



**UNIVERSIDAD NACIONAL
HERMILIO VALDIZÁN
FACULTAD DE ENFERMERÍA**



SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA EN PEDIATRÍA

**SEGUIMIENTO DOMICILIARIO DE ENFERMERÍA Y
FORTALECIMIENTO DEL ROL MATERNO DE
PUERPERAS PRIMERIZAS, USUARIAS DE UN CENTRO
DE SALUD DE HUÁNUCO**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA EN
PEDIATRÍA**

TESISTAS

Lic. Enf. Ana Gardenia Lazarte y Ávalos

Lic. Enf. Francisca Mendoza Herrera

HUÁNUCO, PERÚ

2017

DEDICATORIA

Al Divino creador, por su infinito amor y bondad, a través de su hijo Jesucristo, nos permite escuchar nuestras oraciones, nos guía nuestros pasos, ilumina nuestra mente para brindar el cuidado humanizado

A nuestros hijos, esposos, padres quienes son el motor y razón de nuestra superación profesional.

Las autoras.

AGRADECIMIENTOS

Con profunda gratitud a Dios por regalarnos la vida, porque es Él ser quien siempre está a nuestro lado.

También, nuestros más sinceros agradecimientos a nuestras familias quienes nos inspiran a seguir adelante y a conseguir nuestras metas personales, profesionales y civiles.

A la Universidad Nacional Hermilio Valdizán de Huánuco y a la facultad de enfermería, por darnos la oportunidad de estudiar y obtener la segunda especialidad de enfermería en pediatría.

A nuestros amigos y compañeros de trabajo que de alguna manera nos impulsan a seguir apostando por el desarrollo de la enfermería.

Las autoras.

RESUMEN

Objetivo. Demostrar el efecto del seguimiento domiciliario de enfermería en el fortalecimiento del rol materno de puérperas primerizas, usuarias de un Centro de Salud de Huánuco.

Métodos. El estudio fue de tipo transversal, analítico, prospectivo y experimental; con una muestra de 49 madres primerizas, a quienes se les aplicó antes y después de la intervención una escala de rol materno, previamente validada y fiabilizada. Se aplicó el consentimiento informado escrito. La comprobación de hipótesis fue mediante la prueba t de student para un $p \leq 0,05$, apoyados en el PASW V 22.0.

Resultados. Se observaron diferencias significativas al comparar los promedios entre los momentos del estudio respecto a los roles maternos: aceptación del bebé, contacto entre madre/bebé, estimulación temprana, preocupación y protección del bebé que asumían las puérperas primerizas en estudio [$t = 4,78$; $t = 8,276$; $t = 12,67$, $t = 4,6$; y $p \leq 0,00$], de este modo se demuestra que la intervención de enfermería aplicada fortalece el cumplimiento del rol materno. Por el contrario, hubo igualdad en el promedio durante los momentos del estudio respecto al rol materno de otorgar bienestar al bebé [$t = 1,102$; y $p = 0,276$], admitiéndose la hipótesis nula. **Conclusiones.** Se demuestra que el seguimiento domiciliario de enfermería fortalece el rol materno de las puérperas primerizas usuarias de un Centro de Salud de Huánuco, durante el 2016, al observarse después de la intervención, mayores promedios en la mayoría de las dimensiones del rol materno frente al cuidado del bebé [$t = 8,97$; $p = 0,00$].

Palabras claves: *Promoción de la salud, salud infantil del rol materno, el binomio madre-niño, intervención de enfermería, puerperio.*

ABSTRACT

Objective. To demonstrate the effect of home nursing follow-up on the strengthening of the maternal role of first-time puerperas, users of a Health Center in Huánuco.

Methods. The study was cross-sectional, analytical, prospective and experimental; With a sample of 49 first-time mothers, who were given a pre-validated and reliable maternal role scale before and after the intervention. Written informed consent was applied. Hypothesis testing was performed using Student's t test for $p \leq 0.05$, supported by PASW V 22.0.

Results. Significant differences were observed when comparing the means between the moments of the study with respect to the maternal roles: baby acceptance, mother / baby contact, early stimulation, worry and protection of the baby assumed by the first-time new mothers under study [$t = 4.78$; $T = 8, 27$; $T = 12.67$, $t = 4.6$; And $p \leq 0.00$], thus it is demonstrated that the applied nursing intervention strengthens the fulfillment of the maternal role. On the contrary, there was equality in the average during the moments of the study regarding the maternal role of providing well-being to the baby [$t = 1.102$; And $p = 0.276$], assuming the null hypothesis. Conclusions. It is demonstrated that the nursing home follow-up strengthens the maternal role of the first-time users of a Health Center in Huánuco, during 2016, when observed after the intervention, higher averages in most dimensions of the maternal role in relation to care Of the baby [$t = 8.97$; $P = 0.00$].

Key words: Health promotion, maternal health, maternal-child binomial, nursing intervention, puerperium.

PRESENTACIÓN

El embarazo es el inicio a una nueva etapa en la vida de la mujer; para muchas de ellas es un motivo de gozo, para otras puede significar una molestia que conlleva un fuerte desequilibrio emocional. Dentro de este grupo, se incluye a las madres primerizas (1).

La identidad maternal se considera el ideal de ser madre, lo que incluye mantener la unidad de la familia que tiene por función satisfacer las necesidades emocionales y ayudar en el proceso de socialización de los hijos, como forma de prepararlos para la vida adulta y que puedan tener relaciones sociales satisfactorias y se transformen en personas responsables para la sociedad (2). De ello, deriva que la puérperas primeriza conozca acerca de todos los cuidados que debe recibir el recién nacido de forma íntegra, y de esta manera contribuir a que el proceso de adaptación se logre satisfactoriamente ya que de ello dependerá el buen estado de salud del recién nacido (RN) (3).

A través de este estudio nos propusimos demostrar el efecto del seguimiento domiciliario de enfermería en el fortalecimiento del rol materno de puérperas primerizas usuarias de un Centro de Salud de Huánuco; el cual para una mejor comprensión se estructuró en los siguientes capítulos:

En primer lugar, se muestran los aspectos introductorios; En el capítulo I, se exhibe el marco teórico, el cual a su vez comprende: los antecedentes de la investigación, las bases teóricas y las bases conceptuales de las variables implicadas.

En el capítulo II, se muestra el marco metodológico de la investigación, el cual contiene el tipo de estudio, método de estudio, población, muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos, el procesamiento de datos y el análisis e interpretación de los datos.

En el capítulo III, se presentan los resultados de la investigación, con su respectivo análisis e interpretación; además, se muestra la discusión de los resultados.

Finalmente, se presentan las conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y los anexos.

Las autoras

ÍNDICE DE CONTENIDO

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTOS	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
PRESENTACIÓN	vi
ÍNDICE DE CONTENIDO	viii
ÍNDICE DE TABLAS	x
ÍNDICE DE FIGURAS	xii
CAPÍTULO I	1
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	1
1.1. Aspectos básicos del problema de investigación	1
1.2. Formulación del problema	6
1.2.1. Problema general	6
1.2.2. Problemas específicos	6
1.3. Justificación	7
1.4. Propósito	8
1.5. Objetivos de la investigación	9
1.5.1. Objetivo general	9
1.5.2. Objetivos específicos	9
1.6. Hipótesis de la investigación	10
1.6.1. Hipótesis general	10
1.6.2. Hipótesis específicas	10
1.7. Variables	12
1.8. Operacionalización de variables	13
1.9. Definición de términos operacionales	15
1.9.1. Limitaciones	15
CAPÍTULO II	16
MARCO TEÓRICO	16
2.1 Antecedentes de investigación	16
2.2 Bases teóricas	23
2.2.1 Teoría del rol materno de Ramona Mercer	23
2.2.2 Teoría de los cuidados de Kristen Swanson	24
2.3 Bases conceptuales:	26

2.3.1	Definición de puerperio.....	26
2.3.2	Seguimiento domiciliario a las puérperas.....	27
2.3.3	Rol materno.....	28
2.3.4	Adopción de rol materno.....	29
2.3.5	Dimensiones de la adopción del rol materno.....	30
2.3.5.1	Aceptación del bebé.....	30
2.3.5.2	Contacto con la madre.....	31
2.3.5.3	Estimulación temprana.....	32
2.3.5.4	Bienestar del bebé.....	32
2.3.5.5	Preocupación y protección del bebé.....	33
CAPÍTULO III.....		34
MARCO METODOLÓGICO.....		34
3.1.	Ámbito del estudio.....	34
3.2.	Población.....	34
3.3.	Nivel y tipo de estudio.....	36
3.4.	Diseño de estudio.....	36
3.5.	Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	37
3.5.1.	Validez de los instrumentos de recolección de datos.....	37
3.5.2.	Procedimiento de recolección de datos.....	39
3.6.	Tabulación y análisis de datos.....	41
3.7.	Aspectos éticos de la investigación.....	42
CAPÍTULO IV.....		44
RESULTADOS.....		44
4.1.	Resultados descriptivos.....	44
4.2.	Comprobación de hipótesis.....	67
4.3.	Discusión de resultados.....	77
CONCLUSIONES.....		88
RECOMENDACIONES.....		90
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....		93
ANEXOS.....		98

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características demográficas de las puérperas primerizas, usuarias de un Centro de Salud de Huánuco, 2016.....	44
Tabla 2. Descripción de la edad de las puérperas primerizas, usuarias de un Centro de Salud de Huánuco, 2016	44
Tabla 3. Características sociales de las puérperas primerizas, usuarias de un Centro de Salud de Huánuco, 2016	46
Tabla 4. Características familiares de las madres primerizas, usuarias de un Centro de Salud de Huánuco, 2016	47
Tabla 5. Situación del parto de las puérperas primerizas usuarias de un Centro de Salud de Huánuco, 2016	47
Tabla 6. Características generales de los niños/as de las puérperas primerizas, usuarias de un Centro de Salud de Huánuco, 2016	48
Tabla 7. Descripción del peso de los niños cuyas puérperas son primerizas, usuarias de un Centro de Salud de Huánuco, 2016	49
Tabla 8. Descripción de la adopción del rol materno en la dimensión estimulación temprana por puérperas primerizas, usuarias de un Centro de Salud de Huánuco, 2016	50
Tabla 9. Descripción de la adopción del rol materno en la dimensión bienestar del bebe por puérperas primerizas, usuarias de un Centro de Salud de Huánuco, 2016	51
Tabla 10. Descripción de la adopción del rol materno en la dimensión preocupación y protección del bebé por las puérperas primerizas, usuarias de un de un Centro de Salud de Huánuco, 2016	53
Tabla 11. Adopción del rol materno según dimensiones por las puérperas primerizas, usuarias de un Centro de Salud de Huánuco, 2016	55
Tabla 12. Nivel de fortalecimiento del rol materno según dimensiones desarrolladas por las puérperas primerizas, usuarias de un Centro de Salud de Huánuco, 2016	57
Tabla 13. Descripción del fortalecimiento del rol materno de las puérperas primerizas, usuarias de un Centro de Salud de Huánuco, 2016	58
Tabla 14. Porcentaje del nivel de fortalecimiento desarrollado durante los momentos del estudio del rol materno de las puérperas primerizas, usuarias de un Centro de Salud de Huánuco, 2016	60
Tabla 15. Prueba de normalidad de Kolmogorov Smirnov para las distribuciones de contraste de las variables en estudio, respecto al rol materno adoptado por las puérperas primerizas, usuarias de un Centro de Salud de Huánuco, 2016	62
Tabla 16. Prueba t de Student de comparación de medias en los momentos del estudio en el fortalecimiento del rol materno de las puérperas primerizas, usuarias de un Centro de Salud de Huánuco, 2016.....	64

Tabla 17. Prueba t de Student de comparación de medias en los momentos del estudio del fortalecimiento del rol materno en la dimensión contacto de la madre con el bebé por las puérperas primerizas, usuarias de un Centro de Salud de Huánuco, 2016	66
Tabla 18. Prueba t de Student de comparación de medias en los momentos del estudio del fortalecimiento del rol materno en la dimensión estimulación temprana por la puérperas primerizas, usuarias de un Centro de Salud de Huánuco, 2016.....	67
Tabla 19. Prueba t de Student de comparación de medias en los momentos del estudio del fortalecimiento del rol materno en la dimensión bienestar del bebe por las puérperas primerizas, usuarias de un Centro de Salud de Huánuco, 2016.....	68
Tabla 20. Prueba t de Student de comparación de medias en los momentos del estudio del fortalecimiento del rol materno en la dimensión preocupación y protección del bebé por las puérperas primerizas, usuarias de un Centro de Salud de Huánuco, 2016	69
Tabla 21. Prueba t de Student de comparación de medias entre los momentos de estudio del fortalecimiento del rol materno en la dimensión contacto de la madre con el bebé las puérperas primerizas, usuarias de un Centro de Salud de Huánuco 2016	71
Tabla 22. Prueba t de Student de comparación de medias entre los momentos de estudio del fortalecimiento del rol materno en la dimensión estimulación temprana con el bebé por las puérperas primerizas, usuaria de un Centro de Salud de Huánuco, 2016	72
Tabla 23. Prueba t de Student de comparación de medias entre los momentos de estudio del fortalecimiento del rol materno en la dimensión bienestar del bebé por las puérperas primerizas, usuarias de un Centro de Salud de Huánuco, 2016	74
Tabla 24. Prueba t de Student de comparación de medias entre los momentos de estudio del fortalecimiento del rol materno en la dimensión preocupación y protección del bebé por las puérperas primerizas, usuaria de un Centro de Salud de Huánuco, 2016	75

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Promedio de las edades de las puérperas primerizas, usuarias de un Centro de Salud de Huánuco, 2016	45
Figura 2. Representación gráfica del peso de los niños cuyas madres son puérperas primerizas, usuarias de un Centro de Salud de Huánuco, 2016.	49
Figura 3. Representación gráfica de la adopción del rol materno según dimensiones por las puérperas primerizas, usuarias de un Centro de Salud de Huánuco, 2016.....	60
Figura 4. Representación gráfica del nivel de rol materno según sus dimensiones del rol materno de las puérperas primerizas, usuarias de un Centro de Salud de Huánuco, 2016.....	63
Figura 5. Representación gráfica de la descripción del fortalecimiento del rol materno de las puérperas primerizas, usuarias de un Centro de Salud de Huánuco, 2016	65
Figura 6. Representación gráfica del porcentaje del nivel de fortalecimiento desarrollado durante los momentos del estudio del rol materno de las puérperas primerizas, usuarias de un Centro de Salud de Huánuco, 2016.....	66
Figura 7. Representación gráfica de la comparación de medias en los momentos del estudio en la adopción al rol materno durante la pos-intervención por las puérperas primerizas, usuarias de un Centro de Salud de Huánuco, 2016	68
Figura 8. Representación gráfica de la comparación de medias en los momentos del estudio del fortalecimiento del rol materno en la dimensión aceptación del bebe, por las puérperas primerizas, usuarias de un Centro de Salud de Huánuco, 2016	70
Figura 9. Representación gráfica de la comparación de medias en los momentos del estudio del fortalecimiento del rol materno en la dimensión contacto del bebé con la puérpera primeriza, usuaria de un Centro de Salud de Huánuco, 2016	71
Figura 10. Representación gráfica de la comparación de medias en los momentos del estudio del fortalecimiento del rol materno en la dimensión estimulación temprana por la puérpera primeriza, usuaria de un Centro de Salud de Huánuco, 2016	73
Figura 11. Representación gráfica de la comparación de medias en los momentos del estudio del fortalecimiento del rol materno en la dimensión bienestar del bebé por las puérperas primerizas, usuarias de un Centro de Salud de Huánuco, 2016	74
Figura 12. Representación gráfica de la comparación de medias en los momentos del estudio del fortalecimiento del rol materno en la dimensión preocupación y protección del bebé, por las puérperas primerizas, usuarias de un Centro de Salud de Huánuco, 2016.....	75

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Aspectos básicos del problema de investigación

Para una madre, tener un recién nacido (RN) pretérmino o a término, puede significar cambios en su rol como mujer, esposa y madre (4). Si la madre es primeriza, el contar con un RN es una experiencia nueva, aunque, esto también sucede cuando la madre es multípara.

La madre primeriza atraviesa por una de las etapas increíbles que experimenta a lo largo de la vida. Desde el momento de la concepción, durante el período de la gestación y el nacimiento de un nuevo ser, la madre tiene consigo interrogantes a los que busca respuestas, y muchas veces obtiene respuestas erróneas, lo que pone en riesgo los cuidados del RN (5).

Es por ello, que el profesional de enfermería durante la etapa postparto y puerperio de las madres primerizas realiza intervenciones planificadas favoreciendo el bienestar materno infantil. Los cuidados de enfermería que brinda satisfacen diversas necesidades; entre ellas, el rol materno que debe asumir la madre primeriza frente a su bebé. En tal efecto, enfatiza la interacción materno infantil, el contacto físico y emocional con el (la) hijo (a), también fortalecer activamente el vínculo de

apego seguro, la armonía, confianza y competencia en la realización de mencionado rol materno (6).

Dado la importancia de los cuidados maternos infantiles durante el puerperio, el profesional de enfermería debe acompañar a la madre puerpera primeriza, en el proceso de asumir su rol maternal, ya que durante el puerperio mediato surgen expectativas que mayormente son cubiertas por las experiencias de otras personas del sistema social materno. Por ello, en tal proceso único, interactivo y evolutivo el (la) enfermero (a) va vinculando a la madre/hijo (a) hacia el logro de destrezas en el cuidado asociado a su rol materno (7).

Si bien, el puerperio es una etapa de transformaciones progresivas de la mujer, tanto anatomofisiológico como psicológico, que van evolucionando progresivamente las modificaciones de órganos y sistemas suscitados en la gestación; por tal es en este período donde la mujer requiere orientación, ayuda y mejor aún acompañamiento (8).

Esto lo ratifica Alvarado, Guarín, Cañón (9), quienes refieren que el puerperio es un período caracterizado por desconocimiento, miedo frente a los cambios de la madre y el desarrollo normal del niño ante la presencia de factores de riesgo que inducen a posibles complicaciones que comprometen la salud y la vida.

Por ello, Bohórquez, Rosas, Pérez, Munévar (10), reconocen que el profesional de enfermería tiene la responsabilidad de realizar el seguimiento a la madre durante la etapa del puerperio para enseñar a la madre primeriza a adoptar su rol materno, y conjuntamente con la familia

como grupo de apoyo, reconocer tempranamente los factores de riesgo, signos de alarma y posibles complicaciones, en ella y su RN; enseñarle su autocuidado y el cuidado del bebé. En este seguimiento debe evitar conflictos culturales, respetar el sistema de creencias, valores y prácticas, para descubrir y predecir sus condiciones de salud y bienestar como lo dice Madeleine Leininger en su teoría de los cuidados culturales (8).

El seguimiento domiciliario a la madre y su hijo durante el puerperio, es una estrategia de enfermería para dar continuidad al cuidado iniciado en el hospital. Esta estrategia de cuidado ha sido implementada en programas de salud pública de países como España, Inglaterra, Uruguay y Chile, cuya evaluación refleja ser efectiva y positiva; a la vez que es aceptada por la población. Dado la experiencia y los beneficios que reporta dentro de los servicios de salud, su implementación debe de ser obligatorio en los sectores públicos, y como objetivo básico de los programas de salud (8).

Las madres primerizas de diferentes departamentos del país y en el contexto del estudio no cuentan con acompañamiento profesional en sus hogares, y en ocasiones no tienen fuentes de apoyo familiar o social, situación que los hace más vulnerables ante las complicaciones (respiratorias, infecciosas, entre otros de ella misma y su niño/a).

Esto se corrobora con los hallazgos de Acevedo, Pizarro, Moriel, González, Berumen (11), quienes desarrollaron un estudio cualitativo titulado “Proceso educativo de enfermería para promover el autocuidado de la mujer durante el puerperio”, donde concluyen que el rol materno se

ve debilitado a causa de que socialmente el puerperio es un evento cotidiano influenciado por creencias personales, sociales y culturales, situación que el legado sociocultural no satisface con el cuidado genérico influenciado por la familia.

Del mismo modo la Organización Mundial de la Salud (OMS) (10), en el 2016, estima que casi 40% de los niños que fallecen cada año son lactantes y RN (bebés de menos de 28 días de nacido o en período neonatal). La gran mayoría de los fallecimientos de RN se produjeron en países en desarrollo con acceso escaso a la atención de salud. La mayoría de estos RN falleció en el hogar, sin recibir cuidados oportunos que podrían aumentar en gran medida sus posibilidades de supervivencia.

En Trujillo, en el 2009, reportaron que el nivel de adopción del rol materno es predominantemente de nivel medio en las madres adolescentes primerizas que viven solas con su pareja, y en las que viven con su pareja y la familia de origen (12).

En el contexto del estudio se observa que las madres puérperas primerizas no se adaptan al cuidado integral del recién nacido, provocan carencias en la satisfacción de las necesidades y entorpecen el despliegue de la vida. Esto se manifiesta con actitudes frente al cuidado del niño de forma imprevisible, pasa de una adaptación perfecta a una defectuosa, pasa de la injerencia a la negligencia. Esto se da especialmente cuando son varias las personas que cuidan al bebé.

En el 2014, en Ecuador, Suárez (13), halló que el 58 % de las madres conocen la posición correcta de amamantar, el 99% amamanta al

recién nacido con leche materna, el 76% limpian el cordón umbilical en cada cambio de pañal, y el 49% de ellas desconoce la posición correcta para acostar al RN.

Consecuente con los planteamientos de Ramona Mercer, en su teoría del rol maternal, el profesional de enfermería acompaña a la puérpera y su familia para lograr que ella se sienta madre, al tiempo que fortalece el vínculo madre-hijo-padre. El seguimiento domiciliario a madres y recién nacidos durante el puerperio es una estrategia del profesional de enfermería para dar continuidad al cuidado iniciado en el hospital, con el ingreso de la madre en trabajo de parto, hasta ser dada de alta con su hijo. Ya en sus hogares no cuentan con acompañamiento profesional, y en ocasiones no tienen fuentes de apoyo familiar o social, situación que los hace más vulnerables ante las complicaciones (7).

Por esta razón se vio la necesidad de realizar un seguimiento (por contacto telefónico y domiciliario) a puérperas, para valorar el comportamiento de las mujeres con respecto a su enfermedad, el tratamiento farmacológico, los cuidados con ella y su hijo recién nacido, abordando a la materna como un ser holístico en un contexto familiar (8).

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿El seguimiento domiciliario de enfermería es efectivo para el fortalecimiento del rol materno en puérperas primerizas, usuarias de un Centro de Salud de Huánuco?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Existen diferencias entre los momentos del estudio (antes/después del seguimiento domiciliario de enfermería) en los promedios de la dimensión aceptación del bebé en el rol materno asumidos por las puérperas primerizas en estudio?
- ¿Existen diferencias entre los momentos del estudio (antes/después del seguimiento domiciliario de enfermería) en los promedios de la dimensión contacto con el bebé en el rol materno asumidos por las puérperas primerizas en estudio?
- ¿Existen diferencias entre los momentos del estudio (antes/después del seguimiento domiciliario de enfermería) en los promedios de la dimensión estimulación temprana en el rol materno asumidos por las puérperas primerizas en estudio?
- ¿Existen diferencias entre los momentos del estudio (antes/después del seguimiento domiciliario de enfermería) en los promedios de la dimensión bienestar del bebé en el rol materno asumidos por las puérperas primerizas en estudio?

- ¿Existen diferencias entre los momentos del estudio (antes/después del seguimiento domiciliario de enfermería) en los promedios de la dimensión preocupación y protección del bebé en el rol materno asumidos por las puérperas primerizas en estudio?

1.3. Justificación

La investigación que se plantea, se justifica por las siguientes razones:

Teórica

El estudio se considera importante, por cuanto las madres desde el inicio deben asumir el rol materno de manera integral y satisfactoria. A su vez, la atención a nivel domiciliario es uno de los desafíos que tiene enfermería para garantizar el cuidado, no solo en el ámbito hospitalario, sino también a nivel extramuro. Al respecto Gamba et al (4), menciona en su investigación que es necesario que los profesionales de enfermería utilicen estrategias de cuidado que traspasen los escenarios hospitalarios y abarquen espacios en el hogar, para dar continuidad del cuidado binomio madre-niño, al tiempo que involucran y ayudan a la familia como red de apoyo. En este sentido, se requiere recordar que es necesario que las profesionales de enfermería cubran los vacíos en el cuidado en las madres y familiares con escasos conocimientos, quienes enfrentan solos el proceso de crianza del hijo, sumada la recuperación posparto de la

mamá, paralelos al proceso de asumir el rol materno, los cuales implican importantes cambios de adaptación fisiológica.

Social

El binomio madre-niño requiere de cuidados integrales, siendo clave la adopción del rol materno, el cual debe ser cubierto por los profesionales de la salud y con ello elevar los niveles de salud y calidad de tal binomio (8).

Metodológica

La propuesta de la visita domiciliaria, hecha en estudio, podrá ser aplicado en diversos establecimientos de salud, en este sentido va el aporte metodológico; esto se constituye en una evidencia científica.

1.4. Propósito

Cabe recalcar la importancia del seguimiento de enfermería en el período de puerperio, siendo esta la forma más efectiva de elevar las interacciones del binomio madre-niño y la adopción del rol materno positivamente, ayudando a simplificar un proceso muy complejo de adaptación; la madre va a cumplir un papel importante en la sociedad en la formación de una persona, y en el neonato por el paso de la vida intrauterina al medio externo (9).

En tal sentido, el presente estudio tiene como propósito favorecer en la madre primeriza el ejercicio del rol materno en el periodo de puerperio, teniendo como apoyo el seguimiento de los profesionales de enfermería (14).

1.5. Objetivos de la investigación

1.5.1. Objetivo general

Demostrar el efecto del seguimiento domiciliario de enfermería en el fortalecimiento del rol materno de puérperas primerizas usuarias de un Centro de Salud de Huánuco.

1.5.2. Objetivos específicos

- Comprobar la existencia de diferencias entre los momentos del estudio (antes y después del seguimiento domiciliario de enfermería) de los promedios de la dimensión aceptación del bebé del rol materno asumidas por las puérperas primerizas en estudio.
- Probar las diferencias entre los momentos del estudio (antes/después del seguimiento domiciliario de enfermería) de los promedios de la dimensión contacto con él bebe en el rol materno asumidos por las puérperas primerizas en estudio.
- Demostrar las diferencias entre los momentos del estudio (antes/después del seguimiento domiciliario de enfermería) de los promedios de la dimensión estimulación temprana en el rol materno asumidos por las puérperas primerizas en estudio.
- Probar las diferencias entre los momentos del estudio (antes/después del seguimiento domiciliario de enfermería) de los promedios de la dimensión bienestar del bebé en el rol materno asumidos por las puérperas primerizas en estudio.

- Demostrar las diferencias entre los momentos del estudio (antes/después del seguimiento domiciliario de enfermería) de los promedios de la dimensión preocupación y protección del bebé en el rol materno asumidos por las puérperas primerizas en estudio.

1.6. Hipótesis de la investigación

1.6.1. Hipótesis general

H₀: El seguimiento domiciliario de enfermería no tiene efecto en el fortalecimiento del rol materno de puérperas primerizas, usuarias de un Centro de Salud de Huánuco.

H_i: El seguimiento domiciliario de enfermería tiene efecto en el fortalecimiento del rol materno de puérperas primerizas, usuarias de un Centro de Salud de Huánuco.

1.6.2. Hipótesis específicas

H₀₁: No existe diferencias entre los momentos del estudio (antes y después del seguimiento domiciliario de enfermería) en los promedios de la dimensión aceptación del bebé del rol materno asumidos por las puérperas primerizas en estudio.

H_i₁: Existe diferencias entre los momentos del estudio (antes y después del seguimiento domiciliario de enfermería) en los promedios de la dimensión aceptación del bebé del rol materno asumidos por las puérperas primerizas en estudio.

H0₂: No existen diferencias entre los momentos del estudio (antes/después del seguimiento domiciliario de enfermería) en los promedios de la dimensión contacto con el bebé en el rol materno asumidos por las puérperas primerizas en estudio.

Hi₂: Existen diferencias entre los momentos del estudio (antes/después del seguimiento domiciliario de enfermería) en los promedios de la dimensión contacto con el bebé en el rol materno asumidos por las puérperas primerizas en estudio.

H0₃: No existen diferencias entre los momentos del estudio (antes/después del seguimiento domiciliario de enfermería) en los promedios de la dimensión estimulación temprana en el rol materno asumidos por las puérperas primerizas en estudio.

Hi₃: Existen diferencias entre los momentos del estudio (antes/después del seguimiento domiciliario de enfermería) en los promedios de la dimensión estimulación temprana en el rol materno asumidos por las puérperas primerizas en estudio.

Hi₄: No existen diferencias entre los momentos del estudio (antes/después del seguimiento domiciliario de enfermería) en los promedios de la dimensión bienestar del bebé en el rol materno asumidos por las puérperas primerizas en estudio.

Hi₄: Existen diferencias entre los momentos del estudio (antes/después del seguimiento domiciliario de enfermería) en los promedios de la dimensión bienestar del bebé en el rol materno asumidos por las puérperas primerizas en estudio.

H0₅: No existen diferencias entre los momentos del estudio (antes/después del seguimiento domiciliario de enfermería) en los promedios de la dimensión preocupación y protección del bebé en el rol materno asumidos por las puérperas primerizas en estudio.

Hi₅: Existen diferencias entre los momentos del estudio (antes/después del seguimiento domiciliario de enfermería) en los promedios de la dimensión preocupación y protección del bebé en el rol materno asumidos por las puérperas primerizas en estudio.

1.7. Variables

Variable independiente

Seguimiento domiciliario de enfermería

Variable dependiente

Fortalecimiento del rol materno en puérperas primerizas

1.8. Operacionalización de variables

VARIABLE	DIMENSIÓN	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN
VARIABLE INDEPENDIENTE				
Seguimiento domiciliario de enfermería	Visitas domiciliarias	Categorico	Efectivo Inefectivo	Nominal dicotómico
VARIABLE DEPENDIENTE				
Fortalecimiento del rol materno en puérperas primerizas	Nivel de fortalecimiento	Categorico	Alto Medio Bajo	Ordinal politómico
	Aceptación del bebé.	Categorico	Alto Medio Bajo	Ordinal politómico
	Contacto con la madre.	Categorico	Alto Medio Bajo	Ordinal politómico
	Estimulación temprana.	Categorico	Alto Medio Bajo	Ordinal politómico
	Bienestar del bebé.	Categorico	Alto Medio Bajo	Ordinal politómico
	Preocupación y protección del bebé.	Categorico	Alto Medio Bajo	Ordinal politómico
VARIABLES DE CARACTERIZACIÓN				
Características Demográficas	Edad	Años	Numérica	De razón
	Estado civil	Soltera Casada Divorciada Conviviente Viuda	Categorico	Nominal Politómico
Características Sociales	Grado de escolaridad	Sin estudio Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Superior incompleta Superior completo	Categorico	Nominal Politómico
	Ocupación	Ama de casa Comerciante Empleada	Categorico	Nominal Politómico

		dom. Trabajadora publ. Otro		
	Estado civil antes de tu embarazo	Soltera Casada Divorciada Conviviente Viuda	Categorico	Nominal Politómico
	Religión	Católica Evangélica Mormón Testigo de Jehová Ninguno	Categorico	Nominal Politómico
Características Familiares	Con quién vives en la actualidad	Ambos padres Uno de los padres Algún familiar Otro	Categorico	Nominal Politómico
	Actualmente vives con tu pareja	Si No	Categorico	Nominal Dicotómico
Características Reproductivas	Edad gestacional al parto	Numérico	Meses	De razón
	Tipo de parto	Normal Cesárea Vaginal Asistido	Categorico	Nominal Politómico
Características del Niño	Género	Femenino Masculino	Categorico	Nominal Dicotómico
	Peso al nacer	Numérico	Kilogramo	De razón

1.9. Definición de términos operacionales

Seguimiento de enfermería en el puerperio. Estuvo basada en la intervención educativa a través de las visitas domiciliarias, constó de 2 sesiones de 45 minutos cada una, en la cual se trabajó la temática del rol materno en sus dimensiones respectivas.

Adopción del rol materno. Es el proceso interactivo en el cual la madre crea un vínculo con su hijo, aprende las tareas del cuidado del rol, y expresa el placer y la gratificación del rol mismo de ser madre por vez primera.

En el presente estudio se consideró las siguientes dimensiones: aceptación del bebé, contacto con la madre, estimulación temprana, bienestar del bebé y preocupación y protección del bebé.

1.9.1. Limitaciones

En el presente estudio, se tuvo limitación con respecto al proceso de recolección de datos, pues demandó mayor tiempo de lo requerido debido a que no se les encontraba a las puérperas en su domicilio, se tuvo que volver reiteradas veces para hacerle el seguimiento domiciliario.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de investigación

A continuación, se presentan algunas investigaciones que incluyen aspectos que sirvieron de referentes para este estudio, mostrándose en orden cronológico. Posteriormente, se consideró los principales enfoques teóricos y las bases conceptuales que sustentan la investigación.

Antecedentes internacionales

En México, 2016, Acevedo, Pizarro, Moriel, González, Berumen (11), desarrollaron un estudio cualitativo titulado “Proceso educativo de enfermería para promover el autocuidado de la mujer durante el puerperio”, cuyo propósito fue explorar el desarrollo del proceso educativo del profesional de enfermería que promueva el autocuidado de la mujer durante el puerperio. Aplicaron el diario de campo, entrevistaron a profundidad y observaron a los participantes. El análisis fue realizado con base en la Teoría Fundamentada de Strauss y Corbin. En conclusión, hallaron que el puerperio es un evento único y transitorio en la mujer, mismo que se refleja en la actitud y las acciones que realiza con respecto al cuidado de sí misma y del recién nacido. La educación es una

oportunidad para el profesional de enfermería en relación con la comunicación y educación de la mujer en puerperio.

En Colombia (Bogotá), en el 2014, Blanco, Martínez, Villate (15), ejecutaron un estudio titulado “Fortalecimiento del vínculo afectivo de la triada padre-hijo-madre a través del curso de preparación para la maternidad y la paternidad "Un proyecto de vida"; un estudio de caso”, cuyo objetivo fue realizar acompañamiento a un grupo de mujeres gestantes y sus familias por medio del Curso de Preparación para la Maternidad y la Paternidad, con un enfoque en el fortalecimiento del Vínculo Afectivo en la tríada Madre-Padre-Hijo. Evaluaron la influencia del mismo en la gestación mediante el estudio de caso de una mujer gestante y su pareja. En conclusión, evidenciaron que el enfoque de fortalecimiento del Vínculo Afectivo de la Triada por medio del Curso de Preparación constituyó como una guía para las gestantes y sus familias en el afrontamiento del proceso de maternidad, y permitió fortalecer sus emociones y sentimientos positivos relacionados con su gestación.

En el 2011, en Valencia, Sanabria (16), desarrolló un estudio cuantitativo de diseño descriptivo correlacional titulado “Adopción del rol materno y su relación con el tipo de alimentación que recibe su hijo en tres grupos de madres”, cuyo objetivo fue relacionar la adopción del rol materno en sus tres factores: unión con el niño, competencia materna; satisfacción materno filial y el tipo de alimentación; lactancia materna

exclusiva y lactancia materna parcial en lactante de seis meses. La población fueron 90 madres asistentes a la consulta de salud, las cuales fueron estructuradas en tres grupos en edades de (15-19), (20-29) y (30-42). Aplicaron un instrumento tipo Likert estructurado. En conclusión, hallaron que la adopción del rol materno con sus factores y el tipo de alimentación fue diferente en los tres grupos de edades.

En Colombia, Alvarado, Guarín, Cañón (9), realizaron un estudio titulado “Adopción del rol maternal de la teorista Ramona Mercer al cuidado de enfermería binomio madre-hijo: reporte de caso en la unidad materno infantil”, cuyo objetivo fue determinar la adopción del rol maternal de la teorista Ramona Mercer al cuidado de enfermería binomio madre-hijo. La muestra fue una usuaria con 30 años de edad, a quien hicieron un reporte de caso, quien asiste a la unidad Materno Infantil por control de Ginecobstetricia donde ordenaron una ecografía obstétrica la cual reporta oligoamnios; fue trasladada a cirugía para extracción de producto de sexo masculino por cesárea. Como resultado demostraron diversas actividades que desarrolló la enfermera para lograr cada vez más una mejor situación de salud; y por ende, una mejor calidad de vida con formación científica, cumpliendo de ese modo con los criterios de la atención integral que implican la atención de lo físico, mental y espiritual.

Antecedentes nacionales

En Chiclayo, en el 2013, Chupillón (14), ejecutó un estudio cualitativo, de abordaje metodológico, estudio de caso titulado “Rol materno en adolescentes primíparas y el desarrollo del vínculo afectivo: servicio de neonatología”, cuyo propósito fue describir y analizar la adaptación al rol materno en adolescentes primíparas y el desarrollo del vínculo afectivo. La muestra fueron 7 madres adolescentes primíparas. Utilizaron la entrevista semiestructurada a profundidad para la recolección de datos. Esta investigación estuvo respaldada por los principios bioéticos de Sgreccia (1986), y los criterios de rigor científico de Lincoln YS, Guba (1985). Del análisis temático surgieron 3 categorías y subcategorías: aceptando la maternidad con responsabilidad frente al vínculo afectivo, estableciendo el vínculo afectivo con su recién nacido, desarrollo del apego madre – recién nacido. Sentimientos frente al primer encuentro madre –recién nacido. Obstáculos en el desarrollo del vínculo afectivo: retraso en el desarrollo del vínculo afectivo y tiempo insuficiente para el desarrollo del vínculo afectivo con su recién nacido. Concluyeron indicando que los niños que establecen un buen vínculo afectivo con su madre, serán bebés más cooperativos, empáticos, competentes socialmente, más interesados en aprender, explorar y más seguros que los niños que tengan un vínculo inseguro con sus madres.

En Chiclayo, 2012 Jiménez, Sosa (17), realizaron un estudio cualitativo con diseño de estudio de caso titulado “Educación de las enfermeras para la adopción del rol materno de madres primerizas con hijos prematuros”, cuyo objetivo fue identificar, analizar y describir la educación que brindan las enfermeras a las madres primerizas con hijos prematuros. La muestra estuvo constituida por 7 madres primerizas con hijos prematuros que concurrieron al servicio de Neonatología del H.N.A.A.A.; para la recolección de datos utilizaron la entrevista semi estructurada a profundidad. En el análisis de contenido obtuvieron tres categorías y una subcategoría: Categoría I: Promoviendo el vínculo afectivo madre - hijo a través de la lactancia materna, Subcategoría 1.1: Mamá canguro y estimulación temprana; Categoría II: Educando sobre los cuidados primordiales para el recién nacido prematuro: higiene, vestimenta y abrigo; Categoría III: buscando la trascendencia espiritual del recién nacido prematuro: bautizo. En conclusión, hallaron que la educación es clave importante para posterior adopción del rol materno; y por ende, el nivel que las madres adolescentes obtienen.

En Trujillo, 2009, Garrido, Marchán (12), realizaron un estudio titulado “Adopción del rol materno en madres adolescentes primerizas según grupo de convivencia”, cuyo objetivo fue determinar si el apoyo de la pareja y el de la familia (materna o paterna), ya sean juntos o separados, son factores que favorecen a que la madre adolescente primeriza adopte el rol materno. La muestra estuvo conformada por 66 madres adolescentes primerizas entre los 14 y 20 años de edad que

acudían a un hospital de Trujillo. Concluyeron que el grupo de convivencia donde la madre adolescente primeriza logra un nivel predominantemente medio de adopción del rol materno; está compuesto por la madre adolescente, su pareja y la familia de origen de ésta; mientras que en un nivel bajo se encontró el grupo compuesto por la madre adolescente y su familia de origen.

Antecedentes locales

En Huánuco, en el 2016, Gregorio (18), ejecutó un estudio de nivel descriptivo, de tipo observacional, transversal, titulado “Adopción del rol materno en madres adolescentes primerizas frente al cuidado del recién nacido en una comunidad rural de Huánuco”, cuyo objetivo fue determinar la adopción del rol materno en madres adolescentes primerizas frente al cuidado del recién nacido. La muestra estuvo conformada por 80 madres adolescentes primerizas de una población de la cual fueron seleccionadas mediante el muestreo no probabilístico. La técnica que aplicaron para la recolección de datos fue una encuesta sociodemográfica y la escala de adopción del rol materno. El análisis inferencial fue mediante la prueba χ^2 de homogeneidad para un $p \leq 0,05$ apoyados en el SPSS V 22. En conclusión, evidenciaron que la adopción del rol materno en madres adolescentes primerizas frente al cuidado del recién nacido en una comunidad rural fue de nivel deficiente.

En Huánuco, 2016, Hualpa (19), realizó un estudio tipo prospectivo, transversal, analítico, y observacional, de diseño relacional titulado “Conocimiento y conductas de cuidados básicos al recién nacido por madres adolescentes, usuarias del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano”, cuyo objetivo fue determinar la relación entre el nivel de conocimiento y las conductas de cuidados básicos al recién nacido por madres adolescentes. La muestra lo conformaron 76 madres adolescentes, seleccionados por un muestreo no probabilístico, según criterios de inclusión y exclusión; a quienes les aplicaron una guía de entrevista, un cuestionario de conocimientos y una escala de conductas; dichos instrumentos fueron válidos y fiables. En el análisis inferencial aplicaron la prueba no paramétrica de chi cuadrada, con un $p < 0,05$. En conclusión, evidenciaron que el conocimiento de nivel medio tiene relación con las actitudes positivas frente al cuidado básico del recién nacido por la madres adolescentes.

Asimismo, otro estudio descriptivo simple desarrollado en Huánuco, en el 2016 por Pérez (20), sobre el “Desempeño de primíparas de 18 a 25 años ante el cuidado del recién nacido en el servicio de neonatología del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano”, cuyo propósito fue determinar el desempeño de las madres primíparas de 18 a 25 años en el cuidado del recién nacido en el servicio de Neonatología del Hospital. La muestra fueron 75 madres primíparas de 18 a 25 años de edad; utilizaron una guía de entrevista y una guía de observación en la recolección de los

datos. En el análisis inferencial utilizaron la prueba de Chi cuadrado de comparación de frecuencias para una sola muestra. Concluyeron que las madres primíparas de 18 a 25 años de edad tienen un buen nivel de desempeño en el cuidado del recién nacido en el servicio de Neonatología del hospital en estudio.

Todos los antecedentes presentados en este estudio sirvieron para orientar la metodología de nuestro estudio.

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Teoría del rol materno de Ramona Mercer

La teoría de adopción del rol materno fue propuesta por Mercer (9), quien explica la necesidad de que los profesionales de enfermería tengan en consideración el entorno familiar, la escuela, el trabajo, la iglesia y otras entidades de la comunidad como elementos importantes en la adopción del rol materno (21); lo que permitirá adquirir las competencias en la realización de los cuidados asociados al rol de madre y experimentar placer y gratificación constituyendo el punto final de la adopción del rol maternal, es decir la identidad materna (22). También Mercer (21) destacó la importancia del padre en la adopción del rol, ya que este ayuda a “difuminar la tensión en la dualidad madre- niño”.

Del mismo modo, esta teoría se sitúa en los círculos concéntricos como un microsistema, el cual se constituye el entorno inmediato donde se produce la adopción del rol maternal, el cual incluye la familia, las relaciones entre la madre y el padre. La adopción del rol maternal se

consigue en el microsistema por medio de las interacciones con el padre, la madre y el niño. El mesosistema influye e interactúa con las personas en el microsistema. Incluye el cuidado diario, la escuela, el lugar de trabajo y otras entidades que se encuentran en la comunidad más inmediata. El macrosistema incluye las influencias sociales, políticas y culturales sobre los otros dos sistemas. Las leyes nacionales respecto a las mujeres y a los niños y las prioridades sanitarias que influyen en la adopción del rol maternal (23).

Bowlby, citado por Betancourt (24), explica que es esencial para la salud mental del recién nacido, el calor, la intimidad y la relación constante con la madre, ambos deben encontrar la satisfacción y el goce. La relación del recién nacido con su madre es el nexo más importante que tiene lugar durante la primera infancia. Es la madre quien lo alimenta y lo asea, la que lo abriga y le presta las atenciones que constituyen la respuesta frente a sus primeras necesidades de bienestar.

2.2.2 Teoría de los cuidados de Kristen Swanson

Según Rodríguez, Valenzuela (25), los profesionales de enfermería ya no pueden resumir las experiencias en salud de las personas en base a diagnósticos médicos; así mismo, planteó que las grandes teorías permiten generar parámetros generalizados de la práctica, mientras que las teorías de rango medio generan guías más específicas de la misma. Kristen Swanson (25), quién planteo la “Teoría de los Cuidados”, la autora concibe los cuidados como una forma educativa de relacionarse con un

ser apreciado hacia el que se siente un compromiso y una responsabilidad personal. Por ello propone cinco procesos básicos (Conocimientos, estar con, hacer por, posibilitar y mantener las creencias). Dichos conceptos permiten reflexionar acerca de la cosmovisión del cuidado enfermero, donde convergen las dimensiones históricas, antropológicas y filosóficas de la ciencia de enfermería (26).

Los conocimientos se refieren a las capacidades de la persona para dar cuidados, el segundo las preocupaciones y compromisos individuales que llevan a las acciones de los cuidados, el tercero a las condiciones: enfermera, cliente, organización, que aumentan o reducen la probabilidad de suministrar cuidados, el cuarto a las acciones de los cuidados dados, y por último hace referencia a las consecuencias de los resultados intencionales y no intencionales de los cuidados para el cliente y para el profesional. La teoría apoya la reivindicación de que los cuidados son un fenómeno central de enfermería (27). Triana (27), menciona que los cuidados de enfermería no son empíricos ni producto de una necesidad ocasional, sino que se fundamentan en un conocimiento teórico que facilita la interpretación y el análisis del cuidado que se brinda, se basan en una deducción lógica y en la explicación científica.

Por ello, la presente teoría apoya este estudio ya que el seguimiento que realizan los profesionales de enfermería se basa en el cuidado que realizan dichos profesionales.

2.3 Bases conceptuales:

2.3.1 Definición de puerperio

Según Castro (28), la etapa del puerperio, es conocida popularmente como la “dieta”, ya que es una de las etapas más importantes para la dicotomía madre-hijo, que se ha visto influenciada desde siempre por múltiples prácticas y creencias culturales transmitidas de generación en generación.

Del mismo modo, es el periodo de tiempo que va desde el momento en que el útero expulsa la placenta hasta un límite variable, generalmente 6 semanas, en que vuelve a la normalidad el organismo femenino. Se caracteriza por una serie de transformaciones progresivas de orden anatómico y funcional que hacen regresar paulatinamente todas las modificaciones gravídicas.

Por último, el puerperio es una etapa determinante para la mujer por la complejidad que supone la activación del rol materno y la recuperación de su organismo. Por ello, la disciplina enfermera cobra sentido en el mantenimiento del cuidado de la mujer durante todo este proceso de recuperación. Los cuidados de enfermería durante el puerperio son de gran importancia para detectar signos y síntomas precoces de posibles complicaciones y/o alteraciones en esta etapa, así como para enseñar y fomentar aquellas prácticas que promuevan la salud materno–infantil (29).

2.3.2 Seguimiento domiciliario a las puérperas

El seguimiento domiciliario debe iniciarse con la participación y recolección de los datos necesarios, para cual se debe aplicar las técnicas de la observación, entrevista, examen físico y documentación clínica.

Del mismo modo, es importante que el profesional de enfermería se caracterice por su idoneidad, escucha empática y dialogo interactivo, prioritarias para identificar y direccionar las preocupaciones de la madre durante esta importante transición (30).

Bajo el seguimiento domiciliario el profesional de enfermería atiende con arte y vocación adquirida en su formación científica y humanística, mantiene una interacción más prolongada e intensa para desarrollar actividades que logran cada vez más una mejor situación de salud y por ende una mejor calidad de vida con las mujeres en su ciclo de maternidad (31).

El seguimiento domiciliario a madres y recién nacidos durante el puerperio es un periodo caracterizado por dudas, miedos y desconocimiento de la evolución habitual en la madre y el desarrollo normal del niño; así como, la vulnerabilidad ante múltiples factores de riesgo que inducen complicaciones que comprometen la salud y la vida tanto de la madre y el recién nacido (4).

Durante el seguimiento es responsabilidad ética y profesional de enfermería identificar y enseñar a la madre y su familia como grupo de apoyo a reconocer tempranamente los factores de riesgo, signos de alarma y posibles complicaciones, en ella y su recién nacido; enseñarle a

cuidarse y cuidar al bebé, evitando conflictos culturales, teniendo en cuenta sus creencias, valores y prácticas para descubrir y predecir sus condiciones de salud y bienestar (4).

También es importante que el profesional de enfermería la acompañe en el proceso de asumir su rol maternal, ya que durante el puerperio mediato predomina la influencia, expectativas y experiencias de otras personas del sistema social materno. Con cada hijo la mujer vive una experiencia nueva, que implica un proceso único, interactivo y evolutivo en el que la madre se va sintiendo vinculada a su hijo, adquiere competencia en la realización de los cuidados asociados a su rol y experimenta placer y satisfacción (4).

2.3.3 Rol materno

Según Rubin (32), el rol materno, es un complejo proceso cognitivo y social que es aprendido recíproca e interactivamente y cuyo fin es la unión madre - hijo y la identificación de ésta con el rol maternal, de modo que logre verse en éste y sentirse cómoda con él.

El ejercicio del rol materno puede ser definido como una serie de actitudes y habilidades necesarias para cuidar y guiar la maduración y el aprendizaje primario de un niño. Este ejercicio apela a las características de la personalidad de la mujer en cuestión, para proveer la energía emocional necesaria para las tareas de ser madre (33)

El rol materno para ellas está relacionado con el cuidado, la protección, la satisfacción de necesidades básicas, en momentos de

enfermedad, en la alimentación, la educación, en la crianza, en estar pendientes de lo que necesitan, lo que implica que es una responsabilidad que deben asumir porque dependen de ellas para todo (34).

2.3.4 Adopción de rol materno

Según la Real Academia Española (35), el término “adopción”, se refiere a la acción de adoptar, adquirir y hacer propio: objetos, normas, métodos, seres vivos y configuraciones, entre otros.

El instinto maternal no es inherente a la condición de la mujer, por ello, necesitan de ciertas experiencias sociales relacionadas con la maternidad, como por ejemplo, tener un embarazo placentero, contar con el apoyo de la familia y el padre del bebé, haber deseado tener un hijo y vivir en el parto algún tipo de apego con el recién nacido para que lo maternal aflore. Entonces, el rol materno es un papel que la madre adopta de forma dinámica (36).

Mercer (23), resalta que la adopción del rol materno es un proceso interactivo y evolutivo que se produce durante cierto periodo de tiempo, en el cual la madre involucra una transformación dinámica y una evolución de la persona-mujer en comparación de lo que implica el logro del rol maternal, se va sintiendo vinculada a su hijo, adquiere competencia en la realización de los cuidados asociados a su rol y experimenta placer y gratificación.

El poder establecer la adopción del rol materno conlleva a un buen desarrollo del vínculo afectivo madre e hijo que es de suma importancia.

Así, también el éxito de la lactancia materna, en donde el apego produce una rápida efectividad en el mecanismo de succión, que comienza en la fase de alerta después del parto. Este conlleva también a la producción de oxitocina, ayudando a la madre en la etapa de puerperio (14). También contribuye a la interacción social, pues el recién nacido aprende a relacionarse con los demás en su primera y principal experiencia con el mundo de los estímulos humanos; permite formar lazos de amor y sentimientos muy fuertes entre madre e hijo, que determinarán en gran medida la relación futura entre ambos (14).

2.3.5 Dimensiones de la adopción del rol materno

A continuación, se describen las dimensiones de la adopción del rol materno, propuesto por Ramona Mercer:

2.3.5.1 Aceptación del bebé

En cuanto a la aceptación del bebé, las puérperas primerizas al tener un recién nacido pueden experimentar cambios en su rol como mujer, esposa y madre. Así mismo, es una experiencia nueva para la madre, mas aún por ser primípara; y es allí, donde el papel que desempeñe la madre lograra la aceptación del bebé. Sin embargo, el proceso de crianza del recién nacido constituye el cumplimiento de la lactancia materna exclusiva, la cual consta de los primeros seis meses (4).

Así mismo, la imitación de los balbuceos y sonidos que hace el bebé, promueve el desarrollo de vínculo afectivo y de aceptación entre el recién nacido y la madre, de la misma manera realizar el cambio de pañales al bebé y cumplir con el crecimiento y desarrollo del recién nacido, así luego de la aceptación del bebé, debido a los estrechos lazos que genera la madre con su hijo, quien debe realizar integrándose a todas las actividades del que influye no solamente en el bienestar y estabilidad familiar, sino en un desarrollo integral del bebé (20).

2.3.5.2 Contacto con la madre

Respecto al contacto con la madre, los estímulos verbales y no verbales, masajes y, el cuidado directo de la madre que facilitan el contacto madre-hijo, es un proceso complejo de transformación que ayuda a las mujeres a formar vínculos con el bebé. Las madres experimentan sentimientos encontrados de alegría y satisfacción, junto con preocupación y angustia por los retos que implica el contacto con el bebé. Entender este proceso orienta el quehacer de los profesionales de la salud hacia una atención armonizada con las expectativas de la madre (37).

La relación del bebé con su madre es el nexo más importante que tiene lugar durante la primera infancia. Es la madre quien lo cuida directamente y le presta las atenciones que constituyen la respuesta frente a sus primeras necesidades de bienestar (24). Es por ello que el profesional de enfermería debe ser también la voz y el soporte de la

madres para que ella sienta a su bebe como propio, lo conozca y tenga desde el momento del nacimiento la oportunidad de convertirse en madre cuidadora competente (38).

2.3.5.3 Estimulación temprana

Los bebés tienen una gran capacidad de aprendizaje y unas posibilidades infinitas de cambio, las cuales son facilitadas y estimuladas por el afecto, las caricias, las palabras, el baño y, en general, por todos los cuidados que le brinda la madre. El estímulo se alarga durante toda la vida y se construye a partir de las experiencias de apego que el bebé experimenta: estímulos y reacciones mutuas entre el bebé y la madre; que producen seguridad, sosiego, consuelo y placer en ambos.

Ellos demuestran capacidades notables, están alertas, son estimulados por la caricia de sus madres realizando las sensaciones de afecto. Pueden reptar a través del abdomen de su madre y alcanzar el pecho para alimentarse, huelen y tocan el pecho de su madre estimulando la formación y producción de leche materna al iniciar la succión y alimentación.

2.3.5.4 Bienestar del bebé

Las prácticas de cuidados que se deben realizar al recién nacido son actividades diarias para mantener su bienestar, pero lo más importante para realizar estos es que la madre sea quien los realice por el vínculo afectivo que tienen ella con su hijo; y más aún, porque la

característica principal para que sean totalmente efectivos y promueven el bienestar del bebé es que se realizan con amor, sin olvidar que se deben realizar con todo el conocimiento del caso, para evitar errores que pueden ser fatales, a la hora de administrar algún medicamento o del uso adecuado de la ropa del bebé (39).

Para suplir las necesidades básicas que tiene el recién nacido de afecto es fundamental que cada una de las actividades que se realice con él se hagan con amor. El bienestar del bebé en todos los aspectos, influye en la forma de establecer un vínculo afectivo y de generar el afecto que tanto necesita un bebé (20).

2.3.5.5 Preocupación y protección del bebé

Las preocupaciones de las madres primíparas es cuidar a su bebé a la perfección, lo cual incluye la buena salud, las vacunas, y en todo momento cuidar de su bebé; por ello, las madres buscan reforzar la protección a medida que transcurra el tiempo pues esta será la primera experiencia que forjara su rol de madre, y que influenciara en su desarrollo del bebé (20).

La protección del bebé normal consiste en supervisar esta adaptación y que no se presenten factores que la alteren, para prevenir o anticiparse a los problemas. El cuidado compete a la madre, por eso es de especial importancia ayudarla a que comprenda los fenómenos fisiológicos que se presentan (40).

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. **Ámbito del estudio**

El estudio se llevó a cabo en la jurisdicción del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari, ubicado en el Jr. Miguel Grau N°70-Amarilis, Huánuco – Hospital nivel 2-I, que brinda servicios a la comunidad de Amarilis-Huánuco.

3.2. **Población**

Estuvo constituido por una población de madres primerizas, usuarias del Centro de Salud Carlos Showig Ferrari, para los cuales se tuvo en cuenta los siguientes criterios:

Criterios de inclusión: se incluyó a las madres que:

- Aceptaron firmar el consentimiento informado aceptando su participación en el estudio.
- Fueran madres puérperas inmediatas y primerizas
- No recibieron ninguna intervención educativa.
- Madres que residen en que zona de San Luis, Sector 1, 2, 3, 4,5, Paucarbamba, Zona Cero, Asentamiento humano Pedro Wuilca.

Criterios de exclusión: se excluyó a las madres que:

- No aceptaron el consentimiento informado
- Dieron a luz por cesárea
- Fueron madres puérperas tardías

Se trabajó con la fórmula para población desconocida, teniendo en cuenta las variables categóricas.

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 * S^2}{d^2}$$

Alfa (Máximo error tipo I)	$\alpha =$	0,010
Nivel de Confianza	$1 - \alpha/2 =$	0,995
Z de (1- $\alpha/2$)	$Z (1 - \alpha/2) =$	2,576
Desviación estándar	$s =$	2,600
Varianza	$s^2 =$	6,760
Precisión	$d =$	0,910
Tamaño de la muestra	$n =$	54,16

Se trabajó con una muestra de 54 madres, pero en el proceso de recolección de datos, se perdieron a 5 unidades de estudio. Finalmente se consideró a una muestra de 49 madres, seleccionadas aleatoriamente.

3.3. Nivel y tipo de estudio

Según la manipulación de las variables, intervención de las investigadoras, el presente estudio fue un estudio **experimental**, puesto que se manipuló la variable dependiente.

El nivel de estudio, fue un estudio relacional, ya que se trató de explicar la relación entre las variables propuestas.

Por el tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información, el estudio fue de tipo **prospectivo**, puesto que se recogieron datos del tiempo presente de una fuente primaria.

De acuerdo al período y secuencia del estudio; fue **longitudinal** porque se estudió las variables en dos momentos (preintervención y postintervención).

Según el número de variables, el presente estudio fue **analítico**, puesto que se tuvo dos variables: variable dependiente e independiente.

3.4. Diseño de estudio

El diseño del presente estudio corresponde a un estudio cuasi experimental, con un solo grupo, con aleatoriedad, tal como se muestra en el siguiente esquema:

Grupo	Antes	Intervención	Después
G ₁	O ₁	I	O ₂

Dónde:

G₁ : Grupo de estudio (experimental)

I : Intervención (seguimiento domiciliario)

O₁ y O₂: Observación preintervención y observación postintervención.

3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Como técnica se utilizó la entrevista individualizada y como instrumentos se utilizó los siguientes:

- **Guía de entrevista de las características generales de la madre** (Anexo 01). Este instrumento fue elaborado por las investigadoras, consta de 14 reactivos y dos dimensiones, referida a las características de la madre y del niño.
- **Escala de adopción del rol materno** (Anexo 02). Este instrumento fue elaborado por Ramona Mercer, consta de 36 reactivos, y 5 dimensiones, el mismo que tiene 5 opciones de respuestas. Este instrumento fue modificado por las investigadoras con el aporte de los expertos durante el proceso de validación.

3.5.1. Validez de los instrumentos de recolección de datos

Los instrumentos de medición, fueron sometidos a los siguientes procedimientos de validación:

a. Revisión del conocimiento disponible (Validez racional)

Para asegurar la mejor representatividad de los ítems de los instrumentos de recolección de datos, se realizó la revisión de diversos antecedentes de investigación referidos a las variables en estudio, con la cual se pudo elaborar los instrumentos de medición. Para la escala del rol materno se tomó las referencias de la teórica Ramona Mercer.

b. Juicio de expertos (Validación por jueces)

Los instrumentos de recolección de datos fueron sometidos a la revisión de expertos y jueces quienes evaluaron de manera independiente cada reactivo considerado en los instrumentos de medición, para lo cual se tuvo en cuenta los siguientes criterios:

- **Pertinencia:** los ítems tienen relación lógica con la dimensión o indicador de la variable o variables en estudio.
- **Suficiencia:** los ítems de cada dimensión son suficientes.
- **Claridad:** los ítems son claros, sencillos y comprensibles para la muestra en estudio.
- **Vigencia:** los ítems de cada dimensión son vigentes.
- **Objetividad:** los ítems se verifican mediante una estrategia
- **Estrategia:** el método responde al objetivo del estudio.
- **Consistencia:** los ítems se pueden descomponer adecuadamente en variables e indicadores.

Los expertos y jueces revisores fueron seleccionados de modo interdisciplinario según el dominio de la temática en estudio (expertos en atención del recién nacido). Se les entregó la matriz de consistencia del proyecto, la hoja de instrucciones y los instrumentos de recolección de datos para la revisión respectiva. Al final, los jueces y expertos firmaron una constancia de validación indicando su conformidad con los instrumentos de medición.

c. Validación por aproximación a la población

Los instrumentos de recolección de datos fueron sometidos a un primer piloto, para el cual se eligió una pequeña muestra de 3 madres primerizas con características similares a la muestra en estudio, con la finalidad de identificar si la redacción de los reactivos son adecuadas para una buena comprensión de las mismas por parte de las personas entrevistadas. Igualmente, sirvió para considerar si la duración de los instrumentos es la adecuada o para superar otras dificultades que pueden presentarse en el proceso de recolección de datos y así evitar el sesgo de información.

d. Consistencia interna (Validez Cuantitativa)

Para determinar la consistencia interna del cuestionario de conocimientos, se realizó un segundo piloto a una muestra de 15 madres primerizas elegidos según muestreo no probabilístico y según criterio de las investigadoras, con características similares de la muestra en estudio, con el fin de elaborar una base de datos, con el cual se calculó la confiabilidad a través de la prueba Alfa de Crombach de 0,91 para la escala del rol materno.

3.5.2. Procedimiento de recolección de datos

Para la recolección de datos se tuvo en cuenta los siguientes pasos:

- Coordinación con el jefe del centro de salud y con el enfermero responsable de promoción de la salud.

- Aplicación del consentimiento informado
- Aplicación de los instrumentos pretest.
- Fortalecimiento del rol materno a través de las visitas domiciliarias
- Aplicación de los instrumentos posttest
- Control de calidad de los datos
- Procesamiento estadístico de los datos en el PASW V 22.0
- Elaboración del informe final

Procedimientos para desarrollar, seguimiento de enfermería en el puerperio

Se realizó 2 visitas domiciliarias a las madres puérperas primerizas con hijos entre 1 semana hasta 29 días de nacidos, usuarias del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari de Amarilis. Dichas visitas domiciliarias se llevaron a cabo según el protocolo de visitas el mismo que figura en el anexo 05, previa coordinación de la disponibilidad de tiempo de las madres en estudio. Durante las visitas domiciliarias se abarcaron las siguientes temáticas.

- 1.1. Aceptación del bebé.
- 1.2. Contacto con la madre.
- 1.3. Estimulación temprana.
- 1.4. Bienestar del bebé.
- 1.5. Preocupación y protección del bebé.

La periodicidad de las visitas fueron cada 15 días, cada visita tuvo una duración de 45 minutos.

3.6. Tabulación y análisis de datos

En primer lugar, se realizó la revisión de los datos, donde se examinó en forma crítica cada uno de los instrumentos que se utilizó; asimismo, se hizo el control de calidad a fin de hacer las correcciones necesarias. Seguido a ello, se efectuó la codificación de los datos, de acuerdo a las respuestas esperadas en los instrumentos respectivos según las variables del estudio. Después de ello, se llevó a cabo la clasificación de los datos de acuerdo a las variables de forma categórica, numérica y ordinal. Finalmente, se presentaron los datos en tablas académicas y en figuras de las variables en estudio.

Análisis descriptivo. Se tuvo en cuenta las medidas de tendencia central y dispersión para las variables numéricas y de frecuencias para las variables categóricas. Se emplearon figuras para facilitar la comprensión, en cada caso se trató de generar que el estímulo visual sea simple, resaltante y fácilmente comprensible.

Análisis inferencial. Se consideró el análisis bivariado a nivel categórico entre todas las variables (las variables numéricas fueron categorizadas de acuerdo a estándares conocidos y aprobados). Para verificar la normalidad de los datos se aplicó la prueba de Kolmogorov Smirnov, con ello se pudo aplicar la prueba t de student para variables numéricas; teniendo en cuenta el valor de la significancia estadística $p \leq 0,05$, con el 95% de confianza.

3.7. Aspectos éticos de la investigación

La presente investigación se establece en base a los preceptos del Código de Ética y Deontología Profesional del Colegio de Enfermeros del Perú. Por tanto, se tomó en consideración:

El respeto a la confidencialidad de los datos, confiriéndole seguridad, así como reserva a la información obtenida acerca de los sujetos con respecto a las variables medidas en ellos. En este sentido, los datos reportados por los sujetos están exceptos de identificación personal, lo cual resalta la condición de anonimato.

Asimismo las investigadoras asumieron la responsabilidad de todos los aspectos de la investigación; por ende, fueron los responsables de responder todas las inquietudes e interrogantes que puedan presentarse. Además, las investigadoras se cercioraron de que cada uno de los participantes se encuentre libre de coacción indicando el carácter voluntario de su participación. También este estudio se remarcó el empleo de los siguientes principios:

- **Beneficencia:** esta investigación será de beneficio para las madres, para que más adelante se implementen programas de mejoras en el cuidado del binomio madre-niño.
- **No maleficencia:** no se puso en riesgo la dignidad, ni los derechos y el bienestar de los participantes.
- **Autonomía:** se respetó este principio, ya que se les explicó que podían retirarse en el momento que lo desearan, la participación voluntaria.

Todos los aspectos éticos se encuentran plasmados en el consentimiento informado, el mismo que se encuentra en el Anexo 3.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. Resultados descriptivos

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LAS PUÉRPERAS PRIMERIZAS, USUARIAS DE UN CENTRO DE SALUD DE HUÁNUCO, 2016

Característica demográficas	n=49	
	fi	%
Grupo de edad		
Adolescente (17-19)	24	49,0
Adulta joven (20-39)	25	51,0
Estado civil		
Soltera	10	20,4
Casada	4	8,2
Conviviente	35	71,4

Fuente. Guía de entrevista de las características generales aplicado a las madres primerizas, usuarias de un Centro de Salud de Huánuco, 2016 (Anexo 01).

En la tabla 1, sobre las características sociodemográficas de las madres primerizas, usuarias de un Centro de Salud de Huánuco durante el 2016, se aprecia que más de la mitad están conformadas por madres adultas jóvenes [51,0% (25)], frente a 49,0% (24) que son adolescentes.

Respecto al estado civil, 71,4% (35) de ellas son convivientes, seguido de 20,4% (10) que son solteras.

TABLA 2. DESCRIPCIÓN DE LA EDAD DE LAS PUÉRPERAS PRIMERIZAS, USUARIAS DE UN CENTRO DE SALUD DE HUÁNUCO, 2016

Edad	X	Mediana (Q2)	DE	Min.	Max	Moda
Años	21,27	21	3,84	16	34	19

Fuente. Guía de entrevista de las características generales aplicado a las madres primerizas, usuarias de un Centro de Salud de Huánuco, 2016 (Anexo 01).

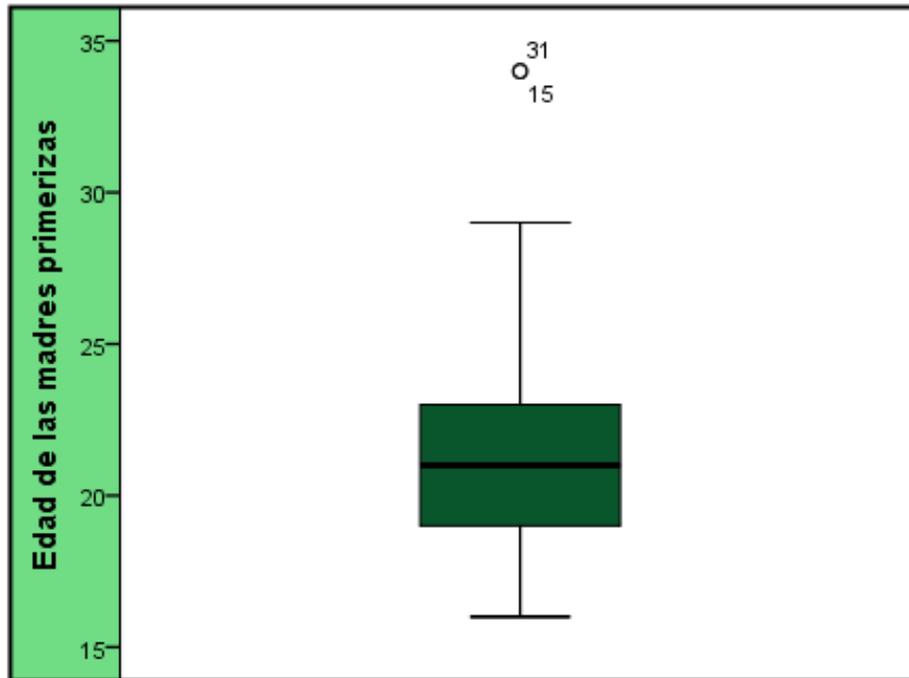


Figura 1. Promedio de las edades de las puérperas primerizas, usuarias de un Centro de Salud de Huánuco, 2016.

En la figura 1, acerca del promedio de edades de las madres primerizas en estudio, se aprecia que la edad mínima y máxima es 16 y 34 años respectivamente, en tanto el promedio de edad fue alrededor de 21 años con desviación estándar de 3,84 años, observándose algunos edades atípicas

TABLA 3. CARACTERÍSTICAS SOCIALES DE LAS PUÉRPERAS PRIMERIZAS, USUARIAS DE UN CENTRO DE SALUD DE HUÁNUCO, 2016

Característica sociales	n=49	
	fi	%
Grado de escolaridad		
Secundaria incompleta	6	12,2
Secundaria completa	22	44,9
Superior incompleta	11	22,4
Superior completo	10	20,4
Ocupación		
Ama de casa	39	79,6
Comerciante	2	4,1
Trabajadora pública	2	4,1
Estudiante	6	12,2
Religión		
Católica	35	71,4
Evangélica	14	28,6

Fuente. Guía de entrevista de las características generales aplicado a las madres (Anexo 01).

En la presente tabla 3, sobre las características sociales de las madres primerizas en estudio, se halló que cerca de la mitad de la muestra cuentan con secundaria completa [44,9% (22)], seguido de 22,4% (11) que tienen el nivel superior incompleto.

En cuanto a la ocupación, 79,6% (39) son amas de casa, seguido de 12,2% (6) que aún son estudiantes.

Por último, 71,4% (35) profesan la religión católica, frente a 28,6% (14) que son evangélicos.

TABLA 4. CARACTERÍSTICAS FAMILIARES DE LAS PUÉRPERAS PRIMERIZAS, USUARIAS DE UN CENTRO DE SALUD DE HUÁNUCO, 2016

Característica familiares	n=49	
	fi	%
Persona con quien actualmente vive		
Ambos padres	25	51,0
Uno de los padres	10	20,4
Algún familiar	2	4,1
Otro persona	12	24,5
Convivencia con el padre del bebé		
Sí	31	63,3
No	18	36,7

Fuente. Guía de entrevista de las características generales aplicado a las madres (Anexo 01).

En la tabla 4, sobre las características familiares de las madres primerizas en estudio, se observa que la mitad de ellas [51,0% (25)] viven en momento del estudio con sus padres, seguido de 24,5% (12) que viven con otra persona. La mayoría de la muestra [63,3% (31)] viven con su pareja, frente a 36,7% (18) que sucede lo contrario.

TABLA 5. SITUACIÓN DEL PARTO DE LAS PUÉRPERAS PRIMERIZAS USUARIAS DE UN CENTRO DE SALUD DE HUÁNUCO, 2016.

Situación reproductiva	n=49	
	fi	%
Edad gestacional del parto		
< de 34 semanas	2	4,1
35 semanas	2	4,1
37 semanas	12	24,5
38 semanas	6	12,2
39 semanas	27	55,1
Tipo de parto		
Eutócico	40	81,6
Distócico	9	18,5

Fuente. Guía de entrevista de las características generales aplicado a las madres (Anexo 01).

En la tabla 5, sobre la situación reproductiva de las madres primerizas en estudio, se evidencia que en más de la mitad de ellas [55,1% (27)],

alcanza la edad gestacional de 39 semanas alistándose el período de parto; seguido de 24,5% (12) que tuvieron 37 semanas durante el inicio del parto. Respecto al tipo de parto el 81,6% (40) fue eutócico, seguido de 18,5% (9) que fue distócico.

TABLA 6. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL RECIÉN NACIDO CUYAS PUÉRPERAS SON PRIMERIZAS, USUARIAS DE UN CENTRO DE SALUD DE HUÁNUCO, 2016

Características del recién nacido	n=49	
	fi	%
Género		
Masculino	33	67,3
Femenino	16	32,7
Peso de nacimiento		
Normal	37	75,5
Bajo peso	2	4,1
Sobrepeso	2	4,1

Fuente. Guía de entrevista de las características generales aplicado a las madres (Anexo 01).

En la presente tabla 6, sobre las características de los niños/as de las madres primerizas en estudio, se halló que el 67,3% (33) fueron del género masculino, frente a 32,7% (16) de féminas. En relación al peso del nacimiento, 75,5% (37) tuvieron peso normal.

TABLA 7. DESCRIPCIÓN DEL PESO DE LOS RECIÉN NACIDOS DE LAS PUÉRPERAS PRIMERIZAS, USUARIAS DE UN CENTRO DE SALUD DE HUÁNUCO, 2016

Género	x	Mediana (Q2)	DE	Min.	Max	Moda
Masculino	3,39	3,44	0,36	2,55	4,09	3,8
Femenino	3,27	3,35	0,61	2,00	4,10	2,0

Fuente. Guía de entrevista de las características generales aplicado a las madres (Anexo 01).

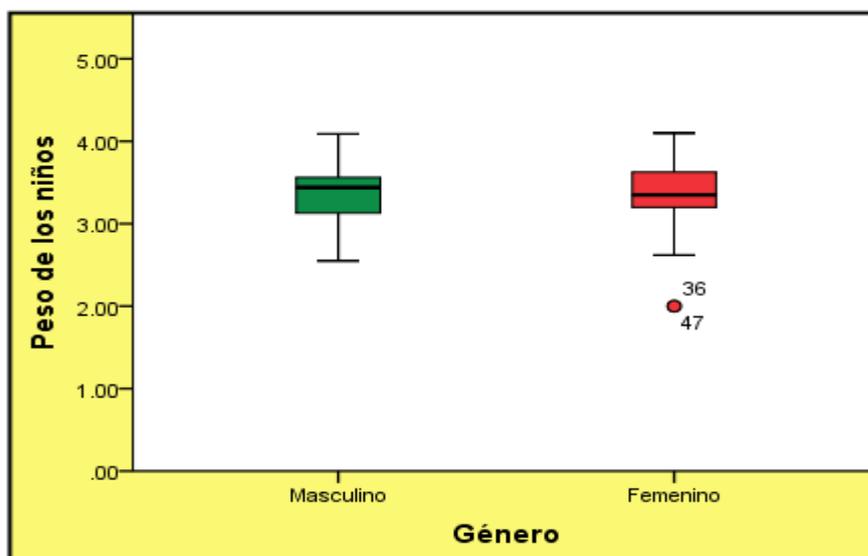


Figura 2. Peso del recién nacido de las puérperas primerizas, usuarias de un Centro de Salud de Huánuco, 2016.

En la presente tabla 7 y figura 2, sobre el peso de los niños de las madres primerizas en estudio, se aprecia que los RN cuentan como peso mínimo como máximo lo siguiente: los masculinos tuvieron entre 2,550 y 4,090 kg, con un promedio de 3,320 kg, con una desviación estándar de 0,360. Mientras que el peso mínimo como máximo de los recién nacidos del grupo féminas fue 2,00 y 4,10 kg, con un promedio de 3,05 kg con una desviación estándar de 0,61.

TABLA 8. HORAS QUE DEDICAN AL CUIDADO DE SU RECIÉN NACIDO LAS PUÉRPERAS PRIMERIZAS, USUARIAS DE UN CENTRO DE SALUD DE HUÁNUCO, 2016

Horas de cuidado del recién nacido	n=49	
	fi	%
Horas que le dedica a su hijo		
1 h	2	4,1
2 h	2	4,1
3 h	4	8,2
6-12 h	4	8,2
24 h	37	75,5

Fuente. Guía de entrevista de las características generales aplicado a las madres (Anexo 01).

En la presente tabla 8, sobre horas que dedican al cuidado de su RN las madres primerizas en estudio se observa que, las tres cuartas partes [75,5% (37)] lo dedican todo el día y la noche es decir las 24 horas del día, seguido del 8,2% (4) que lo dedican entre 3, 6 y 12 horas respectivamente.

TABLA 9. DESCRIPCIÓN DE LOS MOMENTOS DEL ESTUDIO DE LA ADOPCIÓN DEL ROL MATERNO EN LA DIMENSIÓN ACEPTACIÓN DEL BEBÉ POR LAS PUÉRPERAS PRIMERIZAS, USUARIAS DE UN CENTRO DE SALUD DE HUÁNUCO, 2016

Aceptación del bebé	Tiempo	N	Media	DE	Mediana
A veces prefiero no dar de lactar a mi bebé para cuidar la estética de mis senos.	Antes	49	2,00	1,35	1
	Después	49	1,80	1,38	1
Imito los balbuceos y sonidos que hace mi bebé	Antes	49	3,65	0,90	4
	Después	49	4,29	0,61	4
Estoy dispuesta a cambiarle el pañal a mi bebé cada vez que lo necesite.	Antes	49	3,37	1,24	3
	Después	49	4,69	0,47	5
Me cuesta aceptar a mi bebé	Antes	49	2,35	1,15	2
	Después	49	2,04	1,57	1
Me siento capaz de salir adelante con mi bebé	Antes	49	3,20	1,38	3
	Después	49	4,35	1,07	5
Pienso que el CRED no es necesario para mí bebé	Antes	49	2,29	1,12	2
	Después	49	1,76	1,30	1
Trato de ocultar el hecho de que tengo un bebé porque me avergüenza.	Antes	49	2,57	1,17	2
	Después	49	1,63	1,22	1
Cuando cosquilleo a mi bebé observo una respuesta de alegría en él	Antes	49	3,45	1,39	4
	Después	49	4,59	0,71	5
Aunque tenga muchas actividades que realizar, siempre me doy tiempo para cuidar a mi bebé.	Antes	49	3,65	1,44	4
	Después	49	4,84	0,37	5
El hecho de lactar une emocionalmente a las madres con sus hijos.	Antes	49	4,49	0,96	5
	Después	49	4,76	0,52	5

Fuente. Escala de adopción del rol materno (ARM) modificada por las investigadoras (Anexo 02).

En la tabla 9, sobre la aceptación del bebé como dimensión de la adopción del rol materno por las madres primerizas en los momentos en estudio, se aprecia (en una escala de 1-5) que antes de la intervención, se muestran “Indecisas” respecto a que aunque tengan muchas actividades que realizar, siempre se dan tiempo para cuidar a su bebé con

un promedio de 3,65 (DE= 1,44), y que imita los balbuceos y sonidos que hace su bebé con una media de 3,65 (DE= 0,90).

En tanto, después de la intervención se mostraron “De acuerdo” con que aunque tengan muchas actividades que realizar, siempre se dan su tiempo para cuidar a su bebé con una media de 4,84 (DE= 0,37), en un promedio de 4,76 (DE= 0,52), en el hecho de considerar que lactar une emocionalmente a las madres con sus hijos, en un promedio de 4,59 (DE =0,71) respecto a cuando cosquillea a su bebé observa una respuesta de alegría en él, en un promedio de 4,35 (DE = 1,26) respecto a sentirse capaz de salir adelante con su bebé, en un promedio de 4,69 (DE = 0,47) respecto a estar dispuesta a cambiarle el pañal a su bebé cada vez que lo necesite y en un promedio de 4,29 (DE= 0,61), al hecho de imitar balbuceos y sonidos que hace el bebé.

En base a los promedios obtenidos después de la intervención, las puérperas primerizas muestran su “acuerdo” con la mayoría de los indicadores de la dimensión aceptación del bebé del rol materno.

TABLA 10. DESCRIPCIÓN DE LOS MOMENTOS DEL ESTUDIO DE LA ADOPCIÓN DEL ROL MATERNO EN LA DIMENSIÓN CONTACTO CON LA PUÉRPERA PRIMERIZA DE UN CENTRO DE SALUD DE HUÁNUCO, 2016

Contacto con la madre	Tiempo	N	Media	DE	Media na
Me agrada tener a mi bebé en mis brazos	Antes	49	3,51	1,16	4
	Después	49	4,06	1,07	5
Cuando mi bebé responde a mis estímulos yo lo abrazo o felicito	Antes	49	3,16	0,94	3
	Después	49	3,80	1,12	4
Me agrada masajear la espalda de mi bebé con mucha delicadeza.	Antes	49	2,47	0,96	2
	Después	49	4,14	0,96	4
Creo que otro familiar cuida a mi bebé mejor que yo	Antes	49	2,41	1,00	2
	Después	49	3,04	1,17	3
Terceras personas se encargan de la crianza de mi bebé	Antes	49	2,31	1,14	2
	Después	49	2,59	0,93	2
Prefiero yo misma encargarme de alimentar a mi bebé.	Antes	49	3,88	1,36	4
	Después	49	4,43	0,82	5
Cuando le hablo a mi bebé, lo hago con palabras cariñosas.	Antes	49	4,49	0,92	5
	Después	49	4,49	0,92	5

Fuente. Escala de adopción del rol materno (ARM) modificada por las investigadoras (Anexo 02).

En la presente tabla 10, acerca del rol materno en la dimensión contacto madre-hijo en los momentos en estudio, se aprecia (en una escala de 1-5) que antes de la intervención las madres se muestran “Indecisas” en un promedio de 3,51 (DE= 1,16), respecto a que les agrada tener a su bebé en sus brazos y con una media de 3,88 (DE= 1,36) respecto a la preferencia de encargarse de la alimentación a su bebé.

Después de la intervención (seguimiento domiciliario), las madres mostraron estar “de acuerdo” en un promedio de 4,49 (DE= 0,92), respecto al hecho de hablarles con palabras cariñosas a su bebé, en un promedio de 4,43 (DE = 0,82), en la preferencia de las madres por ser

ellas mismas la persona quien se encarga de alimentar a su bebé, en un promedio de 4,14 (DE = 0,96), respecto al agrado por masajear la espalda de su bebé con mucha delicadeza y en un promedio de 4,06 (DE= 1,07), acerca de que les agrada tener a su bebe en sus brazos, y, en un promedio de 3,80 (DE = 1,12) para cuando su bebé responde a sus estímulos ella lo abraza o felicita.

Como se puede notar la intervención incrementa los promedios en los indicadores de la dimensión contacto con la madre del rol materno.

TABLA 11. DESCRIPCIÓN DE LOS MOMENTOS DEL ESTUDIO DE LA ADOPCIÓN DEL ROL MATERNO EN LA DIMENSIÓN ESTIMULACIÓN TEMPRANA POR PUÉRPERAS PRIMERIZAS, USUARIAS DE UN CENTRO DE SALUD DE HUÁNUCO, 2016

Estimulación temprana	Tiempo	N	Media	DE	Media na
Le doy objetos a mi bebé para que los pueda tocar y aprenda a manipularlos.	Antes	49	3,20	1,00	3
	Después	49	3,88	1,27	4
Cuando mi bebé llora, le hablo con voz baja y susurrando palabras tranquilizadoras.	Antes	49	3,47s	1,02	3
	Después	49	4,67	0,47	5
Prefiero ser yo, quien se encargue del baño de mi bebé.	Antes	49	2,49	1,06	2
	Después	49	4,59	0,57	5
Mientras doy de lactar a mi bebé me gusta acariciarlo.	Antes	49	2,84	1,19	3
	Después	49	4,71	0,54	5
Trato que mi bebé acaricie mi rostro.	Antes	49	3,47	1,24	4
	Después	49	4,45	0,65	5
Practico con mi bebé ejercicios que le puedan ayudar a su desarrollo.	Antes	49	3,80	1,26	4
	Después	49	4,67	0,63	5
Cuando juego con mi hijo me gusta que el aprenda algo nuevo.	Antes	49	4,04	1,29	5
	Después	49	4,63	0,64	5
Cuando doy de lactar a mi bebé me gusta hablarle.	Antes	49	4,27	1,20	5
	Después	49	4,84	0,47	5

Fuente. Escala de adopción del rol materno (ARM) modificada por las investigadoras (Anexo 02).

En la tabla 11, sobre la estimulación temprana en la adopción del rol materno por las madres primerizas, antes de la intervención las madres (en una escala de 1-5) se mostraron “Indecisas” alcanzando un promedio de 4,27 (DE= 1,20), para cuando le dan lactar a su bebé les gusta hablar al bebé, un promedio 4,04 (DE= 1,29), cuando juegan con su hijo les gusta que aprendan algo nuevo, un promedio de 3,47 con (DE= 1, 02), cuando su bebé llora, le habla con voz baja y susurrando palabras tranquilizadoras, un promedio de 3,80 (DE= 1,26), para practicar con su

bebé ejercicios que le puedan ayudar a su desarrollo y un promedio de 3,47 (DE= 1,24), para tratar que sus bebés acaricie su rostro,

Estas apreciaciones se modificaron después de la intervención con el seguimiento domiciliario en términos “De acuerdo”, donde un promedio de 4,84 con (DE= 0, 47), admitiendo el cuidado para para cuando le dan lactar a su bebé les gusta hablarles, u promedio de 4,71 (DE= 0, 54), para cuando mientras le da de lactar a su bebé le gusta acariciar al bebé; un promedio de 4,67 (DE = 0,63) cuando practica con su bebé ejercicios que le puedan ayudar a su desarrollo, en similar promedio de 4,67 (DE = 0,47) para cuando su bebé llora, le habla con voz baja y susurrando palabras tranquilizadoras, un promedio de 4,63 (DE= 0, 64), para cuando juega con su hijo le gusta que el bebé aprenda algo nuevo, un promedio de 4,59 (DE= 0, 57), al hecho de preferir ser ella misma, quien se encargue del baño de su bebé.

TABLA 12. DESCRIPCIÓN DE LOS MOMENTOS DEL ESTUDIO DE LA ADOPCIÓN DEL ROL MATERNO EN LA DIMENSIÓN BIENESTAR DEL BEBE POR PUÉRPERAS PRIMERIZAS, USUARIAS DE UN CENTRO DE SALUD DE HUÁNUCO, 2016

Bienestar del bebe	Tiempo	N	Media	DE	Media na
Cuando mi bebé llora dejo lo que estoy haciendo y voy a atenderlo.	Antes	49	4,35	0,75	4
	Después	49	3,98	0,78	4
El momento de juego con mi bebé es indispensable en mi rutina diaria.	Antes	49	4,73	0,45	5
	Después	49	3,73	0,64	4
Tengo en casa medicamentos “necesarios” para lo que requiere mi bebé en caso de enfermarse.	Antes	49	3,80	1,31	4
	Después	49	3,98	0,80	4
Cuido que mi bebé utilice ropa adecuada a la estación para evitar que se enferme o tenga sarpullido.	Antes	49	2,96	1,21	3
	Después	49	4,59	0,71	5

Fuente. Escala de adopción del rol materno (ARM) modificada por las investigadoras (Anexo 02).

En la presente tabla 12, acerca del cuidado del bienestar del bebe en la adopción del rol materno por las madres primerizas y durante los momentos del estudio, se aprecia (en una escala de 1-5) que antes de la intervención se mostraron “Indecisas” un promedio de 4,73 (DE= 0, 45) en cuanto a que el momento de juego con su bebé es indispensable en su rutina diaria, un promedio de 4,35 (DE = 0,75) respecto a cuándo su bebé llora, deja lo que está haciendo y va a atender al niño, en un promedio de 3,80 (DE= 1,31), al hecho de considerar necesario el tener en casa medicamentos para lo que requiere su bebé en caso de enfermarse.

Mientras que después de la intervención se mostraron “De acuerdo” acerca del cuidado de su bebé cuando utiliza ropa adecuada a la estación para evitar que se enferme o tenga sarpullido con un promedio de 4,59 (DE= 0,71), en un promedio de 3,98 (DE = 0,78), en relación a

cuando su bebé llora, deja lo que está haciendo y va a atender al niño; y un promedio de 3,80 (DE = 1.31) al hecho de considerar necesario el tener en casa medicamentos para lo que requiere su bebé en caso de enfermarse, y en un promedio de 3,73 (DE = 0,64) para cuando incluir de forma indispensable en su rutina diaria el tratar de jugar con el bebé.

TABLA 13. DESCRIPCIÓN DE LOS MOMENTOS DEL ESTUDIO DE LA ADOPCIÓN DEL ROL MATERNO EN LA DIMENSIÓN PREOCUPACIÓN Y PROTECCIÓN DEL BEBÉ POR PUÉRPERAS PRIMERIZAS, USUARIAS DE UN DE UN CENTRO DE SALUD DE HUÁNUCO, 2016

Preocupación y protección del bebé	Tiempo	N	Media	DE	Media na
La salud de mi bebé para mi es importante.	Antes	49	3,96	1,14	4
	Después	49	4,63	0,60	5
Hago vacunar a mi bebé en la fecha programada.	Antes	49	4,86	0,41	5
	Después	49	4,39	0,79	5
Me alegra mucho que mi hijo haya nacido sano.	Antes	49	4,67	0,63	5
	Después	49	3,92	0,86	4
Cada vez que mi bebé llora me preocupo por saber qué es lo que necesita.	Antes	49	4,76	0,43	5
	Después	49	3,92	0,81	4
Me preocupo por que a su alrededor no existan objetos que puedan hacerle daño a mi bebé.	Antes	49	4,59	0,64	5
	Después	49	4,08	0,86	4
Si voy por la calle y alguien estornuda cerca, lo primero que hago es cubrir a mi bebé.	Antes	49	4,55	0,89	5
	Después	49	4,10	0,96	5
Tengo la seguridad que seré una buena madre.	Antes	49	4,57	0,68	5
	Después	49	4,55	0,61	5

Fuente. Escala de adopción del rol materno (ARM) modificada por las investigadoras (Anexo 02).

En la tabla 13, sobre la preocupación y protección del bebe como dimensión de la adopción del rol materno durante los momentos del estudio, se observa (en una escala de 1-5) que antes de la intervención estuvieron “Indecisas” un promedio de 4,86 (DE = 0,41) en cuanto a hacer

vacunar a su bebé en la fecha programada, un promedio de 4,76 (DE = 0,43) por el interés de que cuando cada vez que su bebé llora se preocupa por saber qué es lo que necesita., en un promedio de 4,67 (DE = 0,63), por alegrarse mucho de que su hijo/a haya nacido sano/a, un promedio de 4,59 (DE = 0,64) por preocuparse que a su alrededor no existan objetos que puedan hacerle daño a su bebé, un promedio de 4,57 (DE = 0,68) por tener la seguridad que será una buena madre, y un promedio de 4,55 (DE=0,89) por cuanto si va por la calle y alguien estornuda cerca, lo primero que hace es cubrir a su bebé.

En tanto después de la intervención se mostraron “De acuerdo” alcanzando un promedio de 4,63 (DE = 0,60) en cuanto a tener en cuenta que la salud de su bebé para ella es importante, un promedio de 4,55 (DE = 0,61) en cuanto a tener la seguridad de que será una buena madre, un promedio de 4,39 (DE = 0,79) por considerar la oportunidad de hacer vacunar a su bebé en la fecha programada, un promedio de 4,08 (DE = 0,86) por preocuparse por que a su alrededor no existan objetos que puedan hacerle daño a su bebé y un promedio de 4,10 (DE = 0,96) por proteger a su bebé cuando va por la calle y alguien estornuda cerca, lo primero que hace es cubrir a su bebé.

TABLA 14. ADOPCIÓN DEL ROL MATERNO SEGÚN DIMENSIONES POR LAS PUÉRPERAS PRIMERIZAS, USUARIAS DE UN CENTRO DE SALUD DE HUÁNUCO, 2016

Adopción del rol materno según dimensiones	Tiempo	N	Media	DE	Mediana
Aceptación del bebe	Antes	49	31,02	4,70	32
	Después	49	34,73	4,87	34
Contacto con la madre	Antes	49	22,22	1,49	22
	Después	49	26,55	3,10	26
Estimulación temprana	Antes	49	27,57	5,10	28
	Después	49	36,45	2,94	37
Bienestar del bebé	Antes	49	15,84	2,29	16
	Después	49	16,29	1,63	16
Preocupación y protección del bebe	Antes	49	29,59	3,05	30
	Después	49	31,96	2,31	32

Fuente. Escala de adopción del rol materno (ARM) modificada por las investigadoras (Anexo 02).

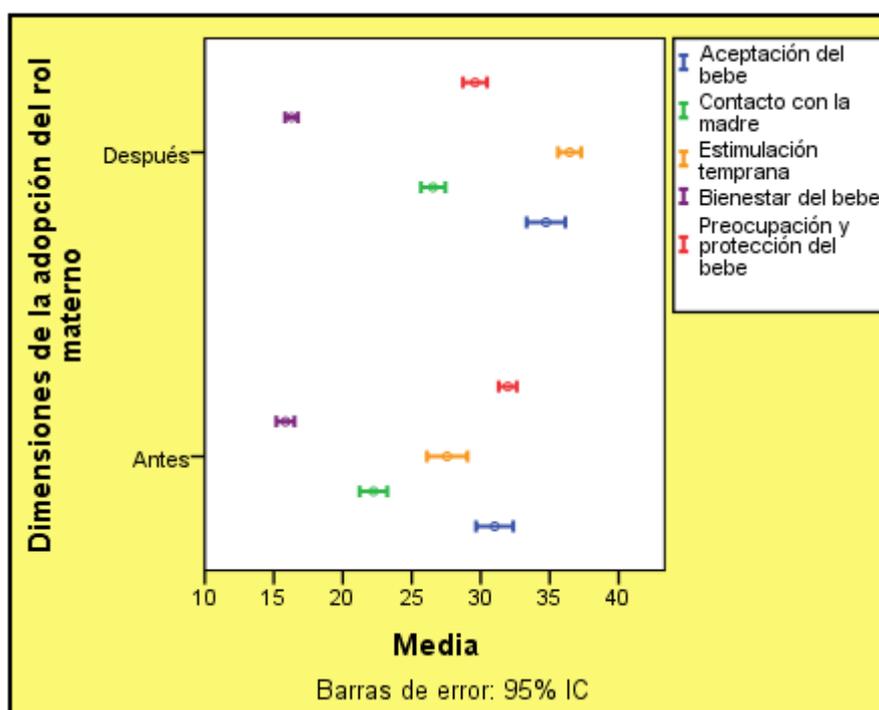


Figura 3. Representación gráfica de la adopción del rol materno según dimensiones por las puérperas primerizas, usuarias de un Centro de Salud de Huánuco, 2016.

En la presente tabla 14 y figura 3, se resume según dimensiones la tendencia del acuerdo con la adopción del rol materno de la muestra durante los momentos del estudio, donde se observa un incremento hasta de 8.88 puntos entre las medias de la dimensión cuidado de la estimulación temprana, también se observa un incremento de 4,33 puntos en la dimensión contacto con la madre, 3.71 puntos en las medias de la dimensión aceptación del bebe y 2,37 puntos al comparar las medias de la dimensión preocupación y protección del bebe. Cabe considerar que también hubo incrementos mínimos en los promedios de estar de acuerdo con las demás dimensiones del rol materno.

TABLA 15. NIVEL DE FORTALECIMIENTO DEL ROL MATERNO SEGÚN DIMENSIONES Y DURANTE LOS MOMENTOS DEL ESTUDIO DESARROLLADO POR LAS PUÉRPERAS PRIMERIZAS, USUARIAS DE UN CENTRO DE SALUD DE HUÁNUCO, 2016

Dimensiones del rol materno	Nivel de fortalecimiento	n=49 Grupos			
		Antes		Después	
		fi	%	fi	%
Aceptación del bebé	Bajo	16	32,7	4	8,2
	Medio	31	63,3	37	75,5
	Alto	2	4,1	8	16,3
Contacto con la madre	Bajo	24	49,0	4	8,2
	Medio	22	44,9	29	59,2
	Alto	3	6,1	16	32,7
Estimulación temprana	Bajo	15	30,6	0	0,0
	Medio	27	55,1	8	16,3
	Alto	7	14,3	41	83,7
Bienestar del bebé	Bajo	6	12,2	2	4,1
	Medio	22	44,9	27	55,1
	Alto	21	42,9	20	40,8
Preocupación y protección del bebé	Bajo	3	6,1	16	32,7
	Medio	17	34,7	16	32,7
	Alto	29	59,2	17	34,7

Fuente. Escala de adopción del rol materno (ARM) modificada por las investigadoras (Anexo 02).

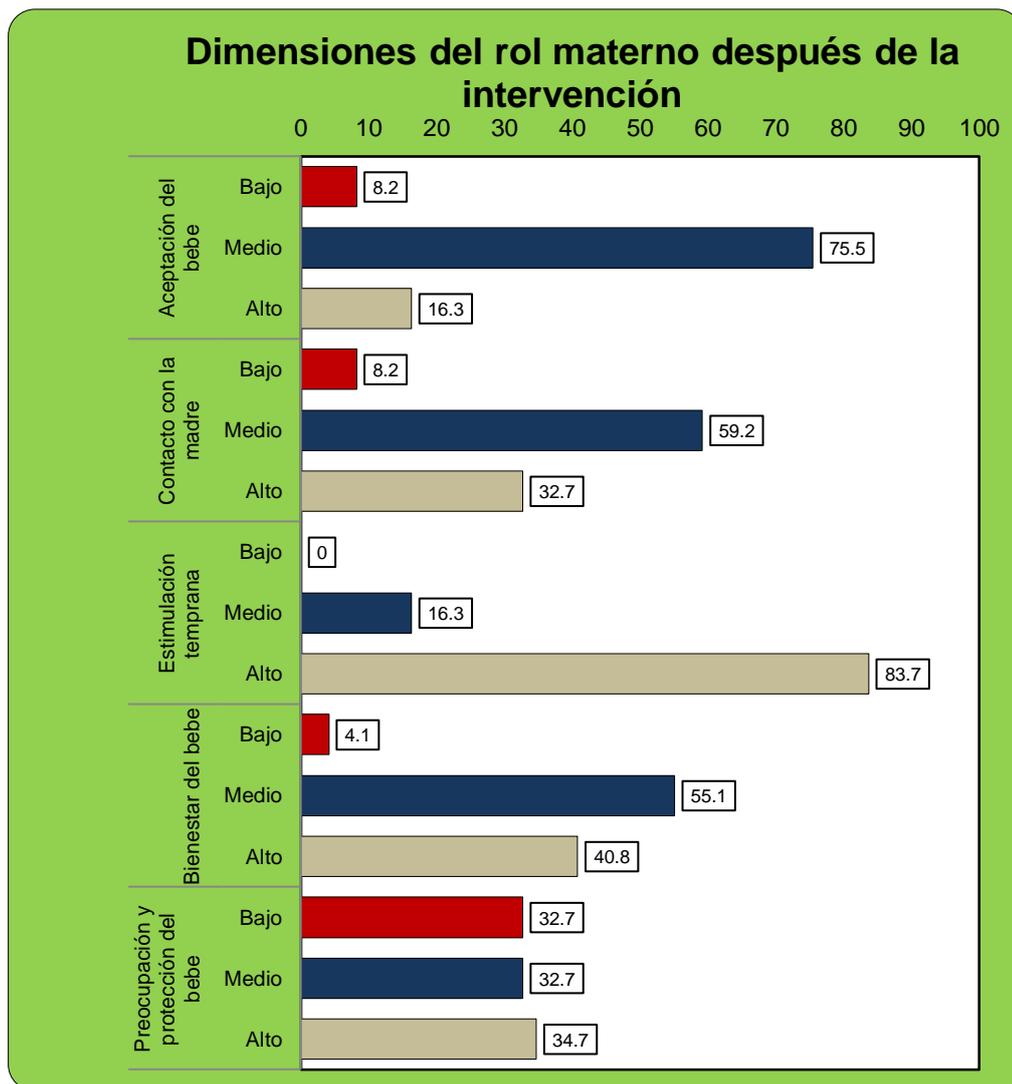


Figura 4. Representación gráfica del nivel de rol materno según sus dimensiones del rol materno después de la intervención de las púerperas primerizas, usuarias de un Centro de Salud de Huánuco, 2016

En la tabla 15 y figura 4, sobre el nivel de fortalecimiento del rol materno según dimensiones y momentos del estudio desarrollado por las madres primerizas en estudio, se halló que antes de la intervención, un mayor porcentaje de madres primerizas mostraron un nivel bajo en el cumplimiento del rol materno según las dimensiones que integran el rol materno. Después de la intervención se evidencia un incremento en los promedios de las dimensiones del rol materno, alcanzando un nivel medio

en la mayoría de las dimensiones consideradas, así un 63,3% (31) desarrolló la dimensión aceptación del bebé, un 55,1% (27) la dimensión estimulación temprana del bebé, un 44,9% (22) en la dimensión bienestar del bebé; y alcanzaron un nivel alto un 59,2% (29) en la dimensión preocupación y protección del bebé. Dichos resultados ponen en claro que el seguimiento domiciliario modificó su rol materno en el cuidado de los bebés de dichas madres primerizas.

TABLA 16. DESCRIPCIÓN EN LOS MOMENTOS DEL ESTUDIO DEL FORTALECIMIENTO DEL ROL MATERNO DE LAS PUÉRPERAS PRIMERIZAS USUARIAS DE UN CENTRO DE SALUD DE HUÁNUCO, 2016

Fortalecimiento del rol materno	Tiempo	N	Media	DE	Mediana
Fortalecimiento del rol materno	Antes	49	128,61	10,73	127
	Después	49	143,61	10,32	145

Fuente. Escala de adopción del rol materno (ARM) modificada por las investigadoras (Anexo 02).

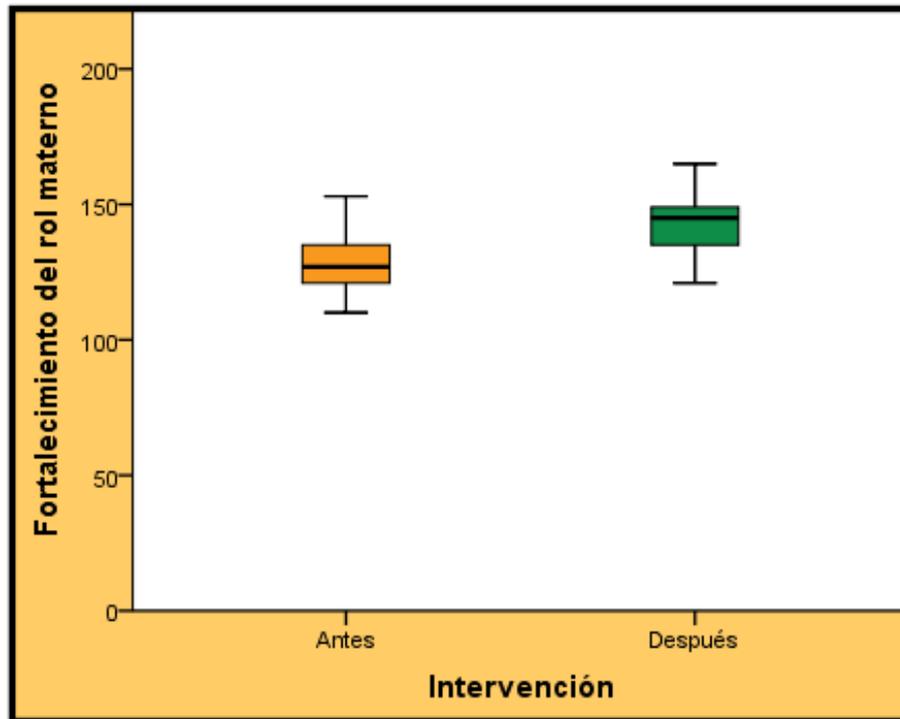


Figura 5. Representación gráfica de la descripción durante los momentos del estudio el fortalecimiento del rol materno de las madres primerizas, usuarias de un Centro de Salud de Huánuco, 2016

En la tabla 16 y figura 5, sobre la descripción durante los momentos del estudio el fortalecimiento del rol materno de las madres primerizas en estudio, donde antes de la intervención se observa un promedio de 128,61 con una desviación estándar 10,73, mientras que luego del seguimiento domiciliario mostraron un incremento del promedio a 143,61 puntos con desviación estándar de 10,32. En consecuencia, se nota los cambios suscitados en el rol materno después de la estrategia del seguimiento domiciliario.

TABLA 17. PORCENTAJE GLOBAL DEL NIVEL DE FORTALECIMIENTO DEL ROL MATERNO DESARROLLADO DURANTE LOS MOMENTOS DEL ESTUDIO POR LAS PUÉRPERAS PRIMERIZAS, USUARIAS DE UN CENTRO DE SALUD DE HUÁNUCO, 2016

Fortalecimiento del rol materno	Nivel	n=49 Grupos			
		Antes		Después	
		fi	%	fi	%
Fortalecimiento del rol materno	Bajo	26	53,1	3	6,1
	Medio	20	40,8	31	63,3
	Alto	3	6,1	15	30,6

Fuente. Escala de adopción del rol materno (ARM) modificada por las investigadoras (Anexo 02).

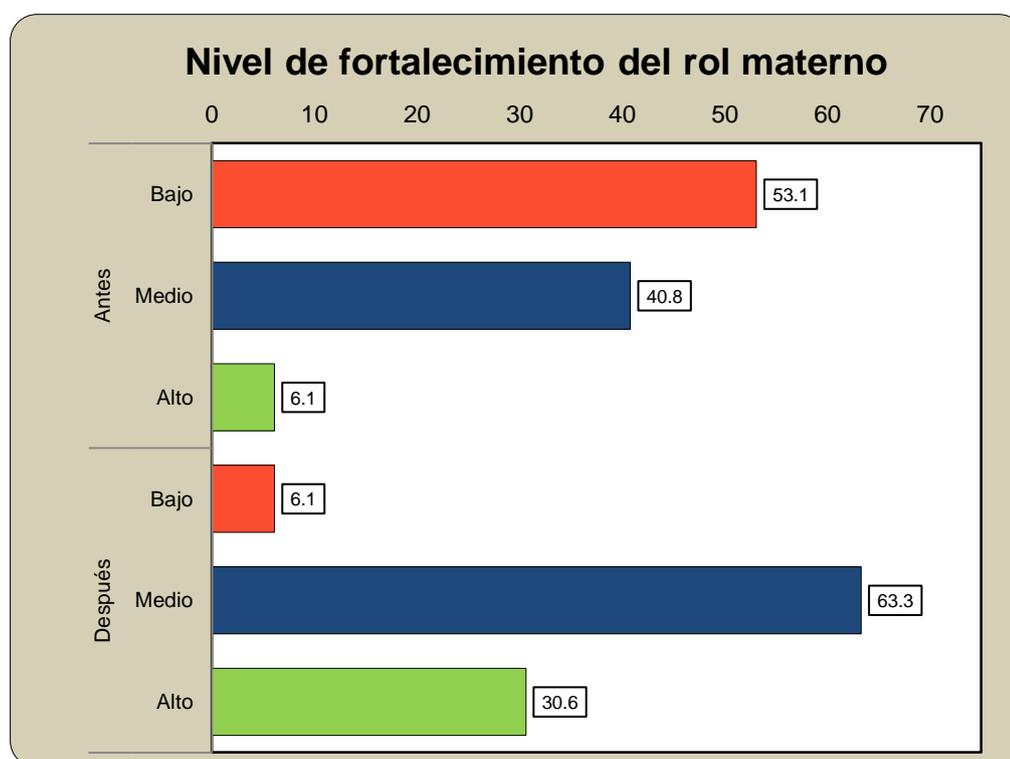


Figura 6. Representación gráfica del porcentaje global del nivel de fortalecimiento del rol materno desarrollado durante los momentos del estudio por las puérperas primerizas, usuarias de un Centro de Salud de Huánuco, 2016

En la presente tabla 17 y figura 6, sobre el nivel de fortalecimiento del rol materno de las madres primerizas en estudio, se halló que antes de la intervención el 40,8% (20) muestran un bajo fortalecimiento. Mientras

tanto después de la intervención se incrementó a 63,3% (31) en el nivel medio y de 6,1% (3) a 30,6% (15) ascendió el fortalecimiento de nivel alto. En consecuencia las mejoras se dieron en el nivel medio y alto.

4.2. Comprobación de hipótesis

TABLA 18. PRUEBA DE NORMALIDAD DE KOLMOROGOV SMIRNOV PARA LAS DISTRIBUCIONES DE CONTRASTE DE LAS VARIABLES EN ESTUDIO, RESPECTO AL ROL MATERNO ADOPTADO POR LAS PUÉRPERAS PRIMERIZAS, USUARIAS DE UN CENTRO DE SALUD DE HUÁNUCO, 2016

Distribuciones de contraste	Tiempo	Kolmogorov Smirnov	
		K-S	p-valor
Adopción del rol materno	Antes	0,632	0,819
	Después	0,620	0,836
Aceptación del bebe	Antes	1,059	0,212
	Después	1,348	0,053
Contacto con la madre	Antes	0,889	0,408
	Después	0,811	0,527
Estimulación temprana	Antes	0,870	0,435
	Después	1,052	0,219
Bienestar del bebe	Antes	0,947	0,332
	Después	1,129	0,156
Preocupación y protección del bebe	Antes	1,087	0,188
	Después	0,922	0,363

Fuente. Escala de adopción del rol materno (ARM) modificada por las investigadoras (Anexo 02).

Respecto a las distribuciones que contrastan las variables afines con el planteamiento de las hipótesis de investigación, y teniendo la necesidad de cumplir con el requisito indispensable para medidas paramétricas, se observó según el contraste de Kolmogorov Smirnov; que todos resultaron ser normales ($p\text{-valor} > 0,050$), y dado que el objetivo del estudio fue comparar las distribuciones, se empleó un contraste estadístico paramétrico, siendo la prueba t de Student.

TABLA 19. PRUEBA T DE STUDENT DE COMPARACIÓN DE MEDIAS ENTRE LOS MOMENTOS DEL ESTUDIO EN EL FORTALECIMIENTO DEL ROL MATERNO DE LAS PUÉRPERAS PRIMERIZAS, USUARIAS DE UN CENTRO DE SALUD DE HUÁNUCO, 2016

Comparación de medias en los momentos del estudio	Valor de prueba = 49			
	IC 95%	Error típico de la media	t	p-valor
Diferencias entre los momentos del estudio del fortalecimiento del rol materno	(11,64 - 18,36)	1,67	8,967	0,00

Fuente. Escala de adopción del rol materno (ARM) modificada por las investigadoras (Anexo 02).

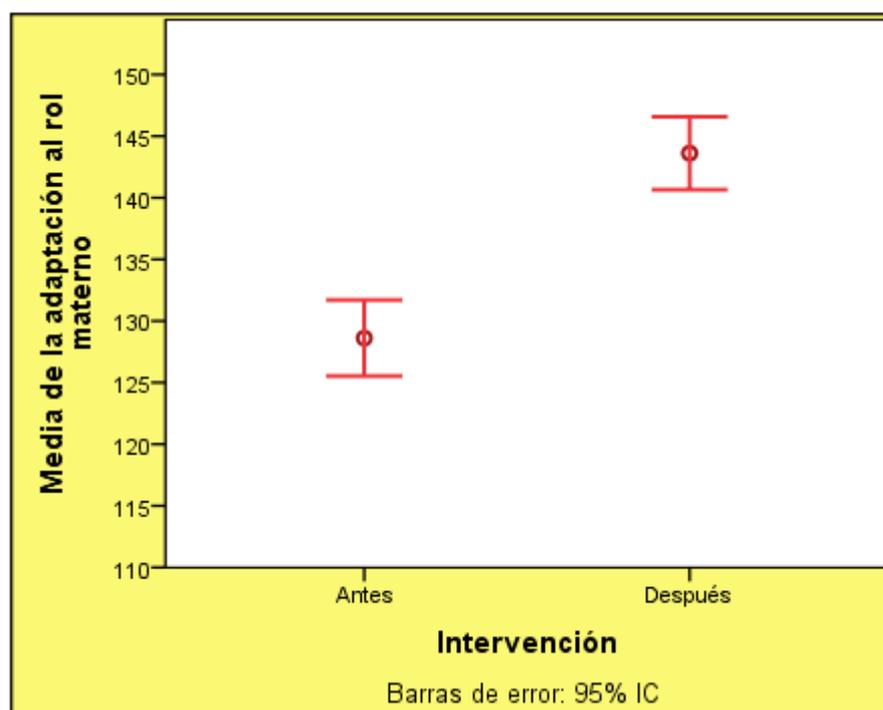


Figura 7. Representación gráfica de la comparación de medias entre los momentos del estudio en la adopción al rol materno por las puérperas primerizas, usuarias de un Centro de Salud de Huánuco, 2016.

Al analizar los momentos del estudio respecto al fortalecimiento del rol materno de las madres primerizas, se estimó un error típico de la media de 1,67 puntos. Al aplicar la prueba t de Student para la comparación de medias del rol materno durante los momentos del estudio, se observaron diferencias significativas [t= 8,97; p= 0,00], con lo que se rechazó la

hipótesis nula, admitiendo que el seguimiento domiciliario fortalece el rol materno de las madres primerizas.

TABLA 20. PRUEBA T DE STUDENT DE COMPARACIÓN DE MEDIAS ENTRE LOS MOMENTOS DEL ESTUDIO DEL FORTALECIMIENTO DEL ROL MATERNO EN LA DIMENSIÓN ACEPTACIÓN DEL BEBÉ, POR LAS MADRES PRIMERIZAS, USUARIAS DE UN CENTRO DE SALUD DE HUÁNUCO, 2016

Comparación de medias en los momentos del estudio	Valor de prueba = 49			
	IC 95%	Error típico de la media	t	p-valor
Diferencias del fortalecimiento del rol materno en la dimensión aceptación del bebé	(2,15 - 5,28)	0,777	4,780	0,00

Fuente. Escala de adopción del rol materno (ARM) modificada por las investigadoras (Anexo 02).

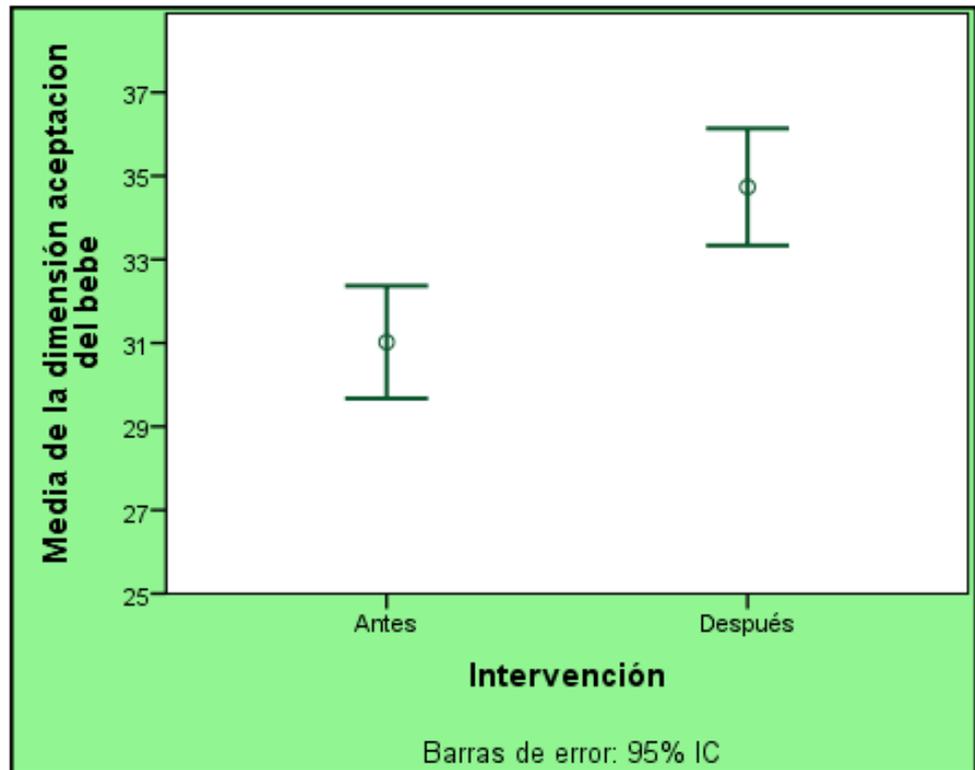


Figura 8. Representación gráfica de la comparación de medias en los momentos del estudio del fortalecimiento del rol materno entre la dimensión aceptación del bebé, por las madres primerizas, usuarias de un Centro de Salud de Huánuco, 2016

Evaluando los momentos del estudio del rol materno en la dimensión aceptación de bebé las madres primerizas, se evidenció que existe un error típico de la media de 0,777 puntos. Al aplicar la prueba t de student para la comparación de medias las diferencias resultaron significativas [$t=4,78$; $p=0,00$], con lo que se rechazó la hipótesis nula, dando lugar a admitir que la intervención de enfermería a través del fortalecimiento domiciliario fortalece el rol materno en la dimensión aceptación del bebé.

TABLA 21. PRUEBA T DE STUDENT DE COMPARACIÓN DE MEDIAS ENTRE LOS MOMENTOS DEL ESTUDIO DEL FORTALECIMIENTO DEL ROL MATERNO EN LA DIMENSIÓN CONTACTO DE LA MADRE CON EL BEBÉ, POR LAS PUÉRPERAS PRIMERIZAS, USUARIAS DE UN CENTRO DE SALUD DE HUÁNUCO, 2016

Comparación de medias en los momentos del estudio	Valor de prueba = 49			
	IC 95%	Error típico de la media	t	p-valor
Diferencias del fortalecimiento del rol materno en la dimensión contacto con el bebé	(3,28 - 5,38)	0,523	8,276	0,00

Fuente. Escala de adopción del rol materno (ARM) modificada por las investigadoras (Anexo 02).

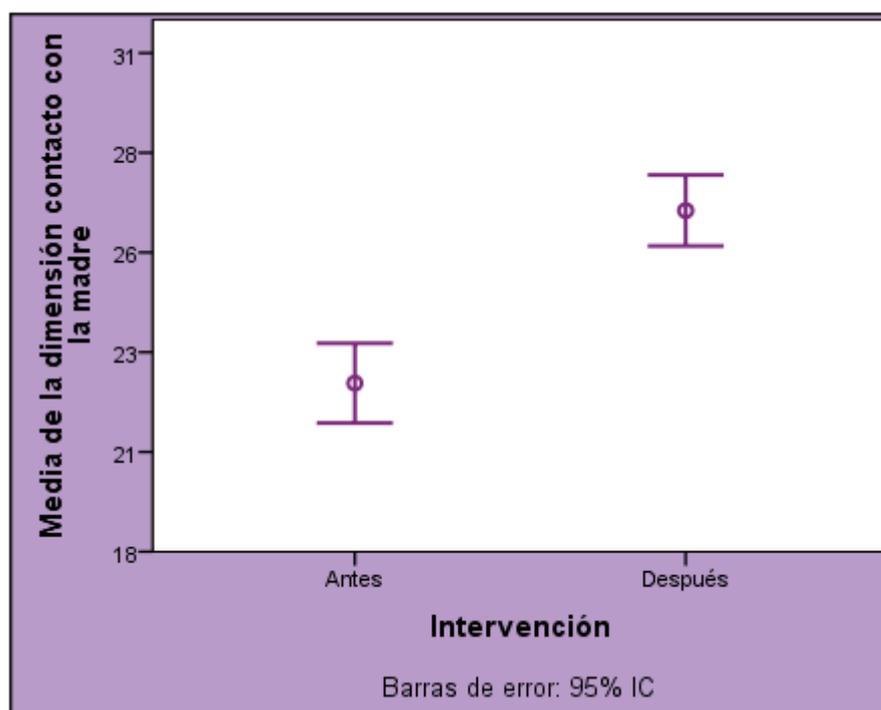


Figura 9. Representación gráfica de la comparación de medias entre los momentos del estudio del fortalecimiento del rol materno en la dimensión contacto del bebé, con la madre primeriza, usuaria de un Centro de Salud de Huánuco, 2016.

Respecto al fortalecimiento del rol materno en la dimensión contacto con el bebé, se halló un error típico de la media de 0,523 puntos. Además se observa un valor t de student = 8, 276; y p= 0,00 notándose diferencias significativas, con dicho valor no se pudo rechazar la hipótesis nula y se

admite que la intervención de enfermería mediante el seguimiento domiciliario produjo cambios favorables fortaleciendo el rol materno en el cuidado del bebé en la dimensión contacto entre la madre y el bebé.

TABLA 22. PRUEBA T DE STUDENT DE COMPARACIÓN DE MEDIAS ENTRE LOS MOMENTOS DEL ESTUDIO DEL FORTALECIMIENTO DEL ROL MATERNO EN LA DIMENSIÓN ESTIMULACIÓN TEMPRANA DEL BEBÉ POR LAS PUÉRPERAS PRIMERIZAS, USUARIAS DE UN CENTRO DE SALUD DE HUÁNUCO, 2016.

Prueba t para la comparación de medias en una muestra.	Valor de prueba = 49			
	IC 95%	Error típico de la media	t	p-valor
Diferencias del fortalecimiento del rol materno en la dimensión estimulación temprana del bebé	(7,47 - 10,29)	0,701	12,67	0,00

Fuente. Escala de adopción del rol materno (ARM) modificada por las investigadoras (Anexo 02).

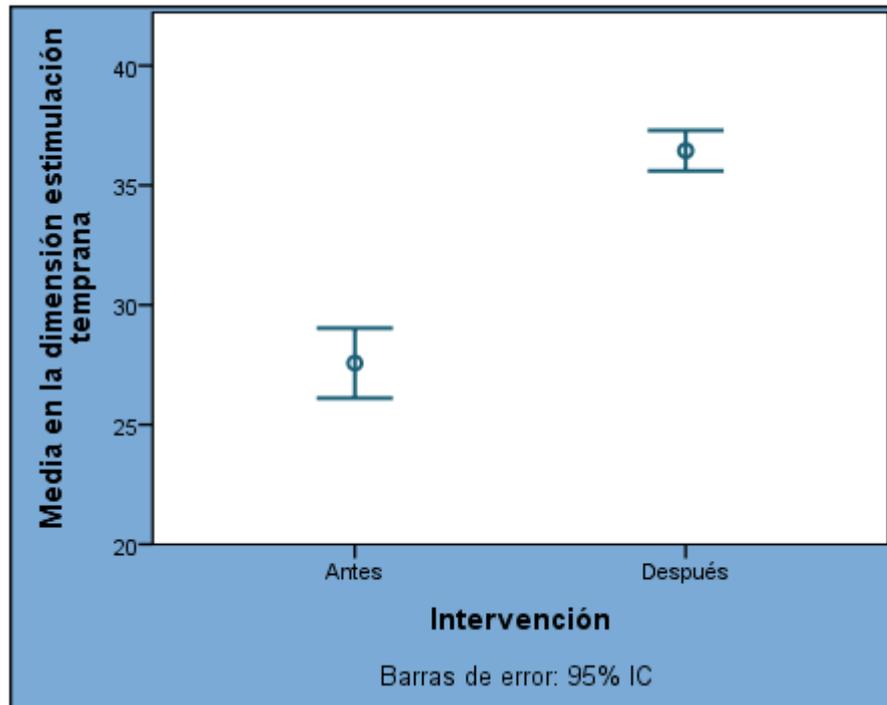


Figura 10. Representación gráfica de la comparación de medias entre los momentos del estudio del fortalecimiento del rol materno en la dimensión estimulación temprana del bebé por la madre primeriza, usuaria de un Centro de Salud de Huánuco, 2016

Al analizar las diferencias en el rol materno en la dimensión estimulación temprana del bebé por las madres primerizas según momentos del estudio, se halló un error típico de la media de 0,701 puntos, un valor t de student = 12,67; y $p= 0,00$, con lo que se rechazó la hipótesis nula, dando lugar a admitir que la intervención de enfermería mediante el seguimiento domiciliario produjo el fortalecimiento del rol materno en la dimensión estimulación temprana del bebé.

TABLA 23. PRUEBA T DE STUDENT DE COMPARACIÓN DE MEDIAS ENTRE LOS MOMENTOS DEL ESTUDIO DEL FORTALECIMIENTO DEL ROL MATERNO EN LA DIMENSIÓN BIENESTAR DEL BEBE POR LAS PUÉRPERAS PRIMERIZAS, USUARIAS DE UN CENTRO DE SALUD DE HUÁNUCO, 2016

Prueba t para la comparación de medias en una muestra.	Valor de prueba = 49			
	IC 95%	Error típico de la media	t	p-valor
Diferencias del fortalecimiento del rol materno en la dimensión bienestar del bebé	(0,37 - 1,27)	0,407	1,102	0,276

Fuente. Escala de adopción del rol materno (ARM) modificada por las investigadoras (Anexo 02).

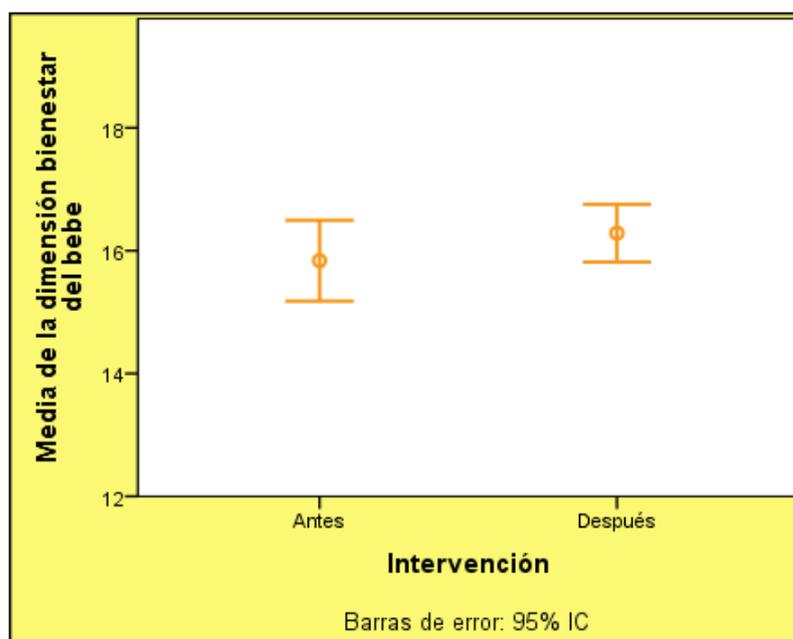


Figura 11. Representación gráfica de la comparación de medias entre los momentos del estudio del fortalecimiento del rol materno en la dimensión bienestar del bebé por las madres primerizas, usuarias de un Centro de Salud de Huánuco, 2016.

Al evaluar el rol materno en la dimensión bienestar del bebé según momentos del estudio, por las madres primerizas en estudio, se halló un error típico de la media de 0,407 puntos, un valor $t = 1,102$; y $p = 0,276$, no estableciéndose diferencias significativas por lo que se tuvo que aceptar la hipótesis nula de igualdad entre las medias de los momentos

del estudio y rechazar aquella que afirma que la intervención establece diferencias en el rol materno en la dimensión bienestar del bebé.

TABLA 24. PRUEBA T DE STUDENT DE COMPARACIÓN DE MEDIAS ENTRE LOS MOMENTOS DEL ESTUDIO DEL FORTALECIMIENTO DEL ROL MATERNO EN LA DIMENSIÓN PREOCUPACIÓN Y PROTECCIÓN DEL BEBÉ POR LAS PUÉRPERAS PRIMERIZAS, USUARIA DE UN CENTRO DE SALUD DE HUÁNUCO, 2016.

Prueba t para la comparación de medias en una muestra.	Valor de prueba = 49			
	IC 95%	Error típico de la media	t	p-valor
Diferencias del fortalecimiento del rol materno en la dimensión preocupación y protección del bebé	(1,35 – 3,38)	0,507	4,674	0,00

Fuente. Escala de adopción del rol materno (ARM) modificada por las investigadoras (Anexo 02).

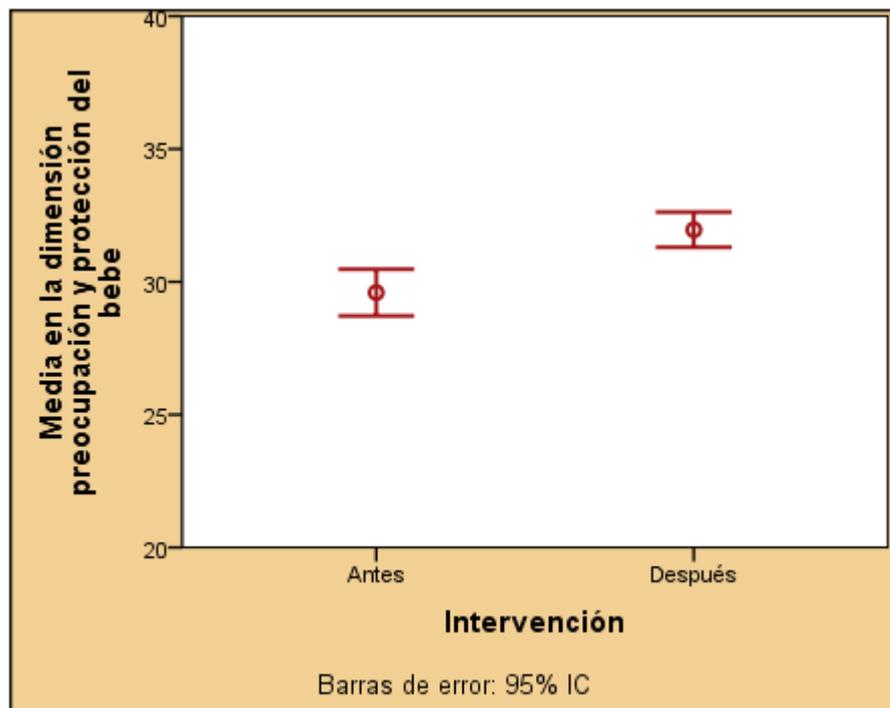


Figura 12. Representación gráfica de la comparación de medias entre los momentos del estudio del fortalecimiento del rol materno en la dimensión preocupación y protección del bebé, por las madres primerizas, usuarias de un Centro de Salud de Huánuco, 2016

Analizando las diferencias entre los momentos del estudio del rol materno en la dimensión preocupación y protección del bebé, se halló un error típico de la media de 0,507 puntos. Al aplicar la prueba t de student para la comparación de medias, los resultados fueron significativos [$t= 4,6$; $p= 0,00$], con lo que se rechazó la hipótesis nula, dando lugar a admitir que la intervención mediante el seguimiento domiciliario fortalece el rol materno en la dimensión preocupación y protección del bebé.

4.3. Discusión de resultados

El estudio partió de la premisa de que “el bebé es el ser más desarrollado de las especies, al nacer no puede seguir a la madre. Nace totalmente dependiente de los cuidados maternos con los que forma una unidad indisoluble”(9). La relación que la madre primerizas establece con su RN o bebé, le proveen seguridad, confianza y tranquilidad al bebé facilitan el proceso de construcción del rol materno de una manera positiva (12).

Por tanto, la madre debe interpretar las señales que le da el pequeño. El intercambio es bilateral y proviene de uno o de otro de ellos. No se trata de los cuidados que da la madre, sino que es una relación de intercambios e interacciones.

El cuidado del bebé se comparten con la madre, el padre, la familia del padre y su familia en general pero esto no implica quitarle el rol a la madre.

El seguimiento domiciliario de enfermería aplicada partió del aporte teórico sustentada por Leininger (41), al referir que "el cuidado genérico y profesional en diferentes contextos del entorno influyen en gran medida en los resultados de la salud y la enfermedad". En este sentido, las enseñanzas de los enfermeros y de otros profesionales de la salud proporcionan actos de asistencia, apoyo y fortalece a la madre para que cuide al bebé, teniendo en cuenta la condición de supervivencia del hijo.

También, el estudio consideró como base orientador el cumplimiento de la norma técnica que establece que el cuidado de

enfermería es esencial en toda la fase del puerperio mediato, pues muchas de las complicaciones tanto en la madre como en el recién nacido ocurren en esta etapa. Según la legislación vigente los establecimientos de salud desarrollan el Modelo de Atención Primaria en Salud, el cual busca acercar el personal de salud a los contextos y realidades que vive la comunidad, es así como en la ordenanza 023 de 2010 (adopción del Modelo de Atención Primaria en Salud con Enfoque en Salud Familiar), favorece la aplicación de la estrategia. Del mismo modo, la Ley 1438/2011, fomenta estrategias de cuidado con enfoque familiar y domiciliario (42).

A continuación, se explican los resultados significativos obtenidos en el presente estudio y se comparan con otros hallazgos alcanzados por diferentes investigadores, se hace una evaluación crítica de los resultados desde la perspectiva de las investigadoras, y finalmente se extraen elementos para plantear las conclusiones. Asimismo, la presente investigación es muy singular para la muestra aplicada (validez interna); por lo que futuras investigaciones podrían usar este estudio como antecedente. Se garantiza la validez interna del estudio, en el sentido que, las pruebas estadísticas aplicadas para las comparaciones establecidas, resultaron significativa a un nivel de confianza del 95% y para un valor $p > 0,05$.

Este estudio demostró que el seguimiento domiciliario enfermería fortalece el rol materno de las madres primerizas usuarias de un Centro de Salud de Huánuco, durante el 2016, al haberse comprobado mediante

la prueba t de Student que las medias entre los momentos del estudio mostraron diferencias significativas [$t= 8,97$; $p= 0,00$] incrementándose favorablemente después de la intervención. Este resultado apoya en la teoría de la adopción del Rol Maternal de Ramona Mercer, a través de la cual explican el proceso en que la mujer asume el papel de madre y comprende cuatro estadios: anticipatorio, formal, informal y personal. Durante el puerperio la madre está en el estadio formal, porque con el nacimiento se inicia el rol de madre y requiere de orientación y apoyo de otras personas del sistema social; por tanto la participación del profesional de enfermería se encamina al fortalecimiento del vínculo afectivo madre-hijo-padre, teniendo en cuenta la familia, enseñando y ejecutando los cuidados de enfermería pertinentes (46).

En la misma línea Martín (29), demostró que un cuidado continuado en el postparto es beneficioso para la puérpera y el RN, entre otros aspectos, facilita la adaptación de la madre a su nueva situación, aumenta el mantenimiento de la lactancia materna exclusiva (hasta al menos los 2 meses de vida del RN), y mejora el bienestar general de la madre y del neonato. Asimismo el mencionado autor plantea que la visita domiciliaria ha de ser considerada como una opción de seguimiento en el puerperio por sus beneficios sobre la lactancia materna, el aumento en los conocimientos de autocuidado de la mujer, su contribución a una mejor asunción del rol materno y el aumento de la satisfacción materna con los cuidados recibidos en este periodo.

Por su parte Zulueta (43), explica que el bebé durante un primer periodo tiene necesidades de orden corporal ligadas al desarrollo psíquico del yo. La adaptación de la madre a estas necesidades del bebé se concreta en tres funciones maternas: la presentación del objeto: comida representada por el pecho o el biberón.

Holding o mantenimiento: rutina en forma de secuencias repetitivas de los cuidados cotidianos. El bebé halla de esta manera puntos de referencia simple y estable con los que lleva a buen término el trabajo de integración en el tiempo y en el espacio. Es importante la manera de llevarle y protegerle teniendo en cuenta su sensibilidad. El Handling: es la manipulación del bebé en la prestación de cuidados. Es necesario para su bienestar físico que lo experimenta poco a poco en su cuerpo y va realizando la unión entre su vida psíquica y física. Esta unión es lo que Winnicott llama personalización.

Entre los estudios que coinciden se tiene a Pava (44), quien demostró que la madre aprende de la enfermera a cuidar el bebé prematuro o bajo peso en el hogar. Entre los temas brindados fueron: el cuidado del niño: el espacio físico del hogar (lugar de cuidado) y sus características de limpieza y aseo (todo limpio y desinfección), las condiciones de presentación del niño (baño, vestido, entre otros), entre otros. En este estudio la investigadora evidencia que lo enseñado por el profesional de enfermería es coherente con su conocimiento científico, y las madres logran enumerar paso a paso lo que deben realizar en casa para la supervivencia de sus hijos. Las acciones que logran realizar las

madres para resguardar y proteger al prematuro y/o niño de bajo peso son semejantes a los cuidados sugeridos por los profesionales de la salud.

Otro de los estudios que apaga los resultados obtenidos tenemos a Alvarado, Guarín, Cañón (9), quienes consideran a la enseñanza de la enfermera como muy importante para lograr cada vez más una mejor situación de salud y por ende una mejor calidad de vida. La enseñanza cumple criterios de la atención integral que implican la atención de lo físico, mental y espiritual. Concluyen que es importante recalcar el cuidado materno perinatal brindado por la profesional de enfermería que ejerce el rol desde diversos campos de acción y en las diferentes etapas de la procreación.

Cabe recalcar la importancia de las intervenciones de enfermería pues son la forma más efectiva de elevar las interacciones entre la enfermera y la madre estableciendo interacción entre la madre-hijo y el conocimiento materno sobre el cuidado infantil (22), ayudando a simplificar un proceso muy complejo de adaptación desde el paso de la vida intrauterina al medio externo.

El abordaje temático de Lozada Itamar, Terrones Ramírez, Mogollón, sobre temas, métodos y técnicas de enseñanza durante la preparación para el cuidado del RN en el hogar, también guardan congruencia con el presente hallazgo y producto del análisis de contenido temático, obtuvieron las siguientes categorías: (1) temáticas abordadas por los profesionales de enfermería durante la preparación para el cuidado del RN en el hogar. (2) métodos y técnicas de enseñanza

utilizados por los profesionales de enfermería durante la preparación para el cuidado del RN en el hogar. Las investigadoras concluyeron que enfermera aborda temas substanciales para el cuidado del RN; sin embargo, existen algunos factores en el entorno, en los recursos y estrategias educativas que utiliza la enfermera, que limitan dicho proceso (45).

Los hallazgos de Prieto (46) refuerzan el valor de la intervención de enfermería a través del seguimiento domiciliario en los que el fortalecimiento del rol materno, así determinó que el realizar la visita domiciliaria a las puérperas facilitó la adaptación de las transiciones de la vida, pues las prácticas identificadas en una primera ocasión que se consideraron no beneficiosas para el RN fueron negociadas mediante la educación con cartillas de información para cambiarlas por otras que no tuvieran efectos dañinos sobre el RN.

El presente estudio, también comparó las medias entre los momentos del estudio respecto al rol materno en la dimensión aceptación del bebé por las madres primerizas en estudio, al respecto se observaron diferencias significativas, [$t= 4,78$; $p= 0,00$]. En este sentido, la madre pondera la necesidad del bebé por encima de los prejuicios habituales y de la presión del tiempo, a lactar con carga emocional positiva a la importancia de responder a los balbuceos, al cambio frecuente de pañales, a la realización de sus controles de CRED, a aceptar con amor a su bebé, a considerar un futuro favorable por la presencia del bebé. Este resultado se apoya con los resultados apoyados por la Secretaría Distrital

de Salud de Bogotá (47), quienes consideran importante que el profesional de enfermería acompañe a la madre en el proceso de asumir su rol maternal, ya que durante el puerperio mediato predomina la influencia, expectativas y experiencias de otras personas del sistema social materno tal como se menciona en el boletín de estadística de la secretaría distrital de salud de Bogotá. Cada hijo lo vive la mujer como una experiencia nueva, que implica un proceso único, interactivo y evolutivo en el que la madre se va sintiendo vinculada a su hijo, adquiere competencia en la realización de los cuidados asociados a su rol y experimenta placer y satisfacción

Al comparar las medias en los momentos del estudio del rol materno en la dimensión contacto con el bebé por la madre primeriza en estudio, se halló un valor t de student = 8, 276; y $p= 0,00$ observándose diferencias significativas, con lo que se admite que la intervención mediante el seguimiento domiciliario produjo cambios favorables fortaleciendo el rol materno del cuidado del bebé en dicha dimensión. De este modo las madres primerizas asimilaron la satisfacción que representa el hecho de tener a su bebé en sus brazos, la importancia de corresponder con afecto y elogios con palabras cariñosas a su bebé por las respuestas a los estímulos, las atenciones del bebé con mucha delicadeza, valorar el cuidado y la crianza del niño por su persona como por ejemplo la alimentación, el baño. En consecuencia, se da un intercambio bilateral y proviene de uno o de otro de ellos. No se trata de los cuidados que da la madre, sino que es una relación de intercambios,

en vista de que el bebé es el ser más desvalido de las especies, al nacer no puede seguir a la madre ni agarrarse a ella, por tanto, la madre debe interpretar las señales que le da el pequeño y propiciar afectos armonizados y sincronizados que se expresan a través de la mímica, del diálogo tónico y de las vocalizaciones (43).

Este resultado se apoya en la llamada teoría del apego de Bowlby citado por Zulueta (43), según la cual a los vínculos entre el bebé y la madre se expresó con el apego comportamiento que protege al niño. La teoría del apego considera la propensión a establecer vínculos afectivos fuertes con personas particulares como un componente fundamental de la naturaleza humana, existente en forma embrionaria en el recién nacido, manteniéndose en la edad adulta hasta la vejez. El autor, destaca el estatuto primario de los vínculos importantes en el plano afectivo entre los individuos y la poderosa influencia en el desarrollo de un niño/a de la manera en la que sea tratado por los padres y especialmente por la figura materna. El hecho de brindar cuidados, función primordial de los padres, es complementario del comportamiento de apego y es considerado como un componente fundamental de la naturaleza humana (43).

El objetivo del apego es el mantenimiento de la proximidad o de la accesibilidad a una figura materna discriminada, exige que el niño haya desarrollado la capacidad cognoscitiva de conservar a su madre en la mente, cuando ella no está presente: esta capacidad se desarrolla en el segundo semestre de la vida. Así, a partir de los nueve meses aparecen quejas, llantos y protestas ante el extraño (43).

De forma coincidente con el presente hallazgo, Coronado, Ortiz (34) comprobaron que la intervención educativa produjo en las madres de RN pretérminos empatía hacia las necesidades del niño, las cuales, pueden estar asociadas con todas aquellas manifestaciones que contribuyen al fortalecimiento del vínculo afectivo y que permiten que el hijo tenga un mejor desarrollo durante su primer año de vida, dado que las madres de recién nacidos pretérminos piensan que una mayor cantidad de amor hacia su bebé compensaría la desventaja fisiológica al momento del nacimiento

Un enfoque de fortalecimiento del vínculo afectivo de la triada por medio del curso de preparación constituyó como una guía para las gestantes y sus familias en el afrontamiento del proceso de maternidad, y permitió fortalecer sus emociones y sentimientos positivos relacionados con su gestación y la atención al recién nacido (48).

En la misma línea, Bohórquez (4), identificó que luego de las visitas domiciliarias y educación brindada, las puérperas, valoraron el vínculo afectivo, también encontraron que 96% lo habían desarrollado, evidenciándose por la participación de madre y padre en los cuidados del neonato, mientras que en el 4% no fue evaluable por hospitalización de los bebés.

Al comparar las medias en los momentos del estudio del rol materno en la dimensión estimulación temprana por la madre primeriza en estudio, se halló un error típico de la media de 0,701 puntos y un valor t de Student = 12,67; con $p= 0,00$, por lo que se rechazó la hipótesis nula,

dando lugar a admitir que la intervención de enfermería produjo efectos favorables, fortaleciendo el rol materno en la dimensión estimulación temprana del bebé. En este sentido la madre procura darle objetos a su bebé para que los pueda tocar y aprenda a manipularlos, realiza ejercicios, juegos diferenciados y novedosos, propicia eventos para caricias y conversaciones agradables.

La comparación de medias en los momentos del estudio del rol materno en la dimensión preocupación y protección del bebé por la madre primeriza en estudio, se halló un error típico de la media de 0,507 puntos y se comprobó mediante la prueba t de Student la existencia de diferencias significativas [$t= 4,6$; $p= 0,00$], con lo que se rechazó la hipótesis nula, dando lugar a admitir que la intervención fortalece el rol materno en la dimensión preocupación y protección del bebé. Aquí la madre primeriza valora la importancia de la salud del bebé como el hecho de vacunar a su niño oportunamente, la condición de normalidad de su niño, el reconocimiento de las señales del llanto del niño, las condiciones de riesgo a que puede someterse el niño y la propuesta de ser buena madre. Resultado que apoya en las afirmaciones de Zulueta (43), en el sentido de que la madres diligentes para con su bebé consideran como por ejemplo que el llanto al inicio de la vida del bebé, como el único medio para señalar su necesidad de cuidado y el contento el único medio de indicar que está satisfecho. Del mismo modo, el autor hace referencia que la madre adopta la condición de madre suficientemente buena, pues durante los primeros días de la vida de su hijo se identifica estrechamente

con éste, adaptándose a sus necesidades. Es lo bastante buena para que el niño pueda acomodarse a ella sin daño para su salud psíquica. Permite que el bebé desarrolle una vida psíquica y física apoyada en sus tendencias innatas. Esto le proporciona un sentimiento de continuidad de existir, que es signo del surgimiento de un verdadero sí mismo.

El presente hallazgo concuerda con la investigación realizada por Bustos (8), en puérperas de una Clínica Materno Infantil de Saludcoop en Colombia, en el cual obtuvo como resultados que el capacitar favoreció que las madres a las que se les realizó el seguimiento se sintieran seguras y contaran con herramientas para cuidarse ellas y cuidar a sus hijos, con tranquilidad y habilidad para tratar su problema de manera adecuada *“Los folletos que me entregaron me ayudaron a resolver dudas e inquietudes porque son sencillos de leer”*.

La vinculación y el compromiso de la familia y la pareja de la madre durante los cuidados de la misma y la crianza del RN resulta de gran importancia para la resolución del puerperio en buenas condiciones, porque previene en la madre el estrés y la carga emocional que este periodo genera permitiendo espacios de relajación y libres de presión (8).

Es importante reconocer que a partir del trabajo continuo y seguimiento amigable a las puérperas logran realizar cambios en las prácticas mejorando su calidad del cuidado (49). Tal como se evidencia en la presente investigación con los cambios obtenidos en las puérperas primerizas y la adopción del rol materno para el cuidado del RN, a través del seguimiento domiciliario.

CONCLUSIONES

Del análisis de resultados se arribó a las siguientes conclusiones:

1. Se demostró que la intervención de enfermería fortalece el rol materno de las madres primerizas usuarias de un Centro de Salud de Huánuco, durante el 2016, al haberse comprobado mediante la prueba t de Student que las medias entre los momentos del estudio mostraron diferencias significativas [$t= 8,97$; $p= 0,00$] incrementándose favorablemente después de la intervención mediante este modo se rechazó la hipótesis nula de igualdad de las medias entre los momentos del estudio.
2. En el análisis específico de la comparación de medias en los momentos del estudio del rol materno en la dimensión aceptación del bebe por las madres primerizas en estudio, se observó diferencias entre ambos momentos del estudio, siendo estadísticamente significativas [$t= 4,78$; $p= 0,00$], con lo que se afirma que fortalece el rol materno en la dimensión aceptación del bebe.
3. Al comparar las medias en los momentos del estudio del rol materno en la dimensión contacto del bebe con la madre primeriza en estudio, se halló diferencias significativas, con dicho valor no se pudo rechazar la hipótesis nula y se admite que el seguimiento domiciliario produjo cambios favorables fortaleciendo el rol materno del cuidado del bebé en la dimensión contacto entre la madre y el bebé.

4. Comparando las medias en los momentos del estudio del rol materno en la dimensión estimulación temprana por la madre primeriza en estudio, se halló diferencias significativas admitiéndose la hipótesis nula, dando lugar a admitir que la intervención de enfermería produjo efectos favorables, fortaleciendo el rol materno en la dimensión estimulación temprana del bebé.

5. En la comparación de las medias en los momentos del estudio del rol materno en la dimensión bienestar del bebé por las madres primeriza en estudio, no se halló diferencias significativas por lo que se tuvo que aceptar la hipótesis nula y rechazar aquella que afirma que la intervención establece diferencias en el fortalecimiento del rol materno en la dimensión bienestar del bebé.

6. Finalmente en la comparación de medias en los momentos del estudio del rol materno en la dimensión preocupación y protección del bebé por la madre primeriza en estudio, se halló la existencia de diferencias significativas [$t= 4,6$; $p= 0,00$], con lo que se rechazó la hipótesis nula, admitiendo que la intervención fortalece el rol materno en la dimensión preocupación y protección del bebé.

RECOMENDACIONES

En virtud de estos resultados, es perentorio poner atención a las siguientes sugerencias:

A las autoridades de salud de Huánuco

- Es importante que los servicios de salud, que tienen que ver con el binomio madre-hijo, enfoquen la atención de salud a las necesidades de la madre, su RN y su familia, con el fin de brindar una atención integral fundamentada en estrategias de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, tratamiento y recuperación que den continuidad en los ámbitos intra y extra institucionales.
- Realizar un trabajo articulado con otros sectores como los comedores populares, el programa de vaso de leche, entre otros.

A los profesionales de enfermería

- Es primordial dentro del abordaje intrahospitalario fortalecer en Enfermería el componente de asesoría y educación a la puérpera una vez sea dada de alta, teniendo en cuenta cada uno de los cuidados y cambios que demanda esta nueva etapa, frente a lo cual debemos empoderarnos y dirigir cada una de las acciones con calidad de modo que las condiciones óptimas de salud con la puérpera y su familia.
- Participar activamente en el proceso de prevención y promoción de la salud materna, porque con su actuar responsable garantizaría un proceso de gestación, parto , posparto, puerperio sin riesgo, proceso de crecimiento, desarrollo y madurez del recién nacido y de la madre

- Aplicar metodología activa participativa que faciliten una intervención conjunta para lograr el empoderamiento de la madre, en la realización de prácticas apropiadas y toma de decisiones eficaces en relación con la salud neonatal incluyendo una evaluación participativa.
- Realizar intervenciones en el marco del cuidado infantil que involucre a la triada madre-hijo-padre.

A la comunidad científica

- Validar en los centros de salud la propuesta de la visita domiciliaria presentada en esta investigación.
- Difundir los resultados obtenidos en esta investigación en los servicios de atención al RN y hacer uso de los mismos para implementar un programa educativo especialmente para mujeres que son madres primerizas; de esta manera fortalecer y modificar los conocimientos sobre los cuidados al recién nacido y posterior adopción maternal.
- Abarcar un estudio cualitativo y tener en cuenta otras variables como: contextos familiares involucrados en el comportamiento de los adolescentes en la salud reproductiva, situaciones cotidianas como el cuidado, su orientación, el ejercicio de la autoridad, el respaldo moral y la continuidad en su proyecto de vida escolar y profesional.
- Incentivar al Profesional de Enfermería para continuar realizando trabajos de investigación sobre otros factores que puedan relacionarse al nivel de adopción del rol materno, y de esta manera realizar propuestas educativas promocionales.

A la Facultad de Enfermería

- Compete a las Facultades y Escuelas de Enfermería tener un papel especial en la promoción de la salud materna, en la cual se debe priorizar las visitas domiciliarias, enfocados al cuidado integral del RN.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Calderón J, Alzamora L. Estudio cualitativo sobre las relaciones de pareja y familiares vinculadas al embarazo en adolescentes. *Rev Med Vallejana*. 2006;3(2):97-106.
2. Bernal M, Frari S, Beverley O. Percepción del papel maternal de las mujeres que viven en el contexto de la droga y de la violencia. *Rev Latino-Am Enfermagen*. 2005;13:1-9.
3. Chapilliquen Pérez J. Nivel de conocimiento que tienen las madres adolescentes en el cuidado del recién nacido en el Instituto Nacional Materno Perinatal: mayo-noviembre, 2007. [Tesis para optar al título de Licenciada en Enfermería] Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana. E.A.P. de Enfermería; 2007.
4. Bohórquez Gamba O, Rosas Santana A, Pérez LJ, Munévar RY. Seguimiento de enfermería a la madre y al recién nacido durante el puerperio: traspasando las barreras hospitalarias. *Avances en Enfermería*. 2009;27(2):139-49.
5. Guardia Ricanqui E. Efectividad de una intervención educativa de enfermería sobre lactancia materna exclusiva en el conocimiento y practicas de Madres Primiparas del Hospital III Emergencias Grau 2013. Lima: Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza; 2013.
6. Moreno Mojica CM, Ospina Romero AM. Intervención de enfermería en el proceso de convertirse en madre, en mujeres en posparto. Bogotá: Universidad de la Sabana; 2013.
7. Bohórquez OA, Rosas A, Pérez LJ, Munévar RY. Seguimiento de enfermería a la madre y al recién nacido durante el puerperio: traspasando las barreras hospitalarias. *Avances en Enfermería*. 2009;27(2):139-49.
8. Bustos Pedraza AdP, Montenegro Soler IA, Vacca Campos ME. Seguimiento al hogar para madres en puerperio con antecedente de enfermedad hipertensiva de la gestación. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2010.
9. Alvarado L, Guarín L, Cañón W. Adopción del rol maternal de la teorista Ramona Mercer al cuidado de enfermería binomio madre-hijo: reporte de caso en la unidad materno infantil. *Rev Cuid*. 2011;2(2):195-201.
10. Organización Mundial de la Salud. Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente [Internet]. [Consultado 2016 Jun 22]. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/es/.
11. Acevedo Hernández BA, Pizarro N, Moriel Corral BL, González Carrillo E, Berumen Burciaga LV. Proceso educativo de enfermería para promover el autocuidado de la mujer durante el puerperio. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 2016;24(3):197-204.

12. Garrido Hidalgo MdC, Marchan Coronado M. Adopción del rol materno en madres adolescentes primerizas según grupo de convivencia. *Rev Psicol.* 2011;13(1):11.
13. Suárez Quingaluisa AA. Educación por parte del personal de enfermería en el cuidado del recién nacido en relación con el grado de conocimientos adquiridos por madres primíparas al momento del alta en el servicio de maternidad del hospital provincial general de Latacunga en el período noviembre 2013–abril 2014. Ambato: Universidad Técnica de Ambato; 2014.
14. Chupillón Pérez EL. Rol materno en adolescentes primíparas y el desarrollo del vínculo afectivo: servicio de neonatología, HRDLM, 2013. Chiclayo Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2013.
15. Blanco Beltrán L, Martínez Cuenca J, Villate González E. Fortalecimiento del vínculo afectivo de la triada padre-hijo-madre a través del curso de preparación para la maternidad y la paternidad "Un proyecto de vida"; un estudio de caso. [Trabajo de grado para optar al título de Enfermera]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería; 2014.
16. Sanabria Márquez MJ. Adopción del rol materno y su relación con el tipo de alimentación que recibe su hijo en tres grupos de madres. [Tesis de grado]. Valencia: Universidad del Centro. Facultad de Ciencias de la Salud; 2011.
17. Jiménez Márquez E, Sosa Silva A. Educación de las enfermeras para la adopción del rol materno de madres primerizas con hijos prematuros.[Tesis para optar el título de: licenciado en enfermería]. Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio De Mogrovejo. Facultad de Enfermería; 2012.
18. Gregorio Valerio D. Adopción del rol materno en madres adolescentes primerizas frente al cuidado del recién nacido en una comunidad rural de Huánuco. [Tesis para optar al título profesional de Licenciada en Enfermería]. Huánuco: Universidad de Huánuco. Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela Académico Profesional de Enfermería; 2016.
19. Hualpa Vitor S. Conocimiento y conductas de cuidados básicos al recién nacido por madres adolescentes, usuarias del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco. [Tesis para optar al título profesional de Licenciada en Enfermería]. Huánuco: Universidad de Huánuco. Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela Académico Profesional de Enfermería; 2016.
20. Pérez Borja R. Desempeño de primíparas de 18 a 25 años ante el cuidado del recién nacido en el servicio de neonatología del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano. [Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería]. Huánuco: Universidad de Huánuco. Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela Académico Profesional de Enfermería; 2016.
21. Mercer RT. Becoming a mother versus maternal role attainment. *Journal of nursing scholarship.* 2004;36(3):226-32.

22. Mercer RT. A theoretical framework for studying factors that impact on the maternal role. LWW; 1981.
23. Mercer RT. Becoming a mother: Research on maternal identity from Rubin to the present: Springer Publishing Company; 1995.
24. Betancourt M, Rodríguez Guarín M, Gempeler Rueda J. Interacción madre-hijo, patrones de apego y su papel en los trastornos del comportamiento alimentario. *Universitas Médica*. 2007;48(3):24-51.
25. Rodríguez Campo V, Valenzuela Suazo S. Teoría de los cuidados de Swanson y sus fundamentos, una teoría de mediano rango para la enfermería profesional en Chile. *Enfermería global*. 2012;11(28):316-22.
26. Cedeño LR, Hernández FJB, Navarro VN, López OM. El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería. 2009.
27. Triana LS, Ceballos MO, Laza OU. Los paradigmas como base del pensamiento actual en la profesión de enfermería. *Rev Cubana Educ Med Super*. 2002;16(4):4.
28. Castro E, Muñoz SF, Plaza GP, Rodríguez M, Sepúlveda LJ. Prácticas y creencias tradicionales en torno al puerperio, municipio de Popayán, 2005. *Revista Infancia, adolescencia y familia*. 2006;1(1):141-52.
29. Martín Blazquez R. Importancia de los cuidados continuados de enfermería en el puerperio. (Tesis). Madrid: Universidad Autónoma de Madrid; 2015.
30. Mercer RT, Walker LO. A review of nursing interventions to foster becoming a mother. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. 2006;35(5):568-82.
31. Sheer B, Wong FKY. The development of advanced nursing practice globally. *Journal of Nursing Scholarship*. 2008;40(3):204-11.
32. Kolb DA, Rubin IM, Mcintyre JM. Psicología de las organizaciones: Problemas contemporáneos: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=179966&indexSearch=ID>; [
33. Cuenca LC, Atienzo EE, López LS, Prado BH, Hernández AV. Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: evidencias y propuestas. *Gaceta médica de México*. 2013;149(3):299-307.
34. Coronado Mendoza AM, Ortiz Gómez NE. Rol materno y pautas de crianza en nueve madres adolescentes desde una perspectiva generacional, pertenecientes a las UPA 1 de la Fundación Carla Cristina. 2015.
35. Real Academia Española. Definición de adopción [Internet]. [Consultado 2017 Ene 22]. Disponible en: <http://www.rae.es/diccionario-panhispanicode-dudas/terminos-linguisticos>.
36. Ferro N. El instinto maternal o la necesidad de un mito: Siglo XXI de España; 1991.

37. Cáceres Manrique FdM, Molina Marín G, Ruiz Rodríguez M. Maternidad: un proceso con distintos matices y construcción de vínculos. *Aquichán*. 2014;14(3):316-26.
38. Ocampo MP. El hijo ajeno: vivencia de madres de niños prematuros hospitalizados. *Aquichán*. 2013;13(1).
39. Sanchez Luna M, Pallas Alonso C, Botet Mussons F, Echaniz Urcelay I, Castro Conde J, Narbona E. Recomendaciones para el cuidado y atención del recién nacido sano en el parto y en las primeras horas después del nacimiento. *Anales de pediatría*. 2009;71(4):349-61.
40. Cardozo J. Conocimientos de madres adolescentes sobre cuidados básicos al recién nacido, Localidad de Ciudad Bolívar, Bogotá D.C. Primer Semestr[Trabajo de grado]. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Enfermería; 2008.
41. Leininger M. Modelos y teorías en enfermería [Internet]. [Consultado 2016 Abr 28]. Disponible en: <http://teoriasalud.blogspot.pe/p/madeleine-leininger.html>

class="MsoListParagraph" style="margin-bottom:.0001pt;mso-add-space:auto;text-align:justify;line-height:200%">
42. MINSALUD. Programa Nacional de salud (Internet). (Consultado 2017 feb 02). Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Programa%20Nacional%20Salud%20Familiar%20y%20Comunitaria%20y%20Medicina%20Familiar%20200214.pdf>.
43. Zulueta Torres D, Romero Iglesias MC, Toledo Borrero E, Ferrer Zulueta N. Patrones de alimentación y evaluación nutricional en niños deshabilitados. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2003;29(2):111-6.
44. Pava Laguna C. Prácticas de cuidado con el recién nacido prematuro o bajo peso, que ofrecen las madres en el hogar: Universidad Nacional de Colombia.
45. Lozada Campos TI, Terrones Ramírez KO, Mogollón Torres FdM. Temas, Métodos y Técnicas de Enseñanza durante la preparación para el cuidado del recién nacido en el hogar. 2015.
46. Prieto Bocanegra BM. Significado que le asigna la madre al cuidado cultural de ella misma y su recién nacido durante el puerperio a partir de sus prácticas y creencias. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2012.
47. Secretaria de Salud. Colombia. Programas territorios saludables [Internet]. [Consultado 2016 may 01]. Disponible en: http://www.saludpublicabogota.com/wiki/images/7/7f/12._ANEXO_TECNICO_TRANSMISIBLES.pdf
48. Blanco Beltrán L, Martínez Cuenca J, Villate González E. Fortalecimiento del vínculo afectivo de la triada padre-hijo-madre a través del curso de preparación para la maternidad y la paternidad "Un proyecto de vida"; un estudio de caso. [Trabajo de grado para optar al título de Enfermera]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería; 2014.

49. Rico DAP, Sánchez BNG, León JA, Mora CAG, Torres SJO. Programa de extensión: cuidado en casa a las adolescentes egresadas del hospital universitario Erasmo Meoz (HUEM) ya su recién nacido 2012. Ciencia y Cuidado. 2015;10(2):104-14.

ANEXOS

ANEXO 01

Fecha:.....

Código:

GUÍA DE ENTREVISTA DE LAS CARACTERÍSTICAS GENERALES APLICADO A LAS MADRES

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: Seguimiento de enfermería en el puerperio y la adopción del rol materno por madres primerizas, usuarias de un centro de salud de Huánuco.

INSTRUCCIONES: Estimada Sra., Srta., encuestadora sírvase efectuar las preguntas que a continuación se presenta a la madre adolescente y en forma clara y legible registre sus respuestas en el espacio correspondiente o paréntesis, debiendo guardar precisión y veracidad.

Gracias

CARACTERÍSTICAS GENERALES

I. Características demográficos

1. ¿Cuántos años tienes?

.....años

2. ¿Cuál es su estado civil?

Soltera ()

Casada ()

Divorciada ()

Conviviente ()

Viuda ()

3. ¿Cuál es su grado de escolaridad?

Sin estudio ()

Primaria incompleta ()

Secundaria incompleta ()

Secundaria completa ()

Superior incompleta ()

Superior completo ()

4. ¿Cuál es su ocupación?

Ama de casa ()

Comerciante ()

Empleada dom. ()

Trabajadora público ()

Otro ()

Especifique _____

5. ¿Cuál es tu estado civil antes de tu embarazo?

- Soltera ()
Casada ()
Conviviente ()
Separada ()
Otro () especifique.....

6. ¿Cuál es su religión?

- Católica ()
Evangélica ()
Mormón ()
Testigo de Jehová ()
Otro () especifique.....

II. Características familiares

7. ¿Con quién vives en la actualidad?

- Ambos padres ()
Uno de los padres ()
Algún familiar ()
Otro ()

8. ¿Actualmente vives con tu pareja?

- Sí ()
No ()

III. Características reproductivas

9. Edad gestacional al parto:.....

10. ¿Tipo de parto?

- a) Eutócico ()
b) Cesárea ()

A. CARACTERÍSTICAS DEL NIÑO

11. Género:

- a) Masculino ()
b) Femenino ()

12. Peso al nacer:.....kg

13. ¿Cuántas horas dedica cuidado de su RN a diario?

Fecha:.....

Código:

**ESCALA DE ADOPCIÓN DEL ROL MATERNO (ARM)
MODIFICADA POR LAS INVESTIGADORAS**

TÍTULO DEL ESTUDIO. Seguimiento de enfermería en el puerperio y la adopción del rol materno por madres primerizas, usuarias de un centro de salud de Huánuco.

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

- TA = Totalmente de Acuerdo.
- A = De acuerdo.
- I = Indeciso.
- D = Desacuerdo.
- TD = Totalmente en desacuerdo.

Nº	Reactivos	TA	A	I	D	TD
I	Aceptación del bebé					
1	A veces 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 lo necesite.					
4	Me cuesta aceptar a mi bebé.					
5	Me siento capaz de salir adelante con mi bebé.					
6	Pienso que el CRED no es necesario para mí bebé.					
7	Trato de ocultar el hecho de que tengo un bebé porque me avergüenza.					
8	Cuando cosquileo a mi bebé observo una respuesta de alegría en él.					
9	Aunque tenga muchas actividades que realizar, siempre me doy tiempo para cuidar a mi bebé.					
10	El hecho de lactar une emocionalmente a las madres con sus hijos.					
II	Contacto con la madre					
11	Me agrada tener a mi bebe en mis brazos.					
12	Cuando mi bebé responde a mis estímulos yo lo abrazo o felicito.					
13	Me agrada masajear la espalda de mi bebé con mucha delicadeza.					
14	Creo que otro familiar cuida a mi bebé mejor que yo.					
15	Terceras personas se encargan de la crianza de mi					

	bebé.					
16	Prefiero que yo misma, encargarme de alimentar a mi bebé.					
17	Cuando le hablo a mi bebé, lo hago con palabras cariñosas.					
III	Estimulación temprana					
18	Le doy objetos a mi bebé para que los pueda tocar y aprenda a manipularlos.					
19	Cuando mi bebé llora, le hablo con voz baja y susurrando palabras tranquilizadoras.					
20	Prefiero ser yo, quien se encargue del baño de mi bebé.					
21	Mientras doy de lactar a mi bebé me gusta acariciarlo.					
22	Trato que mi bebé acaricie mi rostro.					
23	Practico con mi bebé ejercicios que le puedan ayudar a su desarrollo.					
24	Cuando juego con mi hijo me gusta que el aprenda algo nuevo.					
25	Cuando doy de lactar a mi bebé me gusta hablarle.					
IV	Bienestar del bebe					
26	Cuando mi bebé llora dejo lo que estoy haciendo y voy a atenderlo.					
27	El momento de juego con mi bebé es indispensable en mi rutina diaria.					
28	Tengo en casa medicamentos “necesarios” para lo que requiere mi bebé en caso de enfermarse.					
29	Cuido que mi bebé utilice ropa adecuada a la estación para evitar que se enferme o tenga sarpullido.					
V	Preocupación y protección del bebe					
30	La salud de mi bebé para mi es importante.					
31	Hago vacunar a mi bebé en la fecha programada.					
32	Me alegra mucho que mi hijo haya nacido sano.					
33	Cada vez que mi bebé llora me preocupo por saber qué es lo que necesita.					
34	Me preocupo por que a su alrededor no existan objetos que puedan hacerle daño a mi bebé.					
35	Si voy por la calle y alguien estornuda cerca, lo primero que hago es cubrir a mi bebé.					
36	Tengo la seguridad que seré una buena madre.					

OPCIONES DE RESPUESTA PARA LA ESCALA DE ROL MATERNO

1=Totalmente en desacuerdo	
2= En desacuerdo	
3=Indeciso	
4=De acuerdo	
5=Totalmente de acuerdo	

ANEXO 03

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del estudio. Seguimiento de enfermería en el puerperio y la adopción del rol materno por madres primerizas, usuarias de un centro de salud de Huánuco

Yo:.....

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con las investigadoras

Comprendo que mi participación es voluntaria.

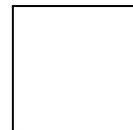
Comprendo que puedo retirarme del estudio:

1. Cuando quiera.
2. Sin tener que dar explicaciones.
3. Sin que esto repercuta en la atención integral de mi bebé

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Fecha ----/----/-----

DNI-----Firma de la madre



ANEXO 04
MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título	Definición del problema	Objetivos	Formulación de hipótesis	Clasificación de variables	Definición operacional	Metodología	Población, muestra y muestreo	Instrumentos
Seguimiento de enfermería en el puerperio y la adopción del rol materno por madres primerizas, usuarias de un centro de salud de Huánuco	Bustos, Montenegro, Vacca (2), argumentan que el puerperio también es un período de transformaciones progresivas de la mujer, tanto anatómico, fisiológico y psicológico que tienen como fin, la involución progresiva de las modificaciones de órganos y sistemas que en la gestación se habían sucedido, y que la mujer pueda desarrollar su rol de madre primeriza; esta etapa que comprende las seis semanas posteriores al parto, donde la mujer está muy	<p>Objetivo general</p> <p>Demostrar la efectividad del seguimiento de enfermería durante puerperio en la adopción del rol materno por madres primerizas, usuarias de un centro de salud de Huánuco, 2016.</p> <p>Objetivos específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comprobar la efectividad del seguimiento de enfermería durante el puerperio en la aceptación del bebe por madres primerizas, usuarias estudio. • Demostrar la efectividad del seguimiento de enfermería durante puerperio en el contacto madres primerizas, usuarias en estudio. • Determinar si el seguimiento de enfermería en el puerperio tiene efectividad en la estimulación temprana. • Comprobar si el seguimiento de enfermería en el puerperio tiene 	<p>Hipótesis general</p> <p>H0: El seguimiento de enfermería en el puerperio no tiene efectividad en la adopción del rol materno por madres primerizas, usuarias de un centro de salud de Huánuco, 2016.</p> <p>Hi: El seguimiento de enfermería en el puerperio tiene efectividad en la adopción del rol materno por madres primerizas, usuarias de un centro de salud de Huánuco, 2016.</p> <p>Hipótesis específicas</p> <p>Hi1: El seguimiento de enfermería en el puerperio tiene efectividad en la aceptación del bebe por madres primerizas, usuarias estudio.</p> <p>Hi2 El seguimiento de enfermería en el puerperio tiene efectividad en el contacto madres primerizas, usuarias en estudio.</p> <p>Hi3: El seguimiento de enfermería en el puerperio tiene efectividad en la</p>	<p>Variable independiente</p> <p>Seguimiento de enfermería en el puerperio</p> <p>Variable dependiente</p> <p>Adopción del rol materno por madres primerizas</p>	<p>Seguimiento de enfermería en el puerperio.</p> <p>Estará basada en la intervención educativa constará de 2 sesiones de 30 minutos cada una en la cual se trabajaran temas de cuidados del niño.</p> <p>Adopción del rol materno por madres primerizas.</p> <p>Se desarrolla en la interacción de la madre con tres contextos o sistemas: el microsistema (basado en la relación madre-hijo, la cual se ve influenciada por la relación madre-padre, el estrés, el apoyo social y el funcionamiento familiar), el mesosistema (incluye el entorno laboral de los</p>	<p>Tipo y nivel</p> <p>El nivel de investigación es un estudio aplicativo. Según la intervención del investigador el estudio será de tipo experimental, ya que existirá la manipulación de la variable. De acuerdo a la planificación de la medición de la variable el estudio será de tipo prospectivo, ya que pertenece al tiempo futuro, y la recolección de datos se realiza a través de una fuente primaria Referente al número de mediciones el estudio será de tipo longitudinal.</p>	La población estará constituido 49 madres primerizas, usuarias de un centro de salud de Huánuco, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión.	<p>Guía de entrevista de las características generales aplicado a las madres (anexo 01).</p> <p>Escala de adopción del rol materno (anexo 02)</p>

	<p>sensible al desconocimiento sobre el cuidado de la salud de ella y su hijo y de las posibles complicaciones. Ser madre por primera vez es una de las etapas increíbles que se experimenta a lo largo de la vida, desde el momento de la concepción, el periodo de gestación y el nacimiento de un nuevo ser traen consigo dudas e interrogantes, la madre se encuentra en la búsqueda de información muchas veces erróneas lo que pone en riesgo la crianza del recién nacido (3).</p>	<p>efectividad en las expresiones maternas de afecto hacia él bebe.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Demostrar si el seguimiento de enfermería en el puerperio tiene efectividad en el bienestar del bebe. • Determinar si el seguimiento de enfermería en el puerperio tiene efectividad en la preocupación y protección del bebe. 	<p>estimulación temprana. Hi4: El seguimiento de enfermería en el puerperio tiene efectividad en el bienestar del bebe. Hi5: El seguimiento de enfermería en el puerperio tiene efectividad en la preocupación y protección del bebé.</p>		<p>padres, la escuela y los cuidados diarios) y el macrosistema (incluye las influencias sociales, políticas y culturales). En el presente estudio se considerará las siguientes dimensiones: aceptación del bebé, contacto con la madre, estimulación temprana, expresiones materiales de afecto hacia él bebé, bienestar del bebé, preocupación y protección del bebé, interacción con la pareja respecto al bebé, interacción con la familia de origen con respecto al bebé, cuidados del bebé y conocimiento cultural relacionados al bebé.</p>	<p>ya que el instrumento se aplicará en dos momentos antes y después de la intervención. Según el número de variables el estudio es de tipo analítico, ya que se cuenta con dos variables. De acuerdo al enfoque de investigación, corresponde al cuantitativo.</p> <p>Metodo y diseño</p> <p>El método que se utilizará en el estudio será el cuasiexperimental con dos grupos sin aleatoriedad. El método a usarse será el inductivo.</p>		
--	---	---	---	--	---	---	--	--

ANEXO 05

PROTOCOLO DE VISITA DOMICILIARIA

1. INTRODUCCIÓN:

El vínculo materno constituye un pilar fundamental en el crecimiento y desarrollo de todo ser humano. Debido a las debilidades encontradas en la relación madre e hijo (a) en la población en estudio, surgió la necesidad de realizar la presente investigación desde el enfoque de Enfermería. La visita domiciliaria, como estrategia de la intervención del proyecto Aprendiendo y Ayudando II, se convierte en un instrumento preventivo, de promoción y de atención para fortalecer el rol materno.

Establecimiento de Salud : Centro de Salud Carlos Showing Ferrari
Lugar : Jurisdicción de Amarilis.
Motivo de la Visita : Seguimiento de Enfermería en el puerperio y la adopción del rol materno por madres primerizas.
Fecha :
Hora inicio/final :
Nombre de la madre.....
Responsable : Lic. Enf. Ana Gardenia Lazarte y Avalos
: Lic. Enf. Francisca Mendoza Herrera

2. OBJETIVO DE LA VISITA :

Fortalecer el rol materno de las madres primerizas

3. METODOLOGÍA.

Tiempo de la visita.- 60 minutos aproximadamente

Momento de la visita.- Se realizará en aquellas situaciones de madres puérperas primerizas

Frecuencia y duración.- Será según sea el caso y el objetivo de la visita, que será evaluado con el equipo, que puede ir de una frecuencia de una vez a dos veces al mes y una duración de 6 meses a un año a más. Pero para el presente estudio se considerara solo una vez.

Recursos.- Se requiere de promotoras consejeras formadas, capacitadas y un equipo de profesionales que apoya y acompaña a las promotoras consejeras en esta experiencia.

Materiales.- Se contará con un chaleco que las identifique, rotafolios, fichas de visita domiciliaria, fichas de seguimiento, materiales de apoyo relacionados al rol materno.

4. EJECUCIÓN.

- En la fecha y hora acordada con la familia, se debe cumplir puntualmente con la realización de la visita.
- La visita se realizará en forma de entrevista y luego se irán insertando acciones o intervenciones correspondientes a los objetivos, por tanto tendrá las siguientes fases:

a) Fase inicial

- Es el comienzo de una relación de la construcción de un vínculo, por lo tanto, es lo más importante porque puede determinar una actitud negativa o positiva de la madre, padre o el cuidador hacia la promotora defensora y hacia el desarrollo de la visita.
- La promotora defensora tendrá una actitud amable y respetuosa, se presentará ante la familia diciendo su nombre con claridad, se identificará como personal de salud.
- Luego pedirá si le permite ingresar a su domicilio
- En este inicio, se observará la actitud de la familia ante la visita,
- La relación que se va construyendo entre el promotor/a consejera y la madre, padre y otros cuidadores significativos
- La promotora consejera se considera como un agente de cambio esencial en la intervención.
- Establecerá un buen contacto con todos los integrantes de la familia, sobre todo con aquellos que tengan poder sobre el sistema familiar, con los jefes o jefas de familia.

b) Fase de desarrollo

- Después de la fase inicial, se realiza la exploración o evaluación del fortalecimiento del rol materno de la puérpera
- Se explica a la familia el objetivo de la visita.
- Los estadios de la visita domiciliaria a tener en cuenta son:

Estadios de la adquisición del rol maternal

- a.** Anticipación: el estadio de anticipación empieza durante la gestación e incluye los primeros ajustes sociales y psicológicos al embarazo. La madre aprende las expectativas del rol, fantasea sobre él, establece una relación con el feto que está en el útero y se inicia la adopción del rol.
- b.** Formal: empieza cuando el niño nace e incluye el aprendizaje del rol y su activación. Las conductas de rol se orientan por medio de las expectativas formales y consensuadas de los otros en el sistema social de la madre.
- c.** Informal: empieza cuando la madre desarrolla sus propias maneras de realizar el rol no transmitidas por el sistema social. La mujer hace que el nuevo rol encaje en su estilo de vida basándose en experiencias pasadas y en objetivos futuros.
- d.** Personal: o de identidad de rol se produce cuando la mujer interioriza el rol. La madre experimenta

En el presente plan se contemplará el estadio formal.

- Se desarrollará las siguientes temáticas

N°	Temática	Objetivo	Metodología	Contenido	Materiales
1	Aceptación del bebé.	Mejorar la aceptación del bebe	Demostrativa	<ul style="list-style-type: none"> • Aceptación del bebé • Cumplimiento de la lactancia materna exclusiva y sus beneficios. • Imitación de balbuceos y sonidos que hace el bebé. • Cambio de pañales al bebé cada vez que lo necesite. • Cumplimiento del CRED 	
2	Contacto con la madre.	Enseñar el contacto con la madre	Demostrativa	<ul style="list-style-type: none"> • Estímulos verbales y no verbales de la madre hacia el bebé que facilitan el contacto madre-hijo. • Masajes al bebé • Importancia del cuidado directo de la madre al bebé 	
3	Estimulación temprana.	Estimular al bebe	Demostrativa	<ul style="list-style-type: none"> • Juguetes apropiados para estimular al bebé • Palabras que tranquilizan el llanto del bebé • Baño del bebé • Caricias del bebe durante la lactancia • Acariciar el rostro del bebe y de la madre • Práctica de ejercicios que favorecen el desarrollo del bebé 	
4	Bienestar del bebé.	Valorar el bienestar del bebe	Teórica	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado del bebé durante el llanto: signos de alarma • Medicamentos "necesarios" para el bebé • Ropa adecuada a la estación para evitar que se enferme o tenga sarpullido. 	
5	Preocupación y protección del bebé.	Enseñar la preocupación y protección del bebe	Teórica	<ul style="list-style-type: none"> • La salud del bebé. • Vacunas del bebé • Objetos que puedan hacerle daño al bebé. • Cubrir a mi bebé sin alguien estornuda a su alrededor. 	
<p>5. EVALUACIÓN. Antes y después de aplicar el plan de visita domiciliario para fortalecer el rol materno, se aplicará la escala del rol materno, propuesto en el trabajo de investigación.</p>					