



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO  
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ÁREA ACADÉMICA DE ENFERMERÍA  
ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA NEONATAL



**“EFICACIA DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA A PADRES DE  
NEONATOS PARA REALIZAR LA TÉCNICA MAMÁ CANGURO”**

**TESIS**

**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA  
NEONATAL**

**PRESENTA**

**L.E. SANDRA TREJO ROMERO**

**DIRECTOR DE TESIS**

**M.C.E. ROCÍO BELÉM MAYORGA PONCE**

**CODIRECTOR DE TESIS**

**M.C.E. ROSA MARÍA GUEVARA CABRERA**

**SAN AGUSTÍN TLAXIACA, HIDALGO**

**ABRIL 2019**



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO  
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ÁREA ACADÉMICA DE ENFERMERÍA  
ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA NEONATAL



**“EFICACIA DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA A PADRES DE  
NEONATOS PARA REALIZAR LA TÉCNICA MAMÁ CANGURO”**

**TESIS**

**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA  
NEONATAL**

**PRESENTA:**

**L. E. SANDRA TREJO ROMERO**

**JURADO**

PRESIDENTE	MCE. ROCÍO BELÉM MAYORGA PONCE	_____
SECRETARIO	MCE. ROSA MARÍA GUEVARA CABRERA	_____
VOCAL 1	DRA. MARGARITA LAZCANO ORTÍZ	_____
VOCAL 2	MCE. REYNA CRISTINA JIMÉNEZ SÁNCHEZ	_____
VOCAL 3	DR. JOSÉ ARIAS RICO	_____

**SAN AGUSTÍN TLAXIACA, HIDALGO**

**ABRIL 2019**

## **AGRADECIMIENTOS**

A los seres de luz, a Dios, al universo entero que han conspirado a mi favor para que mis proyectos se hagan realidad.

A mi madre Ana María, que me diste la vida, que has estado conmigo y me has apoyado en cada paso que he dado, gracias mamá por tus consejos, por ser mi motivación y mi fuerza para seguir adelante, gracias por todo el esfuerzo que has hecho para que yo pudiera lograr mis sueños, gracias por tu amor absoluto e incondicional. Te amo inmensamente mamá.

A mi padre Wenceslao que a pesar de las pruebas y de las adversidades, me has enseñado a ser fuerte y luchar por la vida, gracias por haberme dado la vida y por darme la oportunidad de superarme. Te amo papá.

A mi hermana María de los Ángeles, a ti hermana, a la que amo tanto y que agradezco a la vida entera y al universo por habernos escogido como hermanas. Gracias por tu cariño un poco distraído, pero sé que me amas tanto como yo a ti, porque nuestra raíz es una misma, aunque nuestras ramas tengan direcciones distintas.

A mi sobrina Nahomi que es la niña de mis ojos, la niña que me motiva cada día a ser mejor persona y mejor profesionalista, te amo hermosa, te amo tanto, que desde que llegaste a este mundo, me has dado muchas enseñanzas de vida.

A mis tíos y tías, a mis abuelitos Justa y Jesús, que en todo momento me han apoyado, que han estado al pendiente de mi, gracias por su cariño. ¡Los amo!

A mis docentes, por la gran enseñanza y paciencia, a la coordinadora de la especialidad Rosy Guevara por su apoyo incondicional, a mi asesora de tesis Rocío Mayorga, gracias por su dedicación, su tiempo y esfuerzo.

A mis compañeras de clase, quienes me acompañaron en esta trayectoria de aprendizaje, gracias por los momentos tan lindos compartidos.

# ÍNDICE

<b>AGRADECIMIENTOS</b> .....	3
<b>I. RESÚMEN</b> .....	8
1.1 ABSTRACT .....	9
<b>II. INTRODUCCIÓN</b> .....	11
<b>III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	14
3.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN .....	15
<b>IV. JUSTIFICACIÓN</b> .....	16
<b>V. OBJETIVOS</b> .....	17
5.1 OBJETIVO GENERAL.....	17
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	17
<b>VI. HIPÓTESIS</b> .....	18
<b>VII. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL</b> .....	18
7.1 TÉCNICA DE MAMÁ CANGURO .....	18
7.1.1 VENTAJAS DEL MÉTODO DE MAMÁ CANGURO .....	19
7.1.2 ADAPTACIÓN CANGURO INTRAHOSPITALARIA .....	20
7.1.3 CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES .....	21
7.1.4 ELEMENTOS BÁSICOS DE LA TÉCNICA MAMÁ CANGURO .....	22
7.2 INTERVENCIÓN EDUCATIVA .....	23
7.2.1 EDUCACIÓN PARA LA SALUD .....	24
7.2.2 EL ROL DEL EDUCADOR .....	25
7.2.3 TÉCNICA EXPOSITIVA .....	25
7.2.4 TÉCNICAS EDUCATIVAS .....	26
7.2.5 PLANIFICACIÓN DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA .....	28
7.3 RAMONA MERCER.....	29
7.3.1 MODELO DE ADOPCIÓN DE RAMONA MERCER .....	30

7.3.2 CONCEPTOS PRINCIPALES Y DEFINICIONES.....	31
7.3.3 RELACIÓN EN LA APLICACIÓN DE LA TEORÍA.....	32
<b>VIII. MARCO REFERENCIAL .....</b>	<b>35</b>
<b>IX. METODOLOGÍA.....</b>	<b>40</b>
9.1 TIPO DE DISEÑO.....	40
9.2 TIPO DE ESTUDIO.....	40
9.3 POBLACIÓN .....	40
9.4 MUESTRA.....	40
9.5 MUESTREO .....	41
<b>X. DEFINICIÓN ESPACIAL Y TEMPORAL.....</b>	<b>41</b>
<b>XI. CRITERIOS DE SELECCIÓN .....</b>	<b>41</b>
11.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	41
11.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN .....	41
11.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN .....	42
<b>XII. RECOLECCIÓN DE DATOS.....</b>	<b>42</b>
<b>XIII. INSTRUMENTO .....</b>	<b>42</b>
<b>XIV. CONSIDERACIONES ÉTICAS .....</b>	<b>43</b>
14.1 DECLARACIÓN DE HELSINKI.....	44
<b>XV. PLAN DE ANÁLISIS .....</b>	<b>45</b>
<b>XVI. RESULTADOS.....</b>	<b>46</b>
16.1 ESTADÍSTICA INFERENCIAL.....	60
<b>XVII. DISCUSIÓN.....</b>	<b>62</b>
<b>XVIII. CONCLUSIONES.....</b>	<b>65</b>
<b>XIX. SUGERENCIAS.....</b>	<b>66</b>
<b>XX. REFERENCIAS .....</b>	<b>67</b>
<b>XXI. ANEXOS .....</b>	<b>70</b>
21.1 ESTRATEGIA EDUCATIVA.....	70

22.2 INSTRUMENTO DE LA TÉCNICA MAMÁ CANGURO.....	72
22.3 CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	73
22.4 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	74
22.5 RECURSOS .....	76
22.5.1 HUMANOS.....	76
22.5.2 MATERIALES .....	76
22.5.3 FINANCIEROS .....	76
22.6 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES .....	77

## ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1. MODELO DE ADOPCIÓN DE RAMONA MERCER .....	29
FIGURA 2. RELACIÓN DE LA APLICACIÓN DE LA TEORÍA .....	32
FIGURA 3. ESTRUCTURA CONCEPTUAL TEÓRICA - EMPÍRICA .....	34

## ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1. EDAD .....	46
Gráfica 2. SEXO .....	47
Gráfica 3. ESCOLARIDAD.....	48
Gráfica 4. ESTADO CIVIL .....	49
Gráfica 5. OCUPACIÓN.....	50
Gráfica 6. CONTACTO PIEL A PIEL.....	51
Gráfica 7. TÉCNICA CORRECTA.....	52
Gráfica 8. REALIZACIÓN DE LA TÉCNICA MAMÁ CANGURO.....	53
Gráfica 9. NO PONE EN PELIGRO AL BEBÉ .....	54
Gráfica 10. VENTAJAS DE LA TÉCNICA MAMÁ CANGURO.....	55
Gráfica 11. MI BEBÉ SE TRANQUILIZA Y DUERME MEJOR .....	56
Gráfica 12. VENTAJAS AFECTIVAS .....	57
Gráfica 13. SIGNOS DE ALARMA .....	58
Gráfica 14. EFECTIVIDAD DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA .....	59

## **I. RESÚMEN**

El nacimiento de niños prematuros se incrementa día con día, lo que se convierte en un reto de salud pública mundial, esto a consecuencia de partos pre término y/o anomalías en el crecimiento prenatal, es por ello que es de suma importancia integrar al núcleo familiar, por medio del cuidado y la capacitación brindada por personal calificado en las áreas de cuidados intensivos neonatales, promoviendo la técnica de mamá canguro para favorecer y promover la salud del neonato y la adaptación a la vida extrauterina.

Se realizó un estudio con el OBJETIVO de evaluar “La eficacia de la intervención educativa a padres de neonatos para realizar la técnica mamá canguro”, bajo el modelo del rol maternal de Ramona Mercer.

**MATERIAL Y METODOLOGÍA** Se realizó un estudio cuasi experimental que consiste en dos mediciones, esto es antes y después de la intervención educativa, de tipo cuantitativo, longitudinal y descriptivo a un total de 38 padres de neonatos pre término de acuerdo a los criterios de selección en el Hospital General San Juan del Río, Querétaro.

Se utilizó un instrumento exprofeso diseñado para este proyecto de investigación, el cual consta de 15 reactivos en donde se evalúa el conocimiento de los padres con respecto a la técnica mamá canguro en general.

**RESULTADOS** Se analizaron los pretest y postest de los participantes, en donde se obtuvo una moda en la edad de 20 años, la escolaridad que prevaleció fue de preparatoria con un 47.4%, el estado civil con un 55.3% en unión libre, al preguntar si la técnica mamá canguro es el contacto piel a piel el 57.9% no estaba ni de acuerdo ni en desacuerdo, después de la intervención educativa el 71.1% estuvo muy de acuerdo, conocen la técnica correcta y el tiempo necesario en el pretest el 55.3% en desacuerdo y después de la intervención el 92.1% estuvo muy de acuerdo, en el reactivo para realizar la técnica mamá canguro, los padres debían presentarse aseados, limpios y sanos en el pretest el 52.6% no estuvo ni de acuerdo ni en desacuerdo y en el postest el 97.4% estuvo muy de acuerdo, al considerar si la técnica mamá canguro favorece un adecuado crecimiento y desarrollo, el 55.3% respondió que no estaba ni de acuerdo ni

en desacuerdo, después de la intervención el 86.9% estuvo de acuerdo, el método mamá canguro permite el vínculo afectivo el 47.3% de acuerdo y un 97.3% estuvo muy de acuerdo, al evaluar si conocían los signos de alarma el 42.1% dijo estar en desacuerdo y el 86.9% de acuerdo.

Se realizó la comparación de medias de cada una de las interrogantes del instrumento de medición por medio de estadística inferencial con t-student del SPSS en el cual todas las variables son estadísticamente significativas.

**CONCLUSIÓN** al evaluar la pregunta en donde menciona si la intervención educativa recibida había sido eficaz, las respuestas fueron muy favorables, ya que el 68.4% respondió estar muy de acuerdo y un 31% dijo estar de acuerdo, esto alcanzó un 100% en que la intervención educativa sin duda había sido favorable para los padres participantes.

Con esto se dan por cumplidos los objetivos plasmados y se hace la comprobación de la Hipótesis alterna ya que el resultado tiene un respaldo estadísticamente significativo calculado con t-student.

## **1.1 ABSTRACT**

The birth of premature children increases day by day, which becomes a global public health challenge, this as a consequence of preterm births and / or anomalies in prenatal growth, which is why it is very important to integrate the family nucleus, through the care and training provided by qualified personnel in the areas of neonatal intensive care, promoting the kangaroo mother method to favor and promote the health of the newborn and the adaptation to extrauterine life.

A study was carried out with the **OBJECTIVE** of evaluating the effectiveness of the educational intervention for parents of neonates to permorm the kangaroo mother technique, under the model of the maternal role of Ramona Mercer.

**MATERIAL AND METHODOLOGY** A quasi-experimental study was carried out consisting of two measurements, that is before and after the educational intervention of

a quantitative, longitudinal and descriptive type, to a total of 38 parents of preterm neonates who have the inclusion criteria of the General Hospital of San Juan del Río, Qro.

An exprofeso instrument designed for this research project was used, which consists of 15 reagents in which the knowledge of the parents regarding the kangaroo mother technique in general is evaluated.

**RESULTS** We analyzed the pretest and posttest of the participants, where a fashion was obtained at the age of 20 years, the schooling that prevailed was of preparatory 47.4%, the civil status with a 55.3% in free unión, when asked if the kangaroo mom technique is skin-to-skin contact, 57.9% did not agree or disagree, after the educational intervention, 71.1% strongly agreed, they know the correct technique and the necessary time in the pretest 55.3% disagreed and after the intervention 92.1% strongly agreed, in the reagent to perform the kangaroo mom technique, the parents had to be neat, clean and healthy in the pretest 52.6% did not agree or disagree and in the posttest 97.4% strongly agreed, when considering whether the kangaroo mom technique favored an adequate growth and development, 55.3% answered that they did not agree or disagree, after the intervention 86.9% agreed, the kangaroo method allows the affective bond, 47.3% agreed and 97.3% strongly agreed, when assessing whether they knew the warning signs 42.1% said they disagreed and 86.9% agreed.

The comparison of means of each of the questions of the measurement instrument was made by means of inferential statistics with t-student of the SPSS in which all the variables are statistically significant.

**CONCLUSION** when evaluating the question where it mentions if the received educational intervention had been effective, the answers were very favorable, since 68.4% answered that they strongly agree and 31% said they agreed, this reached a 100% in which the educational intervention had undoubtedly been of great significance to the participating parents.

With this, the stated objectives are fulfilled and the alternate hypothesis is checked since the result has a statistically significant support calculated with t-student.

## II. INTRODUCCIÓN

La prematurez constituye uno de los principales problemas, en los países en desarrollo, México presenta una prevalencia del 8.9%. En 1979 Martínez y Rey, en Colombia, pusieron en práctica un cambio en el manejo habitual de los recién nacidos prematuros, la técnica mamá canguro consiste en el contacto prolongado y continuo piel con piel entre la madre, padre y su recién nacido, tanto en el hospital como después del alta, hasta completar las 40 semanas de gestación posnatal, así como educar y motivar a la madre para ofrecer exclusivamente seno materno a su hijo.

La técnica mamá canguro es una alternativa para el manejo de estos recién nacidos, permite la continuidad del vínculo que se establece entre los padres y el recién nacido, ya que el contacto piel a piel, además de mantener la temperatura, fortalece el instinto protector que tienen los padres hacia su recién nacido (Caceres, 2013).

La técnica mamá canguro se considera una metodología costo efectiva que permite a las instituciones de salud realizar un proceso de cuidado y seguimiento a los recién nacidos prematuros o de bajo peso al nacer.

Brindar apoyo a los padres mediante una capacitación que busca proporcionar bases conceptuales y prácticas que lleven a un correcto cuidado, de este modo se pretende mejorar las condiciones ambientales de desarrollo y maduración para el recién nacido (Araque, Ariza, & Valderrama, 2013).

La técnica mamá canguro se ha extendido por todo el mundo, sobre todo cuando los recursos son relativamente limitados y ha demostrado un costo significativamente menor, disminución de la morbilidad neonatal, incremento en la ganancia de peso y talla, en las tasas de lactancia materna, mejoría psicológica y cambio de conducta de los padres y el recién nacido, comparado con la atención normal en incubadora (Caceres, 2013).

Para ofrecer el cuidado se deben tener en cuenta 5 procesos que se aplicarán en la estrategia con los padres de la siguiente manera:

Mantener la creencia o la esperanza, es decir que la enfermera confíe en la capacidad de los padres para cuidar a sus hijos.

Conocer, lo que significa para los participantes de la técnica mamá canguro, cuidar a sus hijos, desde lo emocional, sus capacidades y conocimientos.

Estar con, es decir la presencia auténtica de la enfermera y de los padres para aclarar dudas y aprender lo necesario para empoderarse del cuidado de su hijo en el hogar.

Hacer todo lo que la enfermera hace para que los padres aprendan cómo cuidar a su bebé, es decir todas las demostraciones sobre cómo cuidarlo, con los componentes de la técnica madre canguro, cómo vestirlo, la posición y la alimentación materna.

Permitir o posibilitar hace referencia a la educación que la enfermera ofrece para que los padres cuiden a sus hijos y la vinculación de un integrante de la familia en este cuidado (Araque, Ariza, & Valderrama, 2013).

El método madre canguro (MMC) es un contacto físico directo entre padres e hijo. La madre es la que biológicamente está diseñada para transportar al bebé intraútero y la figura ideal para asegurar un cuidado al recién nacido, proporcionándole alimento, movilidad, contacto, seguridad, protección y posibilidad para autorregularse. Es importante incluir al padre en esta actividad de técnica canguro ya que se establece por lo tanto una relación simbiótica madre-padre-hijo. Podemos decir que el contacto es una necesidad primaria del ser humano, así como el afecto, las caricias, el reconocimiento y el respeto por la propia individualidad (Navarro, 2017).

Mamá canguro es una alternativa para disminuir la morbilidad en los recién nacidos pre término de bajo peso, favorece la ganancia de peso y talla, comparado con la atención en incubadora, por lo que es necesario realizar una intervención educativa en la unidad de cuidados intensivos para implementar el programa y mejorar la calidad en la atención de estos pacientes (Caceres, 2013).

Entre las múltiples teorías del cuidado enfermero se abordó una teoría, la cual se centra en la dimensión que representa un modelo de cuidado y es por ello que se propone la adopción del rol maternal de la teorista Ramona Mercer aplicada al trinomio, se orienta en la búsqueda de nuevos espacios en la práctica pre-profesional rompiendo paradigmas en cuanto a cuidado enfermero se refiere, llegando a convertirse en el pilar de la labor de Enfermería y la oportunidad de validar y confrontar en la práctica desde cualquiera de los campos de acción seleccionados (Velandia, 2016).

Esta propuesta se centra en el papel maternal, donde la madre constituye un proceso de interacción y desarrollo. Cuando la madre logra el apego de su hijo, adquiere experiencia en su cuidado y experimenta la alegría y la gratificación de su papel. En la teoría de Ramona Mercer se abarcan varios factores maternos: edad, estado de salud, relación padre-madre y características del recién nacido. Además define la forma en que la madre percibe los acontecimientos vividos que influirán al momento de llevar los cuidados a su hijo con características innatas de su personalidad.

Otro aspecto importante es el conocimiento teórico de la disciplina ya que los métodos desarrollados sistemáticamente guían el pensamiento crítico y la toma de decisiones; además la aplicación de la teoría dirige la práctica profesional que permite suministrar el cuidado de forma organizada (Velandia, 2016).

### **III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Un nacimiento prematuro trae consigo la interrupción del vínculo temprano del trinomio, que influye en la formación del apego hacia la crianza y se convierten en una situación de especial vulnerabilidad. Por primera vez en la historia, las complicaciones del nacimiento prematuro superaron a todas las otras causas, siendo la principal causa de mortalidad infantil en el mundo.

De los 6.3 millones de muertes estimadas de niños menores de cinco años en 2013, las complicaciones del nacimiento prematuro representaron casi 1.1 millones de muertes, según nuevos hallazgos publicados recientemente en The Lancet de la Escuela de Salud Pública Johns Hopkins Bloomberg, junto con la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Escuela de Higiene & Medicina Tropical de Londres.

Específicamente, las complicaciones directas del nacimiento prematuro representaron 965 mil muertes durante los primeros 28 días de vida, con unas 125 mil muertes adicionales entre el primer mes (UNICEF, 2013).

Los mayores riesgos de muerte neonatal y a lo largo de la lactancia y la primera infancia son los que corren los bebés de pequeño para la edad gestacional o de poco peso al nacer. Más del 80% de todas las muertes de recién nacidos se producen entre bebés de pequeño tamaño. El mayor riesgo de discapacidad se da en el primer día de vida, y un 10% de la carga mundial de morbilidad está relacionada con las afecciones neonatales. Muchas discapacidades podrían prevenirse con una atención adecuada durante el trabajo del parto, el nacimiento y el periodo neonatal.

Los bebés prematuros que sobreviven al primer mes de vida se enfrentan a un riesgo mayor de mortalidad neonatal, trastornos del desarrollo neurológico a largo plazo, retraso del crecimiento y enfermedades no transmisibles. Los bebés que son pequeños para su edad gestacional pueden padecer retraso del crecimiento y trastornos metabólicos en la edad adulta. Estos resultados obstétricos adversos afectan considerablemente al capital humano e inhiben el desarrollo económico y social de los países (OMS & UNICEF 2014).

El manejo de recién nacidos pre término resulta en costos elevados y porcentajes altos de secuelas en el crecimiento y desarrollo, así como discapacidades neurológicas, por lo tanto existiendo una metodología fácil de implementar, con resultados favorables, científicamente demostrados, que incorpora los tres elementos básicos de la supervivencia humana: el calor, el amor y la lactancia materna como lo es la técnica madre canguro, este elemento básico, debe ser implementado para unificar criterios de manejo de los recién nacidos pre término en la unidad de cuidados intensivos (Caceres, 2013).

Proporcionar información actualizada a la población a fin de diseñar e implementar estrategias que permitan un máximo de conocimiento, así como la sensibilización en la aplicación de la técnica mamá canguro en el cuidado integral del recién nacido prematuro, considerando que este método les proporciona un bienestar integral y contribuye a la disminución de morbi-mortalidad neonatal, además de fomentar la participación de los padres en el cuidado para mantener el vínculo afectivo favoreciéndolo en todos los aspectos con el fin de asegurar una mejor calidad de vida, crecimiento y desarrollo normal (Hernández, 2014).

### **3.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuál es la eficacia de la intervención educativa a padres de neonatos para realizar la técnica mamá canguro?

## IV. JUSTIFICACIÓN

Por primera vez en la historia, las complicaciones del nacimiento prematuro superaron a todas las otras causas, siendo la principal causa de mortalidad infantil en el mundo. Específicamente, las complicaciones directas del nacimiento prematuro representaron 965 000 muertes durante los primeros 28 días de vida.

En total, unos 35 000 niños y niñas mueren cada año en América Latina por complicaciones del nacimiento prematuro. Brasil encabeza la lista de países con el mayor número de bebés que mueren por complicaciones del parto prematuro en la región, con 9000 cada año, seguido por *México* 6000, Colombia 3500, Argentina 2400, Venezuela 2200, Perú 2000, Guatemala 1900, Bolivia 1600, Ecuador 1500 y Honduras 1100 (UNICEF, 2013).

Algunas medidas para ayudar a los padres y sus bebés prematuros incluyen un énfasis en la planificación familiar, la prevención de infecciones, el uso de antibióticos y un mayor uso en la aplicación de la técnica mamá canguro, ya que se considera un método que mantiene al bebé en contacto con la piel de la madre o del padre para brindarle calor y facilitar la lactancia materna.

Se estima que una mayor utilización de esta simple técnica podría salvar unos 450 000 bebés prematuros cada año (UNICEF, 2013).

El nacimiento de niños prematuros se incrementa día con día, lo que se convierte en un reto para la Salud Pública, las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS 2014) reflejan que a nivel mundial la prematuridad es la primera causa de mortalidad en los niños menores de cinco años. Cada año nacen aproximadamente 15 millones de niños con bajo peso al nacer, como consecuencia de un parto prematuro y/o anomalías en crecimiento prenatal, cuando estos nacen, es de suma importancia reintegrarlos en su núcleo familiar, el punto clave, es el cuidado que es brindado con medidas de confort por parte del profesional de Enfermería y el cuidado que brindan los padres con la técnica mamá canguro, favoreciendo la adaptación a la vida extrauterina y la ganancia de peso para obtener mejoría y un alta precoz (Austria, 2014).

La OMS define como prematuro a todo aquel recién nacido antes de las 37 semanas de gestación y su característica principal es la inmadurez de sus diferentes sistemas, de acuerdo a estas consideraciones, a menor edad gestacional, más graves y frecuentes son los problemas de adaptación y es más complejo su tratamiento.

En este contexto, a nivel hospitalario los recién nacidos reciben cuidados que permitan un incremento de peso y disminuir el riesgo de muerte prematura, de ahí es que se han propuesto métodos alternativos como la técnica de mamá canguro, ya que se ha demostrado que disminuye la morbi-mortalidad (Austria, 2014).

Por lo antes descrito, el interés de dicha investigación es la incorporación de la técnica mamá canguro en el lugar de trabajo para la atención de los recién nacidos prematuros, por medio de la educación y la orientación a papá y mamá para que de esta manera se logre la motivación y por lo tanto la realización de dicha técnica.

La capacitación por medio de estrategias educativas a los padres sobre la técnica es una herramienta básica para mejorar la atención, basándose en conocimientos científicos y prácticos que permita favorecer el crecimiento y pronto egreso de los recién nacidos hospitalizados (Caceres, 2013).

## **V. OBJETIVOS**

### **5.1 OBJETIVO GENERAL**

Evaluar la eficacia de la intervención educativa a padres de neonatos para realizar la técnica mamá canguro.

### **5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Identificar la eficacia de la estrategia educativa en los padres referente a la participación diaria en el contacto piel a piel con su bebé.

Conocer a los recién nacidos prematuros y de bajo peso con características favorables para el inicio de la técnica mamá canguro.

Analizar la diferencia que existe en el conocimiento de la técnica mamá canguro antes y después de la intervención educativa.

## VI. HIPÓTESIS

Hi La intervención educativa a padres de neonatos para realizar la técnica mamá canguro es efectiva.

Ho La intervención educativa a padres de neonatos para realizar la técnica mamá canguro no es efectiva.

## VII. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

### 7.1 TÉCNICA DE MAMÁ CANGURO

La técnica de mamá canguro es la atención a los niños prematuros manteniéndolos en contacto piel a piel con su madre o con su padre.

Se trata de un método eficaz y fácil de aplicar que fomenta la salud y el bienestar tanto de los recién nacidos prematuros como los nacidos a término, es un método amplio de cuidado para los recién nacidos de bajo peso al nacer que permite un mejor uso de los recursos técnicos y humanos disponibles como también un establecimiento temprano del vínculo madre – hijo, padre-hijo. La técnica mamá canguro se debe ofrecer como una rutina a todo bebé con un peso < 2500 g al nacer o con una edad gestacional de menos de 37 semanas (Charpa & Figueroa, 2013).

Los componentes principales de la técnica mamá canguro son:

**Posición Canguro:** Contacto piel a piel entre la madre y el bebé o el padre y el bebé en estricta posición vertical, en medio del pecho, bajo su ropa. La temperatura del bebé permanece dentro del rango normal, gracias al calor del cuerpo.

Los padres son utilizados como incubadoras y fuentes de nutrición y estimulación. Muchos estudios han mostrado que la temperatura, la oxigenación, la frecuencia cardíaca, y otros parámetros psicológicos se mantienen dentro de los valores normales y mientras esté en posición canguro, el bebé puede ser alimentado en cualquier momento (Charpa & Figueroa, 2013).

**Política de alimentación canguro:** lactancia materna exclusiva, siempre que sea posible. Inicialmente, se sigue una estricta programación de alimentación. Cuando el crecimiento del bebé muestra ser adecuado, la programación se acomoda a las demandas del bebé. El objetivo es lograr una tasa de ganancia de peso cercana a la del crecimiento intrauterino durante el tercer trimestre de embarazo.

La técnica mamá canguro puede ser ofrecida a los bebés, tan pronto como superen problemas relacionados con la adaptación a la vida extrauterina, la regulación de su temperatura en un ambiente neutral térmico (incubadora) y la habilidad de mamar, chupar y respirar coordinadamente (Charpa & Figueroa, 2013).

### **7.1.1 VENTAJAS DEL MÉTODO DE MAMÁ CANGURO**

#### **Con los recién nacidos**

- 1) La regulación de la temperatura, es por lo menos tan buena como la que se obtienen dentro de una incubadora. Algunas muestras de evidencias sugieren que es aún mejor.
- 2) Los patrones reguladores de respiración, con una disminución de episodios de apnea y respiración periódica, son más frecuentes que en los bebés no expuestos.
- 3) Regulación mejorada de estados de comportamiento del bebé: periodos largos de sueño, menos lloriqueo, etc.
- 4) Sin riesgo adicional de infección.
- 5) Más alta duración de la lactancia materna.
- 6) Disminuye la estancia hospitalaria
- 7) Favorece el crecimiento y desarrollo, así como desarrollo cognitivo/mental
- 8) Mejorar el pronóstico y el desarrollo de los bebés.

### **Con respecto a los padres:**

- 1) Los padres reportaron más autoconfianza en sí mismos, sentimiento de realización y menos estrés, temor y miedo.
- 2) Las madres tienen más confianza en la lactancia materna y favorece su efectividad.
- 3) Cambio positivo de actitud.
- 4) Hacer que los padres sean capaces de cuidar a su bebé en casa, siguiendo con la metodología de la técnica mamá canguro.
- 5) Promover y ampliar el desarrollo de un vínculo emocional madre - hijo, padre – hijo, unión familiar (Charpa & Figueroa, 2013).

### **7.1.2 ADAPTACIÓN CANGURO INTRAHOSPITALARIA**

Se puede definir como un proceso de ajuste social, emocional y físico de los padres del bebé prematuro y/o del recién nacido de bajo peso (<2500 gr.) a la metodología de la técnica mamá canguro. Esto se cumple a través de un proceso de educación objetiva y clara, entrenamiento y apoyo social y emocional.

Los objetivos de la adaptación intrahospitalaria son:

- a) Aliviar el estrés de los padres originado al tener que cuidar un bebé frágil, antes de darle la salida al bebé de la unidad de cuidado neonatal.
- b) Hacer que los padres estén capacitados para el cuidado de su bebé en la casa, usando la metodología de la técnica mamá canguro.
- c) Disminuir el temor y miedo que aparecen mientras se está suministrando la técnica mamá canguro.
- d) Promover y ampliar el desarrollo de un vínculo emocional madre-hijo, padre-hijo.
- e) Evaluar a los bebés que están listos y en capacidad de recibir la técnica mamá canguro.
- f) Adaptar a la madre y al bebé para la lactancia materna. (Charpa & Figueroa, 2013).

### 7.1.3 CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES

- Contacto piel a piel temprano, continuo y prolongado entre los padres y el bebé.
- Lactancia materna exclusiva (caso ideal).
- Se inician en el hospital y pueden continuarse en el hogar.
- Los bebés pequeños pueden recibir el alta en un plazo breve.
- Los padres que se encuentran en su hogar precisan de apoyo y seguimiento adecuados.
- Se trata de un método amable y eficaz que evita el ajetreo que predomina por norma general en una sala de pediatría ocupada por bebés prematuros (OMS 2014).

Los primeros en presentar este método fueron los doctores Rey y Martínez en Bogotá, Colombia en 1979, donde se desarrolló como alternativa a los cuidados en incubadora, inadecuados e insuficientes, dispensados a recién nacidos prematuros que habían superado dificultades iniciales y que necesitaban únicamente alimentarse y crecer (OMS 2014).

Casi dos décadas de aplicación e investigación han dejado claro que la técnica mamá canguro constituye algo más que una alternativa a los cuidados en incubadora. Se ha puesto de manifiesto que la técnica mamá canguro repercute eficazmente en el control de la temperatura, la lactancia materna y el desarrollo de vínculos afectivos referidos a todos los neonatos, al margen de su entorno, peso, edad gestacional y situación clínica. La experiencia e investigación en materia de mamá canguro a las que se ha otorgado mayor difusión provienen de los centros de salud donde comenzaron a dispensarse tales cuidados con la ayuda de profesionales sanitarios capacitados.

En el momento en que los padres adquieren confianza en los cuidados que estaba proporcionando a su bebé, seguía dispensándolos en su hogar con el asesoramiento de profesionales que efectuaban controles frecuentes, lo que permitía efectuar un seguimiento especializado.

Las pruebas relativas a la eficacia y la seguridad de la técnica mamá canguro se refieren únicamente a los recién nacidos prematuros sin problemas médicos, los denominados neonatos estables (OMS, 2014).

La investigación y la experiencia demuestran que:

- El método mamá canguro equivale, cuando menos, a la atención convencional (en incubadora) en lo que respecta a la seguridad y la protección térmica, si ello se calcula a tenor de la mortalidad.
- El método mamá canguro contribuye a la humanización de la atención neonatal y a potenciar los vínculos afectivos entre la madre y el hijo en países de bajos y altos ingresos.
- En ese sentido, el método mamá canguro constituye un método moderno de atención en cualquier entorno, incluso en los lugares donde se dispone de costosas tecnologías y se tiene acceso a una atención adecuada.
- El método mamá canguro nunca se ha evaluado en el entorno del hogar. (OMS, 2014)

#### **7.1.4 ELEMENTOS BÁSICOS DE LA TÉCNICA MAMÁ CANGURO**

**Egreso temprano** al hogar para niños en buenas condiciones clínicas sin importar su peso.

**Lactancia materna** exclusiva como única fuente de nutrición y protección en los primeros meses de vida.

**Posición canguro** para proveer calor, amor, estimulación, facilidad y seguridad en la alimentación materna.

**Educación** de la madre y del padre en el cuidado de su pequeño hijo.

**Consulta ambulatoria** con el fin de controlar el crecimiento y desarrollo del niño y continuar la educación de los padres (Martínez, 2013).

## 7.2 INTERVENCIÓN EDUCATIVA

La intervención educativa es la acción intencional para la realización de actividades que conducen al logro del desarrollo integral del educando. La intervención educativa tiene carácter teleológico: existe un sujeto agente (educando-educador) existe el lenguaje propositivo (se realiza una acción para lograr algo), se actúa en orden a lograr un acontecimiento futuro (la meta) y los acontecimientos se vinculan intencionalmente.

La intervención educativa se realiza mediante procesos de autoeducación y heteroeducación, ya sean estos formales, no formales o informales. La intervención educativa exige respetar la condición de agente en el educando.

La acción del educador debe dar lugar a una acción del educando y no sólo a un acontecimiento, tal como corresponde al análisis de procesos formales, no formales e informales de intervención (Villa, 2017).

Una estrategia de enseñanza-aprendizaje es el empleo de una intervención educativa, la cual es entendida como el conjunto de actuaciones, de carácter motivacional, pedagógico, metodológico, de evaluación, que se desarrollan por parte de los agentes de intervención, bien sean institucionales o personales, para llevar a cabo un programa previamente diseñado, y cuyo objetivo es intentar que las personas o grupos con los que se interviene, alcancen los objetivos propuestos (Ibarra, 2014).

Cualquier intento de renovar la realidad educativa debe partir de una reflexión, en profundidad, acerca del tipo de intervención que se propone.

Una intervención educativa es considerada como una estrategia de planeación y actuación que permite a los agentes de intervención tomar el control de su propia práctica mediante un proceso de indagación-solución y puede ser elaborada por todo aquel profesionalista que desea sumergirse en un proceso de mejora continua.

De ahí que surge de una necesidad o situación problemática, en la práctica profesional y bajo esta premisa, la elaboración de una intervención educativa hacia personas interesadas en cambiar su práctica dentro de un contexto específico (Ibarra, 2014).

El primer paso para la realización de una intervención educativa es la elección de un tema, proceso que queda totalmente en manos del interventor educativo, que pretende elaborar la propuesta, ya que responde a su interés y a una situación problemática presente en su práctica profesional (Ibarra M. R., 2014).

La preocupación temática puede ser conceptualizada como aquella área que se presenta con evidencia ambigua, ante el interventor educativo y que le indica la existencia de una situación problemática que no ha sido resuelta satisfactoriamente mediante la práctica cotidiana; esta situación constituye una preocupación para el propio agente educativo, en su carácter de interventor.

Así la intervención educativa es un proceder que se realiza para promover un cambio, generalmente de conducta en términos de conocimientos, actitudes o prácticas que se constata evaluando los datos antes y después de la intervención, por lo que se hace necesario tener en cuenta la metodología a seguir (Ibarra, 2014).

### **7.2.1 EDUCACIÓN PARA LA SALUD**

Según la organización de la salud, la educación para la salud puede definirse desde dos vertientes. Por un lado, consiste en proporcionar a la población los conocimientos, las habilidades y destrezas necesarias para la promoción y protección de la salud. Por otro lado, contribuye a capacitar a los individuos para que participen en definir sus necesidades y elaborar propuestas para conseguir determinadas metas en salud.

Una de las finalidades es facilitar a que las personas desarrollen capacidades que les permitan tomar decisiones conscientes y autónomas sobre su propia salud (Villa, 2017).

La educación es un proceso por el cual las personas amplían su conocimiento, valores y habilidades que les permita poder desarrollar capacidades para adecuar sus comportamientos a la realidad, esto se produce a través de sus propias experiencias, conocimientos, reorganizándolos y modificándolos ante los nuevos conocimientos o experiencias que se dan en el proceso educativo. Para que la persona aprenda se considera esencial un aprendizaje significativo (Villa, 2017).

En el proceso enseñanza-aprendizaje, las personas deberán ser: conscientes de su situación, así poder conocer y expresarla; aumentar los conocimientos, analizando las causas y así poder reflexionar; actuar desarrollando recursos y habilidades, tomando decisiones, experimentar la realidad, evaluarla y reajustarla (Villa, 2017).

### **7.2.2 EL ROL DEL EDUCADOR**

El profesional desarrolla un rol de facilitación, de ayuda y de apoyo. Los y las participantes son quienes aprenden, el educador o la educadora facilita y orienta a destacar:

Funciones asociadas al rol: Es fundamental la preparación de la sesión y la gestión de las actividades educativas, el tiempo, el espacio en donde se desarrolla la actividad.

Actitudes entre las que tenemos: aceptación, congruencia, valoración positiva y empatía.

Habilidades: La comunicación constituye una herramienta básica del profesional en la práctica médica diaria, pero es una habilidad especialmente importante en el trabajo de educación para la salud. Son elementos importantes del proceso de comunicación: la transmisión de mensajes, la escucha y recepción de mensajes y la respuesta (Villa, 2017).

### **7.2.3 TÉCNICA EXPOSITIVA**

La exposición consiste en la presentación de un tema, lógicamente estructurado, en donde el recurso principal es el lenguaje oral, aunque también puede serlo un texto escrito. La exposición provee de estructura y organización a material desordenado, pero también permite extraer los puntos importantes de una amplia gama de información.

En la actualidad, con las facilidades que ofrecen las nuevas tecnologías de la información, se puede estructurar y organizar un determinado material para hacerlo más accesible, bajo la modalidad de un texto escrito (Villa, 2017).

## Características:

- a) Puede ser usada con un número variable de personas, es decir, la cantidad no es decisora.
- b) La voz del educador también es considerada una herramienta, sobre todo al momento de destacar uno u otro contenido.
- c) El uso de la pizarra es un componente de ésta técnica, sin embargo, debe ser usada para mostrar el plan de trabajos, esquemas o para presentar cualquier elemento que no pueda ser expuesto de otra forma.

Al preparar la exposición del tema, es importante considerar:

- a) Delimitar el tema o la parte del mismo.
- b) Organizar las ideas principales de tal manera que refleje una secuencia lógica. Es importante que las ideas se organicen en torno a un criterio que ha de guiar el avance en el desarrollo de las mismas al momento de la exposición.
- c) Es importante que las personas entiendan claramente la perspectiva teórica desde la cual es abordado un tema, esto les permite dar sentido a la información que se está exponiendo. Una mala exposición provoca la falta de entendimiento o la mala interpretación de la naturaleza del tema (Villa, 2017).

### **7.2.4 TÉCNICAS EDUCATIVAS**

Las técnicas educativas deben tener un objetivo y deben de ser adecuadas a los objetivos.

- 1) Técnicas de encuentro: Son el inicio de la relación y proceso educativo. Favorecen la motivación y la implicación de los participantes de su propio proceso educativo.
- 2) Técnicas de investigación: facilita a las personas conocer su situación y cómo la viven, son útiles para expresar, reflexionar y organizar sentimientos, conocimientos y experiencias.

- 3) Técnicas expositivas: ayudan al grupo a aumentar conocimientos que le permitan profundizar en la situación.
- 4) Técnicas de análisis: ayudan al grupo a pensar y facilitan a que cada uno encuentre sus propias soluciones.
- 5) Técnica de desarrollo de habilidades: Para habilidades psicomotoras, personales y sociales y desarrollar la capacidad de actuar e introducir cambios.
- 6) Técnicas o dinámicas vivenciales: Se caracterizan por crear una situación ficticia, donde nos involucramos, reaccionamos y adoptamos actitudes espontáneas; nos hacen vivir una situación, estas pueden ser de distintas formas:
  - Las de animación: El objetivo principal es animar, cohesionar, crear un ambiente fraterno y participativo. Esta técnica es activa, debe tener elementos que permitan relajar a los participantes, involucrar al conjunto y deben tener presente el humor.
  - Las de análisis: El objetivo es dar elementos simbólicos que permitan reflexionar sobre situaciones de vida real.
- 7) Técnicas de actuación: El elemento central es la expresión corporal a través de la cual representamos situaciones, comportamientos, formas de pensar. Para cumplir con su objetivo, se deben recomendar: presentación ordenada y coherente, dar un tiempo limitado para que realmente se interesen los elementos centrales, que se utilice realmente la expresión corporal, el movimiento, los gestos y la expresión, que se hable con voz fuerte (Cordero, 2017).
- 8) Técnicas escritas: todo aquel material que utiliza la escritura como elemento central.
- 9) Técnicas graficadas: todo material que se expresa a través de dibujos y símbolos (Cordero, 2017).

### **7.2.5 PLANIFICACIÓN DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA**

Se refiere a la elaboración de un plan, de un proyecto o un programa de acción; es decir al proceso de organización y preparación que permite adoptar decisiones sobre la forma más conveniente de lograr una serie de objetivos propuestos.

Elementos de la planificación de un programa de intervención consiste en:

- Naturaleza del programa: que se quiere hacer.
- Origen y fundamento: porque se quiere hacer.
- Objetivos: para que se quiere hacer.
- Metas: cuánto se quiere hacer.
- Localización física: en donde se quiere hacer.
- Metodología: cómo se quiere hacer, quienes lo van a hacer, con que se va a hacer.
- Evaluación: cuáles van a ser los criterios de evaluación.

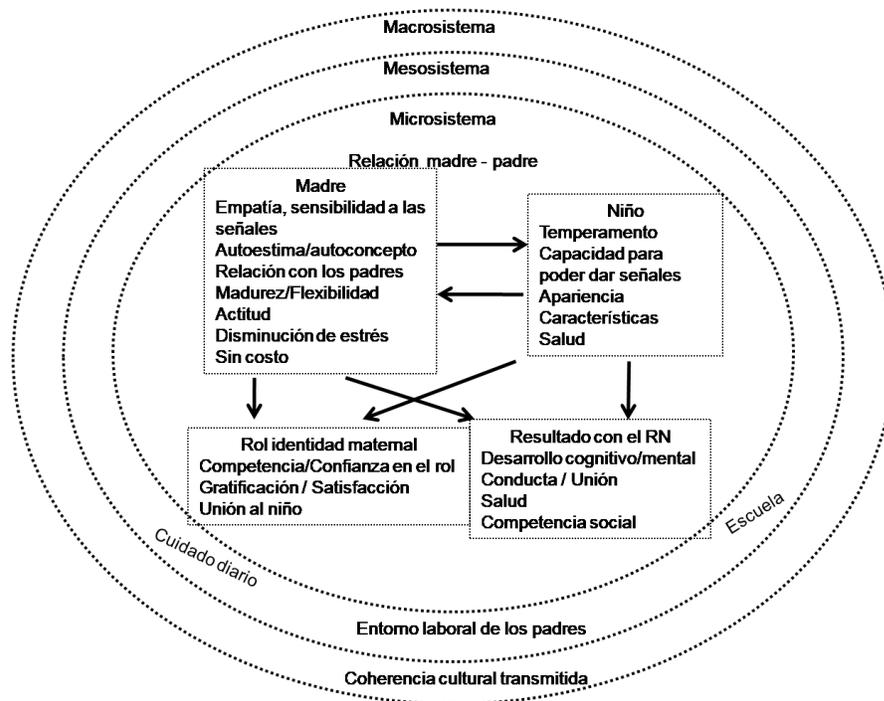
En la práctica cotidiana de enfermería es necesario implementar la educación continua y la capacitación sobre aquellas necesidades de conocimiento y actitudes prácticas presentes, apoyándose en las diversas estrategias de enseñanza-aprendizaje como lo es la intervención educativa (Ibarra, 2014).

### 7.3 RAMONA MERCER

Ramona Mercer propone la necesidad de que los profesionales de Enfermería tengan en cuenta el entorno familiar, la escuela, el trabajo, la iglesia y otras entidades de la comunidad como elementos importantes en la adopción de este rol, el cual es entendido como un proceso interactivo y evolutivo que se produce durante cierto periodo de tiempo, 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 durante el cual se va sintiendo vinculada a su hijo, adquiere competencia en la realización de los cuidados asociados a su rol y experimenta placer y gratificación dentro del mismo, igualmente hay desplazamiento hacia el estado personal en el cual la madre experimenta una sensación de armonía, intimidad y competencia constituyendo el punto final de la adopción del rol maternal, es decir la identidad materna (Villarreal, 2017).

**FIGURA 1. MODELO DE ADOPCIÓN DE RAMONA MERCER**

Figura 1. Modelo de adopción del rol materno de Ramona Mercer



Fuente: (Raile, 2015)

### 7.3.1 MODELO DE ADOPCIÓN DE RAMONA MERCER

El modelo de adopción de Mercer se sitúa en los círculos concéntricos de Bronfenbrenner del microsistema, mesosistema y macrosistema.

**El microsistema** es el entorno inmediato donde se produce la adopción del rol maternal, que incluye la familia y factores con el funcionamiento familiar, las relaciones entre la madre y el padre, el apoyo social y el estrés. Mercer amplió los conceptos iniciales y el modelo para destacar la importancia del padre en la adopción del rol, ya que éste ayuda a “difuminar la tensión en la dualidad madre-niño”. 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** agrupa, influye e interactúa con las personas en el microsistema. Las interacciones del mesosistema pueden influir en lo que ocurre al rol maternal en desarrollo y el niño. 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. El entorno de cuidado de la salud y el impacto del actual sistema de cuidado de la salud sobre la adopción del rol maternal origina el macrosistema. Las leyes nacionales respecto a las mujeres y a los niños y las prioridades sanitarias que influyen en la adopción del rol maternal. (Villarreal, 2017)

Estadios de la adquisición del rol maternal

**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.

**Formal:** empieza cuando el niño nace e incluye el aprendizaje del rol y su activación. Las conductas del rol se orientan por medio de las expectativas formales y consensuadas de los otros en el sistema social de la madre.

**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.

**Personal:** o de identidad del rol se produce cuando la mujer interioriza el rol. La madre experimenta un sentimiento de armonía, confianza y competencia en el modo en que lleva a cabo el rol y alcanza el rol maternal. (Velandia, 2016)

El interés de la teoría de Mercer va más allá del concepto de “madre tradicional”, abarcando factores como: edad, estado de salud, función de la familia, relación padre-madre y características del niño, igualmente es importante resaltar el amor y apoyo de la pareja como factores predisponentes para hacer posible un cuidado integral del trinomio madre-hijo, padre-hijo.

El cuidado materno perinatal, es uno de los ámbitos de la profesión de enfermería, en donde éste ejerce un rol fundamental desde diversos campos de acción y en las diferentes etapas de la vida del proceso de gestación, trabajo de parto, parto, posparto y estratificación hacia la vida extrauterina de su neonato (Villarreal, 2017).

### 7.3.2 CONCEPTOS PRINCIPALES Y DEFINICIONES

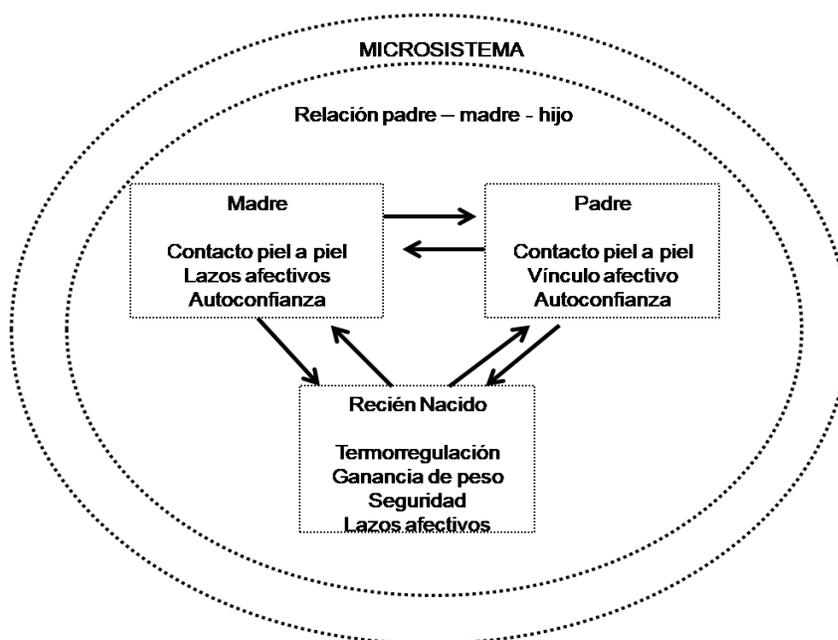
En la presente investigación se considera pertinente el uso de los siguientes conceptos de la Teoría de nivel medio de Ramona Mercer:

- I. Adopción del rol maternal: Proceso interactivo y de desarrollo que se produce a lo largo del tiempo en el cual la madre crea un vínculo con su hijo, aprende las tareas de cuidado del rol y expresa el placer y la gratificación con el rol.
- II. Identidad maternal: Tener una visión interiorizada de sí misma como madre. Percepción de la experiencia del nacimiento y la percepción de la mujer durante el parto y el nacimiento (Raile, 2015).

- III. Unión: Un elemento de rol parental y de la identidad. La unión se contempla como un proceso en el cual se crea un vínculo afectivo y emocional.
- IV. Familia: Un sistema dinámico que incluye subsistemas: individuo (madre, padre, niño) (Raile, 2015).

## FIGURA 2. RELACIÓN DE LA APLICACIÓN DE LA TEORÍA

Figura 2. Modelo de Adopción y la Relación de Mama Canguro



Fuente: Elaboración propia Trejo y Mayorga (2018)

### 7.3.3 RELACIÓN EN LA APLICACIÓN DE LA TEORÍA

Ramona Mercer es una teórica que describe el modelo de Adopción a Rol Maternal como un proceso de unión entre la madre, padre y recién nacido; de la misma manera explica que la madre debe sentirse identificada con el rol materno y sentirse cómoda con el papel de madre. El presente proyecto está diseñado y trabajado en las madres, padres y recién nacidos del Hospital General San Juan del Río Querétaro, con una intervención que les permita conocer la importancia del contacto de piel a piel con el nuevo integrante de la familia y el funcionamiento familiar del trinomio (Villarreal, 2017).

Se elige esta teoría ya que describe diversos conceptos y el estado de salud del niño tomando en cuenta que las enfermedades dan lugar a la separación de la madre y del padre hacia el niño y que interfieren en el proceso de unión del trinomio, las características del niño, la ansiedad, la familia, el funcionamiento de la misma, la relación de la madre y el padre, el apoyo social y el estrés; los cuales son factores que tienen influencia directa o indirecta sobre el rol maternal y la salud del niño (Villarreal, 2017).

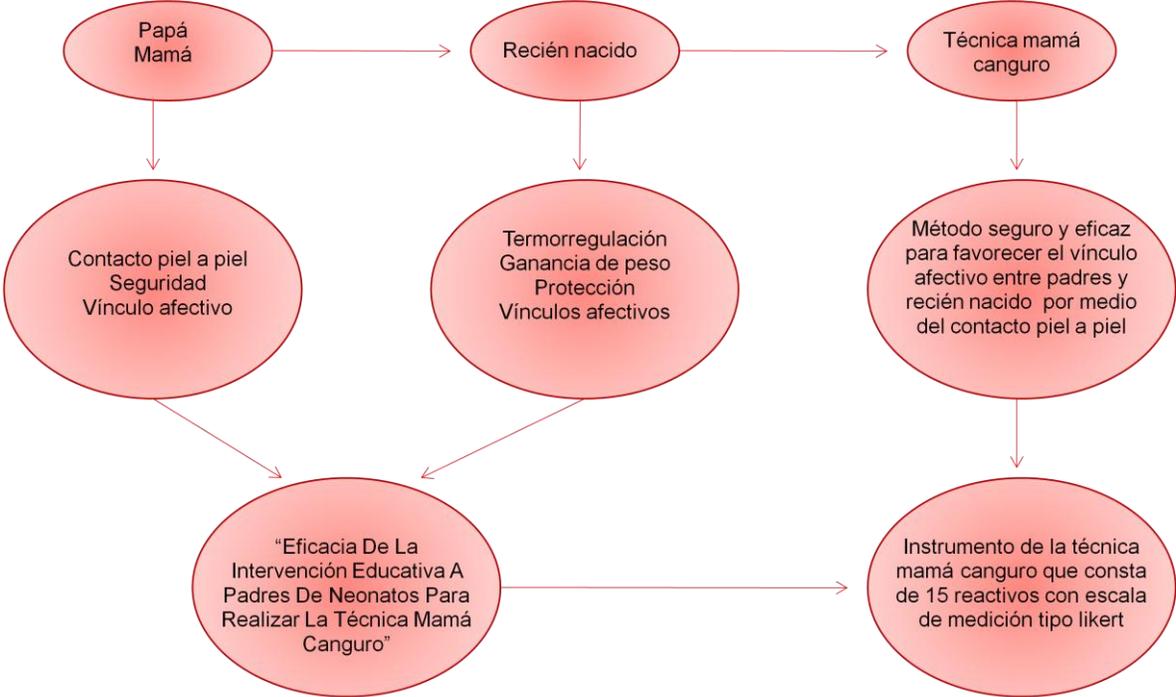
Para este caso nos enfocaremos al recién nacido de acuerdo al microsistema expuesto por Ramona Mercer.

Esto da lugar a que fomentemos cuidados de calidad para el neonato, incluyendo la participación de papá y mamá, puesto que ellos están en contacto directo y frecuente y son la principal y única fuente de amor, calor, protección durante la estancia hospitalaria del recién nacido, y esto ayuda de manera significativa a difuminar estrés y a generar vínculos afectivos en el trinomio y por ende brindar beneficios importantes al recién nacido.

Es importante resaltar que la técnica mamá canguro se puede llevar a cabo después del alta hospitalaria del recién nacido con las enseñanzas previamente expuestas para favorecer el crecimiento y desarrollo del recién nacido (Villarreal, 2017).

**FIGURA 3. ESTRUCTURA CONCEPTUAL TEÓRICA – EMPÍRICA**

Figura 3. Estructura conceptual teórica – empírica



Fuente: Elaboración propia Trejo y Mayorga (2018)

## VIII. MARCO REFERENCIAL

**Araque, Ariza, & Valderrama (2013)** Realizaron un estudio titulado estrategia educativa para el cuidado domiciliario de los bebés prematuros: madres usuarias del programa madre canguro de Tunja, Colombia, con el objetivo de diseñar y aplicar una estrategia educativa sobre cuidados del RN en el hogar, con los componentes: contacto piel a piel, posición canguro, lactancia materna exclusiva, temperatura ideal y oxigenación ideal. Permitiendo identificar conocimientos y capacidades para cuidar a sus hijos. Se evidenció la necesidad de empoderar a las madres para que ofrecieran el cuidado a sus hijos en el hogar por medio de la Teoría de Mediano Rango de Kristen Swanson.

Realizaron una intervención antes y después, sin grupo control; como población se definió a 10 madres usuarias del programa madre canguro, entre 18 y 35 años de edad se aplicó una entrevista, se diseñó y aplicó un instrumento homogéneo de evaluación sobre conocimientos y prácticas, mediante muestreo aleatorio secuencial y finalmente, se evaluó el conocimiento y las capacidades adquiridas.

En la evaluación preliminar de conocimientos básicos de las madres respecto de las actividades del PMC, se encontró total falta de conocimiento estructurado sobre los ítems básicos, apenas 4 de las 10 entrevistadas manifestaron tener noción de la necesidad de proporcionar cuidados especiales al recién nacido. En la segunda exploración y observación siete madres conocían como era la posición canguro y la realizaron en la forma indicada.

Una vez realizada la intervención, se procedió a una segunda evaluación empleando el mismo instrumento; el impacto alcanzado con la intervención fue del 70 al 100% de conocimiento.

Conclusiones: El diseño de la estrategia educativa debe ser flexible, disponer de recursos humanos dedicados a capacitación individualizada, visitas de monitoreo y evaluación familiar, ya que contribuyen a afianzar el apoyo, disipar dudas, temores y en la correcta aplicación de las actividades prácticas del PMC.

**Caceres (2013)** Realizó un estudio titulado programa madre canguro: evaluación de la intervención educativa en una unidad de cuidados intensivos neonatales con el objetivo de evaluar el conocimiento existente sobre el PMC y el efecto de una intervención educativa para la implementación de éste.

Se realizó un estudio prolectivo, longitudinal, cuasiexperimental, en el que se incluyó al personal de enfermería de todos los turnos de la unidad de cuidados intensivos neonatales del instituto nacional de perinatología “Isidro Espinosa de los Reyes”.

En la primera etapa se aplicó un cuestionario para evaluar el nivel de conocimientos sobre el programa madre canguro, el cual consta de 10 indicadores, a través de los cuales se evaluaron las siguientes variables: criterios de ingreso del recién nacido (RN) al programa madre canguro (PMC), criterios de ingreso de la madre al PMC, definición del PMC, características del RN para el inicio del PMC, actividades de adaptación intrahospitalaria del PMC, atuendo del RN durante la posición canguro, características de la posición canguro, técnicas de alimentación durante el PMC y recomendaciones de higiene.

En la segunda etapa se llevó a cabo una intervención educativa a través de sesiones teórico práctico, que se realizaron en la unidad de cuidados intensivos según la disponibilidad del personal de enfermería, con duración aproximada de 60 minutos.

Finalmente en una tercera etapa, un mes posterior se aplicó un segundo cuestionario que incluía los mismos indicadores que el previo. Se realizó la comparación del número de indicadores correctos previos a la intervención educativa y posterior a esta, el análisis se realizó con estadística exacta de Fisher, con el software SPSS versión 17.0

Resultados, en la primera etapa se evaluaron 72 enfermeras del servicio de UCIN, se excluyeron a 6, ya que no asistieron a la capacitación, por lo que se analizaron solo 66 cuestionarios en cada una de las etapas, analizando un total de 132 cuestionarios, al comparar los resultados antes y después de la intervención educativa, en el 80% de los indicadores se observó una diferencia estadísticamente significativa.

Conclusiones: el nivel de conocimiento sobre el programa madre canguro del personal de enfermería de la UCIN mejoró con la intervención educativa.

**Navarro (2017)** Realizó un estudio de eficacia de intervención educativa para fomentar el método madre canguro en el cólico del lactante con el objetivo de determinar la eficacia de una intervención educativa en un grupo de madres del área de salud de la palma, el diseño del estudio es analítico experimental con una muestra constituida por grupo control formado por las gestantes que acuden a la consulta en Tenerife (España). Y otro grupo de intervención o experimental constituida por las gestantes que acuden a la consulta de la matrona del centro de salud de el Paso.

Mediante cuestionario que incluye, por un lado, las variables relativas a la edad, el nivel de estudio, semanas de embarazo y el número de hijos y, por otro lado, 9 ítems destinados a valorar el nivel de conocimiento de las mujeres en relación al cólico del lactante y el MMC.

Se realizó una comparativa entre los resultados obtenidos en el grupo control y en el grupo experimental para determinar la eficacia de la intervención utilizando tablas de contingencia y coeficiente de correlación mediante chi-cuadrado.

El método-madre canguro demostró ser eficaz en el alivio del cólico del lactante, por la demanda de consultas sobre este problema de salud, existe una carencia de información a los padres sobre este método eficaz y de bajo costo.

**Villarreal (2017)** Desarrolló un proceso de atención de enfermería aplicado a un neonato con enfoque en la teoría de Ramona Mercer bajo la perspectiva del modelo de adopción del rol maternal en la UCIN para contribuir en el restablecimiento de su salud y su adaptación al medio extrauterino; incluyendo a sus padres.

Dicho trabajo fue realizado en el Hospital General “Dr. Manuel Gea González”.

Se llevó a cabo una valoración cefalocaudal mediante la exploración física, la observación y la recolección de datos del expediente clínico con previo consentimiento de la madre del recién nacido, obteniendo datos objetivos y subjetivos que posteriormente de acuerdo al marco conceptual de Ramona Mercer, se organizaron y se obtuvieron datos mediante la entrevista a la madre.

Se analizaron y se interpretaron los datos obtenidos destacando los datos de mayor relevancia de los que no lo son, identificando problemas reales, de riesgo y de mejoría, con base en ellos se formularon los diagnósticos correspondientes, se establecieron prioridades y se desarrollaron intervenciones de enfermería, teniendo como herramientas las interrelaciones de NANDA, NOC, NIC.

Al culminar este Proceso de atención de Enfermería se afirma que se ha cumplido con el objetivo, con la finalidad de otorgar cuidados integrales al neonato, incluyendo a la familia, ya que principalmente serán los padres quienes tengan que adaptarse a su nuevo rol para cuidar de sus hijos, por lo que es necesario también la educación para ellos para que estén preparados para identificar cualquier signo de alarma.

**Ibarra (2014)** Realizó un estudio de impacto de intervención educativa en una institución de la CDMX.

Es un estudio longitudinal, cuasiexperimental y comparativo a 60 participantes seleccionados en dos grupos, 30 son de grupo control y otras 30 del grupo experimental. Se realizó una medición pretest en ambos grupos, mediante un cuestionario y una guía de observación. Se implementó una intervención educativa para el grupo experimental, y después de la misma se realizó una medición en ambos grupos.

Los datos se analizaron mediante estadística descriptiva e inferencial con t de student en el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 21. Como resultados se obtuvo que el nivel de conocimientos antes de la intervención educativa en ambos grupos presentó una media de 13.88 y después 15.45 en la aplicación del conocimiento, la media antes de la intervención fue 14.08 y después de la intervención fue de 16.08. El grupo experimental después de la intervención educativa mostró un nivel de conocimiento de 93% y la aplicación del conocimiento de 97%, así como un nivel de cumplimiento de 94%. Se presentó diferencia estadísticamente significativa entre la intervención educativa y la calidad del cuidado.

**Cordero (2017)**, Realizó un estudio de Impacto de intervención educativa para reducir peso en pacientes con obesidad.

El tipo de estudio que se planteó fue longitudinal, cuasi experimental, no probabilístico por conveniencia, no aleatorizado, en pacientes de la unidad de medicina familiar No 21, delegación Venustiano Carranza, al sur de la CDMX. Se seleccionaron derechohabientes obesos de entre 30 a 49 años de edad.

Se obtuvo como resultado que la media del peso antes de la intervención educativa fue de 85.74 y después de la intervención fue de 85.16, con la diferencia de medias de 0.57 kg.

## **IX. METODOLOGÍA**

### **9.1 TIPO DE DISEÑO**

Consiste en un estudio cuasi experimental lo que implicó trabajar con un grupo intacto, con diseño de series cronológicas que consistió en dos mediciones, esto es antes de la intervención educativa y un mes después de ésta, en procesos de cambio, se realizó a los padres de recién nacidos de acuerdo a los criterios de inclusión, del “Hospital General San Juan del Río, Querétaro”.

### **9.2 TIPO DE ESTUDIO**

Cuantitativo, ya que se recogen y analizan datos sobre variables y estudia las propiedades y fenómenos cuantitativos, para probar hipótesis con base en la medición numérica y análisis estadístico para establecer patrones de comportamiento.

Descriptivo, especifica las características y los perfiles de personas, grupos o comunidades, que se sometan a un análisis. Es decir, pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren.

Longitudinal ya que es un estudio en el que se recolectan datos a través del tiempo en puntos o periodos, para hacer inferencias respecto al cambio, sus determinantes y consecuencias Hernández, Fernández, & Baptista (2014).

### **9.3 POBLACIÓN**

Se incluyeron a todos los neonatos pretérmino menores de 2 500 g que ingresaron a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital General de San Juan del Río, Qro, durante el periodo de estudio y que contaran con los criterios de selección.

### **9.4 MUESTRA**

La muestra estuvo conformada por 38 padres de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital General de San Juan del Río, Querétaro. Que cumplieran con los criterios de selección en el periodo definido en la investigación.

## **9.5 MUESTREO**

No probabilístico, ya que la selección depende de los criterios del investigador.

## **X. DEFINICIÓN ESPACIAL Y TEMPORAL**

El presente estudio se realizó con los padres de los recién nacidos de la Unidad De Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital General de San Juan del Río, Querétaro del turno vespertino en el periodo Septiembre 2018 - Abril 2019.

## **XI. CRITERIOS DE SELECCIÓN**

### **11.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Padres con recién nacidos menores de 37 SDG, ambos sexos, sin complicaciones.
- Padres con recién nacidos con peso menor a 2500g sin complicaciones.
- Padres con recién nacidos que requieran de control de peso, sin patologías que comprometan la vida de bebé.
- Padres con recién nacidos internados en la UCIN del Hospital General de San Juan del Río, Querétaro, al momento de la investigación.
- Padres que desean participar en este proyecto de investigación, sin importar religión, lugar de origen, escolaridad, nivel socioeconómico.
- Padres sanos.
- Madres solteras

### **11.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Padres que se nieguen a participar en este estudio.
- Padres con hijos que requieran cuidados especiales por patologías agregadas.
- Padres con recién nacidos que requieran ventilación mecánica.
- Padres con recién nacidos con peso mayor a 2500g.
- Padres con recién nacidos mayores a 37 SDG.

### **11.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN**

- Padres con recién nacidos que presenten alteraciones durante el estudio.
- Padres que no contesten el instrumento de medición.
- Padres que abandonen la intervención educativa de la técnica mamá canguro.

## **XII. RECOLECCIÓN DE DATOS**

El procedimiento para la recolección de datos fue a través de la solicitud al jefe del servicio de UCIN y a la Jefa de Enseñanza de Enfermería del Hospital General San Juan del Río, Qro, a fin de obtener la autorización y las facilidades pertinentes, luego de su aprobación se llevó a cabo un consentimiento informado a los padres con recién nacidos en UCIN, de acuerdo a los criterios de inclusión, seguido de la aplicación de un pretest, posteriormente la implementación de la estrategia educativa y finalmente un postest.

## **XIII. INSTRUMENTO**

Se diseñó un instrumento exprofeso para el proyecto de investigación titulado “Instrumento de la técnica mamá canguro” con el objetivo de evaluar la “Eficacia De La Intervención Educativa A Padres De Neonatos Para Realizar La Técnica Mamá Canguro”, se realizó una validez interna del instrumento con el SPSS versión 21 obteniendo un alfa de cronbach de 0.800

Además se realizó validez por expertos o face validity en el cual se encuentra vinculada a la validez de contenido de las variables en estudio Hernández, Fernández, & Baptista (2014).

El instrumento consta de 15 reactivos el cual evalúan el conocimiento de los padres con respecto a la técnica mamá canguro en general, tanto en beneficios, normativa, tiempo y técnica correcta y la evaluación si la intervención educativa fue eficaz.

## **XIV. CONSIDERACIONES ÉTICAS**

De acuerdo a la ley general de salud en el Título quinto: investigación para la salud  
Capítulo único. Fracción I al VII

**Artículo 100.-** La investigación en seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases:

**I.** Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica.

**II.** Podrá realizarse sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro método idóneo.

**III.** Podrá efectuarse sólo cuando exista una razonable seguridad de que no expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto en experimentación.

**IV.** Se deberá contar con el consentimiento por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquél, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud.

**V.** Sólo podrá realizarse por profesionales de la salud en instituciones médicas que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes.

La realización de estudios genómicos poblacionales deberá formar parte de un proyecto de investigación.

**VI.** El profesional responsable suspenderá la investigación en cualquier momento, si sobreviene el riesgo de lesiones graves, invalidez o muerte del sujeto en quien se realice la investigación.

**VII.** Es responsabilidad de la institución de atención a la salud proporcionar atención médica al sujeto que sufra algún daño, si estuviere relacionado directamente con la investigación, sin perjuicio de la indemnización que legalmente corresponda.

**VIII.** Las demás que establezca la correspondiente reglamentación.

## **14.1 DECLARACIÓN DE HELSINKI**

### **Principios generales**

1.- La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico con la fórmula “velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente”, y el Código Internacional de Ética Médica afirma que: “El médico debe considerar lo mejor para el paciente cuando preste atención médica”.

2.- El progreso de la medicina se basa en la investigación que, en último término, debe incluir estudios en seres humanos.

3.- El propósito de la investigación médica en humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas, para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.

4.- La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.

5.- En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación.

6.- Los médicos deben considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países.

### **Riesgos, Costos y Beneficios**

7.- La investigación médica en seres humanos sólo debe realizarse cuando la importancia de su objetivo es mayor que el riesgo y los costos.

8.- Se deben implementar medidas para reducir al mínimo los riesgos. Los riesgos deben ser monitoreados, evaluados y documentados continuamente por el investigador.

9.- Cuando los riesgos que implican son más importantes que los beneficios esperados o si existen pruebas concluyentes de resultados definitivos, los médicos deben evaluar si continúan, modifican o suspenden inmediatamente el estudio.

### **Grupos y personas vulnerables**

10.- La investigación médica en un grupo vulnerable sólo se justifica si la investigación responde a las necesidades o prioridades de salud de este grupo y la investigación no puede realizarse en un grupo no vulnerable.

### **Requisitos científicos y protocolos de investigación**

11.- El proyecto y el método de todo estudio en seres humanos deben describirse claramente y ser justificados en un protocolo de investigación.

### **Privacidad y confidencialidad**

12.- Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal.

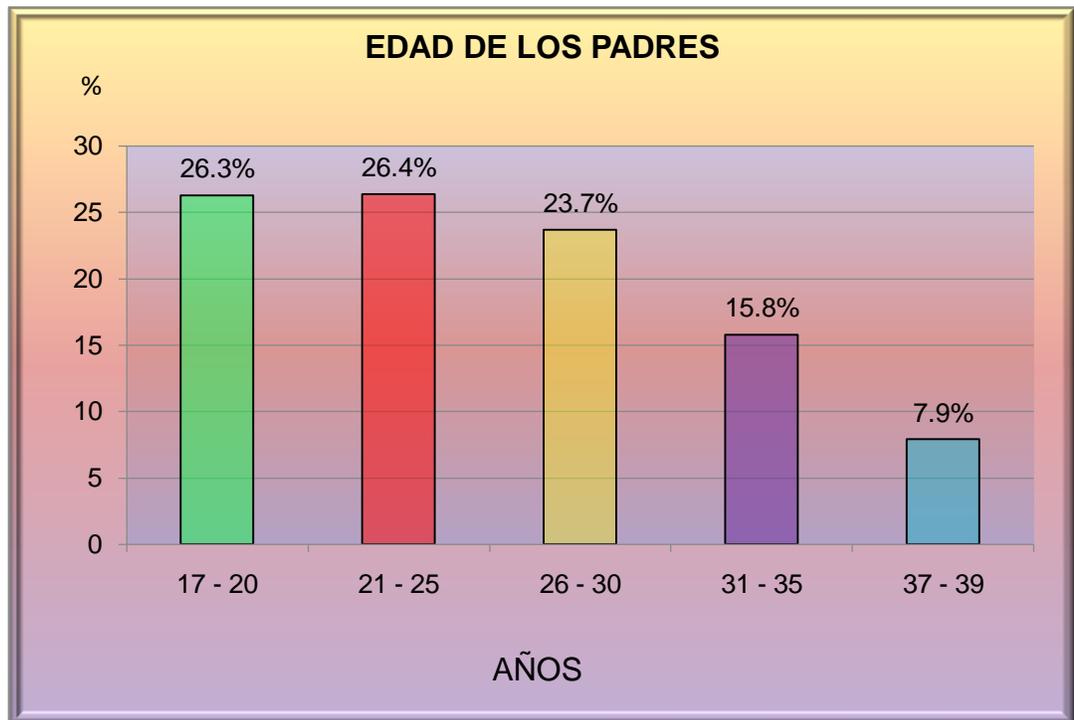
Asociación Médica Mundial (2017)

## **XV. PLAN DE ANÁLISIS**

Los datos recolectados a través de los instrumentos utilizados se analizaron por medio de un paquete estadístico con el programa SPSS Statistics 21 de acuerdo a las variables establecidas, definiendo y plasmando finalmente con porcentajes y estadística inferencial respectivamente, con la aprobación de hipótesis por medio de prueba t de student.

## XVI. RESULTADOS

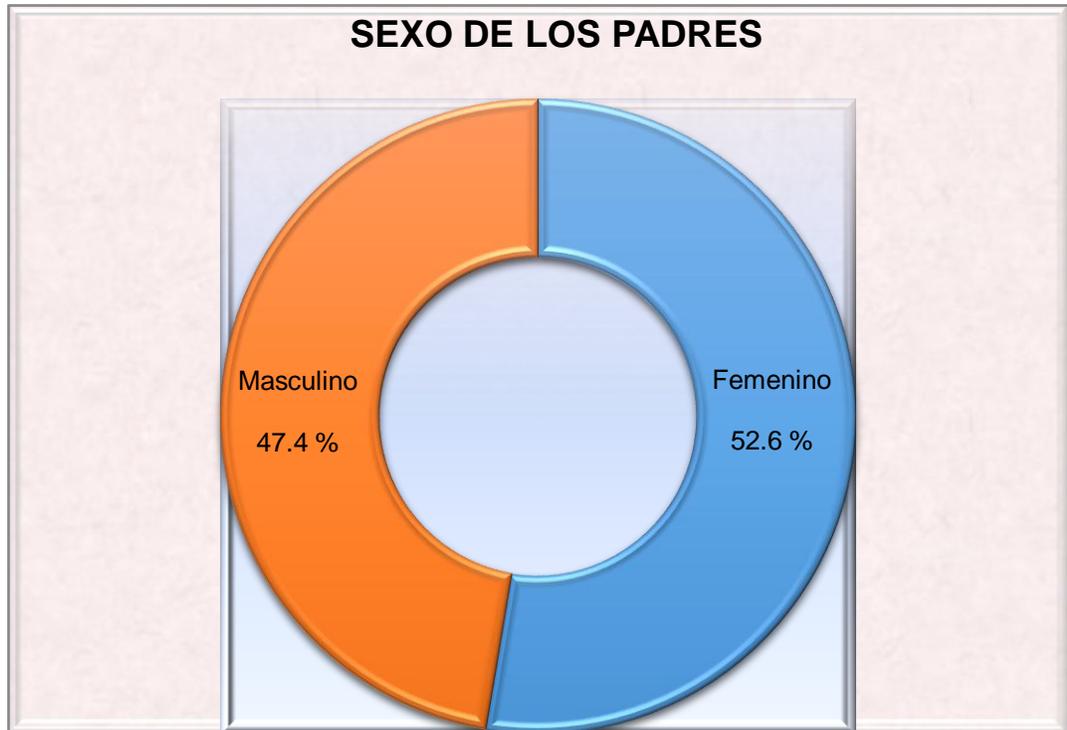
Gráfica 1. EDAD



Fuente: Instrumento de la técnica mamá canguro, 2018-2019

De acuerdo a los resultados arrojados, la media con respecto a la edad de los encuestados fue de 25.92, la mediana de 24.50 y una moda de 20. Con lo que respecta al valor mínimo se encontró con 17 años y el valor máximo de 39.

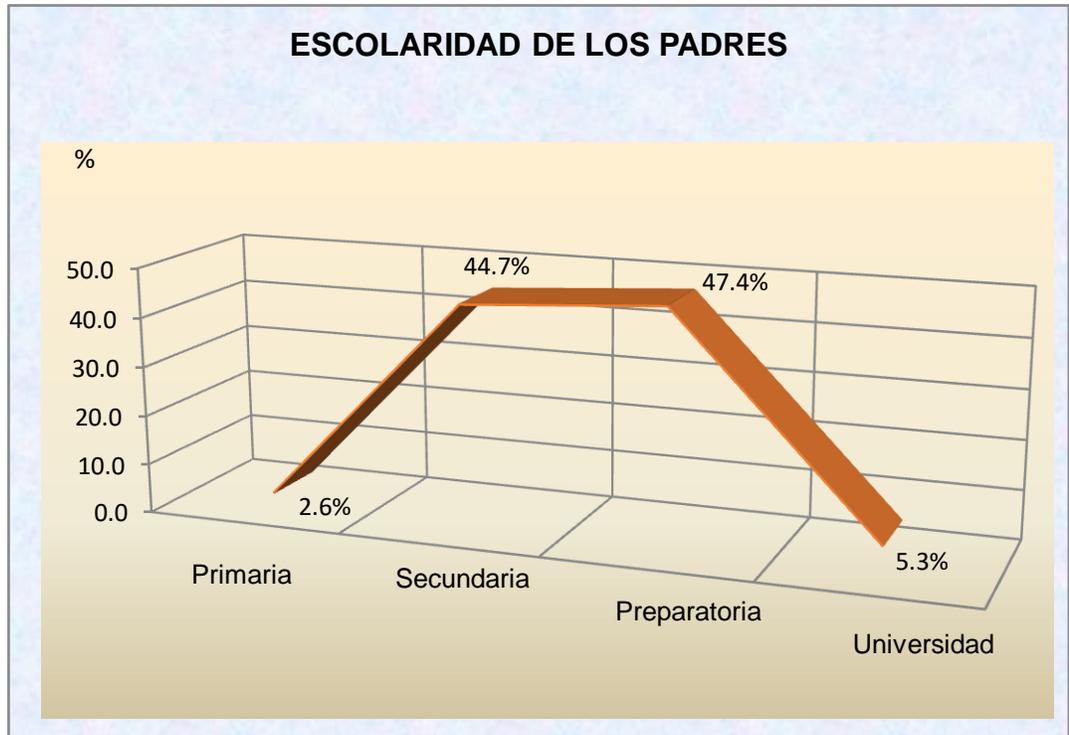
Gráfica 2. SEXO



Fuente: Instrumento de la técnica mamá canguro, 2018-2019

En la técnica de mama canguro se considera que sea pertinente desarrollarse por la madre, sin embargo se pueden observar en los resultados, que la participación del padre fue muy favorable con 47.4% y respecto a la madre con un 52.6%, considerando una buena participación en la técnica.

Gráfica 3. ESCOLARIDAD



Fuente: Instrumento de la técnica mamá canguro, 2018-2019

Con respecto al nivel de escolaridad de los padres que desarrollaron la técnica de mamá canguro se puede observar que el 44.7% tiene la secundaria y el 47.4% cuenta con la preparatoria terminada, situación que se considera importante para la comprensión y el desarrollo de dicha técnica.

Gráfica 4. ESTADO CIVIL



Fuente: Instrumento de la técnica mamá canguro, 2018-2019

Con lo que respecta al estado civil los resultados arrojaron que un 55.3% de los participantes en la técnica de mamá canguro viven en unión libre y un 39.5% son casados, situación que se considera importante, ya que la unión libre puede ser un factor predisponente para las separaciones conyugales.

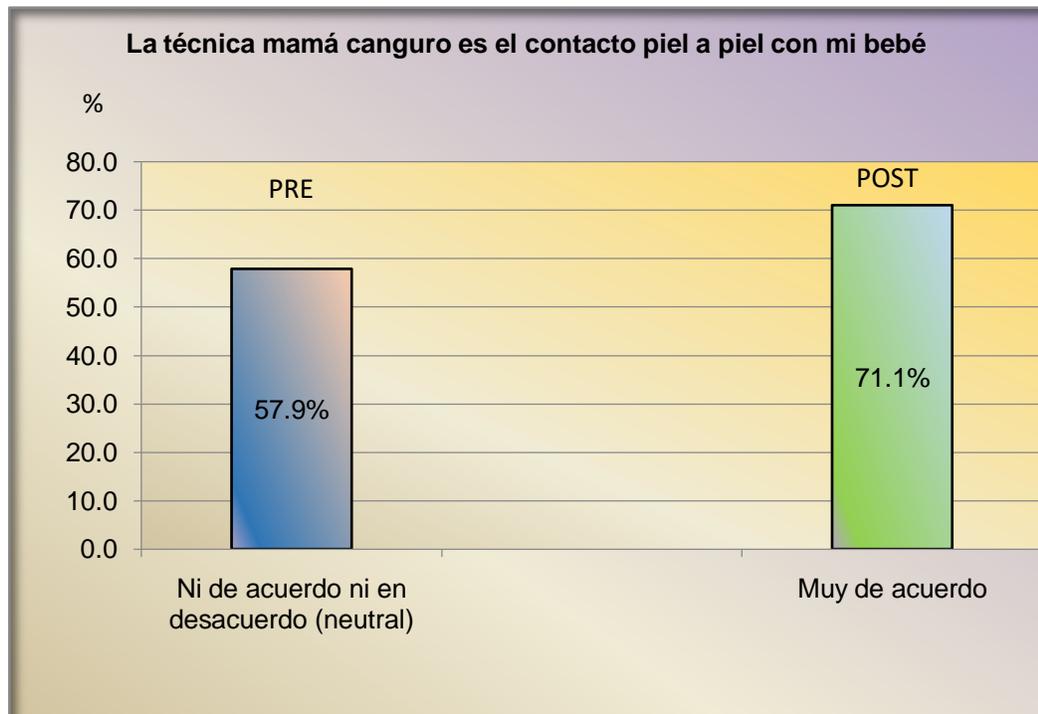
Gráfica 5. OCUPACIÓN



Fuente: Instrumento de la técnica mamá canguro, 2018-2019

En el análisis de la ocupación se encontró que un 26.3% se ocupa como ama de casa, un 18.4% como Obreros y Empleados respectivamente y un 31% tienen otro empleo.

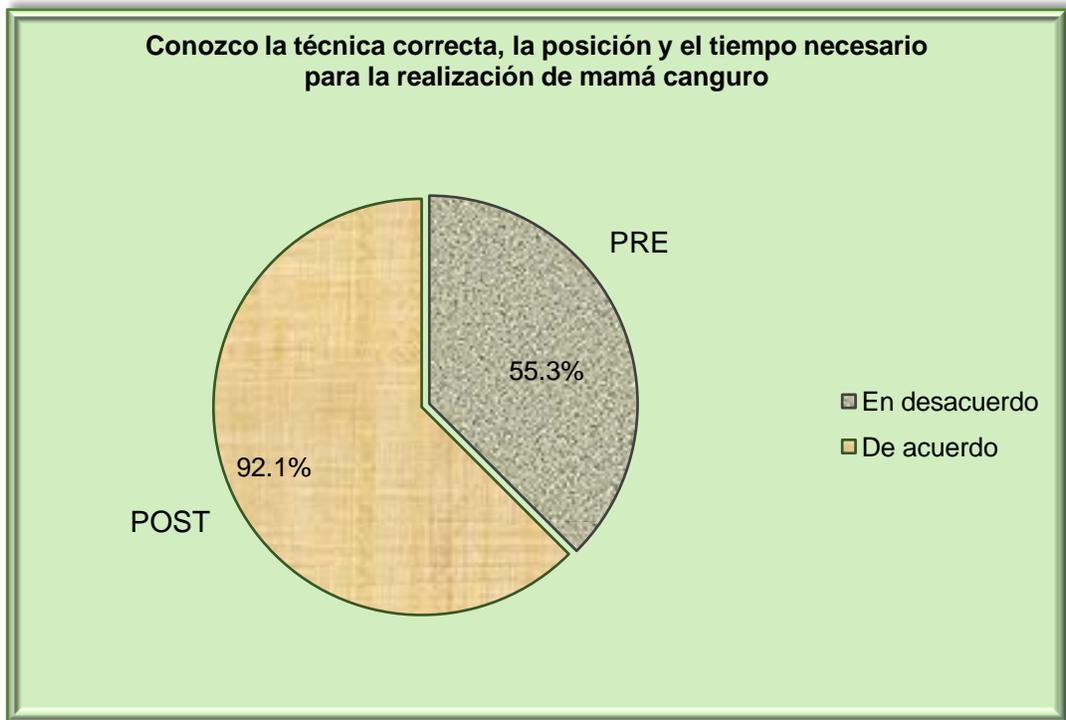
Gráfica 6. CONTACTO PIEL A PIEL



Fuente: Instrumento de la técnica mamá canguro, 2018-2019

Los resultados obtenidos en la realización de los Test aplicados a los padres que participaron en la Técnica de Mamá Canguro se obtuvo que en el pretest el 57.9% no estaba ni de acuerdo ni en desacuerdo y en el posttest el 71.1% estuvo de acuerdo que es el contacto piel con piel.

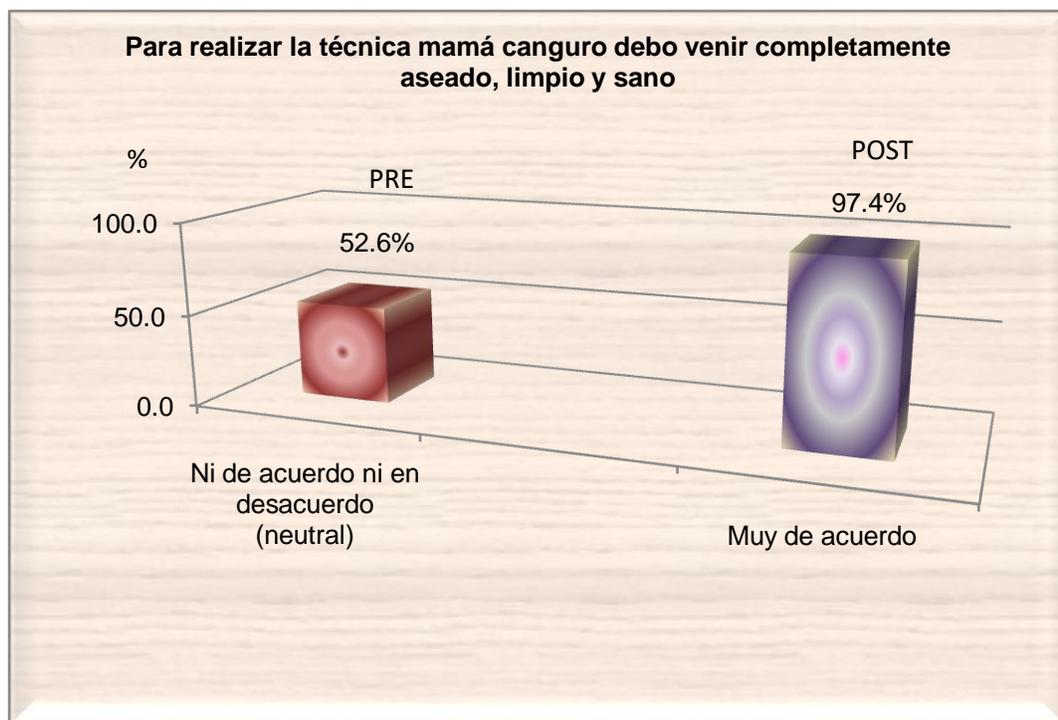
Gráfica 7. TÉCNICA CORRECTA



Fuente: Instrumento de la técnica mamá canguro, 2018-2019

En cuanto a que si los participantes conocen la técnica correcta, la posición y el tiempo necesario para realizar dicho procedimiento, los resultados en el pretest arrojaron que un 55.3% no conoce la técnica, por lo tanto estuvo en desacuerdo, sin embargo en el postest el resultado fue muy significativo porque el 92.1% estuvo de acuerdo en conocerlo.

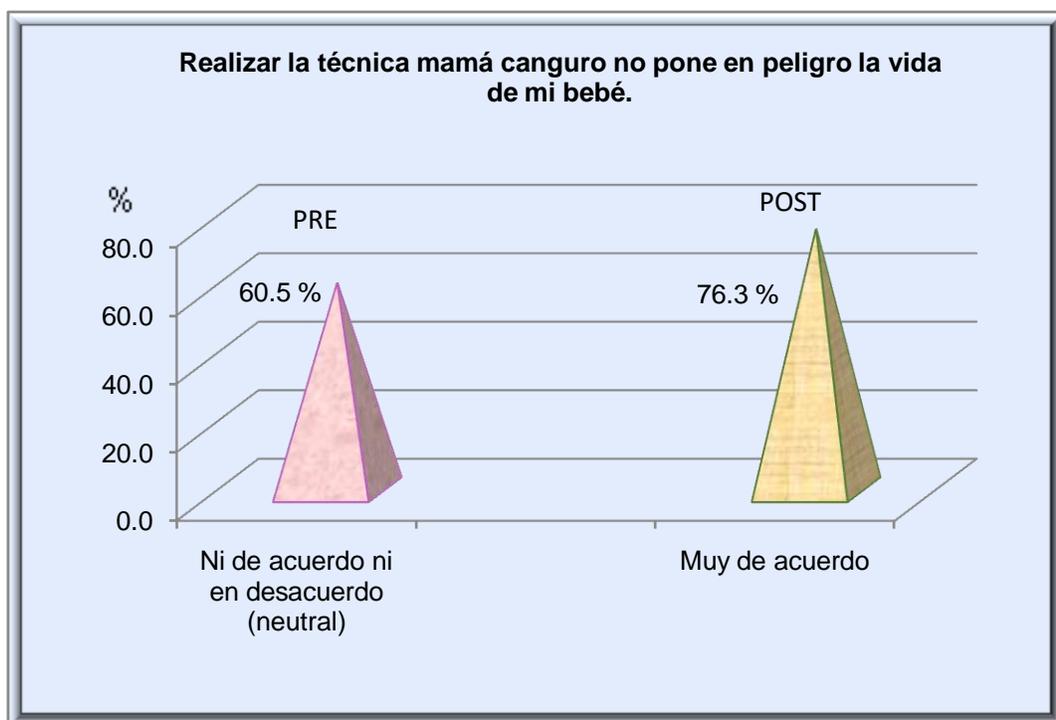
Gráfica 8. REALIZACIÓN DE LA TÉCNICA MAMÁ CANGURO



Fuente: Instrumento de la técnica mamá canguro, 2018-2019

Al preguntar si para realizar la técnica mamá canguro, los padres debían presentarse aseados, limpios y sanos en el pretest el 52.6% no estuvo ni de acuerdo ni en desacuerdo, sin embargo en el posttest el 97.4% estuvo muy de acuerdo en la importancia de estos puntos para la realización de dicha técnica, ya que se considera que los neonatos son vulnerables a infecciones.

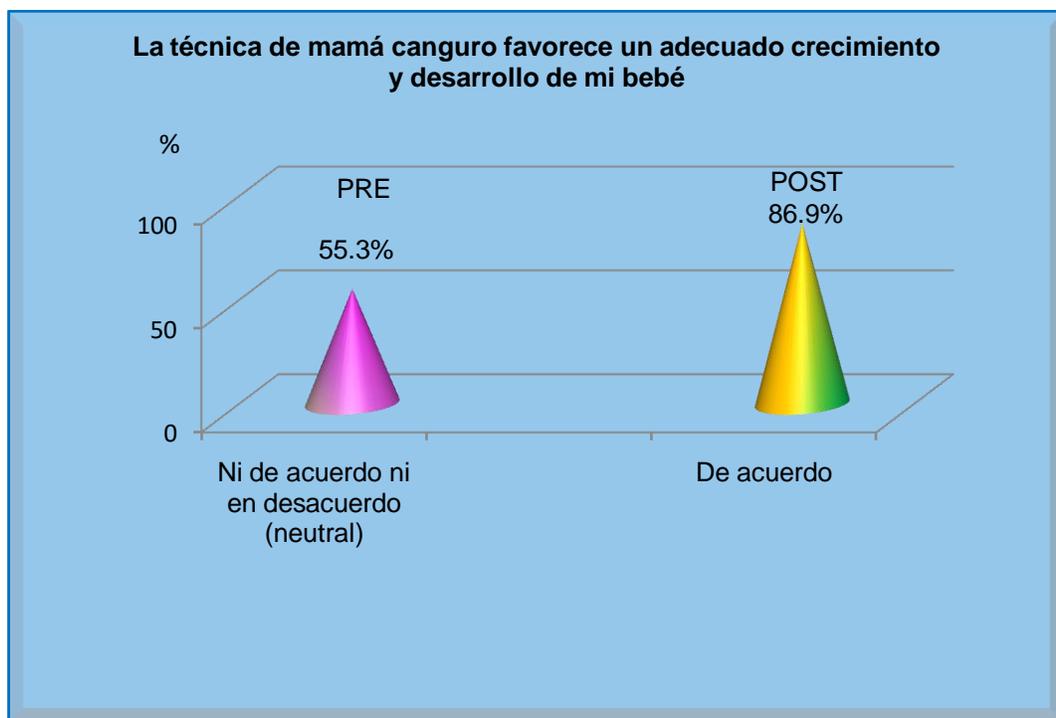
Gráfica 9. NO PONE EN PELIGRO AL BEBÉ



Fuente: Instrumento de la técnica mamá canguro, 2018-2019

Cuando preguntamos si la técnica mamá canguro pone en peligro la vida del bebé antes de la intervención educativa el 60.5% respondió no estar ni de acuerdo ni en desacuerdo, después de la intervención el 76.3% respondió estar muy de acuerdo en que no había peligro al realizar la técnica.

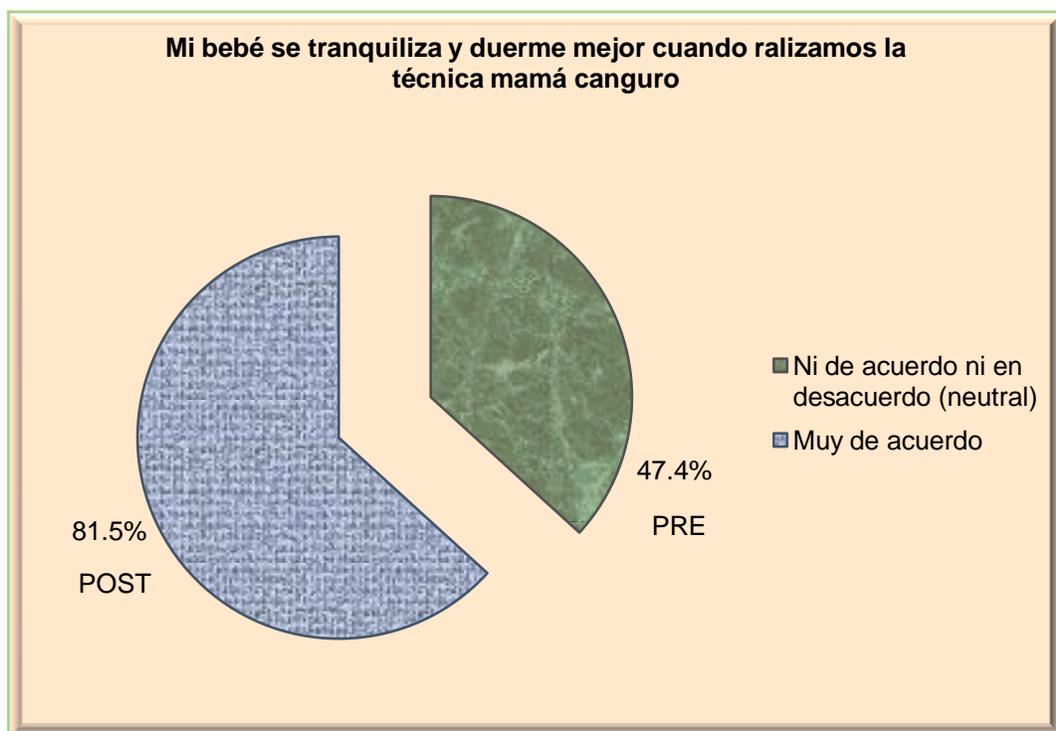
Gráfica 10. VENTAJAS DE LA TÉCNICA MAMÁ CANGURO



Fuente: Instrumento de la técnica mamá canguro, 2018-2019

En la evaluación a los padres y madres participantes en esta estrategia educativa al preguntar si consideraban que la técnica mamá canguro favorecía un adecuado crecimiento y desarrollo de los bebés, un 55.3% respondió que no estaba ni de acuerdo ni en desacuerdo, posterior a la intervención educativa el 86.9% estuvo de acuerdo en que si tiene influencia para sus recién nacidos.

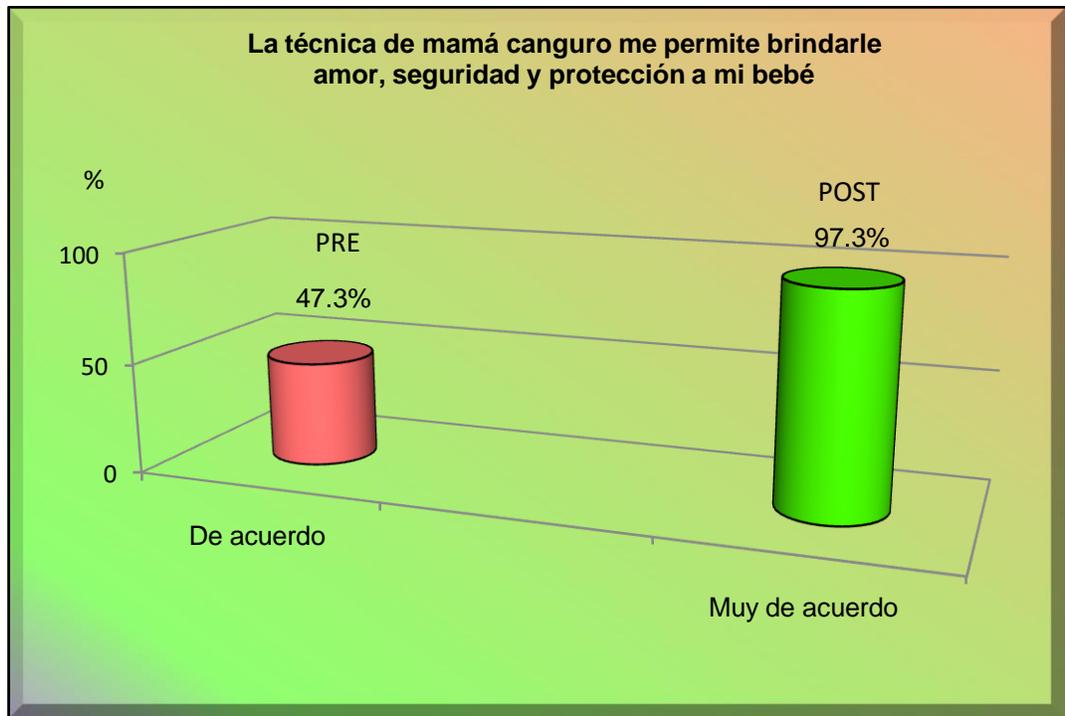
Gráfica 11. MI BEBÉ SE TRANQUILIZA Y DUERME MEJOR



Fuente: Instrumento de la técnica mamá canguro, 2018-2019

Cuando preguntamos si el bebé se tranquiliza y duerme mejor cuando se realiza la técnica de mamá canguro, antes de la intervención, el 47.4% de los participantes respondieron no estar ni de acuerdo ni en desacuerdo y el 81.5% respondió estar muy de acuerdo después de realizada la intervención educativa.

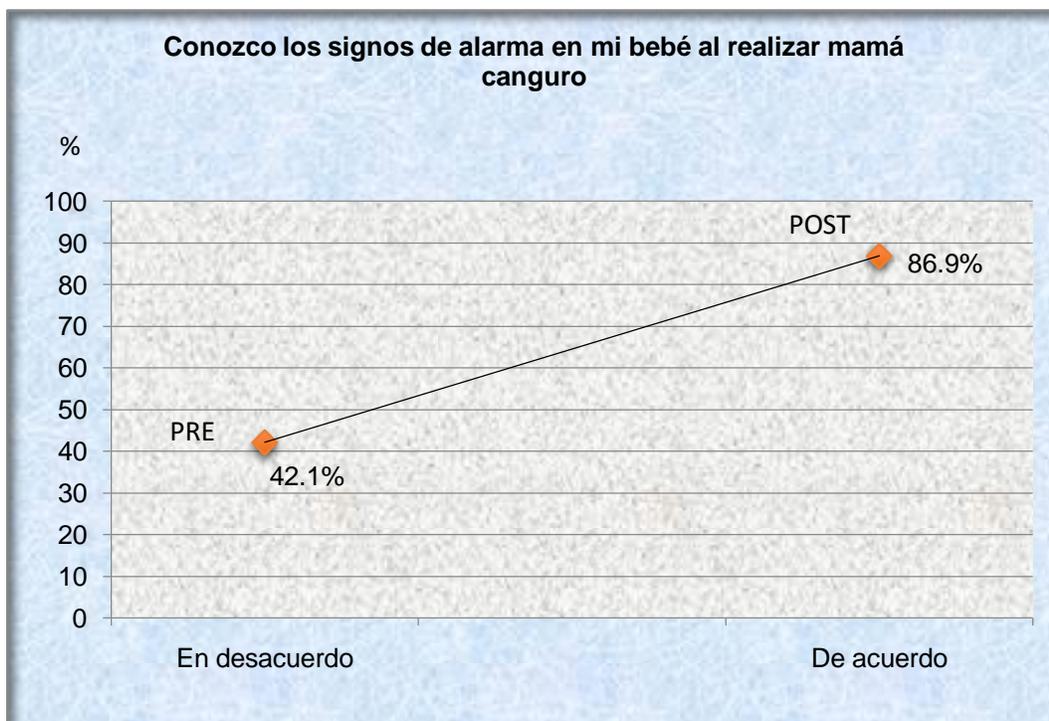
Gráfica 12. VENTAJAS AFECTIVAS



Fuente: Instrumento de la técnica mamá canguro, 2018-2019

Cuando analizamos si la técnica de mamá canguro permite el vínculo afectivo como amor, seguridad y protección el 47.3% estuvo de acuerdo, posterior a las pláticas brindadas y a la constancia y dedicación en dicha estrategia, el porcentaje aumento a un 97.3% ya que consideraron estar muy de acuerdo.

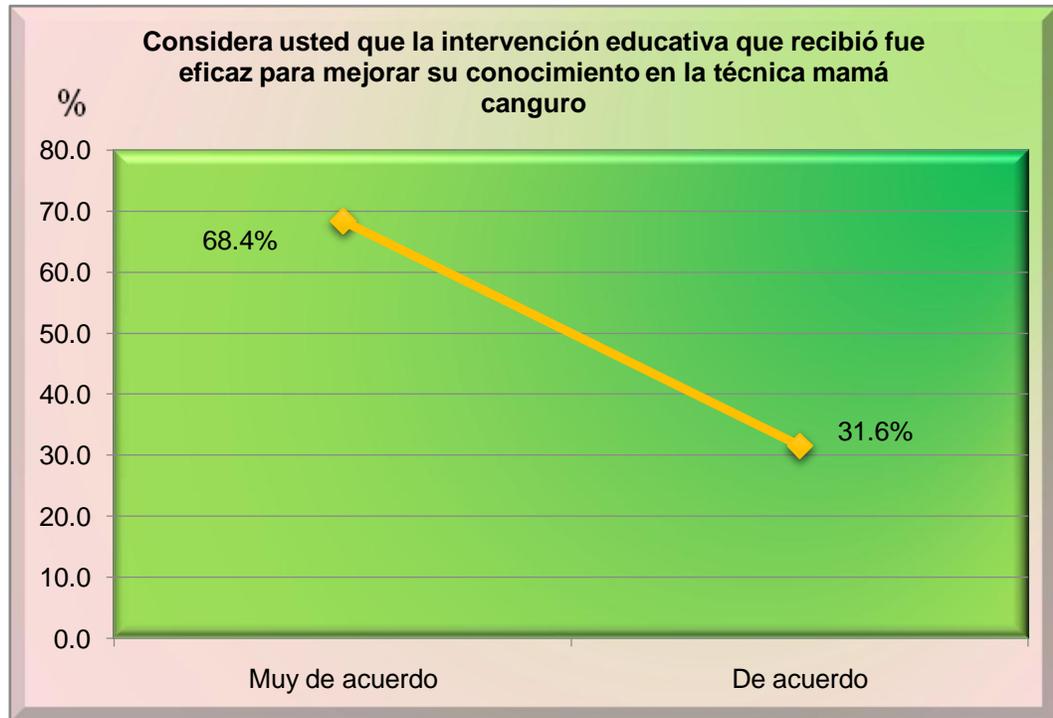
Gráfica 13. SIGNOS DE ALARMA



Fuente: Instrumento de la técnica mamá canguro, 2018-2019

Al evaluar en el pretest a los padres participantes si conocían los signos de alarma en su bebé al estar realizando la técnica mamá canguro, un 42.1% respondió estar en desacuerdo, sin embargo después de la intervención educativa proporcionada, en el posttest el 86.9% estuvo de acuerdo en conocerlos.

Gráfica 14. EFECTIVIDAD DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA



Fuente: Instrumento de la técnica mamá canguro, 2018-2019

En la aplicación del posttest al evaluar si la intervención educativa recibida había sido eficaz en el mejoramiento del conocimiento de los padres en la técnica de mamá canguro. Las respuestas fueron muy significativas, ya que el 68.4% respondió estar muy de acuerdo y un 31% dijo estar de acuerdo, con una diferencia de medias de 1.32. Esto se traduce a que la estrategia aplicada ayuda a los padres a mejorar sus conocimientos y a disipar sus dudas, así como a tener más confianza en sí mismos para el cuidado de su bebé.

Con esto hacemos la comprobación de la hipótesis alterna donde se menciona que: “La intervención educativa a padres de neonatos para realizar la técnica mamá canguro es efectiva” en este proyecto de investigación, comprobada con la estadística de t-student del programa SPSS.

## 16.1 ESTADÍSTICA INFERENCIAL

Tabla 1. Estadística inferencial de los sujetos participantes

Variable	Pretest	Postest
1.- La técnica mamá canguro es el contacto piel a piel con mi bebé.	2.87 ± 0.906 <sup>a</sup>	1.34 ± 0.582 <sup>b</sup>
2.- La técnica mamá canguro le brinda beneficios a mi bebé y conozco en su totalidad estos beneficios.	3.42 ± 0.758 <sup>a</sup>	1.68 ± 0.620 <sup>b</sup>
3.- Es mi responsabilidad cumplir con las normas establecidas para la realización de mamá canguro.	3.13 ± 0.875 <sup>a</sup>	1.58 ± 0.722 <sup>b</sup>
4.- Conozco la técnica correcta, la posición y el tiempo necesario para la realización de mamá canguro.	3.97 ± 0.788 <sup>a</sup>	1.68 ± 0.620 <sup>b</sup>
5.- La técnica mamá canguro representa un compromiso muy importante con mi bebé.	2.92 ± 0.941 <sup>a</sup>	1.63 ± 0.751 <sup>b</sup>
6.- Para realizar la técnica mamá canguro debo venir completamente aseado, limpio y sano.	2.61 ± 0.755 <sup>a</sup>	1.47 ± 0.557 <sup>b</sup>
7.- Realizar la técnica mamá canguro no pone en peligro la vida de mi bebé.	3.21 ± 0.777 <sup>a</sup>	1.84 ± 0.789 <sup>b</sup>
8.- La técnica mamá canguro favorece el vínculo afectivo.	2.71 ± 0.802 <sup>a</sup>	1.39 ± 0.638 <sup>b</sup>
9.- La técnica de mamá canguro favorece un adecuado crecimiento y desarrollo de mi bebé.	3.18 ± 0.766 <sup>a</sup>	1.74 ± 0.685 <sup>b</sup>
10.- Mi bebé se tranquiliza y duerme mejor cuando realizamos la técnica mamá canguro.	3.18 ± 0.865 <sup>a</sup>	1.74 ± 0.760 <sup>b</sup>

---

11.- Me gustaría ampliar mis conocimientos sobre los beneficios del programa mamá canguro.	2.21 ± 1.028 <sup>a</sup>	1.32 ± 0.574 <sup>b</sup>
12.- La técnica de mamá canguro me permite brindarle amor, seguridad y protección a mi bebé.	2.63 ± 1.149 <sup>a</sup>	1.34 ± 0.534 <sup>b</sup>
13.- Considero muy importante realizar la técnica mamá canguro.	2.82 ± 1.291 <sup>a</sup>	1.37 ± 0.589 <sup>b</sup>
14.- Conozco los signos de alarma en mi bebé al realizar mamá canguro.	4.00 ± .900 <sup>a</sup>	1.89 ± 0.606 <sup>b</sup>
15.- Considera usted que la intervención educativa que recibió fue eficaz para mejorar su conocimiento en la técnica mamá canguro.		1.32 ± 0.471

---

En la tabla 1 muestra que en todas las variables existen medias de aceptación estadísticamente significativas, las variables con mayor aceptación fueron:

Realizar la técnica mamá canguro no pone en peligro la vida de mi bebé con ≈1.84.

La técnica de mamá canguro favorece un adecuado crecimiento y desarrollo de mi bebé con ≈1.74.

Mi bebé se tranquiliza y duerme mejor cuando realizamos la técnica mamá canguro ≈1.74.

Conozco los signos de alarma en mi bebé al realizar mamá canguro ≈1.89.

## **XVII. DISCUSIÓN**

A pesar de los avances logrados por la neonatología del siglo XX al disminuir las cifras de mortalidad perinatal, el bajo peso al nacer sigue siendo un grave problema de salud pública. Actualmente se han estado implementado programas de mamá canguro como una solución a este problema, sin embargo aún existe cierta deficiencia en investigaciones específicas, ya que no se encontraron estudios en gran cantidad sobre los neonatos, específicamente en el tema de interés de este proyecto de investigación realizado en el Hospital General de San Juan del Río, Querétaro, donde se investigó sobre la “Eficacia De La Intervención Educativa A Padres De Neonatos Para Realizar La Técnica Mamá Canguro”

**Araque, Ariza, & Valderrama (2013)**, Realizaron un estudio titulado estrategia educativa para el cuidado domiciliario de los bebés prematuros: madres usuarias del programa madre canguro de Tunja, Colombia, en donde se encontró falta de conocimiento sobre los ítems básicos de contacto piel a piel, signos de alarma y beneficios del PMC. Se detectaron factores culturales y del sistema de salud como obstáculos para que las mamás asumieran compromisos para con el cuidado de los bebés.

Sin embargo, los resultados obtenidos en este proyecto, en el Hospital General de San Juan del Río, Querétaro, en el contacto piel con piel se encontró que en el pretest el 57.9% no estaba ni de acuerdo ni en desacuerdo y en el posttest el 71.1% estuvo de acuerdo, con una media de 1.34, al evaluar si conocían los signos de alarma, en el pretest un 42.1% respondió estar en desacuerdo, sin embargo después de la intervención educativa, el 86.9% estuvo de acuerdo en conocerlos, mostrando una media significativa de 1.89; en los beneficios obtenidos al realizar la técnica de mamá canguro, antes de la intervención el 47.4% estuvo en desacuerdo y después de la intervención el 92.1% estuvo de acuerdo en conocerlos, con media de 1.32.

En el estudio realizado por **Caceres (2013)**, titulado programa madre canguro: evaluación de la intervención educativa en, en una unidad de cuidados intensivos neonatales con el objetivo de evaluar el conocimiento existente sobre el PMC y el efecto de una intervención educativa para la implementación de éste.

Se analizaron solo 66 cuestionarios Pre y 66 Post intervención educativa, al comparar los resultados antes y después de la intervención educativa, en el 80% de los indicadores se observó una diferencia estadísticamente significativa, y se concluye que el nivel de conocimiento sobre el programa madre canguro mejoró con la intervención educativa, lo cual coincide con los resultados reportados en este estudio, en donde se encontró que un 68.4% estuvo muy de acuerdo en que la intervención educativa para ellos fue eficaz, y un 31.6% estuvo sólo de acuerdo.

**Navarro (2017)**, realizó un estudio titulado eficacia de una intervención educativa para fomentar el método madre canguro en el cólico del lactante, en la Universidad de la Laguna, (España).

El método-madre canguro demostró ser eficaz en el alivio del cólico del lactante, sin embargo existe una carencia de información a los padres sobre este método eficaz y de bajo costo; en comparación con los resultados obtenidos en la estrategia educativa de este trabajo, a pesar de que no evaluamos específicamente el cólico del lactante, coincidimos en que la técnica de mamá canguro resulta ser estadísticamente significativa con una media de 1.32, posteriores a la intervención educativa, intervenir para proporcionar información necesaria sobre el programa madre canguro, nos permite considerar a lo educativo como una opción diferente para abordar la problemática encontrada.

**Villarreal (2017)**, desarrolló un Proceso de Atención de Enfermería aplicado a un neonato con enfoque en la teoría de Ramona Mercer bajo la perspectiva del modelo de adopción del rol maternal, menciona que es importante otorgar cuidado integrale al neonato, incluyendo a los padres, para que se adapten a su nuevo rol, también considera importante y necesaria la educación para los padres para que estén preparados y puedan identificar cualquier signo de alarma; esto hace coincidir con los resultados de esta investigación en la aplicación del pretest el 42.1% de los

participantes no conocían los signos de alarma en su bebé al estar realizando la técnica de mamá canguro, mientras que, posterior a la intervención educativa el resultado fue completamente favorable, ya que el 86.9% dijo conocer los signos de alarma.

En este estudio obtuvimos resultados significativamente elevados al preguntar si considera usted que la intervención educativa que recibió fue eficaz para mejorar su conocimiento en la técnica mamá canguro con una media de 1.32 después de dicha intervención a la población seleccionada, por lo que estamos de acuerdo con **Ibarra (2014)**, quien obtuvo que el nivel de conocimientos antes de la intervención educativa en ambos grupos presentó una media de 13.88 y después 15.45, el grupo experimental después de la intervención educativa mostró un nivel de conocimiento de 93%. Se presentó diferencia estadísticamente significativa ya que la educación a la población con constancia y dedicación nos dará resultados favorables.

En un estudio indirectamente relacionado de **Cordero (2017)**, quien en su estudio de intervención educativa, obtuvo como resultado que la media antes de la intervención educativa fue de 85.74 y después de la intervención fue de 85.16, el cual coincidimos con este estudio, ya que en la estrategia educativa realizada en este estudio sobre el tema de mamá canguro a los padres de recién nacidos, también se obtuvieron resultados favorables después de intervenir con los participantes en un 68.4%.

## **XVIII. CONCLUSIONES**

La técnica de mamá canguro constituye una metodología eficiente para el manejo de los recién nacidos prematuros y/o de bajo peso al nacer, si bien las actividades grupales de capacitación a las madres y padres como en el caso de esta intervención educativa en el hospital general de San Juan del Río, Querétaro, resultaron ser benéficas y eficaces, por lo que se dan por cumplidos los objetivos de esta investigación.

A lo largo de esta investigación y en artículos revisados se ha encontrado y coincidido que la aplicación de la técnica de mamá canguro lleva consigo múltiples beneficios tanto para los recién nacidos como para los padres, por lo tanto con la intervención realizada podemos concluir que se acepta la hipótesis alterna: “La intervención educativa a padres de neonatos para realizar la técnica mamá canguro es efectiva” ya que ha sido comprobada estadísticamente con la prueba de t-student en el programa SPSS.

El diseño de la estrategia educativa para efectos de capacitación en la técnica mamá canguro, fue flexible y permitió monitorizar y evaluar a los padres participantes, haciendo un efecto de retroalimentación, para disipar dudas y temores en la correcta aplicación de las actividades prácticas de la estrategia.

El apoyo cercano de los padres permite que el recién nacido tenga mayores elementos de apoyo como el cariño, apego, continuidad y estimulación, que favorecen su salud.

Es importante mantener estas estrategias educativas de manera permanente, con la integración de grupos y personal calificado y de esta manera impactar sobre el cuidado y beneficios hacia la población de neonatos prematuros y de bajo peso al nacimiento para mejorar su calidad de vida y la del núcleo familiar.

En este estudio encontramos un respaldo estadístico, ya que se realizó la comparación de medias en cada una de las variables con resultados muy significativos, a diferencia de los resultados obtenidos en el marco referencial, en donde no se observa la significancia.

## **XIX. SUGERENCIAS**

Estandarizar un protocolo general de intervención de enfermería para la capacitación a enfermeras sobre todo lo referente a la técnica de mamá canguro y de esta manera motivar a las madres y padres a participar en el programa en base a los contenidos de la estrategia educativa analizada.

Proponer y sensibilizar a los directivos para que conozcan la importancia de la Técnica de Mamá Canguro y permitan organizar un grupo de trabajo con los padres y madres de los recién nacidos prematuros y de bajo peso de la unidad de cuidados intensivos neonatales con las características pertinentes para realizar la intervención educativa.

Permitir al personal de enfermería realizar intervención educativa oportunamente con los padres de neonatos con bajo peso al nacer o problemas de salud que requieran de hospitalización de larga duración.

Proporcionar información actualizada a la población a fin de diseñar e implementar estrategias que permitan un máximo de conocimiento, así como la sensibilización en la aplicación de la técnica mamá canguro en el cuidado integral del recién nacido prematuro, además de fomentar la participación de los padres en el cuidado para mantener el vínculo afectivo favoreciéndolo en todos los aspectos con el fin de asegurar una mejor calidad de vida, crecimiento y desarrollo normal.

Que el cuidado y la educación proporcionada a los padres de los recién nacidos sea con calidad y calidez, con el fin de satisfacer sus necesidades y disipar sus dudas para que el método mamá canguro se perfeccione y sea todavía más eficaz.

## XX. REFERENCIAS

Alvarado, L., Guarín, L., & Cañón, W. (14 de Octubre de 2011). *Cuidarte, Revista de Investigación*. Recuperado el 29 de Agosto de 2018, de <https://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/57/62>.

Araque, S., Ariza, N. E., & Valderrama, M. L. (01 de Enero de 2013). *Revista cuidarte*. Recuperado el 23 de Mayo de 2018, de Estrategia educativa: usuarias del programa madre canguro: <https://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/6/149>.

Austria, S. (01 de Septiembre de 2014). *Tesis digital UNAM*. Recuperado el 04 de Junio de 2018, de Efectos de los cuidados de Enfermería aunados al método madre canguro para la ganancia de peso en recién nacidos prematuros: <http://132.248.9.195/ptd2014/septiembre/0719381/Index.html>.

Caceres, J. A. (01 de Enero de 2013). *Tesis digital UNAM*. Recuperado el 01 de Junio de 2018, de Programa madre canguro: evaluación de la intervención educativa en una unidad de cuidados intensivos neonatales: <http://132.248.9.195/ptd2013/agosto/0698354/Index.html>.

Charpa, N., & Figueroa, Z. (01 de Enero de 2013). *Método madre canguro*. Recuperado el 04 de Junio de 2018, de Guía de manejo: <http://www.fundacioncanguro.co/descargas/reglas-kmc-espanol.pdf>.

Cordero, L. (01 de Julio de 2017). *Tesis Digital, UNAM*. Recuperado el 21 de Mayo de 2018, de Impacto de una intervención educativa apoyada en las tecnologías de la información y comunicación para reducir peso en pacientes con obesidad: <http://132.248.9.195/ptd2017/julio/515214875/Index.html>.

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación* (6ta ed.). Ciudad de México: Mc Graw Hill.

Hernández, T. E. (01 de Enero de 2014). *Universidad Mayor de San Marcos*. Recuperado el 04 de Junio de 2018, de Actitud de las Enfermeras sobre el método madre canguro: [http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/3280/1/Hernandez\\_Ramirez\\_Teresa\\_Esperanza\\_2014.pdf](http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/3280/1/Hernandez_Ramirez_Teresa_Esperanza_2014.pdf).

Ibarra, M. R. (01 de Noviembre de 2014). *Tesis Digital, UNAM*. Recuperado el 21 de Mayo de 2018, de Impacto de una intervención educativa en el mantenimiento del acceso venoso periférico en niños hospitalizados: <http://132.248.9.195/ptd2014/noviembre/0722650/Index.html>.

Martínez, H. (01 de Enero de 2013). *Ideas, Colombia*. Recuperado el 04 de Junio de 2018, de La metodología madre canguro: [http://www.ideassonline.org/pdf/br\\_11\\_20.pdf](http://www.ideassonline.org/pdf/br_11_20.pdf).

Asociación Médica Mundial (21 de Marzo de 2017). *Principio éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. Recuperado el 25 de Noviembre de 2018, de <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>.

Navarro, C. J. (01 de Mayo de 2017). *Eficacia de una intervención educativa para fomentar el método madre canguro*. Recuperado el 23 de Mayo de 2018, de Universidad de la Laguna: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/5515/Eficacia%20de%20una%20intervencion%20educativa%20para%20fomentar%20el%20metodo%20madre%20canguro%20en%20colico%20del%20lactante.%20.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

OMS. (01 de Enero de 2014). *Método madre canguro, Guía práctica*. Recuperado el 04 de Junio de 2018, de <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43083/1/9243590359.pdf>.

OMS, & UNICEF. (01 de Enero de 2014). Recuperado el 25 de Mayo de 2018, de Todas las mujeres, todos los niños: [https://www.who.int/pmnch/about/governance/partnersforum/enap\\_exesummary\\_es.pdf](https://www.who.int/pmnch/about/governance/partnersforum/enap_exesummary_es.pdf).

Raile, M. (2015). *Modelos y Teorías en Enfermería*. Barcelona, España: ELSEVIER.

UNICEF. (01 de Enero de 2013). *Día mundial del nacimiento prematuro*. Recuperado el 23 de Mayo de 2018, de [https://www.unicef.org/venezuela/spanish/Dia\\_Mundial\\_del\\_Nacimiento\\_Prematuro\\_Cd\\_P\\_Conjunto.pdf](https://www.unicef.org/venezuela/spanish/Dia_Mundial_del_Nacimiento_Prematuro_Cd_P_Conjunto.pdf).

Velandia, M. F. (01 de Enero de 2016). *Universidad de la Sabana, Biblioteca Octavio Arizmendi Posada*. Recuperado el 29 de Agosto de 2018, de Teoría de Adopción del rol de Ramona Mercer: <https://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/28603/Mar%c3%ada%20Fernanda%20Velandia%20Garz%c3%b3n%20%28Tesis%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Villa, D. I. (01 de Enero de 2017). *Tesis Digital, UNAM*. Recuperado el 21 de Mayo de 2018, de Impacto en el conocimiento de la prevención de enfermedad diarreica aguda en padres de niños menores de 5 años posterior a una intervención educativa: <http://132.248.9.195/ptd2017/julio/515215913/Index.html>.

Villarreal, L. (01 de Agosto de 2017). *Tesis Digital, UNAM*. Recuperado el 29 de Agosto de 2018, de Proceso de atención de Enfermería aplicado a un neonato con enfoque en la teoría de Ramona Mercer: <http://132.248.9.195/ptd2017/agosto/310332718/Index.html>

## **XXI. ANEXOS**

### **21.1 ESTRATEGIA EDUCATIVA**

Introducción: con la intervención educativa a realizar, se pretende lograr un proceso de aprendizaje activo, participativo, de cooperación y vivencial para los padres con sus recién nacidos, ya que con las vivencias reiteradas de trabajo se hace posible el aprendizaje de valores y afectos que de otro modo sería complicado de lograr.

Es importante destacar que la intervención es un recurso de mediación empleado con determinada intensidad, y por tanto está alineado con los propósitos de aprendizaje, así como con las competencias a desarrollar.

Cabe subrayar la importancia del educador, ya que durante el desarrollo de la intervención educativa, éste crea un ambiente de seguridad y confianza con los padres y un ambiente propicio de aprendizaje.

Objetivo: Estimular el desarrollo y conocimiento de la técnica mamá canguro para favorecer el vínculo del trinomio (madre-padre-hijo), y de esta manera lograr calidad en el cuidado y bienestar de los recién nacidos.

ESTRATEGIA		MODALIDAD EDUCATIVA	TIEMPO HORARIO LUGAR
HISTORIA DE LA TÉCNICA MAMÁ CANGURO	Origen, seguimiento, epidemiología (morbilidad)	Realización del Pretest	La estrategia educativa se llevará a cabo durante 2 semanas
CONCEPTOS	<p>** Por medio de tríptico y plática expositiva se darán a conocer los puntos más importantes para dar a entender y sensibilizar sobre la técnica mamá canguro.</p> <p>** RNPT, RNBPEG, mamá canguro, lactancia materna, crecimiento y desarrollo, signos vitales.</p>	TRIPTICO  PLÁTICA	
VENTAJAS	<p>** Mejorar el pronóstico y el desarrollo de los RNPT y RNBPN.</p> <p>** Estimular una estrecha relación entre el niño y sus padres tan pronto como sea posible, después del nacimiento.</p> <p>** Humanizar el cuidado hospitalario y ambulatorio de los niños prematuros.</p> <p>** Educar a los padres para que ofrezca a su hijo los mejores cuidados posibles.</p> <p>** contacto piel a piel temprano, continuo y prolongado entre la madre y el bebé.</p> <p>** Aliviar el estrés, temor y miedo del trinomio.</p> <p>**Lactancia materna exclusiva (en el caso ideal).</p> <p>** Se inician en el hospital y pueden continuarse en el hogar.</p> <p>** Los bebés pequeños pueden recibir el alta en un plazo breve.</p>	EXPOSITIVA (descriptiva, expresiva)  VIDEO MOTIVACIONAL SOBRE LA TÉCNICA  REALIZAR LA TÉCNICA: MADRE-HIJO PADRE-HIJO	Una hora diaria  De 16 a 17 hrs  En la sala de espera del servicio de UCIN del hospital General San Juan del Río
INDICACIONES	** RNPT y RNBPN que cumplan con las características de inclusión de este proyecto de investigación.	Aplicación del postest un mes después de la intervención educativa.	
CONTRAIN-DICACIONES	** Recién nacidos que no cumplan con las características de inclusión.		
TÉCNICA	Por medio de tríptico y plática expositiva se brindará una demostración sobre la técnica, el tiempo, las recomendaciones a seguir durante la realización del proceso y signos de alarma.		

## 22.2 INSTRUMENTO DE LA TÉCNICA MAMÁ CANGURO

INSTRUCCIONES: Lee cuidadosamente y contesta de la manera más honesta lo que consideras correcto, todo lo que respondas será manejado de manera confidencial por parte de la investigadora.

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: Fem: \_\_\_\_\_ Masc: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

TEST	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo (neutral)	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1.- La técnica mamá canguro es el contacto piel a piel con mi bebé.					
2.- La técnica mamá canguro le brinda beneficios a mi bebé y conozco en su totalidad estos beneficios.					
3.- Es mi responsabilidad cumplir con las normas establecidas para la realización de mamá canguro.					
4.- Conozco la técnica correcta, la posición y el tiempo necesario para la realización de mamá canguro.					
5.- La técnica mamá canguro representa un compromiso muy importante con mi bebé.					
6.- Para realizar la técnica mamá canguro debo venir completamente aseado, limpio y sano.					
7.- Realizar la técnica mamá canguro no pone en peligro la vida de mi bebé.					
8.- La técnica mamá canguro favorece el vínculo afectivo.					
9.- La técnica de mamá canguro favorece un adecuado crecimiento y desarrollo de mi bebé.					
10.- Mi bebé se tranquiliza y duerme mejor cuando realizamos la técnica mamá canguro.					
11.- Me gustaría ampliar mis conocimientos sobre los beneficios del programa mamá canguro.					
12.- La técnica de mamá canguro me permite brindarle amor, seguridad y protección a mi bebé.					
13.- Considero muy importante realizar la técnica mamá canguro.					
14.- Conozco los signos de alarma en mi bebé al realizar mamá canguro.					
15.- Considera usted que la intervención educativa que recibió fue eficaz para mejorar su conocimiento en la técnica mamá canguro.					

**¡GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN!**



### 22.3 CONSENTIMIENTO INFORMADO

Este estudio titulado Eficacia De La Intervención Educativa A Padres De Neonatos Para Realizar La Técnica Mamá Canguro, tiene como objetivo evaluar la eficacia de una intervención con los padres de recién nacidos prematuros y de bajo peso al nacimiento en el hospital General de San Juan del Río, Querétaro, que se encuentren hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos neonatales.

Después de haber conocido y comprendido en su totalidad, la información sobre dicho proyecto, riesgos si los hubiera y beneficios directos e indirectos de mi participación en el estudio, y de entender que:

Puedo retirarme del proyecto si lo considero conveniente a mis intereses, aun cuando el investigador responsable no lo solicite, informando mis razones si lo considero pertinente; pudiendo, si así lo deseo, recuperar toda la información obtenida de mi participación.

No haré ningún gasto, ni recibiré remuneración alguna por la participación en el estudio, se guardará estricta confidencialidad sobre los datos obtenidos producto de mi participación.

Puedo solicitar, en el transcurso del estudio información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.

Por todo lo anterior, autorizo a utilizar la información necesaria para la realización de este estudio.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o madre

Fecha \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del investigador

Fecha \_\_\_\_\_

## 22.4 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

### VARIABLE INDEPENDIENTE

Intervención educativa

### VARIABLE DEPENDIENTE

Técnica mamá canguro.

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES
Intervención educativa	Cuantitativa Independiente	Estrategia de enseñanza – aprendizaje desarrollada por los agentes de intervención para llevar a cabo un programa previamente diseñado, y cuya finalidad es intentar que las personas o grupo con las que se interviene alcancen, los objetivos propuestos en dicho programa. Ibarra, (2014)	Actividades educativas con un pretest y posteriormente un postest.	Cuestionario exprofeso. 1.- Muy de acuerdo. 2.- De acuerdo 3.- Ni de acuerdo ni en desacuerdo. (neutral) 4.- En desacuerdo. 5.- Muy en desacuerdo.
Técnica mamá canguro	Cuantitativa dependiente	Es un método amplio de cuidado para los recién nacidos de bajo peso al nacer, eficaz y fácil de aplicar, manteniéndolos en contacto piel a piel con su madre (Charpa & Figueroa, 2013).	Técnica para mantener al recién nacido en contacto piel a piel con la madre o con el padre.	Cuestionario exprofeso.

## VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES
Edad	Cuantitativa de razón	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo. Villa, (2017)	Años cumplidos que refiere el sujeto.	Años absolutos
Sexo	Cualitativa Nominal dicotónica	Características fenotípicas del sujeto. Condición orgánica que distingue a las personas en hombres y mujeres. Villa, (2017)	Condición orgánica que distingue a la persona.	1.-Femenino 2.- Masculino
Escolaridad	Cualitativa Ordinal	Es cada uno de los tramos en que se estructura el sistema educativo formal. Villa, (2017)	Nivel académico que refiera la persona encuestada.	1.-Primaria 2.-Secundaria 3.-Preparatoria 4.-Universidad 5.- Otro
Estado civil	Cualitativa Nominal	Condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo o de su mismo sexo. Villa, (2017)	Categoría en relación a la pareja que refiera el individuo al momento de la encuesta.	1.- Casado 2.- Unión libre 3.- Soltero 4.- Divorciado 5.- Otro
Ocupación	Cualitativa Nominal	Es el empleo u oficio que desempeña una persona con el fin de obtener un recurso económico. Villa, (2017)	Trabajo que desempeña el individuo al momento de la encuesta.	1.- Ama de casa 2.- Obrero 3.- Empleado 4.-Profesionista 5.- Otro

## **22.5 RECURSOS**

### **22.5.1 HUMANOS**

- Pacientes que deseen y acepten participar en el estudio.
- El propio investigador.
- Asesor metodológico.

### **22.5.2 MATERIALES**

- Computadora tipo laptop.
- Papelería de oficina.
- Internet.

### **22.5.3 FINANCIEROS**

- Financiado por el propio investigador.

## 22.6 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	ENERO-FEBRERO 2019	MARZO-ABRIL 2018	MAYO-JUNIO 2018	JULIO - AGOSTO 2018	SEPT - OCTUBRE 2018	NOV - DIC 2018	ENERO – FEBRERO 2019	MARZO 2019	ABRIL 2019
Búsqueda de información	X	X	X						
Diseño de la investigación		X	X						
Elaboración de instrumentos			X						
Prueba del instrumento (piloto)				X					
Aplicación de la estrategia educativa.					X	X			
Recopilación de la información							X		
Procesamiento de datos							X		
Elaboración de informe final								X	
Publicación o exposición de la investigación	X								X