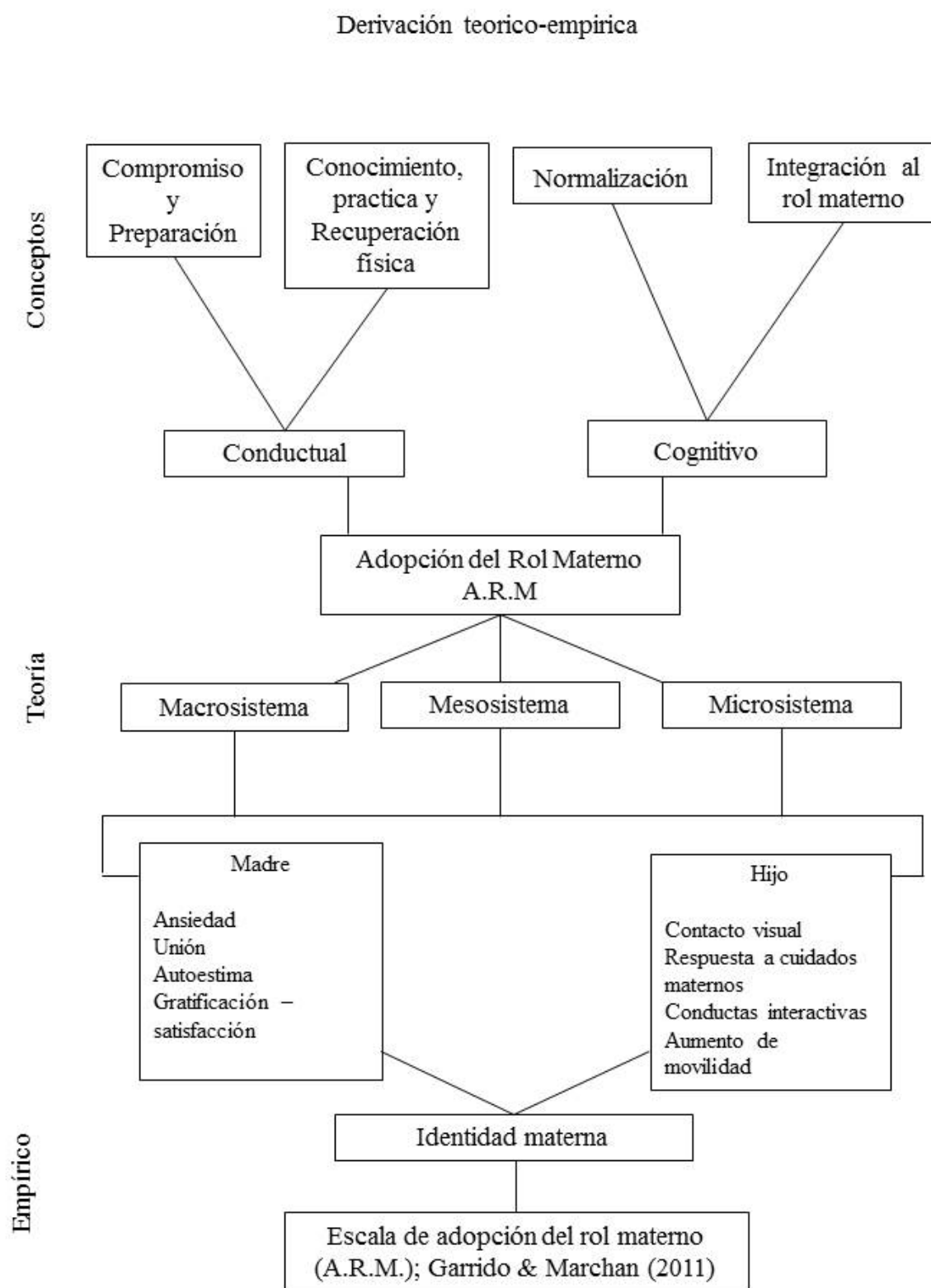
Los cuatro estadios anteriormente mencionados se identifican en la Figura 3 como las capas de la *a* hasta la *d* en relación con la madre, identificadas también como (anticipación, formal, informal y personal), estas cuatro fases van ligadas a las características y conductas maternas que Mercer incluye en su modelo, las cuales son: empatía, sensibilidad a las señales emitidas por el niño, autoestima y autoconcepto, que se ven modificadas por las características del niño (temperamento, capacidad para enviar mensajes, apariencia, respuesta y salud) y a su vez afectan el desarrollo de la identidad materna. De acuerdo con Mercer (2006), las respuestas del niño, interactúan con el desarrollo de la identidad materna las cuales están representadas en el modelo que va de la capa *a* hasta la *d* (*a*. contacto visual, reflejo de agarre, *b*. conducta en respuesta a los cuidados, *c*. conductas interactivas, *d*. respuestas de obtención por parte de la madre).

### 1.2.2 *Conceptos*

Para esta investigación el concepto principal es *Adopción del Rol Materno*, el cual es definido como un proceso interactivo de desarrollo y transición que se produce a lo largo del tiempo, en el que la madre crea un vínculo con el hijo, aprende las tareas de cuidado y expresa placer y gratificación con el mismo para alcanzar como punto final la identidad como madre.

El modelo de Ramona T. Mercer propone que dicho proceso se desarrolla en la interacción de la madre con tres contextos: macrosistema, mesosistema y microsistema, este último es la parte más influyente dentro del proceso pues aquí se llevan a cabo las interacciones, padre-madre-hijo. (Marriner, Ann y Alligood, 2011; Mercer, 2006). La medición se obtendrá mediante la Escala de Adopción del Rol Materno (Garrido y Marchan, 2011).

Figura 4. Derivación teórico-empírica del Modelo de Ramona T. Mercer



### 1.2.3 Estudios relacionados

En esta sección se presentan los estudios directa e indirectamente relacionados con el fenómeno de estudio, de acuerdo al siguiente orden: intervenciones de enfermería para favorecer el rol materno, intervenciones educativas en el puerperio inmediato para favorecer el rol materno e intervenciones de enfermería a distancia (con la metodología Telenursing).

Martínez (2009), realizó un estudio cuasi-experimental, con el objetivo de identificar cuál es la modificación de conocimientos en las madres adolescentes sobre los cuidados básicos del recién nacido, en una muestra de 30 madres adolescentes. Los resultados indican que los conocimientos de las madres sobre la frecuencia en la lactancia materna se vieron modificados en un 90%, los conocimientos acerca de las posiciones para lactar se modificaron en un 93,3%, en lo relacionado con la higiene del recién nacido se modificó en un 100%, dado que se tenían conocimientos pero no estaban claros, en lo relacionado al descanso del bebé el área que se vio modificada fueron las posiciones de dormir en un 96,7% y por último en lo relacionado a los signos de alarma se vieron modificados en un 93,3%.

Furnieles-Paterna, et al. (2011), realizaron un estudio con diseño multicéntrico y aleatorizado; con el objetivo de evaluar la efectividad, en cuanto a evolución clínica y satisfacción materna, de la visita puerperal en el domicilio y compararla con la realizada en el centro de salud; se comparó un grupo experimental formado por 100 mujeres que recibieron la primera asistencia posparto en el domicilio con un grupo control de 100 mujeres que tuvieron la primera visita posparto en la consulta del centro de salud. Obteniendo los siguientes resultados: La visita puerperal domiciliaria se asoció a un alto grado de satisfacción materna con la asistencia recibida (OR 10,1; IC del 95%: 3,5-29,3;  $p < 0,001$ ) y a un menor grado de abandono precoz de la lactancia materna (OR 15,3; IC del 95%: 1, 1-205,9;  $p=0,039$ ) que fue 6 veces inferior respecto al grupo con visita puerperal en el centro de salud.

Robles y Ochoa (2015), realizaron un estudio con diseño cuasi-experimental pre y post test; con la finalidad de evaluar la efectividad de una intervención educativa en la identificación de signos de alarma en el recién nacido y en la disminución de atención por morbilidad, en una muestra de 60 madres adolescentes (30 por grupo). La intervención educativa en el grupo experimental, se realizó en una sesión de 45 minutos, con dialogo abierto y demostraciones utilizando técnicas de apoyo como: video, maqueta, tríptico y rotafolio. Dicha intervención se retroalimentó a los 28 - 30 días en la visita domiciliaria a las madres adolescentes. En el grupo control las madres adolescentes recibían la rutina habitual del servicio, que constó de una exposición oral realizada por una enfermera y anexando una lista de signos de alarma en la boleta de pago. Por consideración ética en la visita domiciliaria se desarrolló la intervención educativa. Se obtuvieron los siguientes resultados respecto al conocimiento en el pretest, la media del grupo control fue  $17,56 \pm 3,14$  y del experimental  $18,66 \pm 2,84$ , sin diferencia significativa; luego de la intervención la media del grupo control fue de  $20,33 \pm 3,17$  y del experimental  $35,00 \pm 1,38$  con diferencia significativa. Por lo tanto la intervención fue efectiva por el incremento del conocimiento, la atención precoz al RN y la disminución de las tensiones por morbilidad.

Moreno, Mesa, Pérez y Vargas. (2015), realizaron un estudio con el fin de dar a conocer el alcance que tiene la aplicación de una estrategia de cuidado de enfermería que promovió el cuidado integral de la adolescente gestante en la activación del rol materno durante el control prenatal y la apertura de un centro institucional de apoyo, se contó con la participación de diez adolescentes. Se tuvo en cuenta el concepto de apoyo social de la teoría de Ramona Mercer; como actividades de intervención se realizaron dos talleres vivenciales y se dio seguimiento a la madre adolescente mediante una llamada telefónica. Obteniendo los siguientes resultados: la adopción e implementación de la estrategia y apertura del centro de

apoyo y cuidado para adolescentes “creciendo juntos” permitió la activación del rol materno durante el control prenatal.

Diversos estudios, manejan que es de vital importancia implementar intervenciones de enfermería durante el puerperio inmediato, enfocadas al cuidado de la madre y del recién nacido, dado que es cuando más dudas surgen.

Reeder J, (1992), refiere que el periodo puerperal es un lapso de transición física y psicológica importante en las mujeres que han dado a luz, debido a que experimentan una serie de fenómenos psíquicos en relación con la terminación del embarazo y creación de una dependencia con él bebe.

Lowdermilk, (1998), describe que el objetivo de la atención de Enfermería en el periodo post-parto inmediato es ayudar a la mujer y a sus allegados durante la transición inicial, hacia los trabajos de crianza.

Moreno; et.al.(2014), en una revisión de literatura fundamentan con diversos estudios que el puerperio es una etapa la cual comprende la transformaciones progresivas del cuerpo y mente de la madre, sin embargo también hace énfasis que muchas de las muertes maternas y neonatales ocurren en esta etapa, lo cual se debe a la falta de conocimientos del cuidado del bebé y autocuidado de la madre, además de que los aspectos socioculturales influyen, en ocasiones poniendo en peligro la vida de ambos.

Debido a la gran cantidad de información que debe transmitirse a estas mujeres en tan poco tiempo, es vital que se planifique y se brinde de forma bien pensada, no hay datos en la literatura donde se explique que en esta etapa la madre no sea apta para aprender, pues los cuidados e información proporcionada se enfocan a la recuperación fisiológica de la mujer y capacidad para cuidar de sí misma y de su nuevo bebé.

Con respecto a las intervenciones de enfermería con metodología *Telenursing*, los cuidados que se han realizado por vía telefónica y correo electrónico, han sido en adolescentes para el control de VIH, en adultos mayores y en padres con niños hospitalizados (Castillo, Benavides y López, 2012; Sousa, 2013 y Alexy, 2000 ), los trabajos se han realizado mayoritariamente en países anglosajones y no se ha abordado la metodología telenursing en mujeres adolescentes para favorecer la Adopción del Rol Materno.

Los resultados de todos estos trabajos muestran que la metodología favorece el autocuidado de acuerdo al seguimiento que se les dio (por vía internet o telefónica), sin embargo en la mayoría de estos estudios los resultados son descriptivos y poco consistentes desde el punto de vista estadístico, al no tener indicadores que muestran desde un punto de vista cuantitativo el impacto de las intervenciones de enfermería en la variable resultado.

### 1.3 *Objetivos*

#### 1.3.1 *Objetivo general*

Describir el efecto de una intervención educativa de enfermería controlada y programada para favorecer la adopción del rol materno en un grupo de adolescentes mexicanas a través de metodología experimental.

#### 1.3.2 *Objetivos específicos*

Describir las características sociodemográficas de las madres adolescentes participantes en el estudio.

Describir la adopción del rol materno en mujeres adolescentes de 12 a 19 años de edad.

Describir los cambios en la adopción del rol materno a través de intervenciones educativas de enfermería programadas.

#### 1.3.3 *Hipótesis*

Si la identidad materna se desarrolla con la unión madre – hijo de manera interdependiente para coexistir a través de la experiencia y el conocimiento de los cuidados postnatales, entonces al realizar una intervención educativa a un grupo de madres adolescentes en comparación con dos grupos control equivalentes con intervenciones diferentes para favorecer la Adopción del Rol Materno, la diferencia será estadísticamente significativa entre los grupos.

### 1.3.3.1 Hipótesis Estadística.

El promedio del puntaje de Adopción del Rol Materno en el Grupo Casos es mayor que el promedio de los Grupos Control al final de la intervención.

$$\mu_1 > \mu_{2,3}$$

El promedio del puntaje de Adopción del Rol Materno en el Grupo Control 1 es menor o igual que el promedio del Grupo Casos al final de la intervención.

$$\mu_2 \leq \mu_1$$

El promedio del puntaje de Adopción del Rol Materno en el Grupo Control 2 es menor que el promedio del Grupo Casos al final de la intervención.

$$\mu_3 < \mu_1$$

## Capítulo II.

### Metodología

#### *2.1 Diseño del Estudio*

Ensayo clínico aleatorio doble ciego, de mediciones repetidas, se manipuló intencionalmente la variable Adopción del Rol Materno (ARM) a través de una intervención educativa previamente estructurada en un Grupo denominado Casos en comparación con otros dos Grupos denominados Control 1 y Control 2. El Grupo Control 1 recibió una intervención educativa diferente al Grupo Casos y el Grupo Control 2 no recibió intervención.

#### *2.2 Población*

Mujeres adolescentes de 12 a 19 años de edad, que se encuentran en el periodo de puerperio, hospitalizadas dentro de la Institución de Salud: Hospital de la Mujer de los Servicios de Salud del Estado de Puebla, que cumplan con los criterios de inclusión.

Para esta investigación, la población se consideró respecto al número de camas censables que son exclusivas para hospitalización planta alta y puerperio de bajo riesgo (N=27) y así poder obtener una representación estadística solamente para las pacientes que se tienen en este hospital.

#### *2.3 Criterios de Selección*

##### *2.3.1 Criterios de Inclusión*

Mujeres adolescentes 12 a 19 años de edad, primigestas, que sepan leer y escribir, con reciente evento obstétrico quirúrgico o fisiológico, con producto de la concepción vivo, que cuenten con redes sociales (Facebook y WhatsApp), residentes de la zona Metropolitana del valle de Puebla.

### *2.3.2 Criterios de Exclusión*

Que no aceptarón participar en el estudio o que presentarón complicaciones ya sea la madre o el recién nacido, como hospitalización en Unidades Críticas.

### *2.3.3 Criterios de Eliminación*

Mujeres adolescentes que no concluyeran la intervención educativa, que el producto de la concepción muriera durante el tiempo de la intervención de Enfermería, que no revisaron al comenario de la intervención vía Facebook y que decidieron abandonar la investigación de acuerdo al derecho que se les otorgo en el consentimiento informado.

## *2.4 Muestreo y Muestra*

El muestreo se consideró no probabilístico dado que se trata de una comunidad de madres adolescentes previamente conocida (hospitalizadas), sin embargo, para evitar la contaminación de la muestra se aleatorizaron los grupos por semana de intervención, para que así todas las puérperas que ingresaron a una semana de intervención fueran egresadas del hospital y para la siguiente semana no existiera la misma muestra y evitar la comunicación entre las participantes y sus familiares para disminuir el sesgo.

El procedimiento fue el siguiente

Fórmula para poblaciones finitas:

$$n = \frac{NZ^2Pq}{Nd^2 + Z^2pq}$$

Valor de :

---


$$N = 27 \text{ Población}$$

$$Z = 1.96$$

$$p = 0.5 \text{ \% de éxito}$$

$$q = 0.5$$

$$d = 0.05 \text{ error de muestreo}$$

$$n = \frac{(27)(3.8416)(0.5)(0.5)}{0.06 + 0.9604} = \frac{25.9308}{1.0204} = 25.41$$

$$n = 25$$

Para amortiguar el efecto de atrición se decidió un aumento del 20% y así conservar el poder estadístico, se obtuvo finalmente una n= 30 participantes por grupo. Esta fue la muestra total para cada uno de los tres grupos (casos y controles).

## 2.5 Variables de Estudio

### 2.5.1 Definición operacional de variable.

La Adopción del Rol Materno (ARM) se define como un proceso interactivo de desarrollo y transición que se produce a lo largo del tiempo, en el que la madre crea un vínculo con el hijo, aprende las tareas de cuidado y expresa placer y gratificación con el mismo para alcanzar como punto final la identidad como madre.

Por lo anterior se pretendió favorecer la Adopción al Rol Materno (ARM) en adolescentes mediante sesiones educativas programadas y controladas, registrando los cambios por medio del instrumento de Garrido y Marchan (2011), denominado Escala de Adopción al Rol Materno (EARM).

### *2.5.2 Características de la variable a manipular*

Adopción del Rol Materno (ARM), variable de tipo cuantitativa, con un nivel de medición ordinal, se midió mediante una escala tipo Likert de 4 opciones de respuesta, misma que se representó en una escala Análoga-Visual para fines prácticos de esta investigación (véase Apéndice J).

## *2.6 Instrumentos de Recolección de Datos*

Los instrumentos que se emplearon para la recolección de datos en esta investigación son una cédula y un instrumento (véase Apéndice A). El primero elaborado por los investigadores principales del estudio, que consiste en una cédula de datos personales (Santos, Pérez y Landeros, 2015).

La cédula recolectó información como edad, dirección, teléfono, correo electrónico, redes sociales, estado civil, empleo; datos del recién nacido como fecha de nacimiento, género y vía de nacimiento. Por último se recolectaron datos del padre/tutor o pareja de la adolescente como edad, género, teléfono, y estado civil (véase Apéndice B). El tiempo estimado de respuesta para la cédula de datos personales y el instrumento fue de aproximadamente 30 minutos. El instrumento denominado Escala de Adopción del Rol Materno (E.A.R.M.) (Garrido y Marchan, 2011), se validó con 164 madres primerizas de la ciudad de Trujillo, Perú, con un nivel de confianza del 95%. Para determinar la validez del constructo previamente se encontró una medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) de .804 ( $p=.000$ ), lo que posibilitó la realización del análisis factorial; se utilizó el método de

rotación Varimax para determinar que la escala está constituida de tres factores que engloban diez dimensiones, con un total de 56 ítems.

La escala está constituida por los siguientes Factores: A. Microsistema, B. Mesosistema y C. Macrosistema. Estos tres Factores evalúan 10 dimensiones que se desglosan de la siguiente manera:

Tabla No. 1

*Estructura Factorial de la Escala de Adopción del Rol Materno*

Factor	Dimensiones	
A) Microsistema	II: Aceptación del bebé	III: Contacto con el rol de madre
	IV: Estimulación del bebé	VII: Expresiones maternas de afecto hacia el bebé
	VIII: Bienestar del bebé	IX: Preocupación y protección del bebé
B) Mesosistema	I: Interacción con la pareja respecto al bebé	V: Interacción con la familia de origen respecto al bebé.
C) Macrosistema	VI: Cuidados del bebé	X: Conocimiento y cultura relacionados al bebé

Consta de una escala de respuesta que está conformada de 4 puntos que va de “Totalmente de acuerdo” a “Totalmente en desacuerdo” (véase Apéndice C).

Dado que el instrumento no ha sido utilizado en otras poblaciones distintas a donde se creó, fue necesario realizar adecuaciones culturales desde el punto de vista cualitativo y una validez de contenido a través de la técnica de validación de jueces. Se reunió a los expertos en un aula del Edificio de Posgrado de la Facultad de Enfermería de la BUAP, se les entregó una carta donde se solicitaba amablemente su colaboración (Apéndice D), una vez que aceptaban participar se les entregaba el instrumento para su evaluación se les otorgó un determinado tiempo para la evaluación del mismo, una vez que concluyeron se vaciaron los resultados a la tabla (Apéndice E) y se continuó con las observaciones cualitativas que realizaron a cada uno de los ítems, los cuales fueron considerados. Con base a los datos obtenidos en la tabla, se muestran los siguientes resultados: un Índice de Validez por Ítem (IVXI)= 7, Criterio de Validez (CV)= .13 esto representa un 13% de posibilidad de error, Índice de Validez de Contenido (IVC)= 8.62 esto significa que es cercano a la decena, por lo cual el IVC es aceptable. Estos resultados de manera preliminar son suficientes para mostrar la confiabilidad interna del instrumento que se sustentaron con los cambios cualitativos a los ítems que se fortalecen con las observaciones de los jueces para poder probarlo en población mexicana (Apéndice E-1). No fue necesario realizar cambios después de aplicar la prueba piloto en donde directamente de las adolescentes, se consideró la factibilidad del sentido en que están presentados los ítems del instrumento.

## *2.7 Procedimiento de Recolección de Datos*

Para simplificar el siguiente apartado se muestra el esquema de la evolución de las intervenciones en el (Apéndice F), lo que a continuación se muestra son los procedimientos generales para los tres grupos.

Para llevar a cabo la investigación, se realizó una recolección de datos del día 11 de Enero al 18 de Marzo del presente año, en el Hospital de la Mujer de los Servicios de Salud del Estado de Puebla, para ello se contó con la participación de las madres adolescentes, el encuentro inicial se llevó a cabo en la unidad de las pacientes, considerada un área adecuada del Hospital para brindar la intervención e información sobre los objetivos que se pretendieron alcanzar con la investigación y al mismo tiempo dar a conocer el consentimiento informado, resolver dudas sobre el mismo y asegurar la confidencialidad de los datos brindados, esta dinámica se aplicó para todos los grupos de estudio.

Se explicó a las participantes los beneficios del proyecto y posteriormente las adolescentes quienes aceptaron con previa valoración de criterios de inclusión y exclusión, se aplicó la cédula de datos personales (Santos, Pérez y Landeros, 2015) y la Escala de Adopción del Rol Materno (Garrido y Marchan, 2011).

Cabe señalar que en caso de que las participantes tuvieran indicado un medicamento durante el tiempo en que se desarrolló la intervención, la enfermera responsable del turno respectivo, pudo interrumpir por un momento la intervención y administrar el medicamento.

## Procedimientos para el Grupo Casos.

Los procedimientos están estructurados para poder manipular la variable de interés a través de incidir en los factores y dimensiones que mide el instrumento principal. Los procedimientos se realizaron a través de una intervención desarrollada de la siguiente manera:

1.- Cuidados Generales de Enfermería: durante esta intervención se trabajaron los siguientes factores con sus respectivas dimensiones: Microsistema (III: Contacto con el rol de madre, IV: Estimulación del bebé, VIII: Bienestar del bebé, IX: Preocupación y protección del bebé, VII: Expresiones maternas de afecto hacia el bebé, II: Aceptación del bebé.), Mesosistema (I: Interacción con la pareja respecto al bebé, V: Interacción con la familia de origen respecto al bebé), Macrosistema (VI: Cuidados del bebé, X: Conocimiento y cultura relacionados al bebé).

En este apartado se desarrollaron los cuidados al recién nacido como el baño, lactancia materna exclusiva, técnica de alimentación, estimulación temprana, prevención de rozaduras, cambio de pañal, capacitación de la toma de temperatura, programa de vacunación, control de niño sano, prevención de caídas y accidentes, identificación de signos de alarma de infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas agudas. Este apartado fue otorgado por personal de enfermería capacitado en cada uno de los temas a través de una clase teórico-práctica. Se abarcaron los conceptos principales que maneja Mercer en su modelo los cuales son: *apoyo informativo y emocional*, este último implícito en las intervenciones antes desarrolladas.

La intervención se realizó en los cubículos donde se encuentran las unidades del paciente en el área de Ginecología del Hospital de la Mujer de los Servicios de Salud del Estado de Puebla. Dicha intervención tuvo una duración aproximada de dos horas por

paciente; al término de la misma se contó con un tiempo para la asimilación del conocimiento adquirido (2hrs), y se llevó a cabo la segunda aplicación del instrumento, lo anteriormente descrito se realizó en la quinta y sexta semana de intervención.

Este tiempo de asimilación del conocimiento se justifica debido a que, los humanos tenemos la capacidad de evaluar emocionalmente situaciones, y tomar decisiones con tanta rapidez que es difícil tener control sobre ellas (Bargh, 1999). Por ejemplo, basta con 250 milisegundos para emitir un juicio que determine si algo es positivo o negativo. (López Ramírez, 2009)

Después de la intervención presencial y al egreso de las adolescentes a sus domicilio, se dejó la séptima semana sin intervención, posteriormente en la octava semana se realizó una intervención virtual a través de redes sociales (se abrió una página en la red social Facebook denominada “Tesis Adopción del Rol Materno”

<https://www.facebook.com/tesis.adopciondelrolmaterno>). La información estuvo en línea para que la adolescente pudiera acceder a ella; la intervención consistió en colocar videos interactivos, así como información relevante con respecto a los cuidados del recién nacido, entre otras. Los materiales se subieron a la red los días Lunes, Miércoles, Viernes y Domingo, y para garantizar que las adolescentes vieran la información, se les solicitó que dejarán sus comentarios, dudas o sugerencias, las cuales se atenderían por el mismo medio.

Cabe mencionar que los investigadores principales se comunicaron vía telefónica con la adolescente cuando no se contestó al material que estuvo en la red, esto como un recordatorio para que consultará la información en línea y evitar el desgaste de la muestra.

La tercera medición del instrumento se realizó en la novena semana, los investigadores principales acudieron al domicilio de las participantes, donde por última vez volvieron a contestar la Escala A.R.M. y se dio por concluida la intervención para este grupo.

Procedimientos para los Grupos Control.

Al Grupo Control 1 se le realizó una intervención en la que se aplicaron los conceptos de *apoyo informativo* y *apoyo emocional*, mismos que son vitales para favorecer la adopción del rol materno, esta intervención consistió en dar información de los temas anteriormente descritos a través de un cuadernillo; al inicio de la intervención se otorgó la cédula de datos personales, el consentimiento informado y la escala de A.R.M. teniendo un tiempo de duración aproximado de 45 min, se llevó a cabo en la unidad de las pacientes hospitalizadas en el área de Ginecología dentro del Hospital de la Mujer de los Servicios de Salud del Estado de Puebla, al terminar se otorgó un tiempo de asimilación de conocimiento (2 horas) y se aplicó el re-test, todo lo anterior se realizó durante la tercera y cuarta semana de intervención dentro de la institución hospitalaria.

La aplicación por tercera vez de la Escala de A.R.M. se llevó a cabo hasta la octava semana de intervención.

Para el Grupo Control 2, no se le realizó intervención, se mantuvo con el cuidado e información habitual que el personal profesional del hospital brinda, para este grupo se aplicó la Escala A.R.M., con duración aproximada de 30 minutos en el hospital y para la tercera medición en sus domicilios.

Cabe mencionar que para los Grupos Control no se realizó intervención virtual como el Grupo Casos, a razón de que la última medición se realizó de igual forma en sus domicilios. El intervalo de tiempo entre las tres mediciones para los tres grupos fue el mismo. Para mantener el principio de equidad entre los grupos sometidos a investigaciones experimentales, después de la medición en los domicilios a los Grupos Control se les otorgara la misma intervención del Grupo Casos.

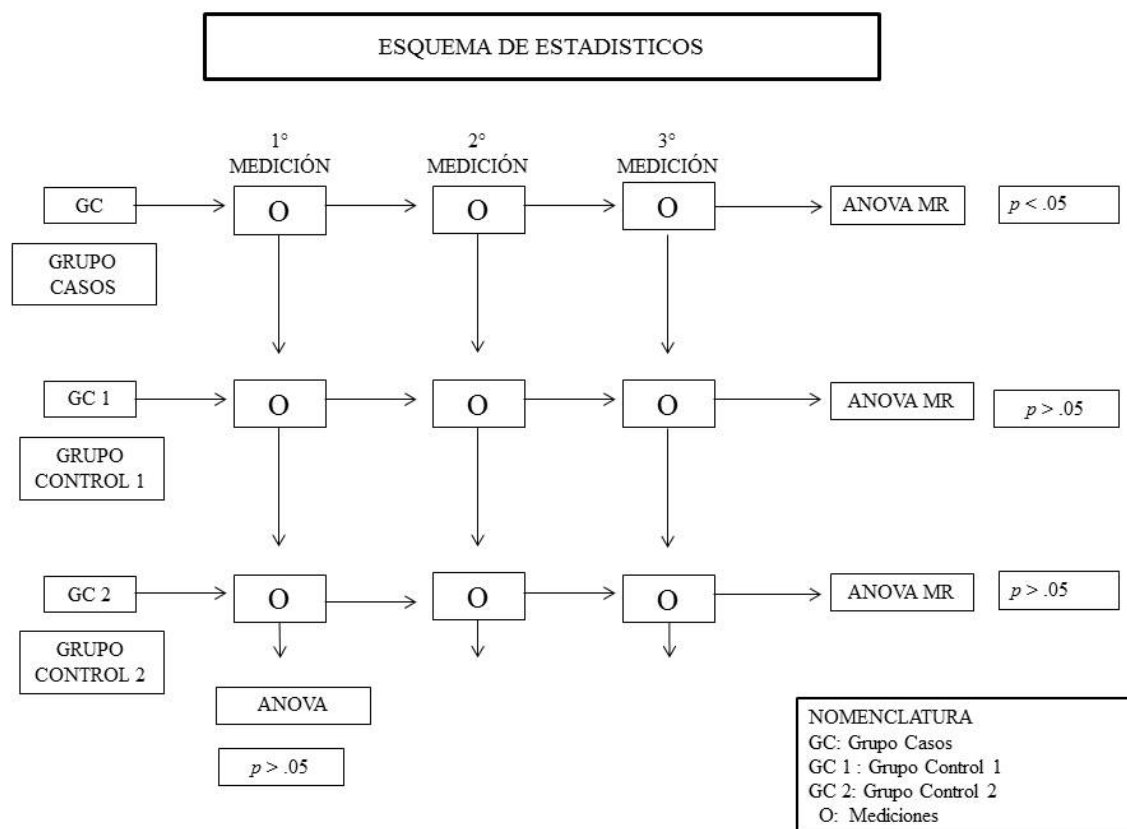
## 2.8 Estrategias de Análisis

Los datos se procesaron empleando el paquete estadístico SPSS versión 21 licencia N° 11061. Para el análisis descriptivo se utilizaron medidas de tendencia central (media y desviación estándar). Para el análisis de la variable principal se utilizó un estadístico de confiabilidad (alfa de Cronbach), posteriormente una prueba de normalidad Kolmogorov Sminorv (K-S), con el objetivo de observar la distribución de las variables y decidir si utilizar estadística paramétrica o no paramétrica y realizar contrastaciones estadísticas entre el Grupo Casos versus Grupos Control.

Se obtuvo una distribución de datos normal (Sección de resultados), por lo que se utilizó Análisis de Varianza de Mediciones Repetidas (ANOVA MR) para realizar las contrastaciones de Adopción del Rol Materno por grupo comparando tres mediciones y para determinar la diferencia entre los mismos a través del tiempo una vez manipulada la variable principal.

Para simplificar la estrategias de análisis se presenta el siguiente cuadro en donde de acuerdo a las hipótesis planteadas se presenta el valor de “ $p$ ” empírico.

Figura 5. Esquema de estadísticos (Estrategia de análisis)



## 2.9 *Ética del Estudio*

La presente investigación se realizó de acuerdo a las disposiciones de la Ley General de Salud en Materia de Investigación, Título Segundo, Capítulo I, correspondiente a los aspectos éticos en la investigación en seres humanos, además de que durante el estudio predominó el respeto a la dignidad y la protección de los derechos humanos como lo señala el Capítulo I Artículo 13 de la ley. De acuerdo con el Artículo 17, Fracción II: se consideró una investigación de riesgo mínimo, ya que no implica la manipulación de condiciones que dañaran la salud física y mental del sujeto en estudio.

De igual manera y con lo estipulado en el Artículo 20, se contó con un consentimiento informado mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal, autorizo su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se sometió, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

Conforme al Capítulo IV correspondiente a la investigación en Mujeres en Edad Fértil, Embarazadas, durante el Trabajo de Parto, Puerperio, Lactancia y Recién Nacidos; de la utilización de Embriones, Óbitos y Fetos y de la Fertilización Asistida, se cumplió con lo estipulado en el Artículo 50 que menciona lo siguiente: las investigaciones en mujeres en puerperio se permitirán cuando no interfieran con la salud de la madre y del recién nacido.

Cabe señalar que por consideración ética después de realizar el análisis de la última medición, a los Grupos Control se les realizó la misma intervención que al Grupo Casos, de acuerdo a los principios éticos de equidad y reciprocidad que hacen referencia a que los sujetos que participan en una investigación no deben privarse de obtener una justa parte de los beneficios de la misma, sea de corta o larga duración. Tanto de los beneficios directos de la participación, como de los nuevos conocimientos que se pretenden alcanzar.

## Capítulo III

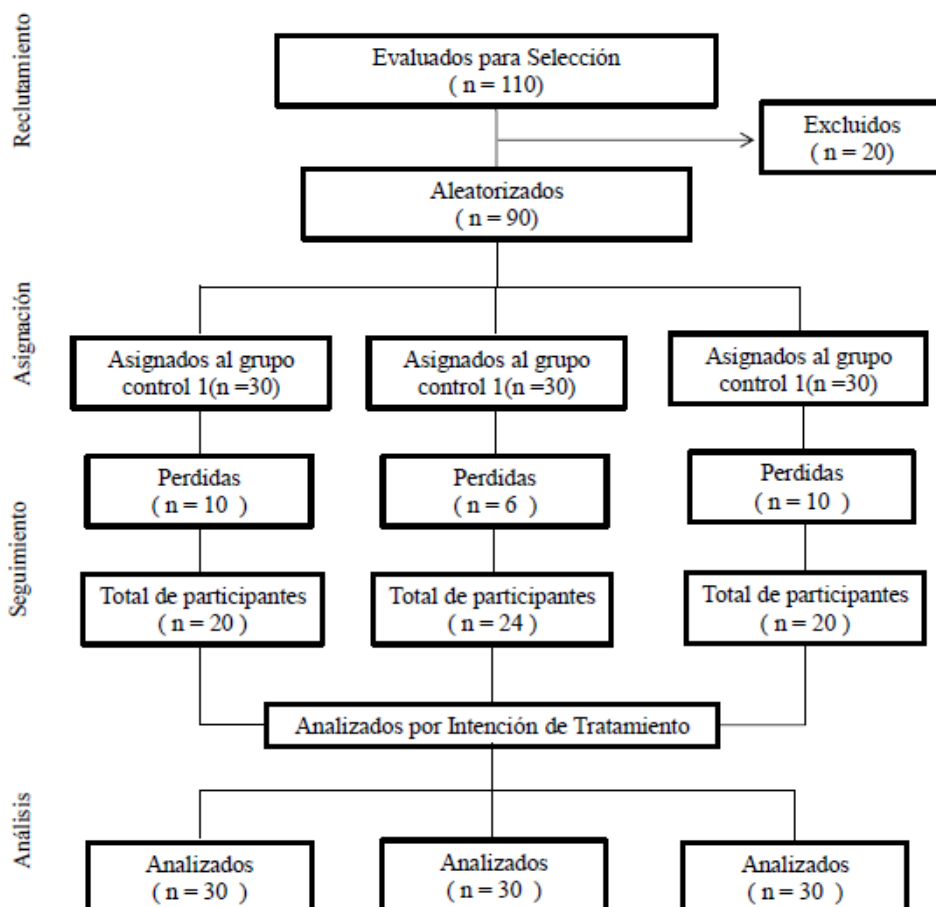
### Resultados

En este capítulo se describe la progresión del diseño, equivalencia de grupos, confiabilidad del instrumento, pruebas de normalidad, prueba de hipótesis y análisis descriptivo de las variables de estudio.

#### *Progresión del diseño*

Se reclutaron 110 adolescentes púerperas, 20 de estas adolescentes fueron excluidas por no cumplir con los criterios de inclusión, quedando una muestra final de 90 participantes por Análisis de Intención a Tratar (AIT), las cuales se aleatorizaron para conformar los tres grupos de estudio, quedando un total de 30 participantes en cada grupo (un Grupo Casos y dos Grupos de Control). A continuación la figura 6 describe el desgaste de la muestra.

*Figura 6.* Esquema del desgaste de la Muestra.



### *Equivalencia de los grupos*

Para mostrar si los grupos son equivalentes en edad la tabla 2 verifica las medias y su comparación por estadística descriptiva.

Tabla 2

#### *Edad de las participantes*

Edad	<i>M</i> DE	VM	Vm
Grupo Control 1	17.33 ± 1.788	19	12
Grupo Control 2	16.97 ± 1.564	19	13
Grupo Casos	17.30 ± 1.466	19	14

Nota: *M*= Media, DE= Desviación Estándar, Vm.= Valor Mínimo, VM.= Valor Máximo.

En la tabla 2, en cuanto a la edad, se puede observar que los grupos son diferentes desde el punto de vista descriptivo, dado que los valores mínimos son diferentes en cada uno de los grupos.

Tabla 3

#### *ANOVA para la variable Adopción del Rol Materno por grupo*

	Suma de Cuadrados	gl	Media Cuadrática	F	Sig.
Inter-Grupos	130.444	2	65.222	.762	.470
Intra- Grupos	7448.503	87	85.615		
Total	7578.946	89			

Nota: gl= Grados de Libertad

Para mostrar de forma estadística la equivalencia de los grupos respecto a la variable principal (Adopción del Rol Materno), en la tabla 3 se corrió un Análisis de Varianza de una vía (ANOVA), donde la regla de decisión fue: si el nivel de significancia es menor o igual a .05, se rechaza la  $H_0$ . En este caso el valor de significancia fue  $p=.470$ , por lo que no se rechaza la  $H_0$ , lo cual quiere decir que los grupos son equivalentes (no existe diferencias entre ellos).

Tabla 4

*Test de Levene*

Test de Levene	<i>gl</i>	Sig.
2.020	87	.139

Nota: *gl* = Grados de Libertad, Sig. = Significancia

En la tabla 4 se corrió un test de Levene en donde el valor  $p$  fue no significativo, lo cual indica que las varianzas son homocedasticas en el test.

Tabla 5

*Características socio-demográficas y clínicas de las participantes*

	Grupo Control 1		Grupo Control 2		Grupo Casos	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
<b>Estado Civil</b>						
Unión Libre	15	50	18	60	24	80
Casada	2	6.7	3	10	1	3.3
Soltera	12	40	9	30	5	16.7
Viuda	1	3.3	-	-	-	-
<b>Trabajo</b>						
Si	1	3.3	3	10	2	6.7
No	29	96.7	27	90	28	93.3
<b>Genero del RN</b>						
Hombre	13	43.3	18	60	13	43.3
Mujer	17	56.7	12	40	17	56.7
<b>Vía de Nacimiento del RN</b>						
Parto	14	46.7	16	53.3	16	53.3
Cesárea	16	53.3	14	46.7	14	46.7
<b>Género del Tutor</b>						
Hombre	13	43.3	17	56.7	21	70
Mujer	17	56.7	13	43.3	9	30

Nota: Grupo Control 1 n=30, Grupo Control 2 n=30, Grupo Casos n=30; RN= Recién Nacido

De acuerdo con los resultados implícitos en la tabla 5 y tomando en cuenta la muestra total (n=90), se puede observar que el estado civil con mas predominio fue la Unión Libre con un 63,3%, seguido de un 28,8% de madres solteras las cuales solo cuentan con el apoyo de la familia de origen; la mayoría de los tutores son del género masculino; se puede observar que el Grupo Casos y Grupo Control 2 tiene el mismo porcentaje con respecto a partos y cesáreas, mientras que el Grupo Control 1 difiere de los otros dos.

### *Confiabilidad de los instrumentos*

Al instrumento empleado para esta investigación se le efectuó un análisis de fiabilidad, los resultados se presentan en las tablas 6 y 7.

Tabla 6

#### *Coefficientes alfa de Cronbach para la Escala de Adopción del Rol Materno*

	Test	Re-Test	Domicilio
Escala General	.824	.819	.823

Tabla 7

#### *Coefficientes alfa de Cronbach por grupo y por medición*

	Test	Re-test	Domicilio
Grupo Control 1	.859	.899	.907
Grupo Control 2	.912	.892	.899
Grupo Casos	.829	.848	.892

La confiabilidad de la escala en general es aceptable de acuerdo a las puntuaciones de Hernández Sampieri (2014).

#### *Prueba de Normalidad*

Para llevar a cabo el análisis inferencial, los puntajes de la Escala Adopción del Rol Materno (EARM) fueron transformados a índices de 0 a 100, en donde 0 es el valor mínimo y 100 es el valor máximo y así aplicar la prueba de Kolmogorov-Smirnov, a fin de conocer la distribución de los datos; dado que la distribución con referencia a la normalidad, no obtuvo

significancia ( $p > .05$ ), se decidió utilizar un estadístico paramétrico para la prueba de hipótesis, en la tabla 8 se muestran los resultados.

Tabla 8

*Prueba de Kolmogorov-Smirnov*

Índice (Variable )	<i>M</i>	DE	Valor		K-S Z	Valor <i>p</i>
			Mínimo	Máximo		
Índice Test ARM	78.94	9.228	52	95	1.170	.129
Índice Re- Test ARM	81.60	8.798	63	97	.852	.463
Índice Domicilio ARM	83.64	9.100	62	97	1.339	.055

n = 90

Nota: *M*= Media, DE= Desviación Estándar, K – S Z = Kolmogorov-Smirnov, A RM = Adopción del Rol Materno.

Para apoyar los resultados de la prueba de bondad de ajuste se muestran los histogramas, en donde se indican que la mayoría de los datos tienden a la centralidad o están dentro de la curva de distribución normal.

*Figura 7.* Histograma de prueba Kolmogorov-Smirnov Test.

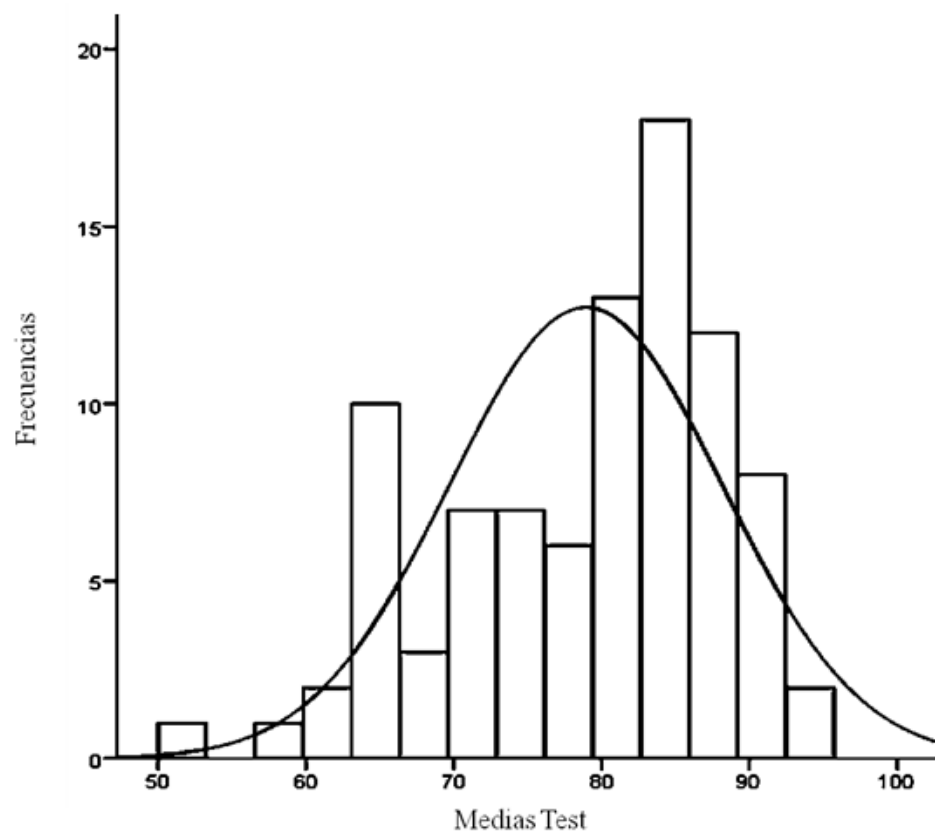


Figura 8. Histograma de prueba Kolmogorov-Smirnov Re-Test

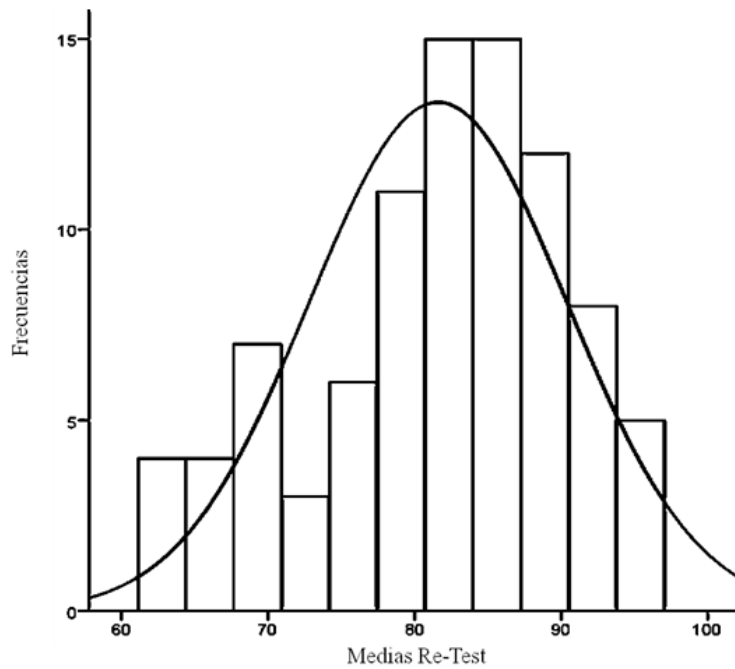
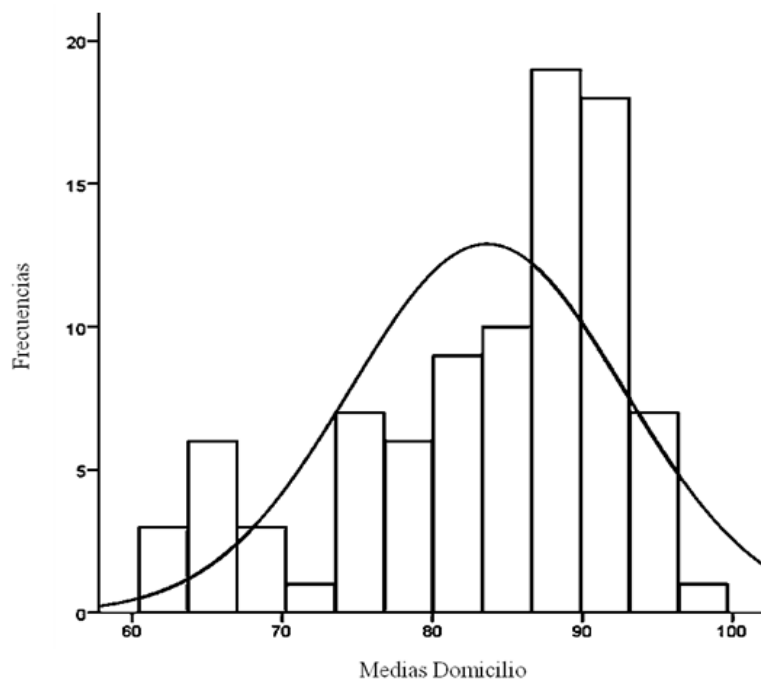


Figura 9. Histograma de prueba Kolmogorov-Smirnov Domicilio



*Prueba de hipótesis y análisis descriptivo de las variables de estudio*

Se utilizó la prueba paramétrica Análisis de Varianza de Mediciones Repetidas (ANOVA MR) para comparar las medias entre tres grupos equivalentes con respecto a la variable Adopción del Rol Materno. El modelo matemático se realizó mediante un diseño de tres mediciones (test, re-test y domicilio) para determinar la diferencia estadística entre los Grupos Control y el Grupo Casos.

Para la aplicación del estadístico Análisis de Varianza de Mediciones Repetidas (ANOVA MR) se cumplieron previamente los siguientes supuestos:

- 1.- Variable de Razón (Adopción del Rol Materno)
- 2.- Tres grupos independientes y equivalentes
- 3.- La distribución de las variables es normal de acuerdo a los resultados del estadístico Kolmogorov Sminorv (K-S Test:  $p= 1.170$ ).
- 5.- Grupos homocedásticos (Test Levene,  $p=.139$ )
- 6.- Esfericidad de la variable. Para cumplir con el supuesto de homocedasticidad se calculó la esfericidad, obteniendo un valor significativo (Prueba de Mauchly  $p<.05$ ).

Con respecto a este último aspecto, se presenta la tabla 9.

Tabla 9

*Test de Mauchly's para la Esfericidad*

Efecto dentro de los Sujetos	W de Mauchly's	Aprox. Chi-Cuadrado	gl	Sig.	Epsilon <sup>b</sup>		
					Greenhouse-Geisser	Huynh-Feldt	Lower-bound
Adopción	.855	13.743	2	.001	.874	.890	.500

Nota: gl = Grados de Libertad, Sig.= Significancia

Tabla 10

ANOVA MR por pares de grupos para la Adopción del Rol Materno

(I) ARM	(J) ARM	Diferencia de Medias (I-J)	Error Típico	Sig. <sup>b</sup>	Intervalo de Confianza al 95% para la Diferencia <sup>b</sup>	
					Límite Inferior	Límite Superior
Grupo Control 1	Grupo Control 2	-2.658*	.675	.000	-4.306	-1.010
	Grupo Casos	-4.699*	.952	.000	-7.022	-2.375
Grupo Control 2	Grupo Control 1	2.658*	.675	.000	1.010	4.306
	Grupo Casos	-2.041*	.830	.048	-4.065	-.016
Grupo Casos	Grupo Control 1	4.699*	.952	.000	2.375	7.022
	Grupo Control 2	2.041*	.830	.048	.016	4.065

Nota: ARM = Adopción del Rol Materno

En la Tabla 10 se muestran los resultados de ANOVA MR de la variable ARM, con respecto al valor de  $p$ , existe diferencia estadísticamente significativa entre los tres grupos.

Tabla 11

*Estadísticos descriptivos por Grupo*

ARM	<i>M</i>	Error Típico	Intervalo de Confianza de 95%	
			Límite Inferior	Limite Superior
Grupo Control 1	78.940	.973	77.007	80.872
Grupo Control 2	81.598	.927	79.755	83.440
Grupo Casos	83.638	.959	81.732	85.544

Nota: *M*= Media, ARM= Adopción al Rol Materno

En la tabla 11 se observar que la media del Grupo Casos es diferente a los Grupos Control 1 y 2.

## Capítulo IV

### Discusión

El objetivo de esta investigación fue describir el efecto de una intervención educativa de enfermería controlada y programada para favorecer la Adopción del Rol Materno en un grupo de adolescentes mexicanas a través de metodología experimental.

Se retomó el modelo de Ramona T. Mercer en el cual el concepto principal fue la Adopción del Rol Materno (ARM), que se define como un proceso interactivo de desarrollo y transición que se produce a lo largo del tiempo, en el que la madre crea un vínculo con el hijo, aprende las tareas de cuidado y expresa placer y gratificación con el mismo, para alcanzar como punto final la identidad como madre. La metodología e intervenciones empleadas para este estudio permitió probar la factibilidad del concepto.

Los hallazgos del presente estudio fueron los siguientes: al comparar tres grupos de adolescentes en el puerperio inmediato y mediato, las características socio-demográficas y clínicas del Grupo Casos y Controles fueron equivalentes; sin embargo, existió cierta variabilidad en el estado civil de las participantes y de sus tutores. La literatura que se presenta hasta este momento ha sido contradictoria, debido a que en algunos estudios cuando la adolescente tiene una pareja estable, promueve la Adopción del Rol Materno y en otros estudios afecta de manera negativa este aspecto. A pesar de que una parte de la muestra de participantes son madres solteras, no fue un factor determinante para que no hubiese significancia estadística en la Adopción del Rol Materno.

A pesar de no tener evidencia recientemente publicada, de la implementación de la Escala de Adopción del Rol Materno (EARM) en población mexicana, dicha escala mostró un resultado aceptable del coeficiente alfa de Cronbach, el cual pudo ser verificado por validación a través de la técnica de jueces; donde se hicieron adecuaciones socioculturales para el

contexto mexicano. La prueba de bondad de ajuste (Kolmogorov-Smirnov) respalda el estadístico de consistencia y dado que los resultados obtenidos tienden a la centralidad se pudieron aplicar estadísticos paramétricos.

De acuerdo con la comparación de los resultados el Grupo Casos versus Grupo Control 1, existe una diferencia estadísticamente significativa; llama la atención, que el Grupo Control 2 en el que se desarrollaron los cuidados habituales que brinda el hospital por medio de una exposición oral realizada por una enfermera, también tiene una diferencia significativa con el Grupo Casos; lo cual quiere decir, que las intervenciones de la enfermera en el hospital son efectivas; sin embargo, las medias o el promedio aritmético de la Adopción del Rol Materno en el grupo de intervención es mucho más alto que en el Grupo Control 2; por lo cual, consideramos que nuestro estudio tuvo éxito al probar la hipótesis de investigación.

Se consideró que los grupos son diferentes puesto que en el Grupo Control 1 parece que la Adopción del Rol Materno no se favorece solamente con un cuadernillo; hace falta el contacto directo, personalizado y el apoyo emocional que se le da a este grupo de mujeres primíparas adolescentes; es aquí donde enfermería juega un papel de suma importancia para favorecer su nuevo rol, los resultados en el Grupo Casos demuestran que la intervención educativa que se estructuró bajo la evidencia científica es efectiva.

No es común que en el ámbito de enfermería se realicen diseños experimentales; y para las intervenciones que realiza una enfermera en su praxis diaria, ya sea en un ámbito clínico o comunitario; siempre es importante contar con una sistemática que las oriente, intervenciones estructuradas con base en la evidencia científica y esto se logra con la metodología de un Ensayo Clínico Aleatorizado (ECA) y Controlado bajo los lineamientos del grupo CONSORT, que indican las siguientes características: grupos equivalentes, aleatorización,

enmascaramiento y manipulación de la variable que en esta investigación fueron plenamente cubiertas.

A razón de que existe un pequeño margen de error en la presente investigación, como todos los experimentos publicados (IC=95%), el apego a la rigurosidad metodológica establecida por el grupo CONSORT, garantiza que los resultados son válidos y confiables, para la población de estudio.

Utilizar diseños de ensayo clínico aleatorio en Enfermería es de utilidad, dado que es ideal para realizar intervenciones de enfermería que le confiere a los resultados, mayor confiabilidad; con la posibilidad de ser utilizados en la práctica diaria con mayor factibilidad, ideal para realizar intervenciones de enfermería, que con base en sus resultados se puede asegurar que son confiables; ser utilizados en la práctica diaria con mayor factibilidad, para ser aprovechados en las intervenciones de los profesionales de enfermería que no realizan investigación; realizarlo, podría mejorar la práctica del cuidado. Las intervenciones de enfermería, deberían de realizarse bajo la metodología de un ECA que sirva como fundamento para poder cambiar las estrategias del sistema de salud respecto a las intervenciones que da la enfermera.

Para evitar el efecto de otras variables que pudieran comportarse como interventoras o confusoras en el resultado de la Adopción del Rol Materno; desde la gestión del proyecto, se revisó la literatura para identificar dichas variables, y se estandarizó los procedimientos con la estructura de un manual, de acuerdo con la evidencia científica y Ensayos Clínicos previos; así mismo, los facilitadores para manipular la variable resultado, fueron los mismos en cada sesión de las adolescentes que integraron el Grupo Casos.

Dentro de la progresión del diseño, se establecieron tres grupos con diferente intervención en el mismo periodo de tiempo; con el objetivo de alcanzar el tamaño de muestra,

se aumentó a 20% para amortiguar el efecto de atrición, resultando una muestra final de 90 participantes. Es necesario aclarar, que en realidad hubo una pérdida de sujetos que no fueron localizables en los domicilios que ellos mismos señalaron dentro de sus datos personales. Para conservar el poder estadístico y el tamaño del efecto de la muestra previamente calculada fue necesario aplicar un Análisis por Intención a Tratar (AIT), estrategia recomendada por la Asociación Estadística de los EE. UU. (2000). La AIT consiste en “incluir” (en el análisis) a todos los pacientes en los grupos en los que fueron aleatoriamente asignados, independientemente de que cumplieran o no, los criterios de entrada; independientemente del tratamiento que realmente recibieran e independientemente de que abandonaran la intervención o se desviaran del protocolo”. Esto podría considerarse como una limitación del estudio sin embargo el modelo matemático fue consistente al probar la hipótesis de estudio.

Con el AIT se pretendieron dos cosas: 1) conseguir que las condiciones iniciales de los dos grupos fueran tan iguales como fuese posible y no perder esa igualdad por acontecimientos no intencionados que pudieron haber ocurrido después de la asignación aleatoria; 2) hacer que las condiciones del ensayo clínico sean más parecidas a la praxis diaria (condiciones reales); debido a que la mayoría de las investigaciones en Enfermería son teóricas y se hacen análisis básicos (descriptivos, correlacionales e inclusive exploratorio); la riqueza de este trabajo es que la intervención se realizó en el lugar de los hechos; es decir, no solo se describió el fenómeno; sino que se manipuló la variable, bajo la rigurosidad metodológica de un diseño experimental.

La forma enmascarada o ciega en que las sesiones fueron dadas, ayudaron a atribuir los cambios de la Adopción del Rol Materno a la intervención educativa en el hospital, al seguimiento e intervención virtual vía Facebook y no a otra variable.

Respecto a la prueba de hipótesis, los resultados indicaron que la Adopción del Rol Materno aumenta gradualmente con el transcurso del tiempo de forma positiva, iniciando con una intervención educativa durante el puerperio mediano e inmediato, fortalecida con una intervención virtual vía Facebook a las tres semanas del egreso hospitalario. La enfermería como cualquier disciplina científica se tiene que adaptar al avance tecnológico, y tienen la obligación de utilizar herramientas de telecomunicación como las redes sociales (Facebook, WhatsApp, etc.), para fortalecer la efectividad de los cuidados de enfermería a través de un seguimiento virtual como en otros sistemas internacionales aplicados en Estados Unidos y Europa, para reducir los costos de re-hospitalización o eventos no deseados por falta de un apoyo educativo por parte de enfermería. Los hallazgos de este trabajo representan el primer intento de poder realizar intervenciones de enfermería a distancia, controladas, utilizando herramientas tecnológicas.

El futuro de la enfermería no solo está en los hospitales, está en la práctica comunitaria a través de la continuidad de los cuidados, dado que se debe realizar un seguimiento para mantener una comunicación constante y así eliminar las barreras de tiempo y distancia entre enfermera - paciente. Teóricamente esta metodología podría revolucionar la sistemática de la intervención de enfermería que podrían reducir costos y aumentar calidad de atención.

Desde un punto de vista estadístico, los cambios en la Adopción del Rol Materno de acuerdo a ANOVA MR, muestran significancia estadística entre los tres grupos. Se puede observar que desde el punto de vista descriptivo, este resultado está respaldado dado que la Adopción del Rol Materno cambió en las tres mediciones observando incremento de la media aritmética inicial a la media aritmética final. En otras palabras la estructura de la intervención que se aplicó para manipular la variable resultado fue un éxito, dado que la hipótesis de esta

investigación no se rechaza. A continuación se desarrolla la discusión con los estudios relacionados.

Los resultados obtenidos en esta investigación, concuerdan con los resultados de Martínez (2009), quien en la ciudad de Bolívar, Bogotá, Colombia; realizó un estudio desarrollando un programa de cuidados básicos al recién nacido en 30 madres adolescentes con el objetivo de modificar los conocimientos después de la aplicación del mismo, al igual que en nuestro estudio; sin embargo, en el estudio Colombiano no se realizó seguimiento por vía virtual ( Facebook), ni visita domiciliaria, además de no contar con apego a la rigurosidad metodológica de un diseño experimental.

Los resultados obtenidos en esta investigación, en la cual se estructuró una intervención en el puerperio inmediato y mediano, fortalecido por vía Facebook; son parecidos a los hallazgos de Furnieles-Paterna, et al. (2011), y Robles y Ochoa (2015). Estos autores realizaron intervenciones en adolescentes con seguimiento domiciliario. En el primero fortalecieron la satisfacción materna y abandono precoz de la lactancia y en el segundo aumentaron los conocimientos de signos de alarma y morbilidad del recién nacido; ambos estudios utilizaron técnicas de apoyo educativo como dialogo abierto, demostraciones y rotafolio. Si bien los resultados de estas dos investigaciones fueron estadísticamente significativos no cumplieron con todo los requisitos del CONSORT y no utilizaron una alternativa de seguimiento como la red social, lo que confiere a nuestros hallazgos mayor veracidad en la estructura metodológica.

Respecto a la utilización de telecomunicaciones, en la investigación de Moreno, Mesa, Pérez y Vargas. (2015), utilizaron una intervención con seguimiento telefónico, con lo cual obtuvieron resultados significativos con respecto a la activación del rol materno (ARM); sin

embargo, el estudio no contempló grupos de control, ni visita domiciliaria, restándole validez externa a los resultados obtenidos.

Dentro de las limitaciones del estudio podemos mencionar: el tipo de población, dado que solo fueron adolescentes primigestas, que contaran con redes sociales (Facebook, WhatsApp) y que vivieran en la zona metropolitana del valle de Puebla, pudiéndose ampliar la muestra a mujeres mayores de 19 años, primigestas, residentes de otros municipios y así poder realizar contrastaciones estadísticas. Otra limitante fue el tiempo de recolección de la muestra dentro del área hospitalaria, dado que el ingreso de las pacientes no estuvo predeterminado, situación que constantemente provoco el cambio de servicio de las participantes debido a la demanda de hospitalización en el servicio, esto disminuyo la oportunidad de alcanzar el tamaño de la muestra en el tiempo inicialmente programado.

El tamaño de la muestra, aunque adecuado; se consideró pequeño, sin embargo es una muestra representativa para la población de estudio; se considera que el control de las variables confusoras dentro de la unidad hospitalaria donde se realizó la intervención pudieron presentarse en algún momento durante el desarrollo de la misma, sin embargo consideramos que el apego al rigor del procedimiento, generaron resultados confiables que favorecen la Adopción del Rol Materno en un grupo de madres adolescentes.

Con los hallazgos de ésta investigación, proponemos las siguientes recomendaciones:

- 1) contar con mayor número de facilitadores para llevar a cabo la intervención sobre todo en la visita domiciliaria.
- 2) reforzar los resultados obtenidos en un periodo de tiempo más amplio (dos años) para verificar si las madres adolescentes continuaron con la lactancia materna de acuerdo a lo establecido por la OMS.
- 3) realizar un programa específico para la educación de cuidados básicos del recién nacido a madres adolescentes las cuales se encuentran en el medio hospitalario.
- 4) complementar la presente investigación con metodología cualitativa para

abordar desde otro paradigma. 5) abordar en un futuro a una población similar desde el periodo prenatal, para brindar los dos conceptos de apoyo que maneja Mercer (informativo y emocional), incluyendo en las intervenciones a las personas que conforman su entorno social inmediato.

### Consideraciones Finales

En resumen se han identificado diversos estudios con la variable de intervención, con diseños descriptivos, correlacionales y realizando intervenciones estructuradas y con base en Telenursing. Sin embargo la mayoría de los estudios no están actualizados y los sujetos de estudio son diferentes a los que en esta investigación se analizaron. Esta situación denota el vacío de conocimiento, para favorecer la Adopción al Rol Materno, bajo la estructura de intervenciones, basadas en evidencia con diseño controlado.

A este respecto, la utilización del diseño con base al ECA, es considerado uno de los mejores estándares para aplicar en la Enfermería Basada en Evidencia (EBE); dado que es una estrategia donde la investigación apoya a la práctica de nuestra disciplina científica, sustentando la experiencia clínica con base en resultados que son confiables para poder ser utilizados en intervenciones y de esta manera, mejorar la toma de decisiones sobre las acciones profesionales de la praxis diaria de Enfermería.

Otro aspecto que cabe señalar es que las adolescentes que recién se convierten en madres, son olvidadas por el sector salud, debido a que el modelo de promoción está enfocado a la prevención de embarazos y no a la educación de estas madres adolescentes, las cuales se encuentran llenas de dudas que no son resueltas en el ámbito hospitalario ni clínico; es posible que el personal de salud, no brinde la confianza para que externen las dudas sobre su autocuidado y cuidado de su recién nacido.

## Conclusión

La intervención educativa teórico – práctica de enfermería complementada con intervención virtual vía Facebook y seguimiento domiciliario, propicio un cambio positivo y estadísticamente significativo en la Adopción del Rol Materno en grupo de adolescentes de 12 a 19 años de edad en comparación con dos grupos equivalentes con diferentes intervenciones.

## Referencias

- Agurto, G.G.A. (Junio 2012). *Construcción subjetiva de madres adolescentes acerca de su maternidad y proyecto de vida, residentes en sectores vulnerables de la comuna de cauquenes* (Tesis de Maestría). Universidad de Concepción, Chile.
- Alexy, E. M. (2000). Computers and caregiving: reaching out and redesigning interventions for homebound older adults and caregivers. *Holistic Nursing Practice*, 14(4).  
Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12119652>.
- Alvarado, L., Guarín, L., Cañón-Montañez, W. (2011). Adopción del rol maternal de la teórica Ramona Mercer al cuidado de enfermería binomio madre-hijo: reporte de caso en la unidad materno infantil. *Revista CUIDARTE*, 2(1). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v2i1.57>.
- American Academy of Ambulatory Care Nursing. (2001). Telehealth nursing practice administration and practice standards.
- Bargh, J. A., (1999) “The cognitive monster: The case against the controllability of automatic stereotype effects”, en S. Chaiken y Y. Trope (eds.), *Dual Process Theories in Social Psychology*, Guilford Press, Nueva York, , pp. 361-382.
- Burr, W. R., Leigh, G. K., Day, R. D., & Constantine, J. (1979). *Symbolic interaction and the family. Contemporary theories about the family: research-based theories*. United States: [Oxford University Press](http://www.oxforduniversitypress.com).
- Cardozo, S., Bernal, M. C. (2009). Adolescentes en puerperio y sus prácticas de cuidado. *Avances en Enfermería*, 27(2). Recuperado de <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12970/13565>.
- Castillo-Arcos, L., Benavides-Torres, R., López-Rosales, F. (2012). Intervención por Internet para Reducir Conductas Sexuales de Riesgo para VIH/SIDA: Una Propuesta

- Innovadora. *Desarrollo Científico de Enfermería*, 20(8). Recuperado de <http://www.index-f.com/dce/20pdf/20-266.pdf>.
- De Villalobos, D., Mercedes, M. (2007). Teoría de enfermería: ¿ un camino de herradura?. *Aquichan*, 7(2). Recuperado de <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/110/220>.
- Díaz Urbina, N. C. (2011). *Adopción del rol maternal en madres adolescentes de la Localidad de Usme durante el segundo semestre de 2011*. ( Tesis de pregrado). Recuperada de <http://hdl.handle.net/10554/9767>.
- Domènech, M., Iñiguez, L., Tirado, F. (2003). George Herbert Mead y la psicología social de los objetos. *Psicologia & Sociedade*, 15(1). Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-71822003000100003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822003000100003).
- Fawcett, J., Desanto-Madeya, S. (2012). *Contemporary nursing knowledge: Analysis and evaluation of nursing models and theories*. United States. Hardback.
- Furnieles-Paterna, E., et al. (2011). Estudio comparativo y aleatorizado de la visita puerperal en el domicilio de la madre y en el centro de salud. *Matronas Profesión*, 12(3). Recuperado de <http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/16059/173/estudio-comparativo-y-aleatorizado-de-la-visita-puerperal-en-el-domicilio-de-la-madre-y-en-el-centro-de-salud>.
- Cheng, Ch., R. Fowles, E., Walker, L.O., (2006). Postpartum Maternal Health Care in the United States: A Critical Review. *The Journal of Perinatal Education*, 15(3). Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1595301/pdf/JPE150034.pdf>
- Fondo de Población de las Naciones Unidas, las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres (ONU Mujeres), la Comisión Económica para

- América Latina y el Caribe (CEPAL), El Fondo para las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos en México (ONU-DH). (2014). Agencias de Naciones Unidas se unen a la conmemoración del Día Nacional para la prevención del Embarazo No Planificado en Adolescentes: un asunto de derechos humanos y desarrollo. Recuperado de [http://www.unfpa.org.mx/noticias/UNFPA\\_24\\_09-2014.pdf](http://www.unfpa.org.mx/noticias/UNFPA_24_09-2014.pdf).
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía INEGI (2014). Proyecciones de la población de México 2010-2050. Recuperado de <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/Default.aspx?t=mdemo249&s=est&c=3394>.
- Jiménez Márquez, E. J., Sosa Silva, A. B. (2014). *Educación de las enfermeras para la adopción del rol materno de madres primerizas con hijos prematuros Chiclayo 2012*. (Tesis de pregrado). Recuperado de <http://tesis.usat.edu.pe/jspui/handle/123456789/289>.
- Koniak-Griffin, D., Verzemnieks, I., y Cahill, D. (1992). Using videotape instruction and feedback to improve adolescents' mothering behaviors. *Journal of Adolescent Health*, 13(7). Recuperado de [http://www.jahonline.org/article/1054-139X\(92\)90370-Q/pdf](http://www.jahonline.org/article/1054-139X(92)90370-Q/pdf).
- Kuruçırak, Ş., Kulakaç, Ö. (2014). The experiences and involvements of fathers during 4-12 months of their children's lives: a mixed method study. *Turkish Journal of Public Health*, 12(2). Recuperado de <http://tjph.org/ojs/index.php/TJPH/article/view/188/219>.
- Lamb, G. S., Shea, K. (2006). Nursing education in telehealth. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 12(2). Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16539749>.
- Letourneau, N. L., Stewart, M. J., Barnfather, A. K. (2004). Adolescent mothers: Support needs, resources, and support-education interventions. *Journal of Adolescent Health*, 35(6). Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15581532>.

- Liamputtong, P., Naksook, C. (2003). Perceptions and experiences of motherhood, health and the husband's role among Thai women in Australia. *Midwifery*, 19(1). Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12634034>.
- López Ramírez, E. (2009). *Las Emociones*. México: Trillas.
- Lowdermilk DL, Perry SE, Bobak IM, (1998). *Enfermería materno infantil*. Barcelona: Harcourt/Océano.
- Lupiáñez-Villanueva, F., Hardey, M., Torrent, J., Ficapal, P. (2011). The integration of Information and Communication Technology into nursing. *International Journal of Medical Informatics*, 80(2). Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21145782>.
- Manns, K. A. R. (2003). *Perfil de las madres adolescentes y sus necesidades en relación con el cuidado de su hijo. Unidad de Puerperio. Hospital Clínico Regional Valdivia. Octubre-Diciembre, 2003.* (Tesis de pregrado). Recuperado de <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2004/fmr551p/pdf/fmr551p.pdf>.
- Márquez Doren, F., Lucchini Raies, C., Rivera Martínez, S. (2014). Meaning of becoming mother and son/daughter through massage. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48(3). Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n3/0080-6234-reeusp-48-03-415.pdf>.
- Marriner Tomey, Ann y Alligood, Martha. (2011). *Adopción del rol materno-convertirse en madre de Ramona T. Mercer. Modelos y teorías en enfermería*. España: Elsevier.
- Meleis A., I. (2010). *Becoming a Mother versus maternal role attainment. Transitions Theory: middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. United states: New York Springer Publishing Company.

- Mercer R. (2006). Nursing support of the process of becoming a mother. *Journal of Obstetric, Gynecology and Neonatal Nursing*, 35(5). Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16958722>.
- Mercer, R.(2004). Becoming a mother versus maternal role attainment. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(3) Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15495491>.
- Mercer, R. T., Walker, L. O. (2006). A review of nursing interventions to foster becoming a mother. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 35(5), Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16958712>.
- Mojica, C. M. M., et al. (2015). Convertirse en madre durante la adolescencia: activación del rol materno en el control prenatal. *Revista CUIDARTE*, 6(2). Recuperado de <http://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/162/445>.
- Mojica, C. M. M., et al. (2014). La mujer en posparto: un fenómeno de interés e intervención para la disciplina de enfermería. *Revista CUIDARTE*, 5(2). Recuperado de <http://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/86/214>.
- Morillo, J. B., Montero, L. (2010). Lactancia materna y relación materna filial en madres adolescentes. *Enfermería Global*, (19). Rcuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n19/reflexion4.pdf>.
- Nava Flores, C.M. (2009). La maternidad en la adolescencia, en Contribuciones a las Ciencias Sociales. . Recuperado de <http://www.eumed.net/rev/ccss/06/cmnf.htm>
- Nelson, A. M. (2003). Transition to motherhood. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 32(4). Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12903696>.
- Nyström K, Öhring K . (2004). Parenthood experiences during the child's first year. *Journal of Advanced Nursing* 46(3). Recuperado de

[https://pure.ltu.se/portal/files/32603150/parenthood\\_experiences\\_during\\_the\\_child\\_s\\_first\\_year\\_litterature\\_review.pdf](https://pure.ltu.se/portal/files/32603150/parenthood_experiences_during_the_child_s_first_year_litterature_review.pdf)

Percy, M. S., y McIntyre, L. (2001). Using Touchpoints to promote parental self-competence in low-income, minority, pregnant, and parenting teen mothers. *Journal of Pediatric Nursing*, 16(3). Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11398128>.

Reeder S., L. Martín, D. Koniak (2000). *Enfermería Materno-Infantil*. México Mc GRAW-Hill Interamericana.

Robles, C., Ochoa-Vigo, K. (2015). Efectividad de una intervención educativa en la identificación de signos de alarma y morbilidad del recién nacido. *CUIDADO Y SALUD/KAWSAYNINCHIS*, 1(2). Recuperado de <http://eeplt.edu.pe/revista/index.php/Salud/article/view/24>.

Romero Oña, S. P. (2012). *Proceso de apropiación del rol materno en madres adolescentes de 12 a 18 años del proyecto Adoleisis de la Fundación Patronato Municipal San José, desde la perspectiva sistémica*. (Tesis de Pregrado). Recuperado de <http://dspace.ups.edu.ec/handle/123456789/1326>.

Rubin, R. (1984). Maternal Identity and the Maternal Experience. *AJN The American Journal of Nursing*, 84(12). Recuperado de [http://journals.lww.com/ajnonline/Citation/1984/12000/Maternal\\_Identity\\_and\\_the\\_Maternal\\_Experience.30.aspx](http://journals.lww.com/ajnonline/Citation/1984/12000/Maternal_Identity_and_the_Maternal_Experience.30.aspx).

Sistema de Información Sobre Nacimientos – SINAC (2015). Reporte registro de los nacidos vivos. Recuperado de: <http://innovacion.saludsonora.gob.mx/modulos/sinac.aspx>

Sousa, H. M. G. D. (2013). Tele-enfermagem para a promoção da saúde da Criança numa Unidade de Saúde Familiar. *Revista de Enfermagem*, 3(9). Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239968020>.

Sullivan, P. L. (1984). Designed instruction for pregnant women: Its effect on their learning.

*Health Care for Women International*, 5. Recuperado de

<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/07399338409515636>.

Thornton, R., & Nardi, P. M. (1975). The dynamics of role acquisition. *American Journal of*

*Sociology*. Recuperado de

[https://www.jstor.org/stable/2777199?seq=1#page\\_scan\\_tab\\_contents](https://www.jstor.org/stable/2777199?seq=1#page_scan_tab_contents).

United Nations Population Fund. (2013). Maternidad en la niñez. Enfrentar el reto del

embarazo en adolescentes. Recuperado de <http://www.unfpa.org>.

Valdivia, V. (2000). *Conocimiento de las madres adolescentes sobre los cuidados maternos*

*del recién nacido. Servicios de ginecología obstetricia. Hospital central universitario*

*“Antonio María Pineda”. Barquisimeto. Enero 2000–febrero 2000. (Tesis de*

*pregrado)*. Recuperado de

<http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/tesis09.pdf>.

Vialart Vidal, N., Gavilondo Mariño, X. (2015). Las Tecnologías de la Información y las

Comunicaciones. Un desafío para la Gestión del Cuidado. *Revista Cubana de*

*Enfermería* 32(1). Recuperado de

<http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/649/0>.

Villarruel et al . (2001). Borrowed theories, shared theories, and the advancement of nursing

knowledge. *Nursing Science Quarterly*, 14(2). Recuperado de

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11873330>.

## Apéndice A-1

### Consentimiento Informado Grupo Casos

Se me ha solicitado participar voluntariamente en la investigación denominada:

“Intervenciones de enfermería para favorecer la Adopción del Rol Materno en un grupo de adolescentes, que ha sido coordinada por el Comité de Ética y de Investigación de la Institución de Salud (Hospital de la Mujer de los Servicios de Salud del Estado de Puebla), los responsables de esta investigación son las **pasantes** de Licenciatura en Enfermería María de la Luz Santos Díaz, Dulce María Pérez Calderón, direccionadas por el Dr. Erick Landeros Olvera.

Estoy siendo informada que el estudio tiene como objetivo, evaluar el efecto de una intervención educativa de enfermería sobre la Adopción del Rol Materno en un grupo de adolescentes.

Contestaré dos cuestionario en forma personal y el tiempo para su aplicación es de aproximadamente 30 minutos. Posteriormente de la aplicación de los cuestionarios se realizará una intervención educativa donde reforzarán los conocimientos sobre el cuidado del recién nacido, además de fomentar la lactancia materna exclusiva afianzando de esta manera los lazos afectivos. Una vez que salga del hospital las investigadoras me contactaran vía Facebook en donde seré agregada a una página en la cual subirán información y videos interactivos enfocados al cuidado de mi bebé; después de esto las investigadoras se podrán en contacto conmigo y me visitaran en mi domicilio para verificar si estoy llevando correctamente los procedimientos.

He sido informada que el manejo de la información proporcionada como mis datos personales será de carácter estrictamente confidencial y anónimo.

Los investigadores pueden ponerse en contacto conmigo en el futuro, a fin de aclarar o complementar información si es necesario. Por lo tanto se me solicitarán algunos datos como mi teléfono y correo electrónico, salvaguardándolos con fines exclusivos de la investigación.

Al mismo tiempo se me ha explicado que este estudio no tiene riesgos para mí, mi hijo/a o mi familia. Soy libre de participar en esta investigación así como de retirarme en cualquier momento, si esto sucediera no tendré ninguna repercusión.

Si tengo dudas antes, durante o después del estudio podré comunicarme con el director del trabajo Dr. Erick Landeros Olvera en la Facultad de Enfermería, edificio de posgrado segundo piso ubicado en 25 poniente # 1304 C.P.72410 Puebla, Pue., al teléfono de oficina 2295500 ext. 6549

### **Información para los representantes legales de la adolescente**

Los Padres/madres, tutores, o representantes legales o autorizados legales, abajo firmamos que también fuimos informados conjuntamente con nuestra hija o tutorada de lo anteriormente escrito en este consentimiento informado y por el carácter de nuestra representación o autorización de la patria potestad avalamos y estamos de acuerdo en que ingrese al estudio.

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma de la madre adolescente.

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del padre o tutor

## Apéndice A-2

### Consentimiento Informado Grupo Control 1

Se me ha solicitado participar voluntariamente en la investigación denominada:

“Intervenciones de enfermería para favorecer la Adopción del Rol Materno en un grupo de adolescentes, que ha sido coordinada por el Comité de Ética y de Investigación de la Institución de Salud (Hospital de la Mujer de los Servicios de Salud del Estado de Puebla), los responsables de esta investigación son las **pasantes** de Licenciatura en Enfermería María de la Luz Santos Díaz, Dulce María Pérez Calderón, direccionadas por el Dr. Erick Landeros Olvera.

Estoy siendo informada que el estudio tiene como objetivo, evaluar el efecto de una intervención educativa de enfermería sobre la Adopción del Rol Materno en un grupo de adolescentes.

Contestareé dos cuestionario en forma personal y el tiempo para su aplicación es de aproximadamente 30 minutos. Posteriormente de la aplicación de los cuestionarios se otorgara un cuadernillo donde reforzarán los conocimientos sobre el cuidado del recién nacido, además de fomentar la lactancia materna exclusiva afianzando de esta manera los lazos afectivos, después de mi salida del hospital las investigadoras se pondrán en contacto conmigo y me visitaran en mi domicilio para verificar si estoy llevando correctamente los procedimientos.

He sido informada que el manejo de la información proporcionada como mis datos personales será de carácter estrictamente confidencial y anónimo.

Los investigadores pueden ponerse en contacto conmigo en el futuro, a fin de aclarar o complementar información si es necesario. Por lo tanto se me solicitarán algunos datos como mi teléfono y correo electrónico, salvaguardándolos con fines exclusivos de la investigación.

Al mismo tiempo se me ha explicado que este estudio no tiene riesgos para mí, mi hijo/a o mi familia. Soy libre de participar en esta investigación así como de retirarme en cualquier momento, si esto sucediera no tendré ninguna repercusión.

Si tengo dudas antes, durante o después del estudio podré comunicarme con el director del trabajo Dr. Erick Landeros Olvera en la Facultad de Enfermería, edificio de posgrado segundo piso ubicado en 25 poniente # 1304 C.P.72410 Puebla, Pue., al teléfono de oficina 2295500 ext. 6549

### **Información para los representantes legales de la adolescente**

Los Padres/madres, tutores, o representantes legales o autorizados legales, abajo firmamos que también fuimos informados conjuntamente con nuestra hija o tutorada de lo anteriormente escrito en este consentimiento informado y por el carácter de nuestra representación o autorización de la patria potestad avalamos y estamos de acuerdo en que ingrese al estudio.

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma de la madre adolescente.

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del padre o tutor

### Apéndice A-3

#### Consentimiento Informado Grupo Control 2

Se me ha solicitado participar voluntariamente en la investigación denominada:

“Intervenciones de enfermería para favorecer la Adopción del Rol Materno en un grupo de adolescentes, que ha sido coordinada por el Comité de Ética y de Investigación de la Institución de Salud (Hospital de la Mujer de los Servicios de Salud del Estado de Puebla), los responsables de esta investigación son las **pasantes** de Licenciatura en Enfermería María de la Luz Santos Díaz, Dulce María Pérez Calderón, direccionadas por el Dr. Erick Landeros Olvera.

Estoy siendo informada que el estudio tiene como objetivo, evaluar el efecto de una intervención educativa de enfermería sobre la Adopción del Rol Materno en un grupo de adolescentes.

Contestaré dos cuestionario en forma personal y el tiempo para su aplicación es de aproximadamente 30 minutos. Posteriormente de la aplicación de los cuestionarios, continuaré con el cuidado que el hospital me otorga, después de mi salida del hospital las investigadoras se pondrán en contacto conmigo y me visitaran en mi domicilio para verificar si estoy llevando correctamente los procedimientos.

He sido informada que el manejo de la información proporcionada como mis datos personales será de carácter estrictamente confidencial y anónimo.

Los investigadores pueden ponerse en contacto conmigo en el futuro, a fin de aclarar o complementar información si es necesario. Por lo tanto se me solicitarán algunos datos como mi teléfono y correo electrónico, salvaguardándolos con fines exclusivos de la investigación.

Al mismo tiempo se me ha explicado que este estudio no tiene riesgos para mí, mi hijo/a o mi familia. Soy libre de participar en esta investigación así como de retirarme en cualquier momento, si esto sucediera no tendré ninguna repercusión.

Si tengo dudas antes, durante o después del estudio podré comunicarme con el director del trabajo Dr. Erick Landeros Olvera en la Facultad de Enfermería, edificio de posgrado segundo piso ubicado en 25 poniente # 1304 C.P.72410 Puebla, Pue., al teléfono de oficina 2295500 ext. 6549

### **Información para los representantes legales de la adolescente**

Los Padres/madres, tutores, o representantes legales o autorizados legales, abajo firmamos que también fuimos informados conjuntamente con nuestra hija o tutorada de lo anteriormente escrito en este consentimiento informado y por el carácter de nuestra representación o autorización de la patria potestad avalamos y estamos de acuerdo en que ingrese al estudio.

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma de la madre adolescente.

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del padre o tutor



## Apéndice B

BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
CÉDULA DE DATOS PERSONALES



## Datos de la adolescente

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Edo. Civil: \_\_\_\_\_

Teléfono Casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Facebook: \_\_\_\_\_ WhatsApp: \_\_\_\_\_

Trabajas: \_\_\_\_\_ Lugar De Empleo: \_\_\_\_\_

## DATOS DEL RECIEN NACIDO

Nombre del recién nacido: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Genero: \_\_\_\_\_

Vía de nacimiento: Parto Cesárea

## DATOS DEL PADRE O TUTOR

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Genero: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Edo. Civil: \_\_\_\_\_

Teléfono Casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Santos-Díaz, Pérez-Calderón &amp; Landeros-Olvera, 2015

## Apéndice C

### ESCALA DE ADOPCIÓN DEL ROL MATERNO

INSTRUCCIONES: A continuación encontrará una lista de afirmaciones respecto a su experiencia como madre. Deberá elegir, marcando con una equis (X), la opción que más se asemeje a su forma de pensar, actuar y sentir. No hay respuestas buenas ni malas. Las opciones de respuesta son las siguientes:

TA= Totalmente de acuerdo. D =Desacuerdo. A = De acuerdo. TD = Totalmente en desacuerdo

N°	Preguntas	TA	D	A	TD
1	Prefiero no dar de lactar a mi bebé para cuidar la estética de mis senos.				
2	Imito los balbuceos y sonidos que hace mi bebé				
3	Estoy dispuesta a cambiarle el pañal a mi bebé cada vez que éste lo necesite.				
4	Leo información referente a los cuidados y temas relacionados a mi bebé.				
5	Me cuesta aceptar a este bebé.				
6	Cuando mi bebé llora dejo lo que estoy haciendo y voy a atenderlo.				
7	Pienso que la lactancia debería ser sustituida por la alimentación en biberón.				
8	Me cuesta decir que soy madre.				
9	Me siento capaz de salir adelante con mi bebé.				

10	Mi familia está contenta con el nacimiento de mi bebé				
11	Le doy objetos a mi bebé para que los pueda tocar y aprenda a manipularlos.				
12	Mi pareja y yo siempre estamos poniéndonos al tanto de las cosas que le pasan al bebé.				
13	Cuando mi bebé llora, le hablo con voz muy baja y susurrando palabras tranquilizadoras.				
14	Prefiero ser yo quien se encargue del baño de mi bebé.				
15	Cuando estaba gestando pensaba con entusiasmo en el momento en que tendría a mi bebé en brazos dándole de lactar.				
16	Pienso que el “control del niño sano” no es necesario para mi bebé.				
17	El personal de salud me ha enseñado cuidados que debo tener con mi bebé.				
18	Cuando le hablo a mi bebé, lo hago con palabras cariñosas.				
19	Cuando juego con mi hijo me gusta que el aprenda algo nuevo.				
20	Cuando doy de lactar a mi bebé me gusta hablarle.				
21	Me gusta mirar detenidamente a mi bebé intentándolo conociéndolo.				
22	Me hubiera gustado que mi bebé sea del sexo opuesto al que nació.				
23	El momento de juego con mi bebé es indispensable en mi rutina diaria.				
24	La salud de mi bebé para mí es muy importante.				
25	Para mí dar de lactar es más una obligación que una actividad agradable				
26	Cuando mi bebé responde a mis llamados, caricias u órdenes, yo lo abrazo o felicito.				
27	Me agrada masajear la espalda de mi bebé con mucha delicadeza.				

28	Mi pareja me hace recordar cuando nuestro bebé debe recibir sus vacunas y asistir al control del niño sano.				
29	Prefiero que alguien de mi familia se encargue de alimentar a mi bebé.				
30	Mientras doy de lactar a mi bebé me gusta acariciarlo.				
31	Cuando cosquilleo a mi bebé observo una respuesta de alegría en él.				
32	Cuando voy a un lugar público hago valer mis beneficios por ser madre y estar con mi hijo en brazos.				
33	Aunque tenga muchas actividades que realizar, siempre me doy tiempo para cuidar de mi bebé				
34	Constantemente me informo por programas de televisión de cómo cuidar a mi bebé				
35	Hago vacunar a mi bebé en la fecha programada.				
36	Sé que cuento con el apoyo de mi familia para el cuidado de mi bebé.				
37	Prefiero que mi hijo tome biberón a darle de lactar.				
38	Trato que mi bebé acaricie mi rostro.				
39	Tengo la seguridad que seré una buena madre.				
40	Mi pareja y yo compartimos los cuidados del bebé.				
41	Cuido que mi bebé utilice ropa adecuada a la estación para evitar que se enferme o tenga sarpullido.				
42	Creo que dar de lactar une emocionalmente a las madres con sus hijos.				
43	Me alegra mucho que mi hijo haya nacido sano.				
44	Cada vez que mi bebé llora me preocupo por saber que es lo que necesita.				

45	La forma en que crío a mi bebé es muy parecida a cómo me criaron a mí.				
46	Mi familia me aconseja sobre la crianza de mi bebé				
47	Me preocupo por que a su alrededor no existan objetos que puedan hacerle daño a mi bebé.				
48	Trato de ocultar el hecho de que tengo un bebé porque me avergüenza.				
49	Creo que otro familiar cuida a mi bebé mejor que yo.				
30	Terceras personas se encargan de la crianza de mi bebé.				
51	Si voy por la calle y alguien estornuda cerca, lo primero que hago es cubrir a mi bebé.				
52	Mi pareja es capaz de hacerse cargo de nuestro bebé cuando yo no lo puedo hacer.				
53	Practico con mi bebé ejercicios que le puedan ayudar a su desarrollo.				
54	Diariamente mi pareja busca saber cómo está el bebé y coordinamos acerca de cómo satisfacer sus necesidades.				
55	Las cosas que aprendí sobre el cuidado a mi bebé me las enseñaron las personas que me criaron				
56	Tengo en casa medicamentos necesarios para lo que requiere mi bebé en caso se enferme				

## Apéndice D

### Validación de Jueces

#### ESCALA DE ADOPCION DEL ROL MATERNO

Objetivo: Validar la Escala de Adopción del Rol Materno para ser aplicada a población mexicana.

Apreciados colegas, solicitamos de la manera más atenta colaborar en el análisis de contenido de la escala de Adopción del Rol Materno. Esto es con el fin de poder aplicarlo dentro de nuestro proyecto de investigación que tiene como objetivo realizar una intervención educativa de enfermería que favorezca la adopción del rol materno en madres adolescentes. Los hemos seleccionado como jueces expertos por su destacada participación en el área de investigación. De antemano, muchas gracias por participar.

A continuación les presentamos la definición de la variable principal además de las dimensiones que conforman el instrumento y así usted conoce las bases que utiliza el instrumento antes mencionado.

#### ***Definición de la variable principal***

##### *Adopción del rol materno:*

Proceso interactivo y de desarrollo que se produce a lo largo del tiempo en el cual la madre crea un vínculo con su hijo, aprende las tareas de cuidado del rol y expresa el placer y la gratificación con el rol , para alcanzar como punto final la identidad materna. Dentro de esta

definición se incluyen las siguientes dimensiones: identidad como madre, aceptación del bebé, contacto con el rol de madre, estimulación del bebe para su desarrollo, expresiones maternas de afecto hacia el bebé, bienestar, protección y preocupación del bebé, así como la interacción con la pareja y la familia con respecto a los cuidados del bebé.

### ***Instrucción para los jueces***

A continuación les presentamos la escala completa, por favor lea cada uno de los ítems cuidadosamente, y conteste si la afirmación está relacionada con la adopción al rol materno de acuerdo a la siguiente escala:

0= Definitivamente no está relacionado

1= No relacionado

2= No seguro de su relación, los reactivos requieren más revisión

3= Relacionado, pero es necesario realizar pequeñas modificaciones

4= Extremadamente relacionado, sin alteración.

Atentamente

María de la Luz Santos Díaz y Dulce María Pérez Calderón, pasantes en servicio social.

ESCALA DE ADOPCIÓN DEL ROL MATERNO		0	1	2	3	4
1.	Prefiero no dar de lactar a mi bebé, para cuidar la estética de mis senos.					
2.	Imito los balbuceos y sonidos que hace mi bebé					
3.	Estoy dispuesta a cambiar el pañal a mi bebé, cada vez que sea necesario					
4.	Leo información referente a los cuidados y temas relacionados a mi bebé					
5.	Me cuesta aceptar a mi bebé					
6.	Cuando mi bebé llora, dejo lo que estoy haciendo y voy a atenderlo					
7.	Pienso que la lactancia debería ser sustituida por la alimentación en biberón.					
8.	Me cuesta decir que soy madre					
9.	Me siento capaz de salir adelante con mi bebé					
10.	Mi familia está contenta con el nacimiento de mi bebé					
11.	Mi pareja (y/o cuidador principal) y yo siempre estamos poniéndonos al tanto de la cosas que le pasan al bebé					
12.	Cuando mi bebe llora, le hablo con voz muy baja y susurrando palabras tranquilizadoras					
13.	Prefiero ser yo quien se encargue del baño del bebé					
14.	Cuando estaba embarazada pensaba con entusiasmo en el momento en que tendría a mi bebé en brazos dándole de lactar					
15.	Pienso que el “control del niño sano” no es necesario para mi bebé					
16.	El personal de salud me ha enseñado cuidados que debo tener con mi bebé					
17.	Cuando le hablo a mi bebé, lo hago con palabras cariñosas					
18.	Cuando juego con mi hijo, me gusta que aprenda cosas nuevas					
19.	Cuando doy de lactar a mi bebé, me gusta hablarle					
20.	Me gusta mirar detenidamente a mi bebé, para conocerlo mejor					
21.	Me hubiera gustado que mi bebé sea del sexo distinto al que nació					

22.	El momento de juego con mi bebe es indispensable en mi rutina diaria					
23.	La salud de mi bebé para mí es muy importante					
24.	Para mi dar de lactar es más una obligación que una actividad agradable					
25.	Cuando mi bebé responde a mis llamados, caricias, etc. yo lo abrazo o felicito					
26.	Me agrada masajear la espalda de mi bebé con mucha delicadeza					
27.	Mi pareja (y/o cuidador principal) me recuerda cuando mi bebé debe recibir sus vacunas y asistir al control del niño sano					
28.	Prefiero que alguien de mi familia se encargue de alimentar a mi bebé					
29.	Mientras doy de lactar a mi bebé me gusta acariciarlo					
30.	Cuando cosquileo a mi bebé observo una respuesta de alegría en el					
31.	Aunque tenga muchas actividades que realizar, siempre me doy tiempo para cuidar a mi bebé					
32.	Constantemente me informo por redes sociales de cómo cuidar a mi bebé					
33.	Llevo a vacunar a mi bebé en la fecha programada					
34.	Sé que cuento con el apoyo de mi familia para el cuidado de mi bebé					
35.	Prefiero que mi hijo tome biberón , a darle de lactar					
36.	Trato de que mi bebé acaricie mi rostro					
37.	Tengo la seguridad de que seré una buena madre					
38.	Mi pareja (y/o cuidador principal) y yo compartimos los cuidados del bebé					
39.	Creo que dar de lactar une emocionalmente a las madres con sus hijos					
40.	Me alegra mucho que mi hijo haya nacido sano					
41.	Cada vez que mi bebé llora me preocupo por saber qué es lo que necesita					
42.	Mi familia me aconseja sobre la crianza de mi bebé					
43.	Me preocupo por que a su alrededor no existan objetos que puedan					

	causarle daño a mi bebé					
44.	Trato de ocultar que soy madre, porque me avergüenza					
45.	Creo que otro familiar cuidar a mi bebé mejor que yo					
46.	Terceras personas se encargan de la crianza de mi bebé					
47.	Mi pareja (y/o cuidador principal) es capaz de hacerse cargo de mi bebé cuando yo no lo puedo hacer					
48.	Practico con mi bebé ejercicios que le puedan ayudar a su desarrollo					
49.	Diariamente mi pareja (o cuidador principal) busca saber cómo está el bebé y coordinamos acerca de cómo satisfacer sus necesidades					
50.	Las cosas que aprendí sobre el cuidado de mí bebé, me las enseñaron las personas que me criaron.					
51.	Tengo las habilidades para detectar si mi bebé presenta fiebre, además de que cuento con las herramientas y los medicamentos para tratarlo					

Por favor, realice comentarios, cambios sugeridos o áreas identificadas que se han omitido en cualquiera de los ítems.

## Apéndice E

Tabla de datos

	JUECES										NA	A
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
<b>ÍTEMS</b>												
1	3	4	4	4	4	2	3	2	0	0	4	6
2	3	3	4	3	2	3	4	4	4	3	1	9
3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	0	10
4	3	4	3	4	3	4	4	3	4	4	0	10
5	4	4	2	4	4	3	4	3	4	4	1	9
6	4	4	2	4	3	4	4	4	4	4	1	9
7	0	4	3	4	4	1	1	3	0	0	5	5
8	3	4	4	4	2	4	4	4	4	4	1	9
9	1	4	1	3	4	3	3	4	4	4	2	8
10	0	2	2	3	3	4	4	4	4	4	3	7
11	0	3	3	4	4	4	4	4	4	4	1	9
12	3	4	3	4	3	3	4	4	4	4	0	10



30	2	4	2	2	3	4	4	2	2	2	6	4
31	3	4	4	4	4	4	4	3	4	4	0	10
32	0	4	2	4	4	3	4	2	3	3	3	7
33	3	4	4	3	4	4	4	3	4	4	0	10
34	0	4	4	3	2	4	4	4	4	4	2	8
35	0	4	4	3	1	4	1	3	3	4	3	7
36	0	4	3	3	4	4	4	3	4	2	2	8
37	3	4	3	4	4	4	4	2	4	4	1	9
38	0	3	4	4	3	4	4	2	4	4	2	8
39	3	4	3	4	4	4	4	4	4	4	0	10
40	0	4	3	4	4	4	4	4	4	4	1	9
41	3	4	3	4	3	4	4	4	4	4	0	10
42	0	4	4	4	3	3	4	3	4	4	1	9
43	3	4	4	4	3	4	3	3	4	4	0	10
44	0	4	4	4	4	3	1	4	4	4	2	8
45	0	2	3	4	4	3	4	4	4	4	2	8
46	0	2	3	4	4	3	4	4	4	4	2	8

47	1	3	4	4	2	4	4	3	4	4	2	8
48	3	4	4	4	4	4	4	3	4	4	0	10
49	2	3	3	3	4	4	4	4	4	4	1	9
50	1	3	3	3	4	4	4	3	4	3	1	9
51	4	4	3	4	4	3	4	4	3	3	0	10
Total											70	440

NA= No Acceptable

A= Acceptable

## Análisis

Número de jueces: 10

Reactivos Aceptables (A): ítem con un puntaje igual o mayor a tres.

Reactivos No Aceptables (NA): ítem con un puntaje menor a tres.

Fórmula Índice de Validez por Ítem:

$$IVXI = \frac{\text{N}^\circ \text{ de reactivos totales menores de 3 puntos}}{\text{Total de jueces}}$$

Sustitución:  $70/10=7$

Fórmula de criterio de Validez:

$$CV = \frac{IVXI}{\text{Total de reactivos}}$$

Sustitución:  $7 / 51 = .13$  este resultado representa un 13% de posibilidad de error.

Para complementar la validación, ahora se tomarán en cuenta los reactivos Aceptables, se toma en cuenta la fórmula de Índice de Validez de Contenido:

$$IVC = \frac{\text{N}^\circ \text{ de reactivos totales igual o mayor a 3 puntos}}{\text{Total de reactivos}}$$

Sustitución:  $440/ 51= 8.62$  El Índice de Validez de Contenido es de .86. De acuerdo con el propósito, esta cifra e



## ESCALA DE ADOPCIÓN DEL ROL MATERNO

INSTRUCCIONES: A continuación encontrara una lista de afirmaciones respecto a su experiencia como madre. Deberá elegir, marcando con una equis (X), la opción que más se asemeje a su forma de pensar, actuar y sentir. No hay respuestas buenas ni malas. Las opciones de respuesta son las siguientes: \*Totalmente en desacuerdo. \*Desacuerdo \* De acuerdo. \*Totalmente de acuerdo

Autores: Garrido y Marchan 2011 Adaptación: Santos-Díaz, Pérez-Calderón & Landeros-Olvera, 2015

AFIRMACIONES		Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	De acuerdo	Totalmente De acuerdo
1.	Prefiero no darle pecho a mi bebé, para cuidar la estética de mis senos.				
2.	Imito los balbuceos y sonidos que hace mi bebé				
3.	Estoy dispuesta a cambiar el pañal a mi bebé, cada vez que sea necesario				
4.	Leo información referente a los cuidados y temas relacionados a mi bebé.				
5.	Me cuesta aceptar a mi bebé.				
6.	Cuando mi bebé llora, dejo lo que estoy haciendo y voy a atenderlo.				
7.	Pienso que la lactancia debería ser sustituida por la alimentación en biberón.				
8.	Me cuesta decir que soy madre.				
9.	Me siento capaz de salir adelante con mi bebé.				
10.	Mi familia está contenta con el nacimiento de mi bebé.				
11.	Mi pareja (y/o cuidador principal) y yo siempre estamos poniéndonos al tanto de las cosas que le pasan al bebé.				
12.	Cuando mi bebé llora, le hablo con voz muy baja y susurrando palabras tranquilizadoras.				



## ESCALA DE ADOPCIÓN DEL ROL MATERNO



INSTRUCCIONES: A continuación encontrará una lista de afirmaciones respecto a su experiencia como madre. Deberá elegir, marcando con una equis (X), la opción que más se asemeje a su forma de pensar, actuar y sentir. No hay respuestas buenas ni malas. Las opciones de respuesta son las siguientes: \*Totalmente en desacuerdo. \*Desacuerdo \* De acuerdo. \*Totalmente de acuerdo

Autores: Garrido y Marchan 2011 Adaptación: Santos-Díaz, Pérez-Calderón & Landeros-Olivera, 2015

	AFIRMACIONES	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	De acuerdo	Totalmente De acuerdo
13.	Prefiero ser yo quien se encargue del baño del bebé.				
14.	Cuando estaba embarazada pensaba con entusiasmo en el momento en que tendría a mi bebé en brazos dándole pecho.				
15.	Pienso que el “control del niño sano” no es necesario para mi bebé.				
16.	El personal de salud me ha enseñado cuidados que debo tener con mi bebé.				
17.	Cuando le hablo a mi bebé, lo hago con palabras cariñosas.				
18.	Cuando juego con mi hijo, me gusta que aprenda cosas nuevas.				
19.	Cuando doy de lactar a mi bebé, me gusta hablarle.				
20.	Me gusta mirar detenidamente a mi bebé, para conocerlo mejor.				
21.	Me hubiera gustado que mi bebé sea del sexo distinto al que nació.				
22.	El momento de juego con mi bebe es indispensable en mi rutina diaria.				
23.	La salud de mi bebé para mí es muy importante.				
24.	Para mí, dar el pecho a mi bebé es más una obligación que una actividad agradable.				



## ESCALA DE ADOPCIÓN DEL ROL MATERNO



INSTRUCCIONES: A continuación encontrara una lista de afirmaciones respecto a su experiencia como madre. Deberá elegir, marcando con una equis (X), la opción que más se asemeje a su forma de pensar, actuar y sentir. No hay respuestas buenas ni malas. Las opciones de respuesta son las siguientes: \*Totalmente en desacuerdo. \*Desacuerdo \* De acuerdo. \*Totalmente de acuerdo

Autores: Garrido y Marchan 2011 Adaptación: Santos-Díaz, Pérez-Calderón & Landeros-Olvera, 2015

	AFIRMACIONES	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	De acuerdo	Totalmente De acuerdo
25.	Cuando mi bebé responde a mis llamados, caricias, etc. yo lo abrazo o felicito.				
26.	Me agrada masajear la espalda de mi bebé con mucha delicadeza.				
27.	Mi pareja (y/o cuidador principal) me recuerda cuando mi bebé debe recibir sus vacunas y asistir al control del niño sano.				
28.	Prefiero que alguien de mi familia se encargue de alimentar a mi bebé.				
29.	Mientras doy el pecho a mi bebé me gusta acariciarlo.				
30.	Cuando cosquilleo a mi bebé observo una respuesta de alegría en él.				
31.	Aunque tenga muchas actividades que realizar, siempre me doy tiempo para cuidar a mi bebé.				
32.	Constantemente me informo por redes sociales de cómo cuidar a mi bebé.				
33.	Llevo a vacunar a mi bebé en la fecha programada.				
34.	Sé que cuento con el apoyo de mi familia para el cuidado de mi bebé.				
35.	Prefiero que mi hijo tome biberón a darle el pecho.				
36.	Trato de que mi bebé acaricie mi rostro.				



## ESCALA DE ADOPCIÓN DEL ROL MATERNO



**INSTRUCCIONES:** A continuación encontrará una lista de afirmaciones respecto a su experiencia como madre. Deberá elegir, marcando con una equis (X), la opción que más se asemeje a su forma de pensar, actuar y sentir. No hay respuestas buenas ni malas. Las opciones de respuesta son las siguientes: \*Totalmente en desacuerdo. \*Desacuerdo \* De acuerdo. \*Totalmente de acuerdo

Autores: Garrido y Marchan 2011 Adaptación: Santos-Díaz, Pérez-Calderón & Landeros-Olvera, 2015

	AFIRMACIONES	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	De acuerdo	Totalmente De acuerdo
37.	Tengo la seguridad de que seré una buena madre.				
38.	Mi pareja (y/o cuidador principal) y yo compartimos los cuidados del bebé.				
39.	Creo que dar el pecho a mi hijo nos une emocionalmente.				
40.	Me alegra mucho que mi hijo haya nacido sano.				
41.	Cada vez que mi bebé llora me preocupo por saber qué es lo que necesita.				
42.	Mi familia me aconseja sobre la crianza de mi bebé.				
43.	Me preocupo por que alrededor de mi bebé no existan objetos que puedan causarle daño.				
44.	Trato de ocultar que soy madre, porque me avergüenza.				
45.	Creo que otro familiar cuida a mi bebé mejor que yo.				
46.	Terceras personas se encargan de la crianza de mi bebé.				
47.	Mi pareja (y/o cuidador principal) es capaz de hacerse cargo de mi bebé cuando yo no lo puedo hacer.				
48.	Practico con mi bebé ejercicios que le puedan ayudar a su desarrollo.				



## ESCALA DE ADOPCIÓN DEL ROL MATERNO



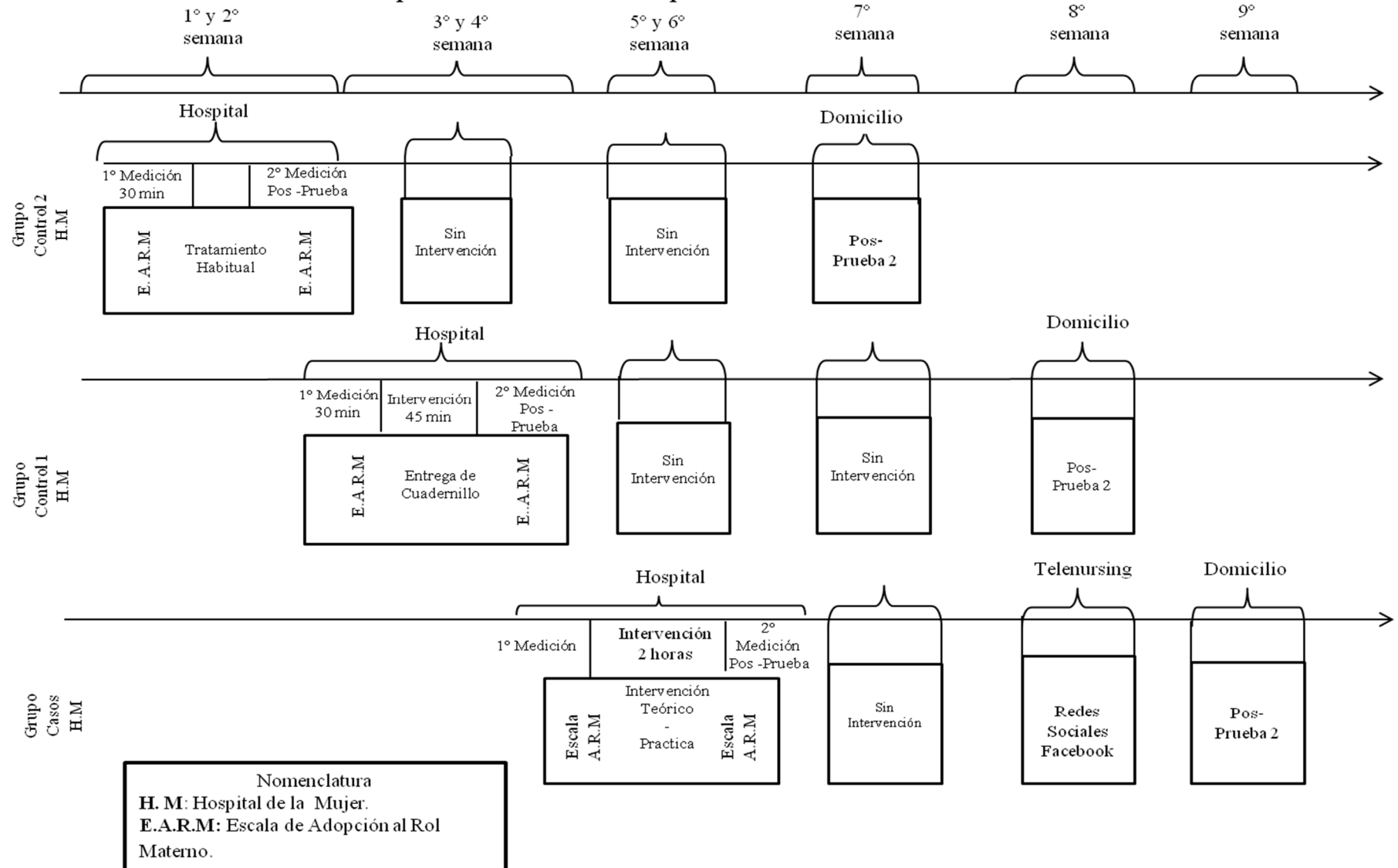
INSTRUCCIONES: A continuación encontrará una lista de afirmaciones respecto a su experiencia como madre. Deberá elegir, marcando con una equis (X), la opción que más se asemeje a su forma de pensar, actuar y sentir. No hay respuestas buenas ni malas. Las opciones de respuesta son las siguientes: \*Totalmente en desacuerdo. \*Desacuerdo \* De acuerdo. \*Totalmente de acuerdo

Autores: Garrido y Marchan 2011 Adaptación: Santos-Díaz, Pérez-Calderón & Landeros-Olvera, 2015

	AFIRMACIONES	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	De acuerdo	Totalmente De acuerdo
49.	Diariamente mi pareja (o cuidador principal) busca saber cómo está el bebé y coordinamos acerca de cómo satisfacer sus necesidades.				
50.	Las cosas que me enseñaron las personas con las que me crie sobre el cuidado de mí bebé, me han ayudado a adaptarme más rápido como madre.				
51.	Tengo las habilidades para detectar si mi bebé presenta fiebre, además de que cuento con las herramientas y los medicamentos para tratarlo.				

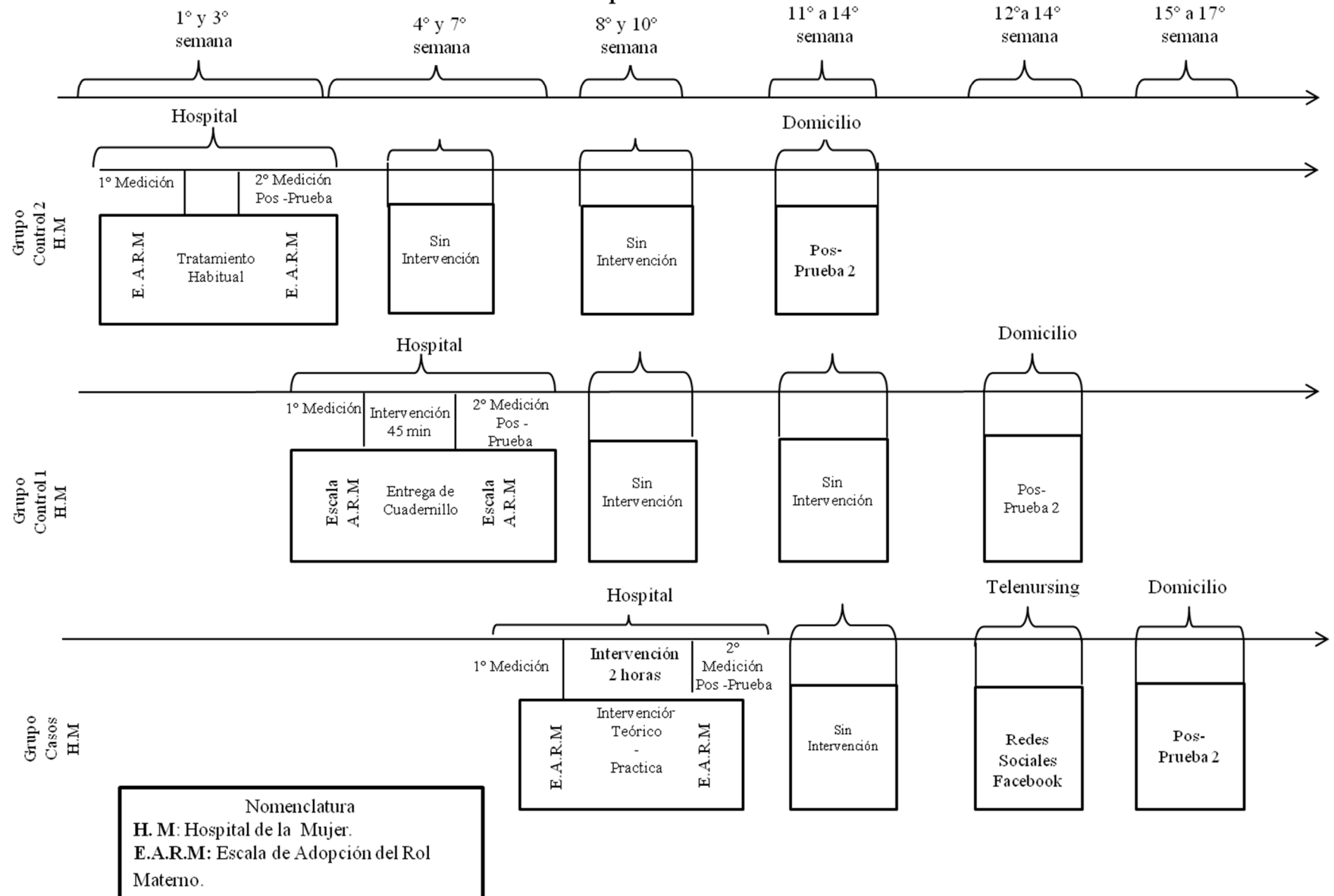
## Apéndice F

### Proyección de la Evolución de la Intervención para favorecer la Adopción al Rol Materno



## Apéndice G

### Esquema de Evolución de la Intervención para favorecer la Adopción al Rol Materno



## GUÍA PARA FACILITADORES DE LA INTERVENCIÓN PARA FAVORECER LA ADOPCIÓN AL ROL MATERNO



## Directorio

Mtro. José Alfonso Esparza Ortiz

Rector de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

MCE. María de la Luz Placida Bonilla Luis

Directora de la Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

MCE: Erika Pérez Noriega

Secretaria Académica

MCE: Graciela Arrijo Morales

Secretaria de Investigación y Estudios de Posgrado

MCE: Marcela Flores Merlo

Secretaria Administrativa

## Índice

Introducción

Objetivo

Marco Jurídico

Normas Oficiales

Procedimientos

- Baño del Recién Nacido
- Cambio de pañal y prevención de rozaduras
- Lactancia Materna Exclusiva
- Control del Niño Sano / Inmunizaciones
- Estimulación Temprana
- Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS )
- Enfermedades Diarreicas Agudas (EDAS)
- Toma de Temperatura
- Prevención de accidentes

Conclusión

## Guía para facilitadores de la intervención para favorecer la Adopción del Rol Materno

Autores: Santos-Díaz, Pérez-Calderón y Landeros-Olvera, 2015

### Introducción

El embarazo y maternidad adolescente es actualmente considerado un problema social y una experiencia que implica para las adolescentes un cambio amplio en su espacio vital, mismo que suele acompañarse de una ruptura con el entorno social inmediato y con las actividades que ejecutaba cotidianamente. Ser madre no es simplemente adaptarse a un nuevo rol, es un proceso de toda la vida, además de que lleva implícito un continuo aprendizaje. El nacimiento de un hijo es el momento en el que una amplia gama de necesidades surgen y se hace necesario dar respuestas efectivas para garantizar la salud, el bienestar y el desarrollo de esta nueva familia (Soria, R. M. 2010).

La forma en que se va desarrollando la relación temprana entre la madre y su hijo es fundamental para la construcción de la identidad materna. Las necesidades del binomio madre- hijo deben ser comprendidas desde un punto de vista socio-cultural que les permita ser ellos mismos, en su propio contexto y desde sus propios deseos, ayudados y apoyados por alguien que los cuide sabiendo cómo hacerlo.

En esa función de cuidado está enfermería, pues configura un tejido de sustentación, al ser una profesión altamente calificada en la tarea del cuidado, capaz de conjugar sensibilidad, conocimiento científico y habilidades. El rol de los profesionales de enfermería es fundamental a la hora de pensar en el comienzo de la vida, el establecimiento del vínculo afectivo, las conductas de apego y la consolidación de la identidad materna, dado que son quienes tienen contacto precoz

y estrecho con las vivencias de la familia, pudiendo hacer de cada situación una instancia de aprendizaje (Soria, R. M. 2010).

Por lo tanto la meta de la educación y el entrenamiento de enfermería, para favorecer la Adopción del Rol Materno, basado en un procedimiento estratégico; consiste en lograr un cambio en el enfoque de los padres con respecto al desarrollo del bebé; debido a que son participes y constructores activos de este proceso.

Esta guía se hace necesaria, dado que favorece en lo anteriormente planteado a la óptima vinculación del binomio, al mismo tiempo conlleva a la orientación, de tal manera que se ofrezca un instrumento técnico de consulta de las intervenciones que se pueden llevar a cabo.

### Objetivo

Proporcionar a los facilitadores un instrumento técnico normativo que contenga los lineamientos generales para el desarrollo de intervenciones de enfermería, con el fin de facilitar la Adopción del Rol Materno sobre cuidados generales del recién nacido.

## Marco Jurídico

En forma general la Salud Pública y la atención médica en México se regula por la Ley General de Salud, Código Sanitario, Civil y Penal (1984, 1995, 1996).

Ley General de Salud, Capítulo I, disposiciones comunes, Artículo 27, Fracciones II, III, IV y IX; Capítulo II atención médica, Artículos 32 y 33. Capítulo III Prestadores de Servicios de Salud.

Ley General de Salud en Materia de Investigación, Título Segundo, Capítulo I, correspondiente a los aspectos éticos en la investigación en seres humanos.

Capítulo IV De la investigación en Mujeres en Edad Fértil, Embarazadas, durante el Trabajo de Parto, Puerperio, Lactancia y Recién Nacidos; de la utilización de Embriones, Óbitos y Fetos y de la Fertilización Asistida.

## Normas Oficiales Mexicanas

- NOM-007-SSA2-2010, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido.
- NOM-031-SSA2-1999, Para la atención a la salud del niño.
- NOM-036-SSA2-2012, Prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, faboterápicos (sueros) e inmunoglobulinas en el humano.
- NOM-043-SSA2-2012, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación.

## Baño del recién nacido

Es uno de los cuidados indispensables para mantener una adecuada salud general del recién nacido, ya que de esta manera también se vigila la evolución del muñón umbilical y la hidratación y coloración de la piel. Es común que la madre adolescente se muestre insegura y con miedo. Debido a que se pregunta cómo debe sujetarlo, con que productos bañarlo, a qué hora es el mejor momento y cual debe de ser la frecuencia del baño.

Objetivo: La madre adolescente identificará los conocimientos teórico-prácticos de pautas sobre cuidados generales que se deben tomar en cuenta en el momento del baño del recién nacido por medio de la demostración de la técnica.

Alcances:

---

Autoconfianza en las propias capacidades maternas.	Identificar situaciones problema y pensar en la forma de modificación/ prevención de las mismas.
--	--

---

Materiales:

- 
- |  |  |
|--|--|
| 1.- Un recipiente de agua tibia (entre 35 y 37 grados centígrados )  | 5.- Toalla grande con gorro para cubrir al bebé.                           |
| 2.- Esponja y paño húmedo (con la esponja enjabona y con el paño húmedo limpia).   | 6.- Pañal y ropa limpia  |
| 3.- Jabón neutro, suave sin aromatizantes y sin alcohol (barra o líquido; se puede utilizar shampoo SI es especial para bebés, utilizarlo en pequeñas cantidades). | 7.- Crema hipo alergénica y cepillo de cerdas suaves (especial para bebés) |
- 
- 4.- Gasas estériles (4)

Procedimiento

Acción	Fundamento Científico
Lavado de manos	Evita la propagación de microorganismos patógenos al recién nacido.
-El baño del bebé se realizará en una habitación con las ventanas y puertas cerradas, esto para evitar corrientes de aire dentro de la habitación.	La temperatura ambiente: reforzar todas las recomendaciones antes mencionadas para cuidar la termorregulación.
-Colocar al bebé sobre una superficie suave y firme, podría ser la cama o una colchoneta y colocar encima una toalla limpia.	
Colocar los aditamentos necesarios cerca, para que en ningún momento se descuide al bebé mientras se está bañando. Teniendo principal cuidado con el recipiente de agua tibia, por lo que se recomienda ponerlo en un lugar seguro.	

## Procedimiento

Acción	Fundamento Científico
<p>Una vez preparado lo anterior, lo siguiente es desvestir al bebé. Existen dos opciones:</p> <p>a.- Desnudar al bebé por completo y cubrirlo con una toalla siempre y cuando la habitación sea cálida.</p> <p>b.- Si por el contrario la habitación es fría, desvestir poco a poco cada parte del cuerpo para su limpieza, cubriéndolo de inmediato.</p>	
<p>Empezar la limpieza de las zonas más limpias para terminar con las más sucias, de tal forma que el agua que se esté usando permanezca limpia. El siguiente orden puede ayudar para organizar el baño:</p> <p>1.- Cabeza: Sostener al bebé con el antebrazo y descansar la cabecita en la palma de la mano, colocando una pequeña cantidad de jabón, dando un masaje con la yema de los dedos y enjuagar. Cuidar que el agua no entre a los oídos.</p>	<p>En caso de usar jabones elegir los que no contienen colorantes, perfumes y con pH neutro.</p>

## Procedimientos

Acción	Fundamento Científico
<p>2.- Cara. Para el aseo de la cara NO se necesita jabón; con un paño húmedo limpiar cada ojo del ángulo interno de la nariz hacia la oreja, limpiar sobre la frente, mejillas, nariz, boca y secar de inmediato.</p>	<p>En caso de usar jabones elegir los que no contienen colorantes, perfumes y con pH neutro.</p>
<p>3.- Cuello, pecho y abdomen. Pasar la esponja enjabonada por estas partes con suavidad, especialmente en los pliegues, secar de inmediato y cubrir. Con una gasa húmeda y jabón limpiar la base del muñón umbilical, retirar los residuos de jabón y finalmente secar cuidadosamente con otra gasa.</p>	<p>Una Revisión de la Base Cochrane de 2008, evidencia que el baño del recién nacido, no perjudica la normal involución del tejido del muñón umbilical si se procede al secado cuidadoso luego del mismo, no predispone a infecciones si se lleva a cabo con medidas de higiene adecuadas.</p>
<p>4.- Brazos. Pasar la esponja enjabonada por su brazo y mano (si la tiene cerrada abrirla con delicadeza), limpiarlo y secar de inmediato.</p>	

## Procedimientos

Acción	Fundamento Científico
<p>5.- Espalda: Con la esponja enjabonada pasar con movimientos circulares desde el cuello y hasta la cintura, con un paño húmedo limpiar el jabón, secar y cubrir de inmediato.</p>	
<p>6.- Piernas. Pasa la esponja enjabonada a lo largo de cada pierna, hasta terminar en cada pie, teniendo especial cuidado en los pliegues, con el paño húmedo limpiarlo, secar de inmediato y cubrirlo.</p>	
<p>7.- Genitales. Con un paño húmedo, SIN jabón, limpiar en <i>el caso de las niñas</i> separando los pliegues de los labios mayores de arriba (parte baja del vientre) hacia abajo sin que toque el ano. Después cambiar el paño y limpiar el ano, sin tocar la vagina. <i>En el caso de los niños</i> con un paño húmedo, limpiar los pliegues de la bolsa escrotal, así como la cabeza del pene (glande) sin jalar o retraer mucho el prepucio (piel que recubre la cabeza del pene), secarlo y cubrir.</p>	

### Procedimientos

Acción	Fundamento Científico
Una vez terminado el baño y sin zonas húmedas, aplicar en todo su cuerpo una crema hipoalergénica para hidratar su piel.	
Colocar el pañal y vestirlo	


### Recomendaciones

Se recomienda bañarlo/a alrededor de 1 hora después de haberlo alimentado.



Por la tarde-noche ya que descansará mejor después del baño y esto ayudará a establecer hábitos de sueño.


## Instrucción para los facilitadores

📌 A continuación se te presenta el plan de clase el cual tiene la siguiente estructura:

Título del Procedimiento:	
Este recurso permitirá:	
Competencias de:	Actividades a realizar :
	<p><b>Antes:</b></p> <p><b>Durante:</b></p> <p><b>Después:</b></p> <div style="border: 2px solid red; border-radius: 15px; padding: 10px; margin-top: 10px;">  <p>- Usted encontrará dentro de la estructura de plan de clase, este tipo de cuadros donde se sugiere, a manera de dialogo, una sugerencia de como debe interactuar con las madres adolescentes.</p> </div>
<b>Para el Uso de TIC</b>	
Esta actividad está planeada para llevarse a cabo en:	

## Procedimiento

Baño del recién nacido	
Este recurso permitirá a la madre adolescente: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Autoconfianza en las propias capacidades maternas.</li> <li>• Identificar situaciones problema y pensar en la forma de modificación/ prevención de las mismas.</li> </ul>	
Lo utilizo para apoyar las competencias de:	Actividades a realizar
<p><i>Autoconfianza</i></p> <p><i>“Resolver problemas de manera autónoma.”</i></p> <p><i>“Manejar técnicas eficientemente.”</i></p>	<p><b>Antes:</b> Usted debe presentarse con las madres adolescentes.</p> <p> Facilitador/es:</p> <p>(Dirigiéndose a las madres adolescentes)</p> <div style="border: 2px solid red; border-radius: 15px; padding: 10px; margin-top: 20px;">  <p>Hola mucho gusto en conocerlas. Nosotras/os somos - mencionar el /los nombres de los facilitadores- . Es muy grato estar con ustedes, este día tan anhelado. ¡Al fin llego! y aun que tengan que enfrentar procedimientos médicos que les atemorizan, lo más difícil ya pasó; ahora conéctate con tu bebé conócelo, cuidalo y disfrutalo.</p> </div>

 Facilitador

Usted debe iniciar con la técnica de integración “*Así es como me siento*”. Las participantes dicen su nombre y usan un adjetivo que empieza con la misma letra que su nombre para describir cómo se sienten en ese momento.


(Por ejemplo, “Soy Nadia y estoy nerviosa” o “Soy Fernanda y estoy feliz”).



- Ahora que ya conocemos nuestros nombres y las emociones que nos invaden en este momento, pues ya han vivido gran parte de esta aventura, el abrazo, el trabajo de parto y el nacimiento, sientanse orgullosas de ser unas guerreras y de tener la gran recompensa entre sus brazos.

Es ahora cuando empiezan a surgir dudas y temores sobre el cuidado de tu bebé, pero ninguna superará la maravillosa sensación de tenerlo junto a ti.

¡¡ Traquila!! para eso estamos aquí. Empecemos hablando del momento del baño.

 Facilitador: Usted debe pedir a las madres adolescentes que mencionen los conocimientos que tienen sobre el baño del recién nacido.



- Debes tener en cuenta que el momento del baño aparte de asegurar una adecuada higiene a tu bebé, es un excelente momento para interactuar con él, para acariciarlo, jugar y mimarlo.

-No te sientas insegura al momento de bañar por primera vez a tu bebé, aunque es pequeño y parece muy frágil él es resistente, solo debes tratarlo con firmeza, confianza y suavidad.

 Facilitador

En este momento debe solicitar a las madres adolescentes presten atención a la demostración del baño del recién nacido que se llevará a cabo con base a la guía que se presenta con anterioridad y observando los materiales y pasos que debe seguir en las páginas 5 a la 9.

**Durante**

 Facilitador

Usted desarrolle el procedimiento del baño, tratando de captar lo más posible la atención de las madres adolescentes, (para la demostración utilizar un maniquí, si es posible hacer el procedimiento con un bebé de las madres adolescentes) ; al iniciar el procedimiento también debe iniciar la música relajante.



-Para regular la temperatura del agua, una manera muy sencilla, es poner la parte interna de tu brazo bajo el chorro del agua o bien meter el codo en la tina. -Estas partes de nuestro cuerpo son más sensibles y así te puedes dar cuenta si tiene la temperatura adecuada.

- ¡La seguridad ante todo; no tienes que llenar la tina, al contrario solo a un tercio de su capacidad es suficiente. Nunca dejes solo al bebé.

-Hazlo placentero y consigue juguetes con los que pueda interactuar dentro de la tina. También puedes poner música relajante. Verás que se vuelve un momento muy especial.

 Facilitador

**Después**

Pida a las madres adolescentes repitan los pasos del procedimiento del baño además de corregir errores.



¡¡Tomalo con calma!!, no dejes a tu bebé mucho tiempo bajo el agua, esto hace que pierda todos los aceites naturales que tenemos en el cuerpo y que la piel necesita.

No te acostumbres a bañarlo con agua muy caliente.

Crea un horario del baño, puede ser entre la tarde y noche , de esta forma se sentirá más relajado a la hora de dormir.

### Cambio de pañal y prevención de rozaduras

El cambio de pañal es recomendable realizarlo frecuentemente a manera de proteger y preservar la integridad de la piel. Es habitual que los padres tengan dudas acerca del momento oportuno para hacerlo en relación con el momento de la alimentación; debido a que los pañales son necesarios durante los primeros dos años y medio hasta que el bebé consigue el control complejo de sus esfínteres. Deben cambiarse con regularidad (se calcula unas 8-12 veces al día durante el primer año).

Puede procederse a cambiar el pañal después de cada toma de alimento ya que el niño puede evacuar al llegar el alimento al estómago (reflejo duodenocólico). En caso de que el bebé esté dormido y se sospeche que ha ensuciado el pañal es conveniente cambiarlo de inmediato para prevenir la irritación que pudieran producir las heces.

Para los recién nacidos los mejores pañales son los desechables los cuales llevan una cinta adhesiva en su parte lateral y unos elásticos en las piernas y cintura para así asegurar su máximo ajuste. Hay que tener en cuenta que por tener que llevar el pañal permanentemente existe un roce o cuando la orina excede la capacidad absorbente del pañal es fácil que la zona correspondiente se irrite lo que da lugar a una dermatitis de contacto (conocida como dermatitis del pañal). En estos casos para que no ocurra es conveniente que la zona esté bien limpia, seca y utilizar cremas protectoras.

#### Objetivo:

La madre adolescente aplicará a través de la práctica un cuidado de confort al bebé y mantendrá la integridad cutánea.

## Materiales:

---

 1.- Pañales

4.- Crema protectora para rozaduras

---

 2.- Paño Húmedo

5.- Bolsa de basura para el pañal sucio

---

 3.- Toallitas de papel o húmedas para

eliminar las heces

---

 Alcance:

---

 Colaborar con el proceso formativo de los nuevos padres en procedimientos básicos como el cambio de pañal.
 

---



---

 Procedimientos
 

---

Acción

Fundamento Científico

---

 Lavado de manos

---

 Elegir un lugar limpio y seco para cambiar al bebé.

Evita la propagación de microorganismos patógenos al recién nacido.

---

 Prepara todo el material necesario
 

---

Procedimientos	
Acción	Fundamento Científico
<p>Si hay heces fecales verificar la consistencia y color de las mismas y después limpiarlas primero con el propio pañal.</p>	<p>La orina del recién nacido es inicialmente concentrada y pueden visualizarse en el pañal, manchas color ladrillo que denotan la presencia de uratos. Esta situación es normal en las primeras 48-72 horas de vida. El meconio se acumula en el intestino del feto durante la vida intrauterina, luego del nacimiento la primera deposición es de color verde oscuro negruzco de consistencia espesa y pegajosa, su eliminación en condiciones normales comienza luego del nacimiento hasta las primeras 24 a 36 horas; comienzan las deposiciones de transición. Estas últimas tiene un color amarillo dorado de aspecto líquido y un olor ácido característico, suelen ser frecuentes y explosivas como consecuencia del proceso fermentativo de la leche materna.</p>
<p>a.- Con una mano, sujetar al bebé por los tobillos y subir levemente las piernas levantándole un poco los glúteos.</p>	<p>Esto provoca en muchas ocasiones la acumulación de gases y cólico.</p>
<p>b.- Doblar por la mitad el pañal sucio y dejarlo bajo los glúteos del bebé, con la parte sucia en el interior del pañal.</p>	<p>Las deposiciones definitivas se presentan en la etapa de lactancia instalada, se hacen menos frecuentes y son más consistentes y pastosas, estas se mantienen hasta que se incorpora la alimentación complementaria.</p>
<p>c.- Usar una toallita de tela o una toallita húmeda para limpiar cuidadosamente el área genital.</p> <p>- <i>Las niñas</i> se deben limpiar de adelante hacia atrás (en el sentido opuesto a su vagina). Esto disminuirá</p>	

la posibilidad de que entren bacterias del recto a la vagina que podrían causar una infección.

---

d.- Levantar las dos piernas del bebé y limpiarle los glúteos.

e.- Cambiar el pañal sucio por uno limpio. Abrir el pañal y colocar la parte que tiene los cierres adhesivos bajo los glúteos del bebé.





f.- Doblar la parte de abajo sobre el abdomen del bebé, pasándolo entre sus piernas (separarle las piernas lo más posible, pero sin hacerle daño).

---

## Procedimiento

Acción	Fundamento Científico
g.- Para los recién nacidos, evitar cubrir el cordón umbilical.	
h.- Cerrar el pañal pegando las tiras adhesivas de los dos lados. Asegurando de que quede bien ajustado, pero no tanto que le pellizque la piel.	
i.- Cerrar el pañal sucio, envolviéndolo y pegándole las tiras alrededor de sí mismo.  Tirarlo en el bote de basura.	
j.- Vestir al bebé y lavarse bien las manos.	

Procedimientos	
Dermatitis o rozadura de pañal	
Acción	Fundamento Científico
Mantener al bebé limpio y seco cambiándole a menudo el pañal.	La piel del área del pañal sobre hidratada, por el contacto prolongado con el pañal húmedo, es muy susceptible de ser dañada por la fricción constante .
Enjuagar bien el área genital y los glúteos cada vez que se cambie el pañal. Secar la piel con una toalla con suavidad y sin frotar.	No es necesario frotar ya que la fricción promueve la maceración, alterando la función normal de barrera de la piel, tornándola más susceptible a la acción de irritantes.
Usar una crema protectora después de cada cambio de pañal ayudará a proteger la piel irritada del bebé contra sus deposiciones y orina. Hay varias cremas a base de petrolato y de óxido blanco de zinc, el cual es más pastoso y muy eficaz para proteger la piel. Al ponerle el pañal, dejarlo un poco flojo para que circule más el aire. El contacto con el aire acelera la cura.	Se desconoce la prevalencia exacta de la dermatitis del área del pañal, pero se estima que entre 7 y 35% de los niños presentan esta dermatitis en cualquier momento durante la lactancia. En un estudio comparativo realizado por Alva, et.al. (2007) De oxiéster de glicerol vs óxido de zinc en el tratamiento de la dermatitis del área del pañal, se comprobó que al evaluar la evolución del tratamiento a las 72 horas, se encontró que 100% de los pacientes tratados con oxiéster de glicerol presentó mejoría o curación,comparado con 83% de los pacientes tratados con óxido de zinc ( $p < 0.05$ , prueba exacta de Fisher); en la evaluación a los siete días de evolución no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0.05$ , prueba exacta de Fisher).
En pañales desechables, probar una marca diferente para ver si el cambio ayuda.	

Cambio de pañal y prevención de rozaduras	
Este recurso permitirá:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Colaborar con el proceso formativo de los nuevos padres en procedimientos básicos como el cambio de pañal.</li> </ul>	
Lo utilizo para apoyar las competencias de:	Actividades a realizar
<p><i>Habilidad</i></p> <p>“Destreza o capacidad para desarrollar una cierta actividad física o mental.”</p>	<p><b>Antes</b></p> <p> Facilitador   (Dirigiéndose a las madres adolescentes)</p>
	<div style="border: 2px solid red; border-radius: 15px; padding: 10px;">  <p>-Es momento de que tratemos otro tema que seguro te tiene preocupada: ¡Los pañales!; los que acompañarán a tu bebé hasta aproximadamente los dos años de edad. Por eso es conveniente que aprendas la manera más eficaz de cambiarlos y así prevenir rozaduras.</p> </div>
	<p> Facilitador   Inicie con una lluvia de ideas, sobre los beneficios y consecuencias del uso del pañal desechable en los recién nacidos</p>
	<div style="border: 2px solid red; border-radius: 15px; padding: 10px;">  <p>-Recuerda que los bebés usan muchos pañales al día; cambiaselo cada vez que se moje o tengas la sospecha de que el pañal este sucio, esto con el fin de evitar las rozaduras.</p> <p>-Ahora veremos un video de como cambiar el pañal a tu bebé (niña/niño).</p> </div>

**Durante**
 Facilitador

Inicie con la presentación del video. Al termino del mismo lleve a cabo la técnica cambio de pañal descrita en la guía de procedimientos de la página 14 a 19, además de que explique las características de las deposiciones del recién nacido y la manera de prevenir rozaduras en un bebé de las madres adolescentes.



- Es normal que sientas nervios al momento de cambiar el pañal de tu bebé, pero nunca debes perder la seguridad, tu eres su mami y tu bebé confía en que tú lo cuidarás y el brindaras todo tu amor.

-Por favor les pedimos, repitan el procedimiento no se preocupen si no realizan adecuadamente todos los pasos, nosotras/os les ayudaremos a hacerlo bien si tienen dudas porfavor consulten con nosotras/os.

**Después**
 Facilitador

Usted debe pedir a las madres adolescentes repitan los pasos del procedimiento en una niña y en un niño para verificar que la técnica este quedando clara.

## Lactancia Materna Exclusiva

La Lactancia Materna Exclusiva es la forma genérica de llamar a la alimentación que recibe el recién nacido a través del seno materno. (UNICEF, 2013). Es la vía por la cual el recién nacido recibe su primer alimento, que el cual lo va a nutrir, dado que, la primera leche materna también conocida como calostro, está constituida por diversos nutrientes, anticuerpos que protegerán al bebé de diversas infecciones. Para una mujer adolescente que le falta madurez psicológica, este proceso es uno de los más difíciles, dado que les da miedo lactar a sus bebés, pues comienzan a surgir dudas en cómo deben alimentarlos, si su leche es suficiente para ellos y si no les hará daño, entre otras.

Objetivo: La adolescente resolverá sus dudas a través de la adquisición de conocimiento teórico-práctico de la lactancia materna exclusiva, técnica de amamantamiento y beneficios de la misma, por medio de la demostración de la técnica.

Alcances:

---

Autoconfianza en las propias capacidades maternas.	Trasladar los conocimientos adquiridos para modificar los errores cometidos.
--	--

---

Material:

---

Para este procedimiento no se utilizaran materiales, dado que la actividad se realizará con las madres y los bebés.

---

## Procedimiento

Acción	Fundamento científico
1. Lavado de manos	Evita la ingestión de microorganismos patógenos al recién nacido
2. La lactancia materna se llevará a cabo en una habitación donde la madre se sienta cómoda, que cuente con una superficie donde la madre se pueda sentar o acostarse.	La lactancia materna es un proceso ideal de alimentación para los recién nacidos, debe de ser un proceso en el cual la madre y el bebé deben de tener una comodidad la cual permita que se de forma efectiva y se lleven a cabo Los Diez pasos hacia una feliz lactancia”. (Viñas, V.A., 2011)
3. Posición acostada: la madre se deberá recostar en decúbito lateral colocando una almohadas en su espalda.	
4. Una vez que la madre esté cómoda, deberá colocar al bebé vientre contra vientre donde se garantice un contacto visual.	

- 
5. Una vez que ambos estén cómodos, las madres procederán a descubrir la mama. Así se realizarán la limpieza del pezón con un paño húmedo.
- 

Procedimiento

Acción	Fundamento científico
<p>6. Con una mano las madres tomarán la mama de la siguiente manera: con cuatro dedos sostendrán la parte de abajo de la mama, colocando el pulgar en el área superior de la misma (formando una C con la mano).</p>	<p>De acuerdo con Viñal, V.A., 2011 y UNICEF, 2015 con esta técnica garantizamos el buen agarre de la mama además de que facilitamos al bebé la toma de la misma</p>
<p>7. Presionar el pezón para que salgan unas gotas de leche y así él bebe al olerla busque el seno de su madre, ofrecer al bebé, procurando que tome la mama formando una “O” con su boca, abarcando bien el pezón y parte de la areola.</p>	<p>Favorecemos el correcto agarre del bebé además de que prevenimos las grietas y molestias para la madre. (Viñas, V.A., 2011) (UNICEF, 2015).</p>

---

- 
8. Una vez que el bebé suelte la mama o la madre puede retirarla de la siguiente manera: introducir el dedo meñique por la comisura de la boca, entre las encías. Cambiar al bebé a la otra mama para que se alimente de ambos lados
- 
9. Posición sentada: en una silla con respaldo y sin apoyabrazos la madre, deberá sentarse y recargarse bien en el respaldo. Una mala postura puede generar diversos problemas en madre principalmente: como pezones dolorosos por el mal agarre, grietas entre otras. (Viñas,V.A., 2011)
- 
10. Colocará al bebé sobre sus piernas sosteniéndolo con un brazo (la cabeza del bebé deberá quedar situada en la flexión del codo), a la altura de la mama. Viñas,V.A., 2011 maneja que haciendo que le bebé eructe favorecemos a que no presente distención abdominal o cólicos.
- 
11. Estando ambos cómodos repetirán las acciones 5, 6, 7, 8.
- 
12. Una vez que el bebé se haya alimentado, levantarlo y colocarlo sobre el pecho de la madre y dar pequeñas palmadas en la espalda para que eructe.
-

### Recomendaciones

Se recomienda que al estar lactando al bebé se mantenga un contacto visual, además de que se platique con él con palabras de cariño, para afianzar el lazo madre-hijo. Disfrutar el momento de lactancia materna dado que es uno de los procesos más bellos que una mujer pueda tener.

### Lactancia Materna Exclusiva

Este recurso permitirá a la madre adolescente:

- Distinguir problemas relacionados con lo que saben de la lactancia materna y traslada los conocimientos adquiridos para modificar los errores cometidos.

Lo utilizo para apoyar las competencias de:

Actividades a realizar

“Adquirir nuevos conocimientos de manera autónoma.”

“Identificar problemas y soluciones para los mismos.”


**Antes** Usted debe brindarles la confianza necesaria a las madres.

 Facilitador

(Dirigiéndose a las madres adolescentes)



- Como ya nos conocemos ahora hablaremos de otro tema muy importante para ustedes ¡¡Lactancia Materna!!, tema que a muchas de ustedes les causa temor, dudas y en ocasiones hasta incomodidad, pero... !!tranquilas¡¡, les explicaremos todo lo referente a este tema.

 Facilitador

Inicie con la técnica “¿Lactancia Materna?”.

Las participantes comentarán que es lo que saben de la lactancia, definición, técnicas de amamantamiento, beneficios de la misma etc.



-Nuevas mamis, es momento de que ustedes nos comenten que saben de acerca de la lactancia materna, ¿Que les parece? estan entusiasmadas.



- Deben tener en cuenta que el momento de alimentar a bebé, es unico por que es así como se van a conectar con su el, tendrán contacto piel a piel, pancita con pancita, ademas de que en este momento ustedes pueden hablarle, acariciarlo y sobre todo disfrutar este nuevo papel ¡¡Ser madre!!

 Facilitador

Solicite a las madres adolescentes presten atención a la presentación y demostración sobre la lactancia que se llevará a cabo con base a la guía, con los pasos a seguir descritos anteriormente.


**Durante**

 Facilitador

Desarrolle la explicación de la técnica de la lactancia y muestre el video tratando de captar lo más posible la atención de las madres adolescentes.



- Ahora mamás pongamos atención a la presentación sobre lo que es la lactancia, cuáles son los beneficios de ésta, y como deben alimentar a su bebé.-
- Después les mostraremos un video para que la información quede más clara.-
- Al final ustedes nos mostrarán la técnica para que sepan lo fácil y magnífico que es alimentar a sus bebés.
- No se preocupen si la primera vez no es como en el video, con el tiempo y la práctica ustedes serán las mejores en alimentar a su bebé.

 Facilitador

**Después:** Usted debe pedir a las madres adolescentes que repitan los pasos de la técnica, además de corregir errores (esta etapa se llevará a cabo con los bebés).



- ¡¡Tomalo con calma!!, este momento debe de relajación para ti y tu bebé.
- En un principio te costará trabajo y tal vez hasta te sientas incómoda, pero con el paso del tiempo te acostumbrarás y será la actividad más hermosa para ambos..

Esta actividad es planeada para llevarse a cabo en :

### Control de Niño Sano / Inmunizaciones

De acuerdo con la guía de práctica clínica: Control y seguimiento de la nutrición, el crecimiento y desarrollo del niño menor de 5 años; el término cuidado del niño sano se refiere al establecimiento de una relación entre el médico, el niño y sus familiares para asegurar un buen estado de salud así como un seguimiento apropiado en el estado de nutrición, crecimiento y desarrollo; utilizando medidas de prevención y recomendaciones para un diagnóstico y tratamiento oportuno, incluyendo dentro de este control la aplicación de vacunas (inmunizaciones).

En este sentido la tarea educativa del personal de enfermería es indispensable para aconsejar y orientar a los nuevos padres en la tarea de cuidado de sus hijos, esto realizado mediante controles específicos como es el caso de la aplicación de vacunas.

Objetivo: Que la madre adolescente identifique cuales son las vacunas (inmunizaciones) que debe tener su bebé en el esquema básico, mediante un franelógrafo.

Alcances:

---

Contribuir a la adaptación de la madre adolescente en su nuevo papel de cuidadora principal (Padres en su rol de cuidadores principales).	Generar en la madre adolescente la motivación para el seguimiento y aplicación de las vacunas en su hijo.
---	---

---

Material

---

Franelografo para la actividad de vacunas

---

### Procedimientos






Acción	Fundamento Científico
<p>Iniciar con una lluvia de ideas sobre:</p> <p style="padding-left: 40px;">¿Qué son las vacunas?</p>	<p>Las vacunas representan hoy la intervención inmunológica más empleada en medicina. A pesar de ello, sólo existen</p>
<p>Dar a conocer a las madres adolescentes el significado e importancia de las vacunas.</p>	<p>vacunas para 13 de las 28 enfermedades que requieren desarrollarse con vistas a paliar situaciones de epidemia a escala mundial Galindo, (2004).</p>
<p>Orientar a las madres adolescentes y otros responsables del cuidado de los niños sobre la aplicación de la vacunas.</p>	<p>La vacunación es una de las medidas de control de las enfermedades transmisibles. Cada año previenen alrededor de 3 millones de muertes y se evitan incapacidades en cerca de 1 millón de niños Ochoa, (2005).</p>
<p>-Importancia de su aplicación.</p> <p>-Esquema de vacunación.</p> <p>-Enfermedades contra las que protege dichas vacunas.</p> <p>-Reacciones adversas que pueden producirse al aplicar una vacuna.</p>	<p><u>Vacuna BCG:</u> Vacuna contra la tuberculosis, se elabora con bacilos (<i>Mycobacterium bovis</i>) vivos atenuados (bacilo de Calmette y Guerin). Cada dosis de 0.1 ml contiene, como mínimo, 200,000 UFC (Unidades Formadoras de Colonias). Se aplica desde recién nacidos hasta los niños menores de 5 años y deja una cicatriz en el brazo posterior a su aplicación.</p> <p>-No debe aplicarse a niños con peso inferior a 2 kg. -Con lesiones cutáneas en el sitio de aplicación. - Inmunodeprimidas por enfermedad o por tratamiento, excepto infección por VIH en estado asintomático. - Tampoco se aplicará en caso de padecimientos febriles (más de 38.5°C).</p> <p>- Quien reciba transfusiones o que hayan recibido inmunoglobulina, esperarán al menos tres meses para vacunarse.</p>

## Procedimientos

Acción	Fundamento Científico
<p>Orientar a las madres adolescentes y otros responsables del cuidado de los niños sobre la aplicación de la vacunas.</p> <p>-Importancia de su aplicación.</p> <p>-Esquema de vacunación.</p> <p>-Enfermedades contra las que protege dichas vacunas.</p> <p>-Reacciones adversas que pueden producirse al aplicar una vacuna.</p>	<p><i>Vacuna contra la Hepatitis B:</i> Preparado purificado del antígeno de superficie del virus de la hepatitis (HBs Ag).</p> <p>Administración: intramuscular profunda, cara antero lateral del muslo; o en la región deltoidea si es mayor de un año de edad.</p> <p>Se aplican 3 dosis, la primera al nacer y a los 2 y 6 meses de edad. Previene este tipo de hepatitis, que afecta principalmente al hígado.</p> <p>Contraindicaciones</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Embarazo, salvo alto riesgo de contraer la enfermedad;</li> <li>- Estados febriles e infecciones severas</li> <li>- Alergia al tiomersal.</li> </ul>

## Procedimientos

Acción	Fundamento científico
Orientar a las madres adolescentes y otros responsables del cuidado de los niños sobre la aplicación de la vacunas.	<u>Vacuna Pentavalente:</u> Es la vacuna que previene la difteria, tos ferina y tétanos, además también a la poliomielitis y a las bacterias del Haemophilus Influenzae del tipo b, que provocan neumonías y meningitis. Se aplica en 4 dosis a los 2, 4, 6, y 18 meses de edad.
-Importancia de su aplicación.	<u>Vacuna contra el rotavirus:</u> Previene la gastroenteritis o la diarrea causada por el rotavirus en sus formas graves. Se aplican 3 dosis por vía oral, a los 2, 4 y 6 meses de edad y nunca después de los 8 meses de edad.
-Esquema de vacunación.	<u>Vacuna neumocócica o contra el neumococo:</u> Se aplican 3 dosis a los 2 y 4 meses y al año de edad; ayuda a prevenir la neumonía por neumococo.
-Enfermedades contra las que protege dichas vacunas.	<u>Vacuna Anti-influenza:</u> Previene el virus de la influenza y se aplica a niños de 6 a 35 meses de edad, de octubre a febrero. En la primera ocasión se aplican dos dosis con intervalo de 1 mes y después cada año.

Control de Niño Sano/ Inmunizaciones	
Este recurso permitirá a la madre adolescente: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contribuir a la adaptación en su nuevo papel de cuidadora principal.</li> </ul>	
Lo utilizo para apoyar las competencias de:	Actividades a realizar
<b>Conocimiento</b>  <i>“Información con la que cuenta una persona sobre áreas específicas de contenido.”</i>	<p><b>Antes</b></p> <p> Facilitador/es:</p> <p>Solicite a las madres adolescentes comenten un concepto sobre lo que ellas piensen es el “control del niño sano”.</p> <div style="border: 2px solid red; border-radius: 15px; padding: 10px;"> <div style="display: flex; align-items: center;">  <p>- Ahora que ya conoces algunos de los procedimientos básicos que te servirán para el continuo cuidado de tu bebé, es momento de que conozcas una regla de oro "control del niño sano".</p> <p>- Programa desarrollado por los Servicios de Salud para favorecer y cuidar el desarrollo integral de tu bebé, donde también están incluidas las vacunas.</p> </div> </div>
	<p> Facilitador</p> <p>Dar a conocer la definición de “control del niño sano” de acuerdo a la guía</p> <div style="border: 2px solid red; border-radius: 15px; padding: 10px;"> <div style="display: flex; align-items: center;">  <p>-¡¡Hablemos de las vacunas!!</p> <p>- En la infancia muchas infecciones se presentan, algunas serán leves como el resfriado, pero otras son más graves y pueden dejar secuelas en los bebés, como es el caso de la poliomielitis, el sarampión, hepatitis etc.</p> <p>- Lo bueno es que muchas de estas enfermedades se pueden evitar con la vacunación, por eso es fundamental que tu bebé reciba en tiempo y forma las vacunas que van de acuerdo a su edad.</p> </div> </div>
	<p> Facilitador</p> <p>Iniciar con la explicación del esquema de vacunación hasta los 12 meses de edad, para ello se incluirá un franelógrafo con el esquema de vacunación el cual será explicado de manera sencilla.</p>



- Ahora te presentaremos una tecnica que estamos seguras /os te ayudará a comprender de manera mas facil , el momento en el cual debes asistir a tu centro de salud para que apliquen las vacunas a tu bebé y al mismo tiempo te des cuenta cual es la enfermedad contra la cual actuan las vacunas.

### Durante

 Facilitador

Solicitar a las madres adolescentes manifiesten sus dudas para que el taller sea interactivo.

### Después

 Facilitador

Solicitar la participación de una de las madres adolescentes para organizar nuevamente el esquema de vacunación en el franelografo.



- Como ya explicamos, las vacunas son indispensables para que tu bebé tenga un crecimiento y desarrollo sano, ahora te invitamos a organizar este franelografo con los datos que anteriormente te brindamos.

- Si no recuerdas los datos y la enfermedad contra la que se protege a tu bebé con esta vacuna , ¡¡ No te preocupes estamos aqui para apoyarte!!



- Cuando vacunan a tu bebé y llora a ustedes les duele mas, pero deben saber que las vacunas lo protegen, tanto como tu amor de madre.

Esta actividad está planeada para llevarse a cabo en:

### Estimulación temprana

La estimulación temprana es la atención que se da al niño en las primeras etapas de su vida con el objetivo de desarrollar y potenciar al máximo sus posibilidades físicas, intelectuales y afectivas, mediante programas que abarquen todas las áreas del desarrollo, sin forzar la maduración. Ayuda a fortalecer el cuerpo y a desarrollar las emociones y la inteligencia del bebé, dado que se trabajan diferentes áreas de desarrollo de los niños, las cuales son: motor fino, motor grueso, lenguaje y socio-afectivo; así contribuiremos a su desarrollo pleno y al cuidado de su salud.

#### Objetivo:

La madre adolescente despejará las dudas que tenga con respecto a la estimulación temprana, brindando una demostración de estimulación para el desarrollo psicomotor y neurológico del menor.

#### Alcance:

---

Colaborar con el desarrollo del bebé además de capacitar a las madres adolescentes para que ellas realicen estas actividades incluyéndolas en las rutinas con sus hijos.

---

#### Material:

---

Sonajas

Brochas de cerdas suaves

Toalla

Plumas




---


## Procedimientos

Acción	Fundamento científico
1. Colocar al bebé en una superficie plana y suave	
2. Poner al bebé boca abajo, extendiendo sus brazos hacia adelante y llamar su atención con sonidos graciosos.	De acuerdo con la UNICEF, 2011 los ejercicios que se realizan son enfocados al desarrollo psicomotor y
3. Recostar al bebé boca arriba tomar sus manos con firmeza y levantarlo hasta sentarlo. Poco a poco volver a recostarlo.	neuroológico del bebé, procurar incluir estas acciones en cada una de las actividades que realizan con el como el bañarlo, cambiarlo, alimentarlo, etc.
4. Recostar al bebe boca abajo y recorrer con los dedos su espalda del cuello a la cadera.	
5. Cargarlo para que sostenga su cabeza.	
6. Recostar al bebé boca arriba y extiende sus brazos con delicadeza de arriba hacia abajo, a los lados, y cruzarlos.	

## Procedimiento

Acción	Fundamento científico
7. Tomar las piernas del bebé y flexionarlas suavemente.	
8. En la misma posición tomar los brazos y piernas del bebé y moverlo hacia un lado y al otro, procurando que la cabeza siga los movimientos.	Al realizar estas acciones se deben de tener
9. Dar un masaje de los hombros a las manos y de los muslos a los pies.	conversaciones con el bebé, acariciarlo, cantarle, mecerlo, dado que al hacer esto fomentamos la
10. Abrir sus manos frotando una toalla o una sonaja extendiendo las manos del bebé.	adaptación de la madre (UNICEF, 2015)
11. Fomentar que el pequeño agarre objetos pequeños además de ayudarle a tomarlos.	
12. Ayudarle a mover la sonaja para que el imite el movimiento.	
13. Imitar los sonidos que él hace para motivarlo a volverlo a hacer además de hablarle con palabras de amor.	

Estimulación Temprana	
Este recurso permitirá a la madre adolescente: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Autoconfianza y seguridad para realizar las diversas actividades con el bebé.</li> <li>• Integrar el conocimiento adquirido por la madre en las actividades diarias con el bebé.</li> </ul>	
Lo utilizo para apoyar las competencias de:	Actividades a realizar
<p>“Adquirir nuevos conocimientos” manera autónoma.”</p> <p>“Integrar los conocimientos en la práctica diaria”</p>	<p><b>Antes</b> Usted debe brindarles la confianza necesaria a las madres.</p> <p> Facilitador</p> <p>(Dirigiéndose a las madres adolescentes)</p> <div style="border: 2px solid red; border-radius: 15px; padding: 10px; margin: 10px 0;">  <ul style="list-style-type: none"> <li>- Otro tema muy importante para el desarrollo de sus bebés es "la estimulación temprana"</li> <li>- Ustedes ya han escuchado las palabras "<i>estimulación temprana</i>", ¿Piensan que es importante para su bebé? .</li> <li>- Hablemos de esto.....</li> </ul> </div> <p> Facilitador</p> <p>Iniciar con la técnica de lluvia de ideas “¿Estimulación temprana: efectiva para mi bebé?”. Las participantes comentaran lo que conocen sobre estimulación temprana.</p>

 Facilitador

Solicite a las madres adolescentes presten atención a la demostración sobre estimulación temprana que se otorgará a un bebé de acuerdo a la edad que tiene, se llevará a cabo con base a la guía, con los pasos a seguir descritos.


### **Durante**

 Facilitador

Desarrollar la explicación y demostración de la técnica de estimulación, tratando de captar lo más posible la atención de las madres adolescentes.



- Ahora vamos a relizar algunos ejercicios de estimulacion en un bebé, recuerda que siempre debes realizarlos de manera suave y sobre todo interactuando con tu bebé para conocerlo mas cada dia.

 Facilitador

### **Después**

Usted debe pedir a las madres adolescentes que repitan los pasos del ejercicio de estimulación que más les agradó, además de corregir errores (esta etapa se llevará a cabo con los bebés).



-Este momento debe de ser relajante para ti y tu bebé, puedes realizarlo cuando le cambies el pañal o simplemente si tu bebé esta despierto interactua con el, ayudaras a su desarrollo.

-Disfruta cada momento con tu bebé .

### Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS)

Las infecciones respiratorias agudas (IRAS) se definen como el conjunto de enfermedades transmisibles del aparato respiratorio que incluye desde el catarro común hasta la neumonía, pasando por la otitis, amigdalitis, sinusitis, bronquitis aguda, laringotraqueitis, bronquiolitis y laringitis, con evolución menor a 15 días y con la presencia de uno o más síntomas o signos clínicos como tos, rinorrea, obstrucción nasal, odinofagia, otalgia, disfonía, respiración ruidosa, dificultad respiratoria, los cuales pueden estar o no acompañados de fiebre (Báez-Saldaña, R., Trejo-Valdivia, B., García-García, L., Ferreyra-Reyes, L., Delgado-Sánchez, G., Chilián-Herrera, O. L., y Mendoza-Alvarado, L. R, 2013).

En México las IRAS constituyen la primera causa de morbilidad y egreso hospitalario en los menores de 5 años, con frecuencia de 13 episodios por cada 100 consultas médicas.

Lo anterior representa dos a cuatro episodios de IRA al año por niño los cuales pueden complicarse con neumonía grave.

#### Objetivos:

La madre adolescente identificará por medio de un rotafolio los signos y síntomas de infecciones respiratorias agudas.

La madre adolescente describirá los conocimientos y actitudes adquiridos sobre signos y síntomas de alarma en IRAS.

#### Alcances:

---

Identificar signos de alarma y saber cómo actuar

---

Disposición de los padres o la madre a solicitar una consulta médica

---

## Procedimientos

Acción	Fundamento Científico
Lavado frecuente de manos con agua y jabón	El resfriado común es una enfermedad respiratoria, su
Evitar que los niños con resfriado común compartan con otros juguetes o chupones y lavarlos con agua y jabón cuantas veces sea posible.	contagio es a través de las manos y en el contacto estrecho con las personas enfermas.
La asistencia a guarderías incrementa la frecuencia, gravedad y duración del resfriado común e incrementa el riesgo de infecciones respiratorias secundarias (altas o bajas)	
Orientar a los padres y otros responsables del cuidado de los niños al respecto de los signos de alarma que indican que el niño debe ser visto por personal de salud.	Estudios que evalúan la efectividad de educación a pacientes / familiares en caso de enfermedades en general y específicamente en el resfriado común, encontraron reducción en el tratamiento médico innecesario y en los costos de atención a la enfermedad.

## Procedimientos

Acción	Fundamento Científico
<p>Dar a conocer a las madres adolescente los signos de alarma que debe observar en un niño cuando está enfermo para acudir inmediatamente al servicio de salud en caso de que aparezcan.</p>	<p>Schellenberg JA, Victora CG, Mushi A, de Savigny D, Schellenberg D, Mshinda H, <i>et al.</i> y Gombojav N , Manaseki-Holland S Pollock J, Henderson A, han descrito que la</p>
<p>Signos de alarma</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cianosis</li> <li>• Estridor</li> <li>• Respiración Superficial</li> <li>• Dificultad Respiratoria</li> </ul> <p>Los pacientes deben recibir atención médica inmediata en el servicio de urgencias del segundo nivel de atención si presentan:</p> <p>Síntomas neurológicos.</p> <p>Síntomas de obstrucción de vía área superior.</p> <p>Síntomas de obstrucción de vía área inferior.</p> <p>Alteración en el volumen urinario</p> <p>Vómito persistente</p>	<p>probabilidad de solicitar atención médica es menor en familias que viven en condiciones de pobreza, de madres muy jóvenes y residentes a mayor distancia a los servicios clínicos.</p> <p>Bojalil R, Kirkwood BR, Bobak M, Guiscafre H. Describió que el retraso por parte de los padres en solicitar atención médica para el niño por diferentes razones, así como un mal enfoque diagnóstico y terapéutico, contribuyeron hasta en 68% a las defunciones por estas afecciones.</p>

## Procedimientos

---

### Tratamiento no farmacológico

---

Acción	Fundamento Científico
<p>Elevar la cabeza y aspirar gentilmente la secreción nasal con una perilla.</p>	<p>Promover el bienestar en el niño con enfermedad respiratoria aguda.</p>
<p>Reposo de acuerdo a las necesidades de cada bebé.</p>	<p></p>
<p>Para algunas personas la inhalación de vapor funciona como una medida efectiva de bienestar. Sin embargo existe riesgo potencial de quemaduras y de crecimiento de microorganismos en los vaporizadores</p>	<p>Singh, M. (2006). En los resultados de un meta-análisis sobre el uso del vapor de agua caliente en pacientes con resfriado común o voluntarios con inducción experimenta al resfriado común no son concluyentes en relación a la mejoría de los síntomas.</p>

---

Recomendación: Informar a los padres de los pacientes que deben acudir a una nueva valoración médica cuando:

La fiebre persista durante más de 3 días.

Empeoren los síntomas o aparezcan nuevos después de 3 a 5 días de evolución.

No presenta mejoría después de 7 a 10 días.

### Enfermedad Diarreica Aguda (EDA)

Causa importante de mortalidad y morbilidad infantil en países en vías de desarrollo, es un problema mundial que afecta principalmente a los niños menores de 5 años de edad. Las estimaciones recientes indican que en los países en desarrollo cada niño menor de 5 años experimentará de dos a tres episodios de diarrea por año (World Health Organization. The treatment of diarrhoea: a manual for physicians and other senior health workers, 2005).

Los agentes infecciosos más ampliamente difundidos en el mundo son los virus (principalmente rotavirus) que causan del 70 al 80% de las diarreas infecciosas; las bacterias ocupan entre el 15% de los casos y los parásitos ocupan el 5% (Ley General de Salud. Últimas reformas publicadas DOF 14-07-2008)

De acuerdo a la definición que proporciona la guía de práctica clínica: Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Diarrea Aguda en Niños de Dos Meses a Cinco Años en el Primero y Segundo Nivel de Atención.

La enfermedad diarreica aguda es también conocida como diarrea, enfermedad diarreica, síndrome diarreico o gastroenteritis aguda es una alteración en el movimiento característico del intestino con un incremento en el contenido de agua, volumen o frecuencia de las evacuaciones. Una disminución de la consistencia líquida o blanda y un incremento de la frecuencia de los movimientos intestinales mayor o igual a tres evacuaciones en un día.

La diarrea infecciosa es debida a una etiología viral, bacteriana y parasitaria; se asocia frecuentemente con síntomas de náuseas, vómito y cólico abdominal. La diarrea aguda es un episodio de diarrea igual o menor a 14 días de evolución.

Entre los factores predisponentes más frecuentes está la manipulación inadecuada y contaminación de los alimentos, condiciones higiénico-sanitarias deficientes, cambios estacionales, uso de medicamentos, intoxicaciones alimentarias y agentes infecciosas.

Objetivo:

La madre adolescente identificará por medio de un rotafolio, los criterios de prevención, diagnóstico y tratamiento de la diarrea aguda.

Ejemplificar a la madre adolescente el uso de la hidratación oral para prevenir la deshidratación en la diarrea aguda.

Alcance:

---

Modificar favorablemente los conocimientos, actitudes y prácticas fomentando el autocuidado y conservación de la salud.

---

Procedimientos	
Acción	Fundamento Científico
Lavado frecuente de manos con agua y jabón	El lavado de manos con jabón puede reducir el riesgo de enfermedad diarreica hasta un 47%, e intervenciones que promuevan el lavado de manos pueden salvar millones de vidas.
<p>Dar a conocer la definición de EDA y fomentar a la madre adolescente que debe llevar al menor a consulta si la diarrea no disminuye o antes si muestra alguno de los siguientes signos de alarma:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Sed intensa.</li> <li>-Poca ingesta de líquidos y alimentos.</li> <li>-Evacuaciones líquidas numerosas (más de tres por hora) y abundantes.</li> <li>-Persistencia de la fiebre por más de tres días.</li> <li>-Vómitos frecuentes (más de tres por hora).</li> <li>-Sangre en las evacuaciones.</li> </ul>	<p>La capacitación correcta de la madre en la identificación temprana de los signos de alarma contribuye a disminuir la mortalidad en menores de cinco años.</p>

Procedimientos	
Acción	Fundamento científico
<p>Los signos de deshidratación también deben de ser reconocidos correctamente por el responsable del menor, identificándolos como signos que implican gravedad extrema.</p> <p>Signos de Deshidratación.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Ojos hundidos.</li> <li>-Llanto sin lágrimas.</li> </ul> <p>Elasticidad de la piel reducida (signo del pliegue).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Boca seca o saliva filante.</li> <li>-Fontanela hundida.</li> <li>-Orina concentrada o escasa.</li> </ul>	<p>El riesgo de deshidratación en niños está relacionado con la edad, lactantes más vulnerables debido a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Una mayor superficie corporal resultando en un incremento de las pérdidas insensibles.</li> <li>-A que se alimentan principalmente con leche, lo que representa una gran carga osmótica que puede promover diarrea osmótica y la gran carga proteica que favorece una mayor cantidad de solutos a nivel renal.</li> <li>-A que tienen una tendencia inherente a vómitos y diarrea más graves comparados con niños mayores y con los adultos.</li> </ul> <p>-Una Solución de Rehidratación Oral (SRO) conteniendo 60mmol/l de sodio, glucosa 90mmol/l, potasio 20mmol/l y citrato 10mmol/l, con una baja osmolaridad de 240mmol/l, es segura y efectiva para la prevención y el tratamiento de la deshidratación en niños con diarrea aguda. Se recomienda: Rehidratación oral como tratamiento estándar para niños con leve a moderada deshidratación secundaria a gastroenteritis. Utilizar solución de rehidratación oral por ser más efectiva que el agua, jugo de fruta diluido, bebidas diluidas en rehidratación de niños con diarrea.</p>

---




 Procedimientos
 

---

Acción	Fundamento científico
Capacitar a las madres adolescentes sobre terapia de hidratación oral (THO) Vida suero oral más efectivo para prevenir la deshidratación por diarrea.	La terapia de hidratación oral (THO) consiste en la administración de líquidos por vía oral para prevenir o tratar la deshidratación causada por diarrea; incluye el uso de agua con sales de
Dar a conocer las ventajas de la terapia de hidratación oral: -Tratamiento sencillo y fisiológico. -Económica. -Mejor aceptación. -Rápida recuperación del estado hídrico. -Mejor tolerancia a la alimentación. -Mayor seguridad que la vía intravenosa.	rehidratación o de soluciones caseras.  Los signos más útiles para deshidratación > 5% son: -Tiempo de llenado capilar prolongado. -Signo de lienzo húmedo. -Patrón respiratorio anormal.
Capacitar a la madre adolescente para: -Reconocer los signos de alarma por enfermedades diarreicas y solicitar la consulta ante la presencia de éstos. -Utilizar el VSO como un medicamento efectivo y seguro para evitar o tratar la deshidratación. -Reconocer a la lactancia materna, la ablactación correcta, la aplicación de las todas las vacunas, especialmente rotavirus, como medidas efectivas para evitar la frecuencia y gravedad de las diarreas.	Se recomienda aplicar la vacuna contra rotavirus, dos dosis, a los dos y cuatro meses de edad. Es recomendable en los niños con diarrea aguda continuar: -Alimentación con leche materna o la leche habitual. -Ingesta suficiente de líquidos. -Suero vida oral como suplemento de líquidos en aquellos niños con riesgo aumentado de deshidratación: Lactantes. Diarrea acuosa

---

Procedimientos	
Acción	Fundamento científico
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Motivar a la madre adolescente a continuar la alimentación</li> <li>-Favorece una mejor evolución clínica al mejorar la función gastrointestinal.</li> <li>-Favorece la recuperación de la mucosa intestinal.</li> <li>-Disminuye el riesgo de atrofia de vellosidades intestinales.</li> <li>-Disminuye la permeabilidad intestinal secundaria a la infección.</li> <li>-No empeora ni prolonga la diarrea.</li> <li>-No aumenta los vómitos.</li> <li>-No aumenta la posibilidad de desarrollar intolerancia a la lactosa.</li> </ul>	<p>En los cuadros de diarrea aguda la afectación no es uniforme a través de todo el intestino delgado, se conserva una función residual suficiente para tolerar la alimentación oral; incluso cuando existen lesiones inflamatorias la alimentación adecuada para la edad es bien tolerada.</p>
<p><b>Lactantes menores de 6 meses de edad</b></p> <p>Ofrecer frecuentemente el seno materno</p> <p>Se debe dar Vida Suero Oral si no acepta el seno materno</p>	<p>El seno materno cubre las necesidades hídricas y energéticas en caso de diarrea. El niño deshidratado que se encuentre en tratamiento con plan B deberá continuar siendo amamantado durante el periodo de hidratación.</p> <p>En caso de alimentarse con leche, se debe ofrecer en la misma cantidad y jamás debe ser diluida.</p>
Acción	Fundamento científico
<p><b>Manejo de líquidos durante la diarrea</b></p> <p>Para hidratar adecuadamente al menor con diarrea es indispensable utilizar líquidos y sales seguras y efectivas.</p>	<p>La solución de hidratación oral, conocida (VSO), es la recomendada para estos casos.</p> <p>Los elementos que contiene se encuentran en la cantidad óptima para que el organismo los aproveche de la mejor manera posible sin ocasionar otras complicaciones.</p>

Infecciones Respiratorias Agudas ( IRAS ) / Enfermedad Diarreica Aguda (EDA)	
Este recurso permitirá a la madre adolescente: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Satisfacer las necesidades de información y conocimiento.</li> </ul>	
Lo utilizo para apoyar las competencias de:	Actividades a realizar
<p><i>“Resolver problemas de manera autónoma.”</i></p> <p><i>- “Manejar técnicas eficientemente”.</i></p>	<p><b>Antes:</b></p> <p> Facilitador (Dirigiéndose a las madres adolescentes)</p> <p>Pedir que pongan atención al tema que a continuación se tratará.</p> <div style="border: 2px solid red; border-radius: 15px; padding: 10px;">  <p>- Como nueva mami, sabemos que tienes muchas preguntas sobre este rol ; una de las mas frecuentes es como identificar cuando tu bebé este enfermo/a y asi llevarlo a consulta medica.</p> <p>En este apartado te informaremos sobre los principales signos y sintomas de las infecciones respiratorias agudas y enfermedad diarreica aguda , es importante estar alerta ante la aparacion de cualquiera de ellos.</p> <p>- ¡¡Tranquilas!! Ser madre no es una tarea fácil porque no viene con un manual debajo del brazo; pero estamos aqui para que tu extrenes tus dudas y preguntas.</p> </div> <p><b>Durante</b></p> <p> Facilitador Iniciar con la definición de (IRAS) y (EDAS), al término mostrar el rotafolio con los principales signos y síntomas de las enfermedades, con base a la sección de procedimientos de la guía.</p>



- Ya te diste cuenta que la mejor manera de tratar la deshidratación por EDA es con el Vida Suero Oral (VSO), aprenderemos a prepararlo es muy fácil, es gratuito y salva muchas vidas ¡¡¡animense!!!

- Les pedimos que presten atención en la preparación del VSO para que al final pasen a mostrarnos la técnica.

**Después**

 Facilitador

Pedir a una de las madres adolescentes repitan los pasos del procedimiento de preparación del vida suero oral.

## Toma de temperatura

La temperatura corporal es una de las constantes vitales, que con mayor frecuencia se altera y da a conocer que el organismo, está siendo atacado por algún microorganismo. La temperatura corporal tiene rangos de medición en las cuales las de los bebés son distintas a la de los adultos; para un recién nacido las cifras normales son de 36° C a 37°C.

La Asociación Estadounidense de Pediatría (APP, 2014), recomienda que las madres primerizas deben tomar la temperatura de sus bebés con termómetros digitales, dado que el termómetro de mercurio es más peligroso, pues se puede romper y dañar al bebé.

### Objetivo:

La madre adolescente aprenderá a detectar si la temperatura de su bebé está dentro de sus rangos normales, además de aprender a tomar la temperatura.

### Alcances:

---

Colaborar con el aprendizaje de la madre, para que sea capaz de detectar y actuar cuando la temperatura de su bebé se vea alterada.

---

### Materiales:

---



Termómetro Digital


Torundas alcoholadas

---

## Procedimiento

Acción	Fundamento científico
1. Lavado de manos	Evita la ingestión de microorganismos patógenos al recién nacido
2. Recostar al bebé en una superficie plana	
3. Descubrir al bebé poco a poco, de la cintura para arriba	Agusto,M., 2014. Refiere que la toma de temperatura
4. Prender el termómetro digital, esperar a que este emita un sonido el cual nos indique que está listo para la toma.	se debe realizar lo más cómodamente posible a para que sea más exacta. Además de que se puede jugar con el bebé y permita detectar alguna anomalía.
5. Colocar el termómetro en la axila, debe de estar en total contacto con la piel y sujetar suavemente el brazo del bebé para que sea efectiva la toma.	
6. Esperar a que el termómetro emita un sonido, el cual indicara que ya se concluyó la toma.	
7. Quita el termómetro, observa la cifra y límpialo. Por último se debe de volver a vestir al bebé	

Toma de Temperatura	
<p>Este recurso permitirá a la madre adolescente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Detectar cuando el bebé presente fiebre.</li> <li>• Aprender el uso de los termómetros digitales, además de aprender la técnica para la toma de temperatura.</li> </ul>	
<p>Lo utilizo para apoyar las competencias de:</p>	<p>Actividades a realizar</p>
<p><i>“Adquirir nuevos conocimientos” manera autónoma.”</i></p> <p><i>“Aprender toma de temperatura “</i></p>	<p><b>Antes</b></p> <p> Facilitador</p> <p>(Dirigiéndose a las madres adolescentes)</p> <div data-bbox="451 1192 1425 1661" style="border: 2px solid red; border-radius: 15px; padding: 10px;"> <div data-bbox="500 1245 695 1612" style="border: 1px solid red; border-radius: 10px; display: inline-block; text-align: center;">  </div> <div data-bbox="711 1325 1409 1535" style="margin-left: 20px;"> <p>- Como toda nueva etapa, el papel de mami, implica responsabilidades; una de ellas es estar al pendiente de la salud de tu bebé, por ello es que te vamos a enseñar como tomar la temperatura a tu bebé.</p> <p>-Procedimiento que les ayudará a detectar problemas de salud en su bebé.</p> </div> </div>

 Facilitador

Preguntar a las madres que saben de la temperatura, si saben la técnica para la toma de la misma, etc.



-Por favor pon mucha tencion en la demostracion de la toma de temperatura en tu bebé.

 Facilitador**Después**

Pedir a las madres adolescentes que repitan los pasos de la toma de temperatura, además de corregir errores (esta etapa se llevará a cabo con los bebés).



- Si detectas que la temperatura de tu bebé esta alterada debes permanecer tranquila y llevalo al medico para que lo revise.

## Prevención de accidentes

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define un accidente como un acontecimiento fortuito, generalmente desgraciado o dañino, independientemente de la voluntad humana, provocada por una fuerza externa que actúa rápidamente y se manifiesta por la aparición de lesiones orgánicas o trastornos mentales.

La prevención de los accidentes es un tarea fundamentalmente educativa y formativa, que permite proponer y obtener los cambios de conductas en las personas, anticipar e identificar las situaciones o acciones de riesgo, reconocer los ambientes peligrosos, procurando la protección de niños que por su edad o condición, no sean capaces de reconocer los riesgos para su salud e integridad.

En este contexto, los profesionales de la salud, adquieren un rol principal en la tarea preventiva, en cuanto a considerar como significativa, su opinión técnica y el consejo educativo y normativo que logren difundir.

En los accidentes se destacan 3 elementos básicos: sujeto susceptible, medioambiente físico y humano favorable y agentes que lo provocan. Las estadísticas también demuestran que es en casa donde niños y niñas de hasta 4 años de edad, sufren los accidentes en mayor medida.

Muchas lesiones sufridas por niños muy pequeños se deben a que padres y otros mayores a su cargo desconocen las características propias de estas edades. Es fundamental conocer y comprender los comportamientos de los pequeños para poder anticipar y prevenir los riesgos de accidentes, además de educarlos con ese fin desde temprano.

**Objetivo:**

La madre adolescente identificará por medio de una presentación de power point, la manera de prevenir accidentes en el cuidado de su bebé.

**Alcance:**


---

Contribuir de manera significativa con el conocimiento de la madre adolescente sobre la prevención de accidentes en su nuevo papel de cuidadora principal.

---

**Procedimientos**

Acción	Fundamento Científico
<p>Motivar a la madre adolescente a externar sus conocimientos previos sobre prevención de accidentes en bebés.</p>	
<p>Dar a conocer la definición de accidente según la OMS.</p>	
<p>Durante los primeros meses y años, la seguridad del bebé depende en gran parte de los padres y las personas adultas cercanas, ya que su entorno más habitual es el hogar.</p>	<p>Hernández Sánchez M, García Roche RG, Pérez Sosa D, Ramos Molina D (2001). Mencionan que los peligros del ambiente ya amenazan al niño desde la época de su vida, antes de los 3 meses solo está dotado de reflejos incondicionados, respira, succiona y no alza la cabeza, por lo que está amenazado por las obstrucciones de las vías aéreas ya sea asfixia, aspiraciones bronquiales causadas por mala técnica en la administración de alimentos o aspiraciones de vómitos, cuando se acuesta en decúbito supino, después de la ingestión de los alimentos.</p>

## Procedimientos

Acción	Fundamento científico
<p>Con el recién nacido en el hogar es importante asegurarse de que la casa sea un lugar seguro para el bebé.</p> <p>- Por ejemplo hay que asegurarse de que no haya en la casa ningún objeto y/ o acción que pueda representar un peligro para el bebé.</p> <p>-Para evitar lesiones en el cerebro: NUNCA zarandés o sacudas al bebé recién nacido, ya que los músculos de su cuello son muy débiles y no tienen la capacidad de sostener su cabecita y al sacudirlo puedes afectar su cerebro y retrasar su desarrollo normal.</p> <p>SIEMPRE coloca al bebé en un asiento de seguridad para carro, cuando viajes con él en el auto. El sitio más seguro para colocar la sillita de seguridad es el asiento de atrás y dicha sillita debe ir mirando hacia atrás y deben utilizarla hasta los dos años o hasta que alcance el peso (15 a 18 kg) o la altura más alta permitida por el fabricante de la sillita.</p>	<hr/> <p>Rufo Campos, M. (2006), describe que el síndrome del niño sacudido o zarandeado, conocido como <i>shaken baby syndrome</i>, es una forma de maltrato físico infantil, incluye traumatismo intracraneal que conlleva un conjunto de alteraciones clínicas y patológicas. Normalmente, el daño cerebral que se produce conduce a un deterioro mental de intensidad variable. A pesar del escaso conocimiento que se tiene, puede afirmarse que es la causa más frecuente de traumatismos craneoencefálicos en el lactante. La frecuencia real del síndrome en la mayoría de los países occidentales es imprecisa, se piensa que la tasa anual de incidencia se encuentra entre 11 y 24 casos por cada 100.000 niños por debajo del año de edad.</p>

## Procedimientos

Acción	Fundamento científico
<p>Para prevenir el síndrome de muerte súbita: Se recomienda que SIEMPRE se acueste al bebé boca arriba, con los brazos fuera de las sábanas y cobijas, se deben evitar superficies blandas, juguetes, almohadas, edredones u otros objetos dentro de la cuna.</p> <p>-Dormir de espaldas permite a que la boca y la nariz no tengan obstrucción y de esa manera los bebés pueden respirar aire fresco y puro y no se calienten demasiado. Es probable que acostar al bebé de espaldas se reduce el riesgo de SMSI.</p> <p>-Recordar a las madres adolescentes y a sus acompañantes que los bebés SIEMPRE deben ser acostados de espaldas, tanto para una siesta o para dormir durante la noche.</p> <p>- Acostar a los bebés de costado no es tan seguro como acostarlos de espaldas porque es más probable que los niños se den vuelta y acaben durmiendo boca abajo.</p>	<p>La Academia Americana de Pediatría (AAP) y la campaña “Boca Arriba Para Dormir” recomiendan acostar a los bebés menores de un año de edad de espaldas para dormir para reducir el riesgo del Síndrome de Muerte Súbita Infantil (SMSI). (También conocido como “síndrome de muerte súbita del lactante” o "muerte en la cuna" o "muerte de cuna"), (Noviembre 2010).</p> <p>-IMPORTANTE: El riesgo de que un bebé muera por SMSI es mucho mayor cuando está acostumbrado a dormir solamente de espaldas (Boca arriba) y lo acuestan por primera vez boca abajo.</p>

## Conclusión

Las guías de procedimientos para los facilitadores, son una herramienta muy útil pues ayudan a tener un mayor control de las intervenciones, además de garantizar al investigador que la intervención se está realizando de manera correcta, dado que cada uno de los procedimientos elaborados tienen fundamento científico y rigurosidad metodológica. Forman parte importante en la réplica del estudio.

### CUADERNILLO INFORMATIVO

ALFONSO SANFELICIANO, PEDIATRA GENERAL Y LINDERO-GUIBILA, 2015

## DIRECTORIO

MTRD. JOSÉ ALFONSO ESPARZA ORTIZ  
**DIRECTOR**

MCE. MARÍA DE LA LUZ BONILLA LUIS  
**DIRECTORA**

MCE. ERIBA PÉREZ NORBEGA  
**SECRETARIA ACADÉMICA**

MCE. MARCELA FLORES MERLO  
**SECRETARIA ADMINISTRATIVA**

MCE. GRACIELA ARRUIJAMORALES  
**SECRETARIA DE INVESTIGACION Y ESTUDIOS DE POSGRADO**

MCE. BRENDA RESENDI MALDONADO  
**COORDINADORA DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS DE POSGRADO**

## PROCEDIMIENTO

**¿Qué es un paño húmedo?**  
Es una tela suave y limpia que se utiliza para limpiar y refrescar al bebé. Puede ser de algodón o de tela sintética. Es importante que sea suave y libre de químicos. Siempre debe estar limpio y seco.

**Tipos:**  
- Paño de algodón  
- Paño sintético

**¿Qué es un paño húmedo?**  
Es una tela suave y limpia que se utiliza para limpiar y refrescar al bebé. Puede ser de algodón o de tela sintética. Es importante que sea suave y libre de químicos. Siempre debe estar limpio y seco.

**MATERIALES**

- 1.- Un recipiente de agua y tibia entre 30° y 37° grados centígrados.
- 2.- Jabón y paño húmedo con la especie adecuada y con el paño húmedo limpio.
- 3.- Jabón neutro, suave sin aromáticas y sin alcohol (para o líquido) que pueda utilizar durante 20 días después de haber abierto el paquete.
- 4.- Una toalla limpia con goma para cubrir al bebé.
- 5.- Paño y agua tibia.
- 6.- Crema tipo a base de agua y capto de crema suave (opcional para bebé).

## PROCEDIMIENTO

## PROCEDIMIENTO

## PROCEDIMIENTO

## PROCEDIMIENTO

**EXISTEN DOS OPCIONES**

**A.-** Desmenuzar al bebé por el vientro el barrido completo y a la vez con una esponja suave para limpiar, suavizar y refrescar.

**B.-** Si por el contrario la higiene completa y a la vez con una esponja suave para limpiar, suavizar y refrescar.

**Tipos:**  
- Paño de algodón  
- Paño sintético

**El momento del baño oportuno es cuando el bebé está tranquilo y no tiene hambre. El momento ideal es cuando el bebé está tranquilo y no tiene hambre. El momento ideal es cuando el bebé está tranquilo y no tiene hambre.**

**Una recomendación:**  
- Evitar el uso de jabón con perfume o colorante.

**Colocar el paño y agua tibia.**

**Se recomienda que el bebé esté limpio y seco antes de ponerle el paño húmedo. Se recomienda que el bebé esté limpio y seco antes de ponerle el paño húmedo.**

**Se recomienda que el bebé esté limpio y seco antes de ponerle el paño húmedo. Se recomienda que el bebé esté limpio y seco antes de ponerle el paño húmedo.**

## PROCEDIMIENTO

## BAÑO DEL RECIEN NACIDO

## ÍNDICE

## BENEMERITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUERTO RICO

FACULTAD DE ENFERMERIA

**El baño se realizará en una habitación con luz tenue y ambiente cálido, antes de comenzar con el baño.**

**Colocar al bebé sobre una superficie suave y firme, posición con la cabeza o cara volteada y manos en la altura de los hombros.**

**Se recomienda que el bebé esté limpio y seco antes de ponerle el paño húmedo. Se recomienda que el bebé esté limpio y seco antes de ponerle el paño húmedo.**

**Se recomienda que el bebé esté limpio y seco antes de ponerle el paño húmedo. Se recomienda que el bebé esté limpio y seco antes de ponerle el paño húmedo.**

## PROCEDIMIENTO

## PROCEDIMIENTO

## CAMBIO DE PAÑAL Y PREVENCIÓN DE ROSADURAS

## PROCEDIMIENTO

**Se recomienda que el bebé esté limpio y seco antes de ponerle el paño húmedo. Se recomienda que el bebé esté limpio y seco antes de ponerle el paño húmedo.**

**Se recomienda que el bebé esté limpio y seco antes de ponerle el paño húmedo. Se recomienda que el bebé esté limpio y seco antes de ponerle el paño húmedo.**

**Se recomienda que el bebé esté limpio y seco antes de ponerle el paño húmedo. Se recomienda que el bebé esté limpio y seco antes de ponerle el paño húmedo.**



ACTIVIDADES DE MOTOR FINO (0-3 MESES)	ACTIVIDADES PARA PABA BRAZOS Y PIERNAS (0-3 MESES)	ACTIVIDADES PARA LEVANTAR Y SOSTENER LA CABEZA (0-3 MESES)	PROCEDIMIENTO
<p>4. Con una pluma rasca suavemente los pies.</p> <p>5. Con los pulgares rasca la parte del dorso de la cabeza.</p> <p>6. Ahora de igual forma con los pulgares rasca el abdomen al niño.</p>	<p>4. Ya que extendió sus brazos abraza cruzados otra vez su pecho.</p> <p>5. Toma sus piernas desde arriba de las piernas y abraza la otra parte la trocenas del lado contrario.</p> <p>6. Sosten de forma firme a tu bebé y mézclalo de un lado a otro en la superficie.</p> <p>7. Toma pedicura de sus uñitas y sostenlo de forma delicada.</p>	<p>3. Coloca al bebé boca abajo y mézclalo su espalda, siempre del lado hacia abajo nunca de forma contraria.</p> <p>4. Carga a tu bebé de forma vertical y ayúdale a sostener su cabeza, ayúdalo de bajar su abdomen con arcos de color llamativos.</p>	<p><b>¿CÓMO ES LA ESTIMULACIÓN TEMPRANA?</b></p> <p>Conjunto de ejercicios que ayudan a fortalecer al cuerpo y desarrollar la motricidad y la inteligencia del bebé.</p> <p>Trabaja estas actividades a su propio ritmo. Aléjalo, róchalo, úmbralo, tóchalo y dale lo mucho que lo quieras, así contribuirá a su desarrollo físico y a su estado de salud.</p>

CUIDADOS PARA EL BEBÉ	INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA (IRA)	SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA (IRA) Y ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA (EDA)
<p><b>INFECCIÓN DIARREICA AGUDA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-SEDIENTE</li> <li>-FACIL INGESTA DE LÍQUIDOS</li> <li>-EVOLUCIONES LIGERAS</li> <li>-FROTAMIENTO DE LA FIEBRE POR MÁS DE TRES DÍAS</li> <li>-VÓMITOS FRECUENTES (MÁS DE TRES POR HORA)</li> <li>-SANGRE EN LAS EVACUACIONES</li> </ul>	<p><b>INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA (IRA)</b></p> <p>Conjunto de enfermedades transmisibles del aparato respiratorio, causadas por diferentes microorganismos como virus y bacterias. Se trata un síndrome respiratorio que puede durar entre 10 días y con la presencia de uno o más síntomas siguientes:</p> <p>En México es la primera causa de enfermedades en niños menores de 5 años.</p>	<p><b>PROCEDIMIENTO</b></p> <p>1. Coloca a tu bebé en una superficie plana y firme contra o cerca, con los brazos extendidos hacia adelante, para asegurar que al levantar su cabeza.</p> <p>2. Requita a tu bebé boca arriba y sostenlo de los brazos de forma firme y levántalo poco a poco, así lo ayudas a levantar y sostener su cabeza.</p>

ESTIMULACIÓN TEMPRANA	PROCEDIMIENTO	ACTIVIDADES PARA PABA BRAZOS Y PIERNAS (0-3 MESES)	ACTIVIDADES DE MOTOR FINO (0-3 MESES)
<p><b>PROCEDIMIENTO</b></p> <p>Desarrollar la estimulación temprana con tu bebé por lo menos 3 veces por semana.</p> <p>Con el paso del tiempo la estimulación cambia, pero no te preocupes, poco a poco lo aprenderá.</p> <p>Todos los días debes cambiar a tu bebé y en un momento que te desdices.</p> <p>Es importante que cada uno de los ejercicios los repitas 3 veces.</p>	<p><b>PROCEDIMIENTO</b></p> <p>1. Coloca a tu bebé en una superficie plana y firme contra o cerca, con los brazos extendidos hacia adelante, para asegurar que al levantar su cabeza.</p> <p>2. Requita a tu bebé boca arriba y sostenlo de los brazos de forma firme y levántalo poco a poco, así lo ayudas a levantar y sostener su cabeza.</p>	<p>1. Requita a tu bebé, toma los brazos y de forma delicada dábales y sostenlos justo a su cuerpo.</p> <p>2. En un movimiento rápido sobre todo a poco así levántalo a altura de su cabeza.</p> <p>3. Ahora coloca sus brazos extendidos a altura de sus hombros.</p>	<p>1. Toma la mano del bebé e intenta sostener su mano delicadamente.</p> <p>2. Una vez que el bebé tenga abierta su mano, agarra sus dedos dando un ligero jalón.</p> <p>3. Con una tela de algodón suave, rasca delicadamente los dedos. Juega la mano, extendiendo sus dedos.</p> <p>4. Ayúdale a que comience a separar los dedos para los tentáculos de la comida que no se galeen.</p>

PROCEDIMIENTO	PROCEDIMIENTO	SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA	INFECCIÓN DIARREICA AGUDA (EDA)
<p><b>PROCEDIMIENTO</b></p> <p>Desarrollar la estimulación temprana con tu bebé por lo menos 3 veces por semana.</p> <p>Con el paso del tiempo la estimulación cambia, pero no te preocupes, poco a poco lo aprenderá.</p> <p>Todos los días debes cambiar a tu bebé y en un momento que te desdices.</p> <p>Es importante que cada uno de los ejercicios los repitas 3 veces.</p>	<p><b>PROCEDIMIENTO</b></p> <p>1. Coloca a tu bebé en una superficie plana y firme contra o cerca, con los brazos extendidos hacia adelante, para asegurar que al levantar su cabeza.</p> <p>2. Requita a tu bebé boca arriba y sostenlo de los brazos de forma firme y levántalo poco a poco, así lo ayudas a levantar y sostener su cabeza.</p>	<p><b>SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-SE LE HUNDEN LAS COSTILLAS AL RESPIRAR</li> <li>-SE LE OYEN BUJIDOS AL RESPIRAR O LESIONA EL PECHO</li> <li>-NO PUEDE TOMAR DEL SEÑO MATERNO</li> <li>-VOMITA TODO LO QUE INGERE</li> <li>-EMPEORA O NO SE VE BIEN</li> <li>-TIENE FIEBRE QUE NO CEDE CON MEDICACIÓN</li> <li>-IRRITABILIDAD</li> <li>-DECAIMIENTO O SOMNOLENCIA</li> <li>-AUMENTO DE LA RESPIRACIÓN O RESPIRACIÓN RUIDOSA</li> </ul>	<p><b>INFECCIÓN DIARREICA AGUDA (EDA)</b></p> <p>Es una alteración en el movimiento característico del intestino con un incremento en el contenido de agua, volumen e ingesta mayor o igual a sus características propias.</p> <p>Causado por virus o bacterias, es un episodio igual o menor a 14 días de evolución.</p>

### SIGNOS DE DESHIDRATACIÓN

- OJOS HUNDIDOS
- LLANTO SIN LÁGRIMAS
- SECUREZ DE LA BOCAL DEL BEBÉ O LA GONFLADURA DEL PUEGUE
- BOCA SECA
- FONTANELA (MOLINERA) HUNDIDA
- ORINA CONCENTRADA O OSCURA

### TOMA DE TEMPERATURA EN EL RECIÉN NACIDO

1. Si detectas que tu bebé está muy caliente en su normal o a poca fiebre, es primero de verificar si no está preocupado sobre.
2. Es importante que tengas un termómetro clínico para verificar la temperatura de tu bebé. Evita usar el termómetro.

### PROCEDIMIENTO

Si tu bebé presenta una temperatura de 37.0°C a 37.5°C, comienza por observar los signos de alarma, puedes darle un baño de agua tibia, pero evita apretar la piel de tu bebé para bajarlo.

Si la temperatura corporal sigue a 38.0°C, llámalo a consultarnos para que lo veamos y detectamos algún proceso infeccioso para que sea tratado con medicamentos.

¡Precaución! Que nadie se acerque a tu bebé porque su cuerpo es muy sensible al frío y al calor. Además, la lactancia materna protege al bebé, así como el ambiente de la casa y el clima.

---

### PROCEDIMIENTO

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define un síndrome como un conjunto de síntomas, generalmente difusos, independientemente de la etiología biológica asociada pero que se asocian con otros síntomas y se insertan por la aparición de síntomas orgánicos.

### PROCEDIMIENTO

Después de palpamos manos y pies, la temperatura de la frente después de un par de minutos (manos, pies y frente) es la que nos muestra más fiabilidad en el hogar.

### PROCEDIMIENTO

El 90% de los niños de 0 a 2 años con un síndrome de inmunidad adquirida para tener, cuando se llega con el uso de antibióticos.

El diagnóstico se realiza por el médico de cabecera y se debe utilizar tanto los datos de la historia clínica como los datos de laboratorio.

### RECUERDA QUE:

**¡Acústale boca arriba!**  
Mantén su cabeza y brazos extendidos.

**¡Acústale boca arriba!**  
No use almohada.

Evita las corrientes de aire.

Evita que nadie se acerque a tu bebé.

Evita que nadie se acerque a tu bebé.

Evita que nadie se acerque a tu bebé.

### PREVENCIÓN DE ACCIDENTES

### TOMA DE TEMPERATURA

3. Coloca el termómetro en el área ciliar de tu bebé y respira, teme hasta que el termómetro suene.
4. Verifica el resultado y consulta los síntomas recomendados.

### PROCEDIMIENTO

Antes de empezar de recibir tener reducida una muestra de 0.5 a 1 ml, pero que con un termómetro todo lo que necesites para el diagnóstico, es una muestra de 0.5 ml de sangre.

Siempre que no siempre que tu bebé presenta fiebre, primero debes que antes de tomarlo, se lo confirma en un momento que se toma la temperatura.

Siempre que no siempre que tu bebé presenta fiebre, primero debes que antes de tomarlo, se lo confirma en un momento que se toma la temperatura.

---

### PROCEDIMIENTO

Antes que se acerque alguien de los cuidadores que pueda tocarlo o tocarlo directamente.

La lactancia materna es el mejor alimento para el bebé, debe darle en el momento adecuado. Antes de darle el pecho, asegúrate de que el bebé esté limpio y seco, especialmente en el momento de darle el pecho.

Por último, es importante que recuerdes que el bebé debe estar limpio y seco, especialmente en el momento de darle el pecho.

### RECUERDA QUE:

Para preparar el almuerzo de nuestro bebé, se recomienda que el agua que se use sea hervida o embotellada.

Evita que nadie se acerque a tu bebé.

### PROCEDIMIENTO

**¿Cómo debo preparar el vaso de leche?**

1. Lavado de manos con agua y jabón.
2. Verificar que el agua esté hirviendo.
3. Agregar leche al agua hirviendo.

**¿Cómo debo darle el vaso de leche a mi bebé?**

Si el bebé tiene problemas de alimentación, se debe dar el vaso de leche con un biberón.

**RECUERDA:** Evita que nadie se acerque a tu bebé.

**¿Cuándo debo darle el vaso de leche a mi bebé?**

Después de cada comida, especialmente si el bebé está comiendo sólidos.

### PROCEDIMIENTO

Antes que se acerque alguien de los cuidadores que pueda tocarlo o tocarlo directamente.

La lactancia materna es el mejor alimento para el bebé, debe darle en el momento adecuado. Antes de darle el pecho, asegúrate de que el bebé esté limpio y seco, especialmente en el momento de darle el pecho.

Por último, es importante que recuerdes que el bebé debe estar limpio y seco, especialmente en el momento de darle el pecho.

### RECUERDA QUE:

Para preparar el almuerzo de nuestro bebé, se recomienda que el agua que se use sea hervida o embotellada.

Evita que nadie se acerque a tu bebé.

### RECUERDA QUE:

Para preparar leche en el almuerzo, HAZCA ZARZAR y evite el calor más posible, es que las células de su cuerpo son muy sensibles y no tienen la capacidad de defenderse de ellos, y el azúcar puede afectar su sistema y retrasar su desarrollo normal.

---

### PROCEDIMIENTO

Antes que se acerque alguien de los cuidadores que pueda tocarlo o tocarlo directamente.

La lactancia materna es el mejor alimento para el bebé, debe darle en el momento adecuado. Antes de darle el pecho, asegúrate de que el bebé esté limpio y seco, especialmente en el momento de darle el pecho.

Por último, es importante que recuerdes que el bebé debe estar limpio y seco, especialmente en el momento de darle el pecho.

### RECUERDA QUE:

Para preparar el almuerzo de nuestro bebé, se recomienda que el agua que se use sea hervida o embotellada.

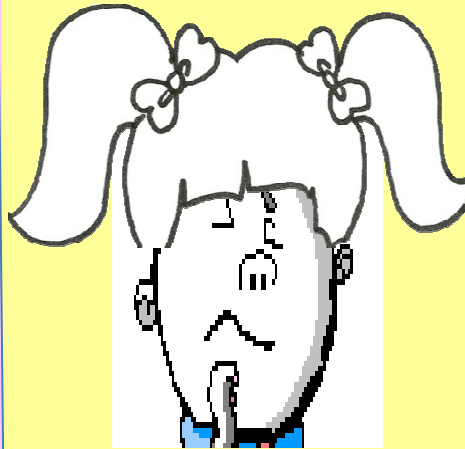
Evita que nadie se acerque a tu bebé.

### PROCEDIMIENTO

La prevención de los accidentes es un tema fundamental. Para prevenir y evitar los accidentes, es importante que recuerdes que el bebé debe estar limpio y seco, especialmente en el momento de darle el pecho.

**1**

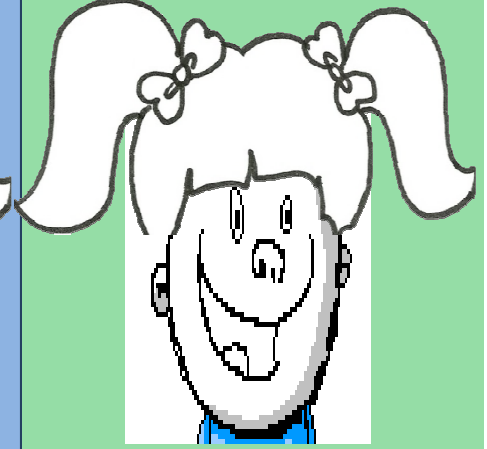
TOTALMENTE EN  
DESACUERDO

**2**

DESACUERDO

**3**

DE ACUERDO

**4**

TOTALMENTE DE  
ACUERDO

Facebook interface for the page "Tesis Adopcion Del Rol Materno".

Search bar: Tesis Adopcion Del Rol Materno

Page navigation: Tesis Inicio Buscar amigos

Page info: Tesis Adopcion Del Rol Mate... Biografia Reciente

Location: Vive en Puebla de Zaragoza

Featured photos section:

- Image 1: "¿Por qué a partir de los 6 meses?"
- Image 2: "¿Por qué a partir de los 6 meses?"
- Image 3: "¿Por qué a partir de los 6 meses?"
- Image 4: "¿Por qué a partir de los 6 meses?"
- Image 5: "¿Por qué a partir de los 6 meses?"
- Image 6: "¿Por qué a partir de los 6 meses?"
- Image 7: "¿Por qué a partir de los 6 meses?"
- Image 8: "¿Por qué a partir de los 6 meses?"
- Image 9: "¿Por qué a partir de los 6 meses?"
- Image 10: "¿Por qué a partir de los 6 meses?"
- Image 11: "¿Por qué a partir de los 6 meses?"
- Image 12: "¿Por qué a partir de los 6 meses?"
- Image 13: "¿Por qué a partir de los 6 meses?"
- Image 14: "¿Por qué a partir de los 6 meses?"
- Image 15: "¿Por qué a partir de los 6 meses?"
- Image 16: "¿Por qué a partir de los 6 meses?"
- Image 17: "¿Por qué a partir de los 6 meses?"
- Image 18: "¿Por qué a partir de los 6 meses?"
- Image 19: "¿Por qué a partir de los 6 meses?"
- Image 20: "¿Por qué a partir de los 6 meses?"
- Image 21: "¿Por qué a partir de los 6 meses?"
- Image 22: "¿Por qué a partir de los 6 meses?"
- Image 23: "¿Por qué a partir de los 6 meses?"
- Image 24: "¿Por qué a partir de los 6 meses?"
- Image 25: "¿Por qué a partir de los 6 meses?"
- Image 26: "¿Por qué a partir de los 6 meses?"
- Image 27: "¿Por qué a partir de los 6 meses?"
- Image 28: "¿Por qué a partir de los 6 meses?"
- Image 29: "¿Por qué a partir de los 6 meses?"
- Image 30: "¿Por qué a partir de los 6 meses?"
- Image 31: "¿Por qué a partir de los 6 meses?"
- Image 32: "¿Por qué a partir de los 6 meses?"
- Image 33: "¿Por qué a partir de los 6 meses?"
- Image 34: "¿Por qué a partir de los 6 meses?"
- Image 35: "¿Por qué a partir de los 6 meses?"
- Image 36: "¿Por qué a partir de los 6 meses?"
- Image 37: "¿Por qué a partir de los 6 meses?"
- Image 38: "¿Por qué a partir de los 6 meses?"
- Image 39: "¿Por qué a partir de los 6 meses?"
- Image 40: "¿Por qué a partir de los 6 meses?"
- Image 41: "¿Por qué a partir de los 6 meses?"
- Image 42: "¿Por qué a partir de los 6 meses?"
- Image 43: "¿Por qué a partir de los 6 meses?"
- Image 44: "¿Por qué a partir de los 6 meses?"
- Image 45: "¿Por qué a partir de los 6 meses?"
- Image 46: "¿Por qué a partir de los 6 meses?"
- Image 47: "¿Por qué a partir de los 6 meses?"
- Image 48: "¿Por qué a partir de los 6 meses?"
- Image 49: "¿Por qué a partir de los 6 meses?"
- Image 50: "¿Por qué a partir de los 6 meses?"
- Image 51: "¿Por qué a partir de los 6 meses?"
- Image 52: "¿Por qué a partir de los 6 meses?"
- Image 53: "¿Por qué a partir de los 6 meses?"
- Image 54: "¿Por qué a partir de los 6 meses?"
- Image 55: "¿Por qué a partir de los 6 meses?"
- Image 56: "¿Por qué a partir de los 6 meses?"
- Image 57: "¿Por qué a partir de los 6 meses?"
- Image 58: "¿Por qué a partir de los 6 meses?"
- Image 59: "¿Por qué a partir de los 6 meses?"
- Image 60: "¿Por qué a partir de los 6 meses?"
- Image 61: "¿Por qué a partir de los 6 meses?"
- Image 62: "¿Por qué a partir de los 6 meses?"
- Image 63: "¿Por qué a partir de los 6 meses?"
- Image 64: "¿Por qué a partir de los 6 meses?"
- Image 65: "¿Por qué a partir de los 6 meses?"
- Image 66: "¿Por qué a partir de los 6 meses?"
- Image 67: "¿Por qué a partir de los 6 meses?"
- Image 68: "¿Por qué a partir de los 6 meses?"
- Image 69: "¿Por qué a partir de los 6 meses?"
- Image 70: "¿Por qué a partir de los 6 meses?"
- Image 71: "¿Por qué a partir de los 6 meses?"
- Image 72: "¿Por qué a partir de los 6 meses?"
- Image 73: "¿Por qué a partir de los 6 meses?"
- Image 74: "¿Por qué a partir de los 6 meses?"
- Image 75: "¿Por qué a partir de los 6 meses?"
- Image 76: "¿Por qué a partir de los 6 meses?"
- Image 77: "¿Por qué a partir de los 6 meses?"
- Image 78: "¿Por qué a partir de los 6 meses?"
- Image 79: "¿Por qué a partir de los 6 meses?"
- Image 80: "¿Por qué a partir de los 6 meses?"
- Image 81: "¿Por qué a partir de los 6 meses?"
- Image 82: "¿Por qué a partir de los 6 meses?"
- Image 83: "¿Por qué a partir de los 6 meses?"
- Image 84: "¿Por qué a partir de los 6 meses?"
- Image 85: "¿Por qué a partir de los 6 meses?"
- Image 86: "¿Por qué a partir de los 6 meses?"
- Image 87: "¿Por qué a partir de los 6 meses?"
- Image 88: "¿Por qué a partir de los 6 meses?"
- Image 89: "¿Por qué a partir de los 6 meses?"
- Image 90: "¿Por qué a partir de los 6 meses?"
- Image 91: "¿Por qué a partir de los 6 meses?"
- Image 92: "¿Por qué a partir de los 6 meses?"
- Image 93: "¿Por qué a partir de los 6 meses?"
- Image 94: "¿Por qué a partir de los 6 meses?"
- Image 95: "¿Por qué a partir de los 6 meses?"
- Image 96: "¿Por qué a partir de los 6 meses?"
- Image 97: "¿Por qué a partir de los 6 meses?"
- Image 98: "¿Por qué a partir de los 6 meses?"
- Image 99: "¿Por qué a partir de los 6 meses?"
- Image 100: "¿Por qué a partir de los 6 meses?"

Post by Tesis Adopcion Del Rol Materno (28 de marzo):

Y entonces perdi el nombre, ahora me llamo "Mamá"

familias.com

Friends list:

- Ermoxa Irzak De Ca...
- Marisol [redacted]
- Wendylu [redacted] 6 h
- Naaieliitha F [redacted]
- Gaby [redacted] 14 min
- Jarid V [redacted] 14 h
- Nancy [redacted] 2 h
- Jazmin I [redacted] 4 h
- Griselda [redacted]
- Laura [redacted] 2 h
- Monse [redacted] 3 min
- Saray [redacted] 5 h
- Arlette d [redacted] 15 h

Search bar: Buscar

Facebook interface for the page "Tesis Adopcion Del Rol Materno".

**Page Header:** Tesis Adopcion Del Rol Materno | Inicio | Buscar amigos

**Navigation:** Tesis Adopcion Del Rol Mate... | Biografia | Reciente

**Post 1:** Nancy [redacted] O sii mi bebe también tiene eso .. Pero ya se le están quitando  
 Ya no me gusta · Responder · 1 · 28 de marzo a las 18:40

**Post 2:** Tesis Adopcion Del Rol Materno · 28 de marzo · [redacted]  
 Buenas tardes a todas !!! es un gusto saber que ya contamos con algunas de ustedes en esta página, confiamos que la información que en ella aparece sea de utilidad para ustedes.  
 Recuerden que es importante que le den un " me gusta " a la información para saber que ya la vieron y si tienen preguntas, por favor en la parte de los comentarios. Gracias  
 Hoy vamos a conocer dos temas importantes ... Ver más

**Post 3:** Tesis Adopcion Del Rol Materno · 28 de marzo · [redacted]  
 71, entonces perdi el nombre.

**Left Column:**

- Image gallery: "Agrega hasta cinco fotos que te gusten"
- Fotos:
  - ¿Por qué o partir de los 6 meses?
  - Se puede saber: ¿Porque llora tu bebé?
  - o me gustaste mi una, me dote uno nuevo?
  - LA VIDA NO VIENE CON UN MANUAL DE INSTRUCCIONES. VIENE CON UNA LINDA MUJER.
  - Milia
  - Y ahora para el mundo, ahora me llamo "Mama"
- Amigos - 19: Mitzi López, Gaby Ochoa, Johana Arano

**Right Column (Friends Online):**

- Ermoxa [redacted]
- Marisol [redacted]
- Wendylu E [redacted]
- Naaiiitha [redacted]
- Gaby [redacted] 16 min
- Jarid [redacted] 14 h
- Nancy C [redacted] 2 h
- Jazmin [redacted] 4 h
- Griselda E [redacted]
- Laura [redacted] 2 h
- Monse A [redacted] min
- Saray [redacted] 5 h
- Ariette d [redacted] 15 h

**Search Bar:** Q Buscar

← → ↻ 🏠 <https://www.facebook.com/tesis.adopciondelrolmaterno> 🔍 📌 📄 📱

Tesis Adopcion Del Rol Materno

Tesis Inicio Buscar amigos

Tesis Adopcion Del Rol Materno Biografía Reciente

Presentacion

+ Describe quién eres

📍 Vive en Puebla de Zaragoza

📷 Agregar fotos destacadas

Agrega hasta cinco fotos que te gustan

Fotos

Amigos 19


Mitzi López 10 publicaciones nuevas

Gaby Ochoa 9 publicaciones nuevas

Ariana Arano 6 publicaciones nuevas

Tesis Adopcion Del Rol Materno 25 de marzo

La MILIA son pequeñas protuberancias (como la punta de un alfiler) de color blanco o amarillento que aparecen en la piel del recién nacido frecuentemente; puede aparecer alrededor de la nariz, las mejillas, los parados, la frente o la barbilla, pero puede aparecer en cualquier otra parte del cuerpo. La MILIA rara vez está presente al nacer por lo general se desarrolla en la primera semana de vida pero también a cualquier otra edad; sin embargo, en lo bebés es muy frecuente, se dice que el 50% desarrolla MILIA, es muy común en bebés que nacen en clima cálido, debido a que esta condición de la piel de los recién nacidos se desarrolla porque el sudor se queda atrapado en los poros de la piel, probablemente relacionado con la inmadurez de sus glándulas sudoríparas. En la mayoría de los casos la MILIA desaparecerá al cabo de varias semanas sin la necesidad de usar ningún tratamiento. Así que ya saben, no hay de qué preocuparse y solo tener paciencia hasta que desaparezca.



Me gusta Comentar Compartir

Mitzi López y 8 personas más

Buscar

- Martín
- Emilia
- Wendy
- Naailletta
- Gaby
- Jani
- Nancy
- Jazmin
- Griselda
- Laura
- Monse
- Saray
- Arietta
- Mitzi López
- Jhoana
- Andrea
- Vanesa
- Esmeralda
- Jessica

Facebook profile page for "Tesis Adopcion Del Rol Materno".

Search bar: Tesis Adopcion Del Rol Materno

Navigation: Tesis Inicio Buscar amigos

Profile tabs: Tesis Adopcion Del Rol Mate... Biografia Reciente

Buttons: Agrega tus familiares al perfil

Section: Presentación
 

- + Describe quién eres
- Vive en Puebla de Zaragoza

Photo gallery:
 

- ¿Por qué o por qué de los mares?
- Y ahora que al centro ahora te llamo "Mama"
- Agregar fotos destacadas

Post 1:
 

- Author: Tesis Adopcion Del Rol Materno
- Content: agregó 2 fotos nuevas — con Wendylu Bautista y 9 personas más.
- Date: 29 de marzo
- Image 1: LA VIDA NO VIENE CON UN MANUAL DE INSTRUCCIONES, VIENE CON UNA LINDA MAMA.
- Image 2: No me quitaste mi uro, me diste uno nuevo.
- Interactions: Me gusta, Comentar, Compartir
- Comments: Jessica [redacted], Nancy [redacted] y 3 personas más

Post 2:
 

- Author: Tesis Adopcion Del Rol Materno
- Date: 28 de marzo

Right sidebar (Friends list):
 

- Mariisol [redacted]
- Ermoxa Irzak De C... 2 min
- Wendylu [redacted]
- Naaieliitha [redacted]
- Gaby [redacted]
- Jarid [redacted]
- Nancy [redacted]
- Jazmin [redacted]
- Griselda [redacted]
- Laura [redacted]
- Monse A [redacted]
- Saray [redacted]
- Ariette [redacted]

Footer: Esperando a 0-edge-chat.facebook.com...





Tesis Adopcion Del Rol Materno

Tesis Inicio Buscar amigos

Tesis Adopcion Del Rol Mate... Biografia Reciente

Agrega tus familiares al perfil

Presentación  
+ Describe quién eres  
Vive en Puebla de Zaragoza

Par que a partir de los 6 meses?

Agregar fotos destacadas

ademas de la primera etapa de estimulación les dejamos los link para el desarrollo del bebe conforme va creciendo

Mitzi López, Esmeralda Rojas y 3 personas más

Escribe un comentario...

Tesis Adopcion Del Rol Materno  
30 de marzo ·

[https://www.youtube.com/watch?v=\\_dXzgHLUd2Y](https://www.youtube.com/watch?v=_dXzgHLUd2Y)

Etapa de 7 a 9 meses - ¡Gateo!

UNICEF México y la Comisión Nacional de Protección Social en Salud presentan la serie "Creciendo y aprendiendo juntos: Desarrollo Infantil Temprano", un pano...

YOUTUBE.COM

Me gusta Comentar Compartir

Mitzi L Esmeralda y 3 personas más

Escribe un comentario...

Tesis Adopcion Del Rol Materno  
30 de marzo ·

Mariisol  
Ermoxa 2 min  
Wendylu 16 h  
Naaieliitha  
Gaby 20 min  
Jarid 14 h  
Nancy 2 h  
Jazmin 4 h  
Griselda  
Laura 2 h  
Monse 29 min  
Saray 5 h  
Ariette 15 h

Buscar

Facebook profile page for "Tesis Adopcion Del Rol Materno".

**Header:** Tesis Adopcion Del Rol Materno | Inicio | Buscar amigos

**Profile Info:** Tesis Adopcion Del Rol Mate... | Biografia | Reciente

**Left Sidebar:**

- Agrega tus familiares al perfil
- Presentación**
  - Describe quién eres
  - Vive en Puebla de Zaragoza
- Agregar fotos destacadas
  - ¿Por qué o por qué de los 6 meses?
  - Vederos más el nombre ahora me llamo Mami

**Main Feed:**

**Post 1:** Me gusta | Comentar | Compartir  
Mitz [redacted] Ermoxa [redacted] y 8 personas más  
Escribe un comentario...

**Post 2:** Tesis Adopcion Del Rol Materno | 30 de marzo  
<https://www.youtube.com/watch?v=0IAwbZoCzlk>  
Etapa de 10 a 12 meses - ¡Mis primeros pasos!  
UNICEF México y la Comisión Nacional de Protección Social en Salud presentan la serie "Creciendo y aprendiendo juntos: Desarrollo Infantil Temprano", un...  
YOUTUBE.COM  
Me gusta | Comentar | Compartir  
Mitz [redacted] y 3 personas más  
Escribe un comentario...

**Right Sidebar (Friends):**

- Marisol [redacted]
- Ermoxa [redacted] 2 min
- Wendylu [redacted] 16 h
- Naaiiilitha [redacted]
- Gaby [redacted] 20 min
- Jarid [redacted] 14 h
- Nancy [redacted] 2 h
- Jazmin [redacted] 4 h
- Griselda [redacted]
- Laura [redacted] 2 h
- Monse [redacted] 3 min
- Saray [redacted] 5 h
- Ariette [redacted] 15 h

**Search:** Buscar

Facebook interface showing a post from 'Tesis Adopcion Del Rol Materno'.

**Presentación**

Ver en tu lista de amigos

Agrega hasta cinco fotos que te gustan

**Fotos**

**Amigos** 19

**Tesis Adopcion Del Rol Materno**

1 de abril

El llanto es la principal forma que tienen los bebés de comunicar las emociones negativas y, en la mayor parte de los casos, la única manera que tiene de expresarlo", explica Mariano Cholliz, investigador en la Universidad de Valencia.

Analizando las diferencias en el patrón de llanto provocado por tres emociones características (miedo, enfado, dolor), su equipo identificó que las principales diferencias se presentan en la actividad ocular y en la dinámica del llanto.

Según los resultados, publicados en la revista Spanish Journal of Psychology, cuando están **ENFADADOS** la mayoría de los bebés mantienen los ojos **CERRADOS**, con una mirada aparentemente sin dirección o, por el contrario, fija.

En caso del **MIEDO** los ojos permanecen **ABIERTOS** casi todo el tiempo, incluso a veces tienen una mirada escrutadora y mueven la cabeza hacia atrás, y el llanto aparece de forma explosiva.

Por último, el **DOLOR** se manifiesta con los ojos **CERRADOS** casi todo el tiempo, y en los pocos momentos en los que están abiertos, la mirada es mínima y distante de la mirada. Además, cuando algo les duele existe un alto grado de tensión en la zona ocular y el ceño se encuentra fruncido.

En lo que se refiere a la dinámica del llanto, tanto los gestos como la intensidad al llorar se van incrementando gradualmente si se debe a un enfado, mientras que aparece en su máxima intensidad desde el primer momento en el caso del dolor y del miedo.

**Se puede saber:  
¿Porque llora tu bebe?**

Me gusta Comentar Compartir

Mari López, Carolina López y 7 personas más

Comentar

Mari López, Carolina López y 8 personas más

Comentar

https://www.facebook.com/photo.php?fbid=186859931705518&set=a.178701502...

Tesis Adopcion Del Rol Materno

Tesis Inicio Buscar amigos

Tesis Adopcion Del Rol Materno Biografía Reciente

Agrega tus familiares al perfil

Presentación  
Describe quiénes eres

Vive en Puebla de Zaragoza

Agregar fotos destacadas

Agrega hasta cinco fotos que te gusten

Fotos

Amigos 10

Tesis Adopcion Del Rol Materno  
4 de abril

Muy Buenos Días !!! Espero que tengan un excelente inicio de semana, disfrútenlo en compañía de sus hermosos bebés.  
El día de hoy vamos a tratar el tema de :  
¿Por qué la alimentación Complementaria debe ser a los 6 meses?  
Recuerden darle un "me gusta " para verificar que ya revisaron la informacion . Muchas Gracias

Los bebés están listos para empezar a tomar otros alimentos cuando:  
Es capaz de mantenerse sentado sin ayuda.  
Pierde el reflejo de extrusión (es una reflejo que hace que el bebé expulse con la lengua los alimentos, muchas veces este reflejo no se ha perdido por completo y los bebés tienden a "escupir" todo lo que sienten en la lengua , es importante que sepan que no es causa del alimento sino a este reflejo , puede ayudar que coloquen los alimentos en la mitad de la lengua y no hacia la punta).  
Muestra interés por la comida.  
Sabe demostrar hambre y saciedad con sus gestos. Al ver que se acerca la cuchara el bebé que tiene hambre abre la boca y mueve la cabeza hacia adelante. El que está saciado se mueve de lado. Es muy importante respetar estos signos que muestra el bebé y no obligarlo a seguir comiendo.  
A pesar que normalmente los bebés están listos para aceptar nuevos alimentos a los 6 meses, habrá algunos que estarán listos a los 8 meses.  
Por otra parte múltiples estudios han demostrado que a los 6 meses los bebés alcanzan la madurez en diferentes sistemas del organismo que facilitan la alimentación complementaria y previenen complicaciones.

¿Por qué a partir de los 6 meses?



