



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

**Sobrecarga en madres primerizas
y su relación con el desarrollo del
lactante**

TESIS

Que para obtener el título de
Licenciada en Enfermería

P R E S E N T A

Yolitzin Guadalupe Zavala López

DIRECTOR DE TESIS

Mtra. Ana Laura Guzmán García



Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla, Estado de México 2020



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

**Sobrecarga en madres primerizas y
su relación con el desarrollo del
lactante**

TESIS

Que para obtener el título de
Licenciada en Enfermería

PRESENTA

Yolitzin Guadalupe Zavala López

SINODALES

Mtra. Dinora Valadez Díaz
Dra. Blanca Estela Huitron Vázquez
Mtra. Elisa Paulina Mancilla Romero
E.E. África Alexandra del Castillo Paulino
Lic. Humberto Coria Valdez

Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla, Estado de México 2020



Índice

1.	RESUMEN	1
2.	INTRODUCCIÓN	3
3.	ANTECEDENTES O ESTADO DEL ARTE.....	7
3.1	LA MUJER AL CONVERTIRSE EN MADRE Y SU ROL COMO CUIDADORA	7
4.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
5.	MAGNITUD	17
6.	TRASCENDENCIA	17
7.	FACTIBILIDAD Y VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN	17
8.	JUSTIFICACIÓN.....	17
9.	OBJETIVOS	23
10.	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	24
11.	HIPÓTESIS	24
12.	MARCO TEÓRICO.....	25
12.1	TEORIA “ADOPCION DEL ROL MATERNAL” DE RAMONA MERCER.....	25
12.2	EL PAPEL DE LA MUJER EN MÉXICO	30
12.3	EL PAPEL DE LA MADRE COMO CUIDADORA	34
12.3.1	SALUD MATERNA	35
12.4	EL CUIDADO.....	41
12.4.1	DEFINICIÓN DE CUIDADOR.....	41
12.4.2	CLASIFICACIÓN DEL CUIDADOR.....	42
12.4.3	TIPOS DE CUIDADOR DEL PACIENTE PEDIÁTRICO	42
12.4.4	FASES DE LA PERSONA AL VOLVERSE CUIDADOR	43
12.5	SOBRECARGA.....	44
12.5.1	CONSECUENCIAS DE LA SOBRECARGA EN MADRES	46
12.6	PACIENTES LACTANTES	47
12.7	DESARROLLO DEL LACTANTE.....	48
13.	METODOLOGÍA.....	49
13.1	DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	49
13.2	PERIODO DE ESTUDIO	49
13.3	ESCENARIO	49
13.4	POBLACIÓN DE ESTUDIO	49

13.5 RECURSOS	50
13.6 VARIABLES RECOGIDAS EN EL ESTUDIO	50
14. INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN	51
14.1 PRUEBA DE ESCRUTINIO DENVER II	51
14.2 USO DE LA ESCALA DE ZARIT	55
14.2.1 TEST DE SOBRECARGA DE ZARIT PARA MEDIR SOBRECARGA	55
14.2.2 TEST DE SOBRECARGA DE ZARIT VALIDACIÓN EN MÉXICO Y APLICACIÓN EN CUIDADORES INFORMALES NIÑOS.....	56
15. RECOGIDA DE DATOS	59
16. RESULTADOS	61
17. ANÁLISIS CUALITATIVO.....	71
18. DISCUSIÓN.....	75
19. CONCLUSIONES	79
20. REFERENCIAS.....	81
21. ANEXOS	86
ANEXO 1. CATEGORIZACIONES	86
ANEXO 2. INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DIGITALIZADO.....	90

1. RESUMEN

Ramona Mercer en su teoría "Adopción del rol maternal, propone la necesidad de que los profesionales de enfermería tengan en cuenta elementos importantes en la adopción de este rol: un proceso interactivo y evolutivo. Este nuevo rol ha tenido gran repercusión en la vida de la mujer detonando en varias situaciones de estrés, conflictos en la familia, depresión y por ende sobrecarga del cuidado. El objetivo es identificar mediante el test de sobrecarga de Zarit el grado de sobrecarga enfrenta la madre primeriza y relacionarlo con el desarrollo del su hijo mediante la prueba DENVER II. Esta es una investigación de diseño mixto, observacional, descriptivo y analítico; realizada en 30 madres primerizas y sus hijos pertenecientes al programa CIETEP de la FES Iztacala. Los resultados denotan que la sobrecarga se ve relacionada con variables como el estado civil, la ocupación de la madre donde madres trabajadoras cambiaron su ocupación para ser amas de casa exponiendo situaciones como: *"extraño mi trabajo pero no quiero perderme esta etapa... (M13)"* y *"deje un año la escuela, regreso en agosto"* y el tiempo de cuidado. De 30 madres entrevistadas 18 presentan sobrecarga moderada, 8 no sobrecarga y 4 intensa. La sobrecarga fue proporcional al tiempo destinado al cuidado ya que de las 30 madres 22 se dedican de tiempo completo al cuidado del menor y 4 de ellas presentan sobrecarga intensa, 12 moderada; de 18 madres con sobrecarga moderada hay 4 datos de DENVER II normales, 2 dudosos, y 12 anormales; y en las 4 madres con sobrecarga intensa hay 1 dato normal, 1 dudoso y 2 anormal. Las principales causas de estrés se ven relacionadas con alimentación, rol nuevo, falta de información, relaciones con la pareja: *"batallo mucho en la alimentación (M)"*, *"como soy mama nueva todo el mundo me da recomendaciones o regaños (M)"*, *"quiero ayudar más (M)"*, *"no tengo intimidad desde que me embarace (M)"*.

Esta problemática requiere que el personal de enfermería esté capacitado y actualizado para brindar información adecuada a las madres logrando así un empoderamiento de la mujer como nueva mamá, una madre capaz de tomar decisiones y cuando se sienta en

peligro capaz de buscar ayuda logrando que la mujer convertida ahora en madre disfrute a conciencia de cada una de sus etapas de la maternidad.

2. INTRODUCCIÓN

En México por año se registran aproximadamente 2.27 millones de nacimientos, lo cual nos lleva a pensar que cada año tenemos esa misma cantidad de embarazos en una sociedad donde existe un rezago social increíble para el siglo XXI. A la vez el sistema de salud en el cual nos vemos inmerso los mexicanos tiene como prioridad en salud materna la disminución de muerte materno-fetal, sin embargo al pasar la etapa perinatal nadie se enfoca en el tránsito que lleva una nueva madre en la adopción al rol materno y mucho menos en las consecuencias que puede traer esto. En la primera parte del trabajo se encuentran los antecedentes nacionales con respecto al papel de la mujer en México, lo que día a día viven y como se desarrollan en su papel maternal, además de otras investigaciones internacionales que abarcan el tema de sobrecarga en madres así como los resultados de su experiencia como madres y cuidadoras donde se expresan las áreas de oportunidad para que el profesional de enfermería pueda trabajar en pro de la madre. En cuanto al marco teórico se encuentran conceptos que tienen como finalidad ayudar al lector a comprender criterios importantes acerca de las madres en México, estilo de vida, la rutina, las fases que ven al ser cuidadoras; lo anterior visto desde la teoría de Ramona Mercer llamada “Adopción del rol maternal” la cual explica la necesidad de que los profesionales de enfermería tengan en cuenta en entorno en el que viven las mujeres basándose en los círculos concéntricos de Bronfenbrenner. Para ello se toma en cuenta la legislación mexicana con énfasis en la educación y atención materna en México en especial con el Programa de Acción Específico (PAE) de Salud Materna y Perinatal del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR) el cual fue encargado de la atención materna en el sexenio del Lic. Enrique Peña Nieto presidente de México en el periodo 2012-2018 del cual en el año 2018 se lleva a cabo la presente investigación teniendo como contraste con el modelo de atención de salud actual del presidente Andrés Manuel López Obrador y el nuevo Instituto de Salud para el Bienestar que tiene como prioridad entre muchas otras la salud materna. Todo lo anterior ayuda a entender el objetivo de esta investigación el cual consistió en identificar si existe sobrecarga en las madres que asisten al Centro Interdisciplinario de Educación Temprana Personalizada (CIETEP) que se encuentra en la Clínica Universitaria de Salud integral en la

FES Iztacala UNAM, utilizando el Test de sobrecarga de Zarit donde las madres pudieron expresar sus experiencias al ser madre, las problemáticas que encontraron y las soluciones que tuvieron (en caso de tenerlas) en cada uno de los ítems de este test; además de relacionar el nivel de sobrecarga con el desarrollo de los niños utilizando la prueba DENVER II. Para fines de la investigación la metodología fue de tipo mixta es decir mediante el test de Zarit y la prueba de DENVER II se obtuvieron datos cuantitativos; y mediante las entrevistas y las experiencias expuestas por las madres se utilizaron las 3 categorías determinadas por la división de los ítems del test de Zarit para la información cualitativa que fueron: Impacto del cuidado, Relación interpersonal y Expectativas de autoeficacia. En el análisis de resultados cuantitativos se encontró que la sobrecarga de las madres se ve relacionada con variables sociodemográficas de la mujer en su rol como madre moderna como lo son el estado civil, ocupación y tiempo de cuidado; de las 30 madres entrevistadas el 60% presenta sobrecarga moderada (SM) y la relación con el desarrollo de sus hijos es que el 40% de sus hijos presentan un desarrollo anormal, 13.3% un desarrollo normal y 6.6% un desarrollo dudoso; el 26% de las madres no presenta sobrecarga (NS) y sus hijos presentan 6.6% desarrollo dudoso, 6.6% normal y 6.6% anormal; y finalmente el 13.3% presenta sobre carga intensa (SI) y sus hijos presentan 6.6% desarrollo anormal, 3.3% dudoso y 3.3% normal, el 13% sobrecarga intensa y el 26% no presenta sobrecarga. En la categoría Impacto del cuidado encontramos los problemas de la madre en la adopción al rol maternal expuesto por Ramona Mercer que hace énfasis en la adaptación al entorno y las nuevas responsabilidades que esto implica, el estado de ánimo para compatibilizar las actividades de la vida cotidiana (trabajo, escuela, familia, pareja y hogar). Se encontraron afirmaciones donde la organización de tiempos es un problema, el trabajo tiene un nivel de complejidad diferente al que tenían antes de ser madres, las relaciones de pareja sociales y afectivas disminuyen y las complicaciones de salud que tuvieron post parto como cambiaron su vida en muchos casos para siempre. En la categoría Relación interpersonal encontramos todas las quejas de las madres a la sociedad, a su familia, al exceso de información, a la presión social y como esto afecta en algunas ocasiones los sentimientos para con sus bebés teniendo ansiedad y estrés cuando

ya no saben qué hacer; expresaron sus miedos ante temas como alimentación haciendo énfasis en la lactancia materna, el sueño y crecimiento. Y finalmente en la categoría de Expectativas de autoeficacia las madres expresan su necesidad del apoyo de su pareja lo cual no es muy visto en la sociedad mexicana, expresaron miedo de salir a la calle por temas de inseguridad actual, la necesidad de querer tener más tiempo para sus bebés y no poderlo tener por sus ocupaciones laborales y la exigencia por una crianza informada y con esto ayudar en el óptimo desarrollo de los pequeños.

Finalmente, de acuerdo a Ramona Mercer la adopción del rol maternal interviene como entorno inmediato el microsistema que incluye la familia, la pareja, el apoyo social y el estrés, este según Mercer es un suceso en la vida que puede ser percibido de modo positivo o negativo en una persona pero en las madres es de forma negativa; el apoyo social no solo es por parte de la familia y amigos y por su puesto el personal de la salud los cuales requieren actualización constante, tacto para comprender esta etapa en la vida de una mujer y por ende evitar frustraciones, desinformación y más estrés en las mujeres. A este estrés se añade la vida laboral de estas mujeres que en muchos casos se vio afectada al ser madres integrándose a la vida laboral o bien dejando su trabajo para dedicarse de tiempo completo a su pequeño.

La sobrecarga está relacionada a la dedicación del desempeño del rol del cuidador y por ello la relación del tiempo de cuidado con el nivel de sobrecarga que las madres presentan y lo anterior comprobado por los resultados del Test de Zarit y la prueba DENVER II. Al tener estos resultados se observa que el microsistema integrado por las influencias sociales, políticas y culturales tiene impacto en la vida de las mujeres donde en México durante el año 2018 no se encuentra una institución gubernamental encargada de la educación materna después de la etapa perinatal lo cual agranda las dudas en el llamado trinomio madre-padre- hijo en temas sobre el puerperio, el apoyo a decisiones sobre lactancia, alimentación complementaria (AC) y durante el periodo actual de gobierno la estrategia utilizada para gobernar no aporta un seguimiento con el cual se tenga una base sólida para la educación materna.

Actualmente vivimos en un mundo lleno de información que en ocasiones es contradictoria y donde todos tiene una opinión sobre cómo se debe vivir la maternidad y como se debe criar a un hijo; por ello la participación de la profesión de enfermería caracterizada por su idoneidad, escucha empática y dialogo interactivo es prioritario para identificar y direccionar las preocupaciones durante este periodo de transición donde parece clara la necesidad de un programa de Educación Materna (EM) al alcance de todas las futuras madres con la intención funcionar como una guía para llevar una maternidad que se disfrute, que la mujer se encuentre empoderada al reconocer sus propias necesidades y elegir opciones correctas para ella y sus hijos siempre basadas en una buena información por parte del personal que los atiende.

3. ANTECEDENTES O ESTADO DEL ARTE

3.1 LA MUJER AL CONVERTIRSE EN MADRE Y SU ROL COMO CUIDADORA

En los últimos años, ha habido una proliferación de información relacionada con la salud y un movimiento hacia un mayor acceso del público a la información de salud como un paso importante hacia la educación del paciente. Las tecnologías de la información, como Internet, han agregado un impulso considerable a esta tendencia. Muchos profesionales de la salud ahora consideran la provisión de información médica detallada a los pacientes como un requisito para la toma de decisiones informadas. Dentro de la literatura, se enfatiza la importancia de que el paciente comprenda la información recibida; sin embargo, hasta la fecha, pocos estudios han considerado el consumo excesivo de información como problemático (Carolan 2007).

En cuanto a la educación materna, existe un gran contraste en especial, cuando muchos estudios y documentos han resaltado la escasez de preparación de las mujeres para la maternidad; además, se indica la necesidad de una mejora en la preparación de ellas, la importancia de incluir a los padres en la educación prenatal y que la preparación inadecuada sigue siendo una preocupación tanto para las mujeres como para sus parejas.

En el 2007 Carolan estudió en Toronto Canadá los dilemas basados en la información de un grupo de 22 madres primerizas entre las 35 semanas de gestación, 10 a 14 días de pos parto y 6 a 8 meses después del parto. Se encontró que las madres de este estudio tienen acceso a grandes volúmenes de información impulsado por las mujeres como por profesionales de la salud que las cuidaban. Sin embargo a pesar de las percepciones comunes de “empoderamiento, el consumo de información de tipo medico resulto aterrador y muchas madres describieron sentirse abrumadas por “saber demasiado”¹.

Sin embargo estudios como el de Díaz Sáez y colaboradores, en Almería España en 2010, refiere, mediante un estudio de diseño cualitativo con metodología fenomenológica como perciben las primíparas su comunicación con los profesionales de la salud así como la satisfacción, necesidades y expectativas hacia los servicios sanitarios. Esto se llevó a cabo mediante entrevistas a profundidad de madres residentes del Huerca-Overa (Almería) y

fueron madres con alta hospitalaria. Fueron un total de 9 entrevistas. Como resultado general se obtuvo que las madres se encuentren expectantes ante una experiencia nueva para ellas y expresan sentimientos de miedo y angustia, mostrándose muy sensibles hacia todo. Su círculo familiar opina y aconseja, unido a la información de los profesionales, que refieren como escasa y en ocasiones contradictoria, contribuye a aumentar estos sentimientos. Expresan la necesidad de apoyo y comprensión ².

Otro estudio realizado en Bizkaia, España realizado por Carmen Paz Pascual y colaboradores busco en el 2010, explorar las necesidades expresadas por las mujeres a lo largo del proceso de convertirse en madre y sus demandas relacionadas con la educación maternal. Al igual que el estudio realizado por Díaz Sáez, Pascual escogió un estudio cualitativo con grupos focales³. La población final fue de 30 mujeres de 6 centros de salud diferentes. Se entrevistó a las madres con una guía semiestructurada con temas relacionados con el embarazo, el parto, el puerperio y la educación materna. El análisis del contenido de los grupos focales identificó los siguientes resultados relacionados con los objetivos del estudio.

- Necesidades durante el proceso de convertirse en una madre

Las participantes expresaron que sus preocupaciones iban cambiando a medida que avanzaba la gestación. Una de las participantes lo resumió como miedo a perder el bebé al principio, el segundo trimestre como el más relajado, y hacia el final, miedo al nacimiento y los cambios que seguirán.

Una vez superado el parto, sus principales preocupaciones se refirieron a la instauración de la lactancia y al estado de salud y cuidados del bebé. Las opiniones del puerperio hospitalario no fueron todas positivas, sobre todo relacionadas con las visitas, el ruido y la atención recibida.

El inicio de la lactancia se vive con angustia. La percepción de las madres sobre la ayuda recibida en el hospital es muy variable; en ocasiones sienten un exceso de presión, otras veces falta de atención. El apoyo de personal especialista en lactancia materna fue muy

valorado, pero perciben una presión excesiva hacia la lactancia materna, lo que ocasiona que las que optan por la lactancia artificial lleguen a sentirse culpables o «malas madres» y tengan que justificar su decisión ante otros.

- Lo que las mujeres demandan de la educación maternal

Las mujeres obtienen la información que necesitan de la matrona y de otros profesionales de la salud, de la Educación Materna (EM), amigas, libros, Internet y sus propias madres; pero prefieren la información recibida desde el sector sanitario, aunque no siempre cumplió sus expectativas por ser escasa, en ocasiones contradictoria, por estar a veces desactualizada, o por ser ofrecida a destiempo y sin empatía. La EM se valora positivamente por el nivel de información que ofrece, pero se pide que se adecue a la etapa del embarazo que se está viviendo y que esté actualizada.

Por su parte Sofía Berlanga Fernández y colaboradores describieron en el 2012 ⁴ las necesidades y experiencias de madres con hijos menores de un año e identificaron los factores que dificultan la transición a la maternidad. La población de estudio fueron las madres usuarias de las dinámicas grupales (masaje infantil, lactancia materna y apoyo a la maternidad) en 8 centros de APS urbanos (con proximidad geográfica y facilidad de acceso), del área de Barcelona entre julio de 2011 y 2012. La muestra final estuvo constituida por 21 madres. Dentro del guion empleado durante las entrevistas, las madres describían sus experticias en los primeros meses de maternidad, su percepción de cómo se sentían como mamás, si su pequeño había aumentado las responsabilidades, así como los problemas que pudo causar con la pareja, estilos y hábitos de crianza y la percepción de ellas hacia el personal de enfermería. Los resultados fueron agrupados en las siguientes categorías:

- Los cambios en el estilo de vida

La primera categoría hace referencia a patrones conductuales elegidos entre las alternativas disponibles según circunstancias socioeconómicas y su capacidad para elegir como la responsabilidad para la salud, actividades recreativas y relaciones interpersonales

Como otros autores, consideramos que es en el primer encuentro del bebé y su madre cuando se inicia el nacimiento psicológico de la nueva identidad como madre emergiendo el compromiso de participar activamente y experimentar la presencia del bebé lo que someterá a la mujer a una reconstrucción de sí misma. Esto es lo que Mercer identifica como la adopción del rol maternal. En esta adopción también es importante la pareja, al poder aportar seguridad y respaldo diluyendo tensiones y facilitando el proceso de adopción del rol maternal.

- Los sentimientos

La segunda categoría recoge los instrumentos empleados en la relación emocional o afectiva, con personas, animales y cosas. Se corresponden con la vertiente más emotiva de la maternidad: «Es una sensación de que te desbordan los sentimientos, te sobrepasan». Se identificaron sentimientos de: «felicidad», «alegría», «contenta», «ternura», «emoción», «sentimientos desbordados» y «sentimientos encontrados» coincidiendo con Canaval; todos estos sentimientos se relacionan con factores como la dificultad de interpretar las señales del lactante o la tensión debida al rol la cual puede generar inseguridad, culpa y desesperación ante la incapacidad para satisfacer las necesidades del bebe.

- Las percepciones

La tercera categoría refleja cómo la información se reúne e interpreta, sirviendo de enlace mediador entre el individuo y su ambiente. En el discurso de estas madres hemos podido identificar numerosas percepciones que hemos etiquetado como «expectativas», «satisfacción» y «estrés».

- Expectativas

Al igual que los sentimientos, las expectativas pueden convertirse en uno de los fundamentos que sustentan la buena relación madre-hijo. Como manifiestan las participantes en otro estudio, «nunca se sabe lo que es, hasta que se tiene, y no te das cuenta hasta que llegas a casa, no es tan fácil como crees». En el momento en que la

realidad se experimenta y esta entra en contradicción con la expectativa ideal, pueden originarse los sentimientos de «desengaño» que nuestras participantes manifiestan.

- Satisfacción

Una vivencia positiva conduce a la satisfacción personal, relacionándose con percepciones como considerar al bebé un regalo o lo mejor, y a la maternidad como increíble o plena. Esto repercute en la percepción que la madre tiene sobre sí misma, reformulándose, tal y como se ha constatado, una identidad dinámica. Para el desarrollo adecuado de los hijos, se necesita que las madres sean suficientemente buenas reconociendo equivocaciones y corrigiendo errores.

- Estrés

No obstante, los sentimientos de satisfacción pueden verse empañados por la percepción del estrés, aspecto que se considera debe ser abordado por las enfermeras. Dependiendo de si este es percibido positivo o negativamente se «inclinará la balanza». En este sentido, mientras algunas madres destacan lo positivo, otras recuerdan aspectos negativos. Las madres asocian a sucesos estresantes «el trabajo» pero también a percepciones como «cansancio», «desbordamiento», «complicación», «dureza», «absorción», «exigencia», «angustia», «agobio» y «abrumadora».

En sus aportaciones, se enfatiza la importancia que para ellas tiene recibir un adecuado apoyo social, que disminuya la fatiga, mejore el bienestar del bebé y la adaptación a la maternidad, incrementándose así la confianza de la madre. Y, coincidiendo con otros autores, en que la pareja es para ellas la principal fuente de apoyo. El principal factor que participa del apoyo social es la enfermera. En las dinámicas grupales, la enfermera no solo debe atender aspectos relacionados con la recuperación física tras el parto, sino también encontrar el contexto psicosocial de la maternidad, en ocasiones olvidado. En este sentido, un abordaje cualitativo podría ayudar a la elaboración de un programa de promoción de la salud, basándose en cómo los usuarios definen su situación y

necesidades. De esta manera, puede conseguirse maximizar la participación de los integrantes en las dinámicas grupales.

Como se puede apreciar la transición del embarazo y la transición a la paternidad son los principales períodos de ajuste dentro de una familia. Los estudios existentes han preguntado a los padres, retrospectivamente, sobre su experiencia en educación prenatal, centrándose principalmente en las mujeres. Se ha buscado abordar esta brecha preguntando a las madres primerizas y sus parejas sobre cómo podrían recibir un mejor apoyo durante el período prenatal, particularmente en relación con la transición a la paternidad y las habilidades de crianza.

De este hecho surge la idea de sobrecarga en madres ya que, las madres, además de ser cuidadoras en su mayoría de tiempo completo, tienen responsabilidades domésticas y laborales, realizan actividades complejas que no forman parte de su rutina. La carga del cuidador puede culminar en trastornos físicos agudos y crónicos, dando como resultado el aislamiento y la depresión, así como desequilibrio financiero, reducción de la libido y la auto-acusación (Macedo, 2015).

Con el fin de medir el nivel de carga del cuidador, se han desarrollado instrumentos para evaluar las variaciones en la carga de la atención para diferentes enfermedades, traducidas y validadas para varios idiomas.

Entre los instrumentos para evaluar la carga que se han validado existen varios ejemplos, sin embargo la gran mayoría de los estudios de sobrecarga en madres son basados en enfermedades crónicas y estancia hospitalaria prolongada.

En Brasil, se hizo hincapié en la Escala de Carga del Cuidador y la Entrevista Zarit Burden. Macedo EC⁵. Este estudio consto de una revisión integradora a partir de fuentes electrónicas, donde se encontró información acerca de la sobrecarga en madres de niños con enfermedades crónicas y describen que, el aumento de la carga, relacionado con variables sociodemográficas y variables de salud se encuentra en casi todos los artículos, en la medida en que las condiciones adversas para enfrentar las debilidades impuestas por

la enfermedad crónica son determinantes de la carga y el empeoramiento de la calidad de vida.

La literatura indica que la enfermedad crónica de los niños está asociada al sufrimiento conyugal, lo que puede afectar la adaptación al cuidado del niño y de los hermanos (Brown BJ, 2010). En algunos registros, las madres afirman que sus conflictos con su cónyuge conllevan un factor de riesgo de carga (Miura RT, 2012), que puede estar asociado con la gravedad y frecuencia de los episodios agudos de la enfermedad, la calidad de la atención recibida y el grado de conocimiento de los cuidadores (Bellin MH, 2013), ya que, debido a que no se comprende la enfermedad y no se tiene acceso a las estrategias de afrontamiento, se produce una mayor incidencia de desarmonía conyugal⁶.

En relación a la calidad del sueño entre las madres (Feeley CA, 2014), además de la relajación y el descanso, parece verse afectada en estudios similares⁷. Cuando se comparan las diversas patologías, se puede observar que la calidad del sueño siempre se ve comprometida, principalmente en momentos de crisis (Favero-Nunes, 2010)⁸.

Como se puede ver, la calidad de vida parece estar influenciada de manera compleja e interrelacionada por la salud física y mental de las madres que brindan atención, de acuerdo con su nivel de independencia, las relaciones sociales que establecen, el entorno en el que viven y el grado de que se perciben a sí mismos como agobiados (Macedo, 2014).

La existencia de la carga del cuidador, se evidencia fuertemente en la literatura y se ve comprometida en varios dominios. Los estudios expusieron el aumento de la carga, cuando se relacionan con variables sociodemográficas, físicas y mentales, como la ausencia de un compañero, un bajo nivel de educación, madres de ascendencia mixta africana y europea, con ingresos insuficientes, desempleados o con cambios en su vida profesional, la reducción de la convivencia social, con un mayor número de niños, la presencia y el grado de signos y síntomas de la depresión y la ansiedad, y la tensión creciente en la vida cotidiana.

La percepción de la gravedad de la patología, las noches o noches sin dormir con sueño interrumpido debido a las manifestaciones agudas de la enfermedad, y la decepción por no poder satisfacer las necesidades de los niños, también son factores relevantes para la carga.

Finalmente, de acuerdo a la bibliografía consultada para este trabajo, existe escasez de publicaciones en la literatura nacional e internacional que en primera instancia tomen en cuenta la carga y sobrecarga en madres y que relacionen el impacto de esta sobrecarga en el desarrollo de sus hijos. Bajo este contexto, se encontró una publicación en el *Daily Mail News*, el cual consistió un estudio realizado por la revista "*Mother and Baby*" en Inglaterra¹⁴ donde, 30 madres inglesas mayores de 30 años describieron su situación actual: muchas son madres, esposas, amas de casa, profesionales estudiantes, hijas y mujeres con muchas responsabilidades al mismo tiempo, y todo esto las tiene al borde del colapso¹⁵ y este cansancio termina haciendo mella en la vida de estas mujeres, pues debido a esta situación, "han perdido sus trabajos y sus relaciones afectivas"¹⁷. Describiendo los resultados de este estudio se encontró que, en el ámbito laboral, el 70% de las mujeres afirma que la fatiga las ha llevado a no desempeñarse correctamente en sus actividades del día a día y el 82% que este cansancio extremo ha reducido su efectividad en su profesión y en conjunto con este último dato, el 61% refiere que sus jefes no comprendían su cansancio en el lugar de trabajo.

De igual manera este agotamiento afecta sus relaciones sexuales, tanto es así, que, el 70% refiere haber renunciado al sexo, no solo por inapetencia, sino porque en muchas ocasiones deben dormir en la habitación de sus hijos para tratar de descansar, dejando a sus parejas durante la noche. Esto se veía aún más reflejado al conocer que 8 de cada 10 madres con un bebe de hasta dos años dijeron que la falta de sueño ponía a su pareja bajo una tensión inmensa y causaba problemas. En conjunto con lo anterior se demostró que solo el 31% de los padres se despertó su bebe lloraba, incluso si ambos padres trabajaban de tiempo completo.

Esta investigación llevada a cabo por la revista *Mother and Baby*⁹, refiere que este problema radica en algo fundamental: el sueño. El estudio demuestra que las madres encuestadas dormían en promedio 5 horas de sueño por la noche, y a esto le aumentaban las crecientes presiones profesionales, las relaciones interpersonales, la vida laboral de las madres modernas.

De las 30 madres encuestadas el 55% dijo que el cansancio las irritaba con su bebe, además de que las madres mayores de 35 años sufrían más al dedicar sus energías a la vida familiar mientras mantenían una carrera.

Conforme a lo anterior lo han llamado síndrome de la madre agotada, el nuevo “mal” que aqueja a las mujeres modernas y que tiene en la cuerda floja a la salud mental de muchas madres del globo terráqueo (Zur, 2013).

La pregunta es ¿porque México no tiene investigaciones de este tipo?, en México hay 2.27 nacimientos anuales, por lo tanto 2.27 madres en espera de información, con dudas todos los días; y por ende niños criados bajo tabúes, ignorancia y con madres con estrés por esta situación. Resulta impactante pensar que las madres son brindadoras de amor, cuidado, educación, pero nadie se preocupa por ellas en este momento tan crucial de su vida.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Al llegar cada mamá al Centro Interdisciplinario de Educación Temprana Personalizada (CIETEP) se pueden observar conductas en ellas que reflejan el cansancio, dudas y estrés producido por este cambio tan importante en su vida y muchas otras veces todo lo anterior se ve reflejado en su hijo durante la evaluación del desarrollo.

Esta nueva experiencia de ser “Mamá” está implicada física, económica, psicológica, moral, socialmente. Por lo tanto, el profesional de Enfermería debe tener una actitud atenta a los signos de alarma y será capaz de romper el prejuicio y la superficialidad, como factores que incrementan el malestar y sufrimiento de la persona.

5. MAGNITUD

De acuerdo a estudios realizados como Inglaterra las madres refieren que los nuevos estilos de vida y el ser “Mamás nuevas” afectan directamente a su estabilidad biopsicosocial. Estos estudios aún son de carácter cualitativo y se desconocen que áreas se ven más afectadas y sobre todo si esta sobrecarga se ve reflejada en el desarrollo del pequeño que está a su cargo, por ello el diseño mixto de esta investigación pretende reflejar las áreas afectadas y proponer intervenciones efectivas para la adopción idónea de este nuevo rol.

6. TRASCENDENCIA

Se espera que la presente investigación sea pionera en próximos estudios relacionados con el tema de sobrecarga en madres, además de brindar información al personal de Centro Interdisciplinario de Educación Temprana Personalizada (CIETEP) para poder intervenir oportunamente en un futuro y evitar el deterioro tanto de la madre y en casos muy severos en el menor.

7. FACTIBILIDAD Y VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

Los recursos que se tienen en el CIETEP son de gran ventaja para la realización de esta investigación, por ejemplo: la gran mayoría de los pequeños son traídos por sus madres quienes a pesar de las múltiples obligaciones de su vida cotidiana acuden a sus citas de manera regular y se aseguran de que estas citas no se pierdan. Además la población atendida es muy variada en cuanto a niveles socioeconómicos, niveles académicos y estilos de vida. Lo anterior da como resultado que la investigación sea factible para poder encontrar datos de mucho valor no solo para el investigador sino también para el servicio.

8. JUSTIFICACIÓN

La enfermería desde sus inicios se ha considerado como un producto social vinculado al arte de cuidar, por lo que responde a la necesidad de ayudar a las personas, cuando estas

no tienen capacidad suficiente para proporcionarse a sí misma o a las personas, que dependen de ellas, la calidad y cantidad de cuidados para mantener la vida, identificando los problemas de salud y las necesidades reales y/o potenciales de la persona, familia y comunidad que demandan cuidados, generando autonomía o dependencia como consecuencia de las actividades que asuma el enfermero (Bernayes, 2012) ¹⁴.

Patricia Iyer señaló que “la enfermería se ocupa de los aspectos psicológicos, espirituales, sociales y físicos de la persona y no solo del proceso médico” (Vargas JC 2010); por ende, se centra en las respuestas globales de la persona que interactúa con el entorno²¹.

Considerar al “usuario” como un solo ser, que trae una historia de vida impregnada de emociones, experiencias y valores culturales, es esencial para una atención de calidad dentro del modelo holístico y humanístico. Algunas enfermeras, en la definición de holismo, asumen que “el cuidado humano significa tratar a la persona como le gustaría ser tratado” (Rejane 2010)²². El cuidado holístico tiene una dimensión profunda que va más allá de una técnica simple o especializada, de una atención planificada, de recibir un turno o la de una educación rutinaria. Un cuidado holístico implica estar ahí con el otro, es compartir sus sentimientos y sus emociones. Por eso, se añade que la visión holística y humanista del cuidado deber ser eje central en la formación de los profesionales de enfermería²¹.

Si el cuidado de enfermería busca el bienestar del individuo, es necesario que haya una interacción constante entre la persona que requiere de cuidado y la enfermera responsable de brindarlo, conformando un sistema abierto que Orem lo plantea como teoría de los sistemas enfermeros, en donde la enfermera actúa con conocimiento y autonomía, fomentando la independencia de la persona en su autocuidado cuando esto sea posible, o compensando aquellas necesidades no cubiertas por las limitaciones del individuo, pero sin dejar a un lado el apoyo educativo, primordial para lograr cambios de conducta y mejorar la calidad de vida no sólo de la persona sino también de la familia¹⁵.

El nuevo rol de la participación de la mujer en el desempeño de su papel de madre ha tenido gran repercusión en la sociedad por ser precursora en la conformación de valores,

del óptimo desarrollo del infante y el funcionamiento de las familias que pertenecen a esta. La edad a la que las mujeres inician su maternidad ha registrado cambios graduales. Prueba de ello es que para el quinquenio de 1992-1996 la edad media al primer hijo(a) nacido vivo de las mujeres en edad fértil fue 20.3 años (ENADID 1997), mientras que en el trienio de 2006 a 2008 aumentó ligeramente a 20.8 (ENADID 2009) y para el trienio de 2011 a 2013 (ENADID 2014) se registró en 21.1 años ¹⁶. En México de acuerdo, con resultados de la Encuesta Intercensal 2015, existen 48.7 millones de mujeres de 12 y más años de las cuales 67.3% ha tenido al menos un hijo nacido vivo. De acuerdo con la edad de la mujer, sobresale que 7.8% de las adolescentes de 12 a 19 años ya han procreado y este porcentaje aumenta naturalmente con la edad: 56.2% de las mujeres jóvenes de 20 a 29 años tiene al menos un hijo nacido vivo y 88.7% de las mujeres de 30 y más años ya han sido madres¹⁷. De las mujeres con hijos, 19.6% tiene un solo hijo; el mayor porcentaje 26.7%, tiene dos hijos; 22.5% tiene tres; 11.5% es madre de cuatro hijos y 19.7% tiene cinco o más hijos. La probabilidad de tener un mayor número de hijos está relacionada con la edad de la mujer. De las madres que aún se encuentran en su adolescencia (12 a 19 años), 85.2% tienen un solo hijo. En las madres jóvenes de 20 a 29 años, el porcentaje con un solo hijo disminuye a 46.5% y aumenta a 34.9 % la proporción de mujeres que tienen dos hijos. Una de cada dos (51.9%) madres de 30 a 49 años tienen tres o más hijos, situación que ocurre en 76.8 % de las mujeres madres de 50 y más años.

De acuerdo con datos de la Encuesta Intercensal 2015, 27.8% de las mujeres de 12 y más años con al menos un hijo nacido vivo ejercen su maternidad sin pareja; 21.3% están separadas, divorciadas o viudas, mientras que 6.5% son madres solteras. Del total de madres unidas, 19.5% lo está en unión libre y 52.7% casada. Entre estas últimas destaca que en 3.5% y 4.9% respectivamente, su cónyuge o pareja reside en otra vivienda. (INEGI, 2015)

De acuerdo a la revista FORBES y según el reciente informe del Banco Mundial “El efecto del poder económico de las mujeres en América Latina y el Caribe”, en la última década que va del año 2000 al 2010, las mujeres han desempeñado un papel fundamental en la disminución de la pobreza, observando un aumento en las tasas de participación de las

mujeres en el mercado laboral en un 15%, y una reducción del 30% en los índices de extrema pobreza.

Respecto del gran impacto económico que la mujer causa al interior de las empresas, se explica por el hecho de que las mujeres controlan cerca del 65% de las decisiones de compra totales en bienes y servicios a nivel global, y esto no es exclusivamente en las categorías tradicionalmente femeninas. Esto hace que las mujeres cumplan una función extraordinaria al interior de las empresas, pues conocen lo que el consumidor mayoritario desea comprar, así que hoy están involucradas en el diseño, fabricación y comercialización de una amplia gama de bienes y servicios, lo que sin duda agrega valor comercial y genera mayores ganancias¹⁷. Mientras tanto y con respecto a la unidad económica donde laboran: 31.5% de las madres ocupadas trabaja en el sector informal; 38.6% en empresas y negocios, y 16.1% en instituciones públicas o privadas. Referente al tipo de ocupación, la mayoría son comerciantes (26%), trabajadoras en servicios personales (25.4%), trabajadoras industriales, artesanas y ayudantes (18.9%). Las mujeres que no tienen hijos cuentan con un perfil ocupacional muy distinto. La mayoría trabaja en empresas (53.1%) seguido por aquellas que laboran en el sector informal (18.5%), y en instituciones públicas o privadas (18.8%). Por tipo de ocupación, la mayor proporción (22.5%) labora como comerciante, 17% está ocupada en servicios personales y 14.8% son trabajadoras industriales, artesanas y ayudantes generales.

Con los datos anteriores brindados por el INEGI, la población materna que el profesional de enfermería debe abarcar en los distintos niveles de atención es muy elevado cuando el índice enfermero – paciente en México es de 2 enfermeros por cada 1000 pacientes¹⁸. Las nuevas mamás se encuentran con síntomas como el cansancio, la rabia contenida, el estrés y la tristeza, las cuales pueden generar afecciones peores como la depresión, los ataques de pánico y las crisis de ansiedad. Además, la falta de sueño puede ser fatal y producir accidentes de tránsito, el lugar del trabajo y en el hogar, poniendo en riesgo la salud y la integridad no solo de la madre sino de bebé.

Teniendo en cuenta lo anterior, se retoma a la teórica Ramona Mercer en su teoría *Adopción del Rol Maternal*, en la cual 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 que se entiende como un proceso interactivo y evolutivo que se produce durante cierto periodo de tiempo, en el cual la madre involucra una transformación dinámica y una evolución de la persona-mujer en comparación de lo que implica el logro del rol maternal cuando se va sintiendo vinculada a su hijo. Ella 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 (Mercer, 1991).

Ante esta problemática es necesario comprender que la mujer además de sus necesidades biológicas, psicológicas y problemas derivados de su posición en la sociedad; requiere de una atención integral en el marco de las necesidades humanas fundamentales, en condiciones de equidad; ello implica la incorporación de algunas prácticas y conceptos.

La educación maternal (EM) es una intervención en salud necesaria en nuestra sociedad hoy más que nunca, como un medio de orientación entre la enorme cantidad de información disponible¹ y como una oportunidad para promocionar la salud de la madre y, a través de ella, la de toda la familia¹⁹. Sin embargo, parece evidente que la EM precisa renovarse para optimizar sus resultados. Esta renovación debe partir de la población asumiendo que lo esencial son los intereses y las necesidades de las mujeres las protagonistas de la experiencia que supone convertirse en madre.²⁰

Es un fenómeno de interés para la disciplina de enfermería ya que ostenta una trayectoria histórica desde el inicio de las prácticas de cuidado; es una etapa determinante para la mujer por la complejidad que deriva el proceso de convertirse en madre. En consecuencia la educación juega un papel fundamental para lograr el desarrollo del conocimiento, destrezas y actividades positivas; es necesario pues, en este aspecto, la asistencia de

enfermería, en aspectos de promoción y prevención para mantener la vida, la salud y el bienestar salud materno – infantil a partir de la activación del rol materno.

9. OBJETIVOS

General:

- Identificar, mediante el test de “Sobrecarga de Zarit”, el grado de sobrecarga que enfrenta la madre primeriza en los primeros 24 meses de vida del lactante.

Específicos:

- Relacionar el grado de sobrecarga de la madre con el desarrollo del lactante mediante la prueba de escrutinio de Desarrollo de DENVER II.
- Categorizar y exponer las experiencias mencionadas por las madres durante la entrevista.
- Relacionar las experiencias de las madres con la teoría de Ramona Mercer “Adopción del rol maternal”

10.PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

Pregunta central

- ¿Las madres primerizas que acuden al Centro de Interdisciplinario de Educación Temprana Personalizada desarrollan puntaje para determinar sobrecarga del cuidador?

Pregunta secundaria

- Esta sobrecarga ¿repercute en el óptimo desarrollo del lactante?

11.HIPÓTESIS

H1: Debido al cambio de estilos de vida actuales de la mujer moderna, el hecho de ser madre primeriza genera un grado de sobrecarga asociada con el cuidado del lactante y esta se ve reflejada en el desarrollo óptimo del pequeño.

H0: La posible sobrecarga de la madre y los nuevos estilos de vida de la mujer moderna no repercuten en el desarrollo del lactante.

12.MARCO TEÓRICO

12.1 TEORIA “ADOPCION DEL ROL MATERNAL” DE RAMONA MERCER

Ramona Mercer con su teoría Adopción del Rol Maternal, 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, en el cual la madre involucra una transformación dinámica y una evolución de la persona-mujer en comparación de lo que implica el logro del rol maternal se va sintiendo vinculada a su hijo, adquiere competencia en la realización de los cuidados asociados a su rol y experimenta placer y gratificación 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. El modelo de la adopción de Mercer se sitúa en los círculos concéntricos de Bronfenbrenner²¹ del microsistema, mesosistema y el macrosistema²¹.

- **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 este 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 exosistema:** Se refiere a los propios entornos (uno o más) en los que el individuo está incluido directamente, pero en los que se producen hechos que afectan a lo que ocurren los entornos en los que la madre si está incluida.

- **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.

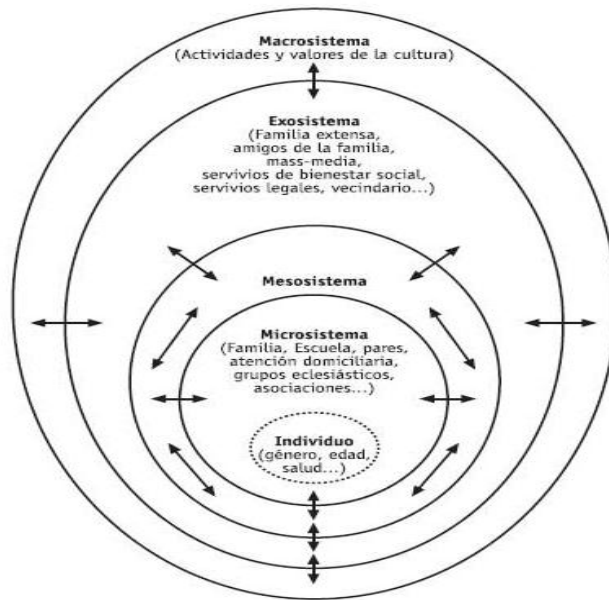


Ilustración 1. Modelo socio-ecológico de U. Bronfenbrenner

Por ello la importancia de abarcar todas las áreas que influyen en la adopción de este rol para la mujer.

METAPARADIGMAS DESARROLLADOS EN LA TEORÍA

Como todas las teóricas de enfermería, Ramona Mercer influye las definiciones de su metaparadigma describiéndolas de la siguiente manera²²:

- **PERSONA:** Mercer para esta teoría establece los siguientes supuestos:
 1. Un núcleo propio, relativamente estable, adquirido por medio de una socialización a lo largo de la vida.
 2. Además de la socialización de la madre la instrucción de la misma, para tener como respuesta las conductas

3. El compañero del rol de la madre.
 4. El niño considerado como un compañero, ya que lleva a la madre a cada proceso de acuerdo al rol maternal.
 5. El compañero íntimo de la madre o el padre
 6. La identidad materna se desarrolla con la unión materna.
- **CUIDADO O ENFERMERÍA:** Mercer se refiere a la enfermería como la ciencia que pasa de una adolescencia turbulenta a una madurez. Además define a las enfermeras como las personas encargadas de promover la salud en las familias y en los niños y las pioneras desarrollando estrategias de valoración. En su teoría no solo habla de la importancia de la enfermería sino de la importancia del cuidado enfermero, en cada unidad, en cada tipo de cuidado que recibe la madre en cada etapa de su maternidad.
 - **SALUD:** Define la salud como la percepción que la madre y el padre poseen de su salud anterior, actual y futura. La resistencia-susceptibilidad la enfermedad. El estado del recién nacido es el grado de enfermedad presente, y el estado de salud del niño según las creencias de los padres y la salud global. También menciona como el estado de salud de toda la familia se ve afectado por el estrés del parto y como se consigue la misma por el rol materno.
 - **ENTORNO:** Mercer definió el entorno como el desarrollo de una persona/rol va ligada directamente a este, y no definirse cada uno, expone que hay una adaptación mutua entre la persona en desarrollo y las propiedades cambiantes de los ambientes inmediatos, las relaciones entre los ambientes y los contextos más grandes en los que se incluyen los ambientes.

Además Mercer en su teoría define los siguientes conceptos los cuales se describen con el enfoque de enfermería.

- **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, aprendiendo tareas nuevas del cuidado al mismo tiempo experimentando placer y gratificación al hacerlo.

- **EDAD MATERNA:** *Cronológica y de desarrollo.* La mejor edad reproductiva de una mujer es cerca de los 20 años. La fertilidad disminuye gradualmente a partir de los 30 años, sobre todo después de los 35 años. Cada mes que lo intente, una mujer sana y fértil de 30 años de edad tiene una probabilidad del 20% de quedar embarazada. Eso significa que por cada 100 mujeres fértiles de 30 años de edad que intentan quedar embarazadas en un ciclo, 20 tendrán éxito y las 80 restantes tendrán que intentarlo de nuevo. A la edad de 40 años, la probabilidad de una mujer es inferior al 5% por ciclo; por lo tanto, se espera que menos de 5 de cada 100 mujeres tengan éxito cada mes²³.
- **PERCEPCIÓN DE LA EXPERIENCIA DEL NACIMIENTO:** *La percepción de la mujer durante el parto y el nacimiento.* Para la mujer, el embarazo y el nacimiento de un bebé, especialmente del primer hijo, repercuten profundamente en el ámbito físico, mental, emocional y social (Gomes, Fonseca & Roballo, 2011). Durante el embarazo se producen cambios en la vida de la mujer y su familia, pero es solo en el parto que ocurre el auténtico encuentro entre madre y bebé (Marin, Donelli, Lopes & Piccinini, 2009). Ese momento puede ser considerado como el paso de un estado a otro, cuya principal característica es la irreversibilidad, demarcando el fin del embarazo (Medeiros, 2012). Así, representa un cambio definitivo de papeles, incluyendo la responsabilidad de cuidar y de promover el desarrollo de otro ser humano (Simkin, 1992). De este modo, el parto es, en sí mismo, un evento de significación psicológica incuestionable (Fischer, Astbury & Smith, 1997)²⁴.
- **AUTOESTIMA:** *La percepción del individuo de como los otros lo ven y la autoaceptación de estas percepciones.* Investigadores como McGrath y Meyer, Shea y Tronick señalan que la autoestima materna es una variable psicológica, componente esencial de la maternidad que media entre los factores biopsicosociales con influencia sobre el rol materno y donde estos factores van a ejercer una influencia en la adaptación de una mujer hacia la maternidad. Existen reportes en la literatura revisada donde se afirma que las madres

asumen el rol materno valiéndose de una serie de recursos personales, incluyendo su autoestima general. Hallazgos de investigaciones sobre la autoestima materna encontraron que una madre con baja autoestima materna es menos afectiva y se encuentra menos dispuesta emocionalmente para sus hijos lo que provoca disrupciones en la adaptación de esta nueva relación ²⁵.

- **AUTOCONCEPTO:** *Percepción general del yo que incluye la autosatisfacción, la auto aceptación, la autoestima y la coherencia o discrepancia entre la identidad ideal y la identidad.*
- **FLEXIBILIDAD:** La flexibilidad de las actitudes de crianza aumenta el desarrollo, las madres mayores poseen el potencial para responder de modo menos rígido con respeto a sus hijos y para considerar cada situación según las circunstancias.
- **ACTITUDES RESPETO A LA CRIANZA:** *Actitudes y creencias maternas sobre la crianza.* Musitu, Román y Gracia (1988), al considerar los factores que determinan los estilos de crianza, señalan los que contribuyen a una mejor práctica educativa como: estructura, afecto, control conductual, comunicación, transmisión de valores y sistemas externos. Los cuatro primeros hacen referencia a las relaciones intrafamiliares o micro sistémicas; las últimas se refieren a la dimensión social o ecológica, hasta la que se extiende la unidad de análisis en el estudio de la socialización. La posición dentro de un sistema más amplio explicará en gran medida la toma de postura y modos de actuación del grupo social que es la familia²⁶.
- **ESTADO DE SALUD:** Las percepciones de la madre y el padre acerca de su salud anterior, actual, futura; la resistencia susceptibilidad a la enfermedad; la preocupación por la salud; la orientación de la enfermedad y el rechazo del papel de enfermos.
- **ANSIEDAD:** *Persona propensa a percibir las situaciones estresantes como peligrosas o amenazantes.* Desde un punto de vista psicológico, el embarazo en la mujer, se considera un momento crítico, ya que las adaptaciones que éste

requiere, pueden alterar su equilibrio emocional y generar en ella estados de tensión, ansiedad y/o miedo, emoción, ésta última, presente en aproximadamente un 20% de las gestaciones (Kjaergaard, Wijma, Dykes, & Alehagen, 2008).

- **TENSIÓN DEBIDA AL ROL:** El conflicto y dificultad que una mujer siente cuando debe enfrentar su rol maternal.
- **GRATIFICACIÓN:** La satisfacción, la alegría, la recompensa o el placer que una madre experimenta en la relación con su hijo.
- **UNIÓN:** Un elemento del rol parental y de la identidad.
- **TEMPERAMENTO DEL NIÑO:** Hay temperamentos fáciles y difíciles, directamente relacionado con la dificultad del niño para comunicarse con la madre creando respuestas de rabia o frustración.
- **ESTADO DE SALUD DEL NIÑO:** Enfermedades que interfieren en el proceso de unión, ya que obligan a la madre a separarse del niño.
- **CARACTERÍSTICAS DEL NIÑO:** Temperamento, apariencia, estado de salud.
- **FAMILIA:** Sistema dividido en otros subsistemas como lo son; los individuos, la madre-padre, madre-niño, padre-niño. Etc.
- **FUNCIONAMIENTO DE LA FAMILIA.** La visión individual y las actividades dentro del núcleo familiar.
- **ESTRÉS:** Sucesos de la vida percibidos de modo positivo y negativo.
- **APOYO SOCIAL:** La cantidad de ayuda que se recibe y la satisfacción que produce esta ayuda.

Como se puede observar es una teórica que no deja ningún espacio vacío en la vida de la mujer en proceso de ser madre, por cual se considera la más apropiada para este estudio por la vista biopsicosocial y el enfoque humanista que tiene.

12.2 EL PAPEL DE LA MUJER EN MÉXICO

Para hablar de la mujer mexicana comencemos primero, por la distinción entre la mujer de pueblo y la ciudadina, la primera es vista sin poder, dedicada a los deberes familiares, confinada en el hogar y en total subordinación al hombre, consagrada a las labores

domésticas; y el determinante papel que tiene la iglesia, en cuanto a la moral y los valores de la misma (Gonzalbo, 1988).

Por las altas tasas de migración de los varones a los Estados Unidos, la mujer se queda sola a cargo de la familia y funge como un pilar para su casa y la comunidad de la que forma parte. En el caso de la mujer urbana, la que tiene una vida laboral en crecimiento en el país, en algunos casos su objetivo primordial son sus estudios en una etapa de su vida deja de lado el encontrar una pareja estable y la formación de una familia propia e hijos.

En el siglo XXI, la mujer mexicana dejó de ser en su totalidad rural y agrícola para trabajar en el sector industrial, esto propició nuevas relaciones económicas y sociales, por lo que el tener hijos es de menor importancia y si los tiene, entre menos hijos mejor. En otras épocas la mujer era considerada tan sólo como una buena madre, esposa y ama de casa que cumplía ciertas funciones dentro del matrimonio, sin embargo en los últimos sesenta años la percepción de la mujer ha cambiado; ha logrado más oportunidades en el medio laboral. En 1990 la fuerza de trabajo femenina representaba alrededor de 30% de la población económicamente activa (Zacaruas, 1994).

La presencia de la mujer en la vida social ha sido muy poco reconocida en México, a pesar que, desde tiempos de la Independencia, ha tenido que ver con la formación del país y la constitución de la nación como total. De igual forma en la Revolución donde cumplieron un papel valiosa como soldaderas, enfermeras y activistas clandestinas, al pie del cañón atendiendo a sus hombres y su compromiso con la patria. La participación de la mujer mexicana en el país ha sido muy importante en la vida política y en otros ámbitos como el laboral y el académico (Verea, 1998). En 1968 muchos jóvenes, madres y profesionistas, se unieron al movimiento estudiantil siguiendo sus convicciones políticas, estas mujeres al igual que los hombres, estuvieron presentes en la masacre del 2 de octubre, en donde sufrieron las mismas agresiones que los hombres, demostraron su compromiso social y alzaron la voz en pro de su ideología.

En la época actual, la participación de las mujeres casadas, en la vida económicamente activa, es menor que las de solteras, divorciadas o viudas, en las empresas o en cualquier

empleo a los patrones o encargados de las instituciones lo único que les importa es beneficiarse ellos económicamente, no contratan a una mujer o embarazada porque para ellos no producen lo que las mujeres solteras (que presumiblemente tienen más energías y/o ganas de trabajar).En los últimos años se ha incrementado el número de mujeres que en edad productiva, retrasan el proyecto de ser madres, esto depende de su escolaridad pues a mayor educación formal, puede traducir en mayores oportunidades de conseguir empleo. (INEGI 2017)

En educación, la mujer mexicana ha ido avanzando de manera inmejorable en los últimos cincuenta años, antes de esto, no tenían acceso a la educación dentro del país, pues por cada siete hombres había solo tres mujeres. De cada cuatro egresados una era mujer, esto dependía principalmente de la situación económica de las familias, los padres preferían que el varón estudiara a que la mujer lo hiciera, pues éste, era el que tenía obligación de mantener a su familia, mientras que la mujer sería mantenida por su marido. Con lo anterior podemos observar la presencia masculina que se encontraba dentro de la gran mayoría de las familias mexicanas, sin importar la clase social que pertenecieran. Las mismas mujeres fomentan estas creencias tradicionales al apoyar las decisiones de los hombres y no luchar por sus propios derechos y obligaciones que tiene, por el simple hecho de ser persona. Así la mujer comienza a ejercer su lugar en los espacios laborales, lo que se puede corroborar con el incremento considerable. El desarrollo de la mujer sobre todo en el aspecto de la vida laboral, ha tenido un incremento considerable en la actualidad.

Muchas mujeres han tomado las riendas de los ingresos, salen y entran de su hogar, en busca del vestido, alimentación y con los gastos que se presentan, aunque también estos ingresos ayudan a su cónyuge si es que tiene para que la situación en la que viven esté equilibrada y ambos se apoyen de forma mutua. La mujer afronta, en ocasiones, muchos obstáculos, ya sea a manera personal, afectiva o laboral, y siempre sabe cómo resolverlos. Sin embargo, aún existen hombres que la siguen considerando a la mujer como una empleada doméstica de su hogar e inferior a ellos e incluso ejercen violencia física, emocional o psicológica sobre ellas, de esta forma la libertad que la mujer tiene sobre sí

misma es poca o incluso nulo, se dan casos en que tienen que pedir permiso para salir de su hogar. Esto es más frecuente en los sectores rurales, que en medio urbano y con sus estudios universitarios.

Otro factor, que interviene en el desarrollo social de las mujeres, es la migración de los hombres a Estados Unidos. La mujer mexicana quedó sola y vulnerable en el país, principalmente en zonas marginadas, tuvo que salir adelante sola con sus hijos, tanto en la educación como en la crianza y salud. La crisis económica padecida en los últimos años sirvió de gran empuje para la mujer, que viven en zonas urbanas, no se limita a trabajar solo en el hogar sin pago alguno, salió fuera y con ello transformó el patrón familiar, decidió salir del hogar a buscar mejor calidad de vida para ella y los miembros de su familia. La disminución del ingreso familiar se vio obligado a buscar alguna fuente de ingreso adicional, lo que trajo consigo cambios en el esquema económico y la estructura familiar (Rosales, 2006).

Como tiene la necesidad de salir a trabajar, el sector empresarial aprovecha esta situación y se beneficia que la fuerza de trabajo ya que en el desarrollo de su trabajo la mujer es comprometida y responsable. No obstante, los salarios de las mujeres siguen siendo bajos. En 1984, la mujer representaba el 20% de la población económicamente activa en el país y para el 2000 el 37% a pesar del desempleo (Arispe, 2005). La maternidad otro factor que interviene en el status de la mujer ante algunos sectores de la sociedad, consideran que la mujer está hecha para ser madre, si no llega a serlo es menos mujer, por ejemplo algunas mujeres mexicanas piensan que ser madre es la cuestión más importante para la realización de ellas, otras solo admiten la maternidad es uno de tanto elementos para la realización, en cambio algunos consideran que los hijos afectan la vida de alguna manera ya sea en el ámbito con la pareja o el laboral y/o profesional.

Con ello se observa la distinción entre los sectores populares las mujeres prefieren su realización en la maternidad, en la cual sus hijos son su principal razón de ser y quienes les brindan sus mayores satisfactores, la compañía mutua, el sentido de pertenencia, el cuidado recíproco de las enfermedades en la vejez, etc. Por esto consideran que los hijos

son la bendición, ya que en edad avanzada son su principal apoyo (Zacarías, 1994). Con todo esto se puede observar que la mujer mexicana ha tenido crecimiento en todos los aspectos y podrá seguir desarrollándose, siempre y cuando siga pugnando por mejores espacios.

En México desde el ciclo escolar 1999-2000 las mujeres alcanzaron a ser la mitad de la población universitaria, tendencia que se ha mantenido en toda la década. Si consideramos que más del 50% de los habitantes de éste país son mujeres en esos años, las políticas públicas y de desarrollo deberían ser acordes con el crecimiento de las mismas, evitando los grandes y serios rezagos en el desarrollo político y social que nos aquejan. Estamos convencidos de que es necesario buscar la calidad en la educación, el acceso a la educación, al aprendizaje, la búsqueda en la innovación en la educación.

En todos los niveles sociales encontramos mujeres que estudian y trabajan, buscando un desarrollo personal más allá de las concepciones tradicionales. La participación femenina tiene muy diversas razones, como puede ser la apertura de mayores espacios laborales para las mujeres posibilidades de desarrollo fuera del hogar, hasta la muy clara necesidad de aportar ingresos a la familia para salir adelante. Pero debemos reconocerle a la mujer mexicana el esfuerzo con el que está luchando por sus derechos, para abrirse espacios, compromiso, responsabilidad y creatividad etc.

12.3 EL PAPEL DE LA MADRE COMO CUIDADORA

La calidad de vida de cualquier ser humano es influenciada de forma compleja e interrelacionada por la salud física y mental de acuerdo con su nivel de independencia, relaciones sociales que establecen, ambiente en que viven y cuán sobrecargadas se perciben. La existencia de sobrecarga de la madre cuidadora, como uno de los impactos en el cuidado del niño y del adolescente, está fuertemente evidenciada en la literatura, con comprometimiento en diversos dominios. Los estudios exponen el aumento de la sobrecarga, cuando está relacionada a variables sociodemográficas, físicas y mentales, como la ausencia de un compañero, el bajo nivel de escolaridad, madres pardas, con renta insuficiente, desempleadas o con alteración en la vida profesional, disminución de la

convivencia social, con mayor número de hijos, presencia y grado de señales y síntomas depresivos y de ansiedad y elevadas tensiones en la vida diaria (Macedo EC, 2015). Son, también, factores relevantes para la sobrecarga, la percepción de la gravedad de la patología, las noches de sueño perdido o interrumpido, debido a las manifestaciones agudas de alguna enfermedad, y la decepción en no poder satisfacer las necesidades de los hijos. Los predictores más poderosos de baja calidad de vida son relacionados por las madres siendo, principalmente: tiempo de sueño inferior a sus necesidades, poca o ninguna percepción de autoeficacia para el cuidado del hijo enfermo, falta de apoyo social percibido, limitaciones del papel materno, poca vitalidad, salud mental afectada con altos niveles de depresión y ansiedad, comprometimiento funcional, baja capacidad de enfrentamiento, no adaptación a la situación de enfermedad crónica en la familia y sobrecarga de cuidados ²².

12.3.1 SALUD MATERNA

Para lograr un óptimo desarrollo de la mujer es necesario que las legislaciones, los reglamentos y los contratos colectivos de salud y trabajo promuevan la equidad con las mujeres. Para ello es necesario hablar de la salud materna en México, dándole enfoque al Programa de Acción Específico de Salud Materna y Perinatal de la legislación del sexenio 2012-2018 a cargo del presidente de los Estados Unidos Mexicanos Lic. Enrique Peña Nieto ²³ periodo en cual se realizó el presente estudio.

Durante el sexenio de Enrique Peña Nieto se llevó a cabo el Programa de Acción Específico (PAE) de Salud Materna y Perinatal del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR), este está vinculado estrechamente al Plan Nacional de Desarrollo (PND)²⁴ 2013- 2018, en la Meta II México Incluyente, el Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y la no Discriminación contra las Mujeres 2013-2018, y al Programa Sectorial de Salud (PROSESA) 2013-2018 el cual se vincula estrechamente con la finalidad de acelerar la obtención de resultados de impacto en la salud materna y perinatal, consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades. Para ello se alinean objetivos, estrategias y líneas de acción del Programa,

a los que deberán apegarse las diferentes instituciones de la administración pública federal para materializar el derecho a la protección de la salud.

El marco jurídico que norma el quehacer del PAE de Salud Materna y Perinatal, tiene su fundamento en los Artículos 1° y 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos²⁴ que establecen que todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en la Constitución y en los Tratados Internacionales de los que el estado mexicano sea parte, así como el derecho de toda persona a la salud y a decidir sobre el número y espaciamiento de los embarazos. La Ley General de Salud reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona con el sólo hecho de residir en el territorio mexicano. En el Artículo 31, esta Ley establece que la Atención Materno Infantil es materia de salubridad general, además en el Artículo 61 señala que dicha atención es de carácter prioritario, comprendiendo acciones de atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, así como la atención al niño y la vigilancia de su crecimiento y desarrollo. La instancia de la Secretaría de Salud responsable de conducir la ejecución del Programa de Salud Materna y Perinatal, es el CNEGSR, de conformidad con lo que establecen el Artículo 2, inciso C, fracción II, y el Artículo 40, fracciones I a la XXV, del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud y está adscrito a la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud.

El PAE describe que la salud materna, perinatal e infantil, son temas altamente relevantes para las sociedades y constituyen el centro de los derechos a la salud. Desde el comienzo del siglo pasado, las políticas de salud en el mundo han privilegiado a la maternidad segura y la supervivencia infantil, la primera centró su atención en la mortalidad materna para ampliarse al enfoque de la salud reproductiva, centrada en la condición social de la mujer, y luego en los derechos reproductivos. Uno de los temas más sensibles en el ámbito de la salud sexual y reproductiva en México ha sido el cuidar y mejorar la salud de las madres y su crianza, en especial en grupos en situación de desventaja social. Durante muchos años la salud materna y perinatal ha ocupado un lugar prioritario en el sistema de salud mexicano desde sus orígenes y, aun así, existen necesidades no satisfechas de prevención y atención. La salud materno-paterno-infantil, constituye un trinomio de

interacción y complementación, entre los individuos y su entorno, cuyo objetivo es básico en el desarrollo del curso de la vida, es donde descansa la reproducción biológica y social del ser humano, condición esencial del desarrollo de las familias y un elemento clave para reducir las desigualdades y la pobreza.

En el caso de la morbilidad y mortalidad materna y neonatal, sus efectos son devastadores, debido a que la madre juega un papel estratégico en la reproducción social, por lo que su ausencia temporal o permanente disminuye o elimina sus contribuciones económicas, sociales y afectivas al hogar y a la sociedad, a la vez que la supervivencia y la educación de sus hijos se ven seriamente amenazadas. La salud infantil, por su parte, representa un activo fundamental porque incide en buena medida en las capacidades y recursos iniciales de las nuevas generaciones de mexicanos, con implicaciones tanto en las trayectorias de vida de los individuos, como en el potencial de desarrollo de la propia sociedad y de la patria.

El PAE de Salud Materna y Perinatal, ha sido diseñado para contribuir, apoyar y acompañar a las mujeres para ampliar las capacidades y oportunidades de cursar el embarazo sano, el parto respetuoso y el puerperio seguro, y para que sus hijos nazcan y se desarrollen con salud, con pleno respeto a la diversidad cultural y al ejercicio de sus derechos, apoyando su proyecto de vida.



Ilustración 2. Intervenciones efectivas integrales para embarazo saludable y parto seguro en la línea de la vida

El PAE se clasifica en 3 etapas:

- Atención en la salud gestacional

La idea de la atención previa a la gestación tiene sus raíces dentro de la perspectiva del ciclo vital por medio de estrategias para prevenir los resultados adversos del embarazo mediante la mejora de la salud de las mujeres y los hombres antes del embarazo, como la detección de riesgos, como preámbulo a una gestación segura y a un recién nacido sano.

Es importante señalar que casi la mitad de todos los embarazos, son no deseados o planeados en México, especialmente en adolescentes, lo que sugiere que muchas mujeres no se dan cuenta de que están embarazadas a tiempo para obtener atención pre gestacional, e iniciar medidas preventivas, como la suplementación de ácido fólico, multivitamínicos, vacunación, pruebas de laboratorio o tomar medidas efectivas para abordar el embarazo con problemas preexistentes.

La atención pre gestacional se refiere a un conjunto de intervenciones que tienen como objetivo identificar riesgos biomédicos, conductuales y sociales antes de la gestación, en el primero o en un nuevo embarazo y permitir la continuación, con una intervención oportuna, diseñadas para optimizar la efectividad y exitosamente implementadas para modificar factores de riesgo antes del embarazo y reducir la probabilidad de los efectos nocivos para la mujer, el feto y el recién nacido a través de la prevención y la gestión, lo que implica: a) la evaluación de riesgos (plan de vida reproductiva, intervalo intergenésico antecedentes de embarazos pasados, los antecedentes médicos e historial quirúrgico, adicciones, obesidad, sobrepeso, diabetes tipo 1, medicamentos y alergias, antecedentes familiares y genéticos, la historia social, evaluación de comportamiento y nutrición, salud mental, depresión y pruebas de laboratorio), b) estilo de vida (la familia, la capacidad de recuperación del estrés, ambiente laboral, la preparación nutricional, inmunidad, y medio ambiente sano), y c) las intervenciones médicas y psicosociales (individualizados para riesgos identificados, como infertilidad, anticoncepción, alteraciones genéticas o congénitas y referir a servicios de prevención y atención primaria y especializada).

- Atención del parto y puerperio seguro y respetuoso

El modelo de atención obstétrica en México se ha sustentado en manuales de atención, lineamientos, la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, "Atención de la mujer durante el embarazo parto y puerperio y del recién nacido".

- Atención integral al neonato

El modelo actual de atención y vigilancia de la salud del recién nacido se encuentra sustentado en la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Criterios y procedimientos para la prestación del servicio, y la Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA2- 2002, Para la prevención y control de los defectos al nacimiento.

Los objetivos que se propone le PAE son:

1. Propiciar el acceso universal de mujeres en etapas pre gestacional, embarazo, parto, puerperio y atención neonatal, a servicios de calidad y respetuosos.
2. Contribuir a reducir la morbi-mortalidad materna y perinatal, con enfoque de interculturalidad, priorizando grupos de alta marginación y de riesgo.

Lo anterior se evalúa mediante metas e indicadores en las unidades de atención a la salud y son las siguientes

Indicador 1. Porcentaje de embarazadas atendidas en el primer trimestre gestacional.

Indicador 2. Cobertura de tamiz neonatal.

Indicador 3. Porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacer.

Indicador 4. Razón de mortalidad materna.

Indicador 5. Tasa de mortalidad neonatal.

Indicador 6. Número de partos atendidos a nivel institucional.

Como se aprecia el PAE tiene su función hasta finalizada la etapa perinatal (28 días después del parto²⁶), y es ahí cuando se hace la pregunta, y después del periodo perinatal ¿que sigue para las madres? ¿Quién las cuida? México tienen enfermeras perinatales y

hace algún tiempo contaba con enfermeras especialistas en educación materno infantil en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) pero hoy es un servicio dirigido por la enfermera especialista en medicina de familia la cual no se centra en educación materna si no en todas las enfermedades de la familia³², lo cual explica la *Guía de Práctica Clínica Control y seguimiento de la salud en la niña y el niño menor de 5 años en el primer nivel de atención*³², la cual en sus anexos brinda de una serie de recomendaciones en las diferentes áreas como alimentación, estimulación temprana, medidas antropométricas y esquema de inmunizaciones lo anterior dirigido al personal de la salud y no para las madres.

Por otro lado el gobierno actual del Lic. Andrés Manuel López Obrador plantea la creación del Instituto Nacional de Salud para el Bienestar (INSABI)³³, el cual pretende eliminar las barreras de acceso de la población al derecho de la salud tal y como lo establece la constitución mexicana. El INSABI suplirá el programa Seguro Popular el cual cubre a las personas sin seguridad social, calculada sobre la base de 66 millones de personas aproximadamente. Este nuevo sistema de atención médica está centrado en la atención primaria de la salud y en las redes integradas las cuales contemplan un médico general, un médico familiar y servicios de enfermería que actuaran como articulador intersectorial.

Tiene como prioridades en salud³⁴: la atención integral de la diabetes y la hipertensión arterial, salud materna, mortalidad neonatal, atención de la infancia y la adolescencia, vacunación, vigilancia epidemiológica y fortalecimiento del primero y segundo nivel de atención, así como las Jornadas Quirúrgicas Bienestar, estrategia que acerca los servicios de alta especialidad a la población rural, de los médicos del Régimen Ordinario que trabajan en los centros médicos nacionales.

A un año de gobierno no está claro como actuara este programa en cada una de las prioridades sin embargo en las unidades hospitalarias se mantiene la atención a la salud materno infantil de la misma manera que el sexenio anterior.

12.4 EL CUIDADO

En cuanto al tema específico de este informe, se ha partido de las siguientes definiciones de cuidados, que trascienden las definiciones tradicionales:

Los cuidados son una necesidad multidimensional de todas las personas en todos los momentos del ciclo vital, aunque en distintos grados, dimensiones y formas. Constituyen la necesidad más básica y cotidiana que permiten la sostenibilidad de la vida (Izquierdo, 2003).

Por cuidados podemos entender la gestión y el mantenimiento cotidiano de la vida y de la salud. Presenta una doble dimensión: “material”- corporal, e “inmaterial”-afectiva (Esecé, 2005; Pérez Orozco, 2006).

El «trabajo» de cuidar incluye atención personal e instrumental, vigilancia y acompañamiento, cuidados sanitarios y la gestión y relación con los servicios sanitarios. Cuidar también implica dar apoyo emocional y social. En definitiva, cuidar significa «encargarse de» las personas a las que se cuida (García Calvente y otras, 2004).

El cuidado es el conjunto de actividades y el uso de recursos para lograr que la vida de cada persona, esté basada en la vigencia de los derechos humanos. Prioritariamente, el derecho a la vida en primera persona (Lagarde, 2003).

El cuidado es el objeto material de enfermería²⁷ por ende como prestadores principales de este servicio debemos seguir fomentando la adopción del autocuidado en la población ayudando al cuidador a no verse inmerso en una mala calidad de vida ni para el agente de cuidado ni para el cuidador.

12.4.1 DEFINICIÓN DE CUIDADOR

Teniendo en cuenta que el cuidado es un trabajo, una actividad tenemos que centrar esto en una persona: el cuidador que, de acuerdo al Diccionario de la Real Academia Española señala que Cuidador (ra), es quien cuida a una persona, es una personal servicial, cuidadosa, pensativa y metida en sí. El cuidador principal es “aquel individuo que dedica la mayor parte del tiempo al cuidado del enfermo (Dwyer, Lee y Jankowski, 1994)²⁸.

Se ha definido al cuidador como “aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales”. (Flores, 1997)

12.4.2 CLASIFICACIÓN DEL CUIDADOR

A pesar de que se tiene un concepto fijo de lo que es un cuidador no se debe olvidar que existen clasificaciones para el cuidador. Visto desde un enfoque antropológico y a partir de la definición general de los cuidadores, se impone la diferencia de los cuidadores directos en formales e informales.

- **Cuidadores informales:** aquellos que no disponen de capacitación, no son remunerados por su tarea y tienen un elevado grado de compromiso por su tarea, caracterizada por el afecto y una atención sin límites de horarios. Este apoyo es brindado principalmente por familiares, vecinos y amigos. (Flores Lozano et al 1997). Algunos autores han señalado el carácter de cuidador principal, por lo general desempeñado por el cónyuge o familiar femenino más próximo (Anderson 1987).
- **Cuidador formal:** profesionales del ámbito socio sanitario (enfermeras, trabajadores sociales, médicos) que interviene directa o indirectamente en el cuidado de la persona dependiente, comparte con el cuidador primario el carácter directo y prolongado de la atención, aunque con límite de horarios y menos compromiso afectivo.

Ambos cuidadores participan en la toma de decisiones, supervisan, apoyan o realizan las actividades de la vida diaria que compensan la disfunción que tiene la persona dependiente (García, Mateo y Maroto, 2004; Ramos, 2008).

12.4.3 TIPOS DE CUIDADOR DEL PACIENTE PEDIÁTRICO

Existe dentro de la bibliografía una clasificación de los cuidadores informales primarios en los que se encuentran: el esposo o esposa como cuidador, las hijas e hijos como cuidadores y los padres como cuidadores. El trabajo se centra en los padres como cuidadores.

- **Cuidador Primario Informal Familiar (CPIF):** sujeto que asume la responsabilidad total del paciente ayudándole a realizar todas las actividades que no puede llevar a cabo; sin recibir una retribución económica ni capacitación previa para la atención del paciente²⁹.
 - **Padres como cuidadores:** Se caracterizan por modificación de los planes a futuro, reevaluación de la relación intrapersonal, sentimientos de ambivalencia y reajuste de vida social. (Rojas 2012)

12.4.4 FASES DE LA PERSONA AL VOLVERSE CUIDADOR

Al inicio del cuidado la persona aun no es plenamente consciente de que sobre el recaerá la mayor parte del esfuerzo y responsabilidad del cuidado, tampoco que se encuentra en una situación que puede mantenerse por un tiempo prologado y que este implique un progresivo aumento de dedicación y energía. Lo anterior lleva al cuidador a integrar este nuevo papel en su vida diaria²⁸.

- **Fase 1. Negación o falta de conciencia del problema:** esta etapa consiste en encontrar comúnmente que el cuidador se niega a aceptar las evidencias de que su familiar padece una enfermedad que le lleva a necesitar la ayuda de otras personas para mantener su adaptación al medio, evita hablar del deterioro o incapacidad del enfermo. Este estadio es temporal debido al deterioro de la autonomía funcional del paciente.
- **Fase 2. Búsqueda de la información:** durante esta etapa el cuidador comienza a buscar información sobre la enfermedad de su familiar, consecuencias, secuelas, medios de ayuda, segundas opiniones, otros tratamientos. Comienzan a salir sentimientos de malestar, enfado, ira, culpa. Lo anterior son respuestas humanas completamente normales debido a la situación de pérdida de control de la propia vida y sus circunstancias.
- **Reorganización:** contando ya con la información y recursos externos de ayuda (voluntad de la familia para compartir la responsabilidad) y con la idea más precisa de los problemas a los que hay que enfrentarse, el cuidador dispondrá de herramientas necesarias para afrontar adecuadamente la situación del cuidado. En

esta etapa pueden persistir los sentimientos de ira y enfado, sin embargo la persona que proporciona el cuidado se sentirá progresivamente con más control en sobre la situación y aceptara de mejor manera estos cambios en su vida. En este periodo la reorganización tendrá como resultado el desarrollo de un patrón de vida más normal.

- **Resolución:** a pesar de que en esta fase las responsabilidades continúan aumentando en número e intensidad, si la persona que cuida logra una buena adaptación, podrá estar más serena que en los primeros momentos de la enfermedad.

En esta etapas, el objetivo es aprender a cuidar mejor de sí mismos, buscar ayuda de otras personas, lograr un grado de independencia, dedicar más tiempo a actividades personales.

12.5 SOBRECARGA

El cuidado ha sido descrito como un suceso excesivamente estresante por las demandas que genera al cuidador (Zarit, 2002), lo que en consecuencia puede tener graves repercusiones en la salud y bienestar del mismo. Tal malestar y estrés en el cuidador ha sido definido con el término general de carga. Dicho término ha sido ampliamente utilizado para caracterizar las frecuentes tensiones y demandas sobre los cuidadores. Al respecto, Zarit, Reever y Bach-Peterson (1980) definen la carga del cuidado como “un estado resultante de la acción de cuidar a una persona dependiente o mayor, un estado que amenaza la salud física y mental del cuidador”. En un intento por definir la carga de forma más concreta y detallada, se han distinguido sus componentes objetivos y subjetivos, lo que ha dado lugar a los conceptos de carga subjetiva y carga objetiva (Braithwaite, 1992; Kinsella, Cooper, Picton y Murtagh, 1998; Villalba, 2002).

- **Sobrecarga objetiva:** Referida a los problemas prácticos asociados con el cuidado a largo plazo de un paciente que presenta niveles elevados de dependencia en muchas de las funciones básicas de la vida diaria, que deben ser suplidas o asistidas por el cuidador³⁰.

- **Sobrecarga subjetiva:** manifestación en el cuidador de signos y síntomas de alarma que hace referencia al impacto emocional y a sus consecuencias sobre su persona, traducidas como desmoralización, ansiedad, depresión.

Al verse inmerso en algún tipo de sobrecarga se pueden tener alguno de los siguientes problemas:

- **Problemas psicológicos:** la salud mental de los cuidadores se ve más afectada que la salud física. por ejemplo se han observado síntomas de ansiedad, depresión, hipocondría y otras ideas obsesivas, ideación paranoide, angustia e ideas suicidas²⁸.
- **Problemas psicósomáticos:** la gran mayoría de los cuidadores desarrolla problemas como cefaleas, sensación de falta de apetito, arritmias, temblor fino, falta de aire, vértigo, alergias sin motivo aparente, trastornos del sueño, presión emocional, restricciones sociales, así como demandas económicas que surgen al cuidar a la persona enferma (Dillehay y Sandys 1990).

El agotamiento físico y psíquico que produce en los cuidadores la dedicación plena a una persona dependiente se le conoce como *Síndrome del Cuidador* (Ruiz y Nava 2012).

- **Síndrome de Burnout o síndrome del cuidador quemado:** este síndrome fue descrito en EUA en 1974. Consiste en un periodo de desgaste emocional y físico que experimenta la persona que convive y cuida al enfermo crónico. Este síndrome suele padecerlo aquel cuidador que dedica casi todo su tiempo al paciente, actuando por lo regular de forma individual. En base a estas circunstancias se desarrollan actitudes y sentimientos negativos hacia las personas enfermas tales como: desmotivación, depresión-angustia, trastornos psicósomáticos, fatiga y agotamiento no ligado al esfuerzo, irritabilidad, despersonalización y deshumanización, comportamientos estereotipados con ineficiencia en resolver problemas reales y agobio permanente²⁸.

Además de padecer en sus inicios con síntomas como:

- Estrés, cansancio, insomnio, irritabilidad, frustración.
- Estado de ánimo más bajo, pesar.

- Consumo de antidepresivos o ansiolíticos.
- Disminución del número de actividades y relaciones externas a la familia.

El componente central de la carga está relacionado con la dedicación al desempeño del rol de cuidador (García y cols., 2004) e implica las repercusiones concretas en la vida de este. De forma específica, engloba indicadores tales como el tiempo de cuidado, tareas realizadas, impacto del cuidado en el ámbito laboral, limitaciones en la vida social y restricciones del tiempo libre (Yanguas, Leturia y Leturia, 2000). Es posible afirmar que la carga del cuidador comprende tantas dimensiones que, como ha señalado Zarit (2002), no puede ser resumida en un único concepto, sino que tiene que ser entendida dentro de un proceso multidimensional en el que puedan incluirse los aspectos relativos al cuidador (sexo, edad, escolaridad, estado civil, nivel socioeconómico, etc.), el receptor del cuidado (sexo, edad, tipo de discapacidad, grado de dependencia, etc.), las tareas y demandas relacionadas con el cuidado y el contexto social en donde este se lleva a cabo²⁹.

12.5.1 CONSECUENCIAS DE LA SOBRECARGA EN MADRES

El aumento de la sobrecarga, relacionado a variables sociodemográficas y de salud, es constatado en casi todos los artículos, a medida en que las condiciones adversas para lidiar con las fragilidades impuestas por la enfermedad crónica son determinantes para la sobrecarga y el empeoramiento de la calidad de vida (*Rhem RS, 2012*). La literatura indica que en casos de enfermedad crónica de los hijos está asociada al sufrimiento conyugal, que podrá afectar la adaptación a los cuidados del niño (Brown, 2010). En algunos registros, las madres aluden que sus conflictos con el cónyuge implican en factor de riesgo para la sobrecarga (*Pontes- Fernández AC, 2011*), lo que puede estar asociado a la gravedad y frecuencia de los episodios agudos de la enfermedad, calidad de la atención recibida y grado de conocimiento de las madres (*Bellim MH, 2013*), que por no comprender la enfermedad y no disponer de estrategias de enfrentamiento, tienen como resultado mayor incidencia de desarmonía conyugal (*Brown BJ, 2010*).

La calidad del sueño entre las madres, además del descanso y reposo, aparecen afectados en estudios similares (*J Pediatric Nurse, 2014*). Cuando varias patologías son comparadas, se observa que la calidad del sueño siempre está comprometida, principalmente en los

momentos de crisis (*Zerbeto AB, 2013*). Se percibe que, existe cierta variabilidad en la adaptación de las madres a las condiciones crónicas del hijo, puesto que la mayoría se siente vulnerable, necesitando de apoyo en varias instancias (*Miura RT, 2011*). La mejoría de la calidad clínica del hijo no significa, imperiosamente, mejoría en la calidad de vida de la madre. Por ejemplo, en casos de retraso del motor grande, después de 10 meses de rehabilitación y la mejoría significativa de la función motora gruesa de los niños, las madres presentaron mejoría significativa en el dominio dolor corporal, pero sin mejorar la calidad de vida afectada (*Prudente COM, 2010*). Los puntajes de calidad de vida de las cuidadoras tienden a variar de acuerdo con el tenor de las informaciones recibidas ⁴¹, aspectos específicos de cada enfermedad y recursos personales de las cuidadoras (*Flores-Torres IE, 2010*). En la percepción de la ausencia de autoeficacia materna, se establecen bajos niveles de calidad de vida y salud mental (*Guillamón N, 2013*).

Pocos estudios revelan débil o moderado perjuicio en la calidad de vida y sobrecarga de las madres (*Silva LVL, 2012*), que muestran que cuanto mayor es la variable tiempo de cuidado, mayor es la satisfacción en relación al bienestar psicológico, medio ambiente y relaciones sociales. No siempre, sin embargo, la sobrecarga es completamente declarada, denotando la necesidad de complementar los estudios, con herramientas objetivas de evaluación. En cuanto no son instauradas políticas públicas de atención específica a las cuidadoras, identificando los factores de riesgo para su salud, la calidad de vida de este grupo continuará siendo afectada²².

12.6 PACIENTES LACTANTES

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la Prematurez como cualquier recién nacido vivo antes de las 37 semanas de gestación o antes de los 260 días cumplidos³¹.

- Recién nacido prematuro

El recién nacido prematuro es aquel producto de la concepción de 28 semanas a 37 semanas de gestación, que equivale a un producto de 1000 gramos a menos de 2500 gramos (*Gómez, 2012*)³².

Los recién nacidos prematuros³² se clasifican en:

Clasificación	Semanas de gestación
Extremadamente prematuros	< 28 semanas de gestación
Muy prematuros	28-32 semanas de gestación
Moderadamente prematuros	32-37 semanas de gestación

Tabla 1. Clasificación de Recién nacidos

Se estima que cada año nacen unos 15 millones de niños prematuros³³. En México, se presentan anualmente 170 mil casos de nacimientos prematuros y esa cifra está aumentando.

- Recién a término

Aquellos nacidos con 37 semanas de gestación y < 42 semanas de gestación.

Clasificación	Duración
Recién nacido	0 a 28/30 días
Neonato inmediato	Primeras 24 horas
Lactante menor	De 1/12 a 12/12 meses
Lactante mayor	De 12/12 a 36/12
Preescolar	De 3 a 6 años

Tabla 2. Desarrollo de la edad pediátrica (Clasificación de la Escuela Anglosajona)³⁴

Se debe de tener en cuenta que el cuidado que la madre brinde a su hijo, muchas veces depende en gran medida de los antecedentes del embarazo y del nacimiento del niño, ya que un niño nacido prematuramente por lo regular requiere de muchos más cuidados y atenciones que un niño nacido a término.

12.7 DESARROLLO DEL LACTANTE

La vigilancia del crecimiento y desarrollo da claves importantes sobre la situación y ambiente del niño. La vigilancia del desarrollo es un proceso continuo sobre las capacidades del niño, lo que permite identificar precozmente cualquier problema neurológico, y ayudar a verificar si el ambiente del hogar es estimulante. La información puede recogerse de varias fuentes.

Los cuestionarios estandarizados del desarrollo son eficaces para la vigilancia de la mayoría de los niños especialmente cuando el tiempo para las visitas de supervisión de la salud es limitado. Una prueba de uso común es el DENVER II, que puede aplicarse como un gráfico de desarrollo, igual que una curva de crecimiento, para monitorizar el progreso del niño.

13.METODOLOGÍA

13.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Diseño: El método elegido es un estudio de diseño mixto, observacional, descriptivo, analítico. En el análisis cuantitativo, se trabaja con la escala de sobrecarga de Zarit la cual brinda puntajes de nivel de sobrecarga de la madre, además de mostrar la relación que tiene con la prueba de escrutinio de DENVER II para determinar el desarrollo del menor. En el análisis cualitativo, se explican las vivencias y situaciones que describen las madres en algunos de los ítems de la prueba de Zarit.

13.2 PERIODO DE ESTUDIO

Este estudio, ha tenido una duración de 7 meses, es decir, el periodo comprendido entre los meses de Enero a Julio de 2018.

13.3 ESCENARIO

El Centro Interdisciplinario de Educación Temprana Personalizada (CIETEP) es un servicio dirigido por profesionales del área de la salud ubicado en la Clínica Universitaria de Salud Integral (CUSI) de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala UNAM, donde se proporciona atención integral de calidad a pacientes pediátricos de 0 a 36 meses de edad para un control del desarrollo y crecimiento, mediante una atención profesional, humana , personalizada con conocimientos y destrezas adquiridas durante la formación académica y así como el fomento de la docencia e investigación³⁵.

13.4 POBLACIÓN DE ESTUDIO

La población del estudio se formó por madres primerizas y sus hijos que asisten al CIETEP las cuales debían cumplir con los siguientes criterios:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Madres primerizas que acudan al CIETEP
- Madres de lactantes hasta el primer mes de vida hasta los 24 meses de edad del menor.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Madres con más de un hijo.
- Otros cuidadores

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Madres que no quieran participar
- Lactantes con más de 24 meses de vida.

La muestra estuvo conformada por 30 madres primerizas y 30 lactantes pertenecientes al programa de CIETEP.

13.5 RECURSOS

Para lograr el propósito de la investigación se utilizaron los siguientes recursos materiales:

- Test de Zarit.
- Computadora con paquetería de Office
- Paquete de IBM SPSS statistics 24
- Cuaderno de anotaciones
- Pluma
- Expedientes de los niños que acuden al CIETEP
- Prueba de escrutinio de DENVER II.

13.6 VARIABLES RECOGIDAS EN EL ESTUDIO

- Referentes al cuidador
 - Estado civil
 - Edad
 - Ocupación actual
 - Ocupación antes de ser madre

- Tiempo destinado al cuidado
- Carga percibida. Escala de Zarit
- Sobre el menor
 - Clasificación de recién nacido
 - Edad actual a la aplicación de la escala de Zarit
 - Evaluación de prueba de escrutinio de DEVER II

14. INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

Para lograr los objetivos de la investigación se utilizaron dos instrumentos, los cuales son:

14.1 PRUEBA DE ESCRUTINIO DENVER II

El DENVER II es un filtro e evaluación o tamiz que se desarrolla por primera vez en 1967 para evaluar a niños y niñas saludables de 2 semanas de nacido hasta los 6 años. E un instrumento de gran valor para identificar posibles dificultades en niños que parecen asintomáticos; o para confirmar una intuición o sospecha de que algo no está bien con la cuantificación y objetividad; o para dar seguimiento a niños de alto riesgo para trastornos del desarrollo.

El nombre “Denver” refleja el hecho que fue creado en el Centro Médico de la Universidad de Colorado en Denver. Desde su diseño y publicación en 1967 ha sido utilizado en varios países del mundo lo que indujo a que la prueba fuera revisada, surgiendo la versión DDST-II, que es la que actualmente se utiliza.

El DENVER II no es un aprueba de inteligencia, ni puede predecir la habilidad intelectual o futura capacidad adaptativa de un niño. La prueba está diseñada para comparar el desempeño de un niño en una actividad específica acorde a su edad y con la de otros niños de la misma edad.

El propósito de la prueba es el tamizaje de niños de 1 mes a 6 años de edad para posibles problemas de desarrollo, confirmación de sospechas con una medición objetiva y monitoreo de niños con riesgos en el desarrollo.

Las desviaciones de desarrollo en niños pequeños pueden pasar desapercibidas porque es difícil y a veces imposible detectarlos a través de chequeos rutinarios.

La prueba está normada sobre una muestra de niños nacidos a término y sin ninguna inhabilidad de desarrollo obvia. La población de referencia fue diversa en términos de edad, domicilio, fondo étnico-cultural y de educación materna. Las normas indican cuando el 25%, el 50%, el 75%, y el 90% de niños pasan cada tarea. La evaluación del desarrollo se basa en el desempeño del niño y en reportes rendidos por los padres en cuatro áreas de funcionamiento, motor fino, motor grueso, personal social y habilidad de lenguaje. Se calcula la edad exacta del niño y se marca sobre la hoja de evaluación, se evalúan todas aquellas tareas que son intersecadas por la línea de edad. La calificación se determina dependiendo si la respuesta del niño cae dentro o fuera del rango normal esperado de éxitos de cada tarea para la edad. El número de tareas sobre los cuales el niño está por debajo del rango esperado, determina si se clasifica como normal, sospechoso o con retraso. Los niños clasificados como sospechosos debe monitorearse con más frecuencia y establecer una intervención (Ej. educación temprana), los que clasifican con retraso deben ser referidos para una evaluación adicional. También incluye una prueba de observación conductual que es llenada por el administrador de la prueba. Los profesionales como psicólogos y enfermeros son capacitados para administrar la prueba. La prueba toma 10 a 20 minutos, en promedio.

Ventajas de la prueba

- La prueba tiene una buena confiabilidad en la aplicación y re aplicación de la prueba (correlación superior a 0.90 cuando se aplica varias veces).
- Es una medida estandarizada que ha sido normada en una muestra diversa.
- Puede ser administrado rápidamente por profesionales y para-profesionales entrenados.
- Puede ser una herramienta de tamizaje útil cuando se utiliza con criterio clínico.
- El manual de entrenamiento establece como debe conjugarse el juicio clínico con el conocimiento del sistema de salud local, antes de referir a un niño sospechoso.

Desventajas de la prueba

- La prueba se ha criticado para carecer sensibilidad para tamizar niños quienes pueden tener problemas de desarrollo posterior o rendimiento escolar.

¿Qué materiales se requieren para su administración?

Una taza, una muñeca, una botella de vidrio (en el caso de CIETEP es de plástico), una maraca o sonajero, una pelota, bloques o cubos de 2.5cm cúbicos con los colores básicos azul, verde, amarillo, rojo (dos de cada uno), crayolas, pasitas o arándanos. El Kit material completo requiere de una hoja de papel en blanco y la hoja de prueba.



Ilustración 3. Material de la prueba DENVER II

Se evalúan 125 actividades con las siguientes cuatro áreas funcionales sectores o dominios del desarrollo:

1. **Personal – social:** Estas tareas identificará la capacidad del niño de ver y de utilizar sus manos para tomar objetos y para dibujar.
2. **El motor fino adaptativo:** Estas tareas identificará la capacidad del niño de ver y de utilizar sus manos para tomar objetos y para dibujar.
3. **El lenguaje:** Estas tareas indicará la capacidad del niño de oír, seguir órdenes y de hablar.
4. **El motor grueso:** Estas tareas indicará la capacidad del niño de sentarse, caminar y de saltar (movimientos corporales globales).

Administración de la prueba

La forma de administrar la prueba es la siguiente:

1. El examinador traza una línea (línea de edad) sobre la hoja de la prueba que una la edad del niño en ambas escalas.
2. Colocar en la parte superior de la línea trazada el nombre del examinador con la fecha de la evaluación.
3. Debe evaluar todas aquellas tareas que sean atravesadas por la línea de edad o bien que estén ligeramente atrás de ésta si antes no han sido evaluadas.
4. Procede a evaluar las tareas seleccionadas, dependiendo del resultado coloca cualquiera de las siguientes claves sobre la marca del 50% de la población de referencia:
 - a. P (pasó) si el niño realiza la tarea.
 - b. F (falló) si el niño no realiza una tarea que la hace el 90% de la población de referencia.
 - c. NO (nueva oportunidad) si el niño no realiza la prueba, pero aún tiene tiempo para desarrollarla (la línea de edad queda por detrás del 90% de la población de referencia).
 - d. R (rehusó), el niño por alguna situación no colaboró para la evaluación, automáticamente se convierte en una NO porque hay que evaluar en la siguiente visita.

Resultados

Una prueba se considera como:

- Normal: no hay retrasos y máximo 1 cuidado. Se recomienda seguimiento de rutina.
- Sospechoso/dudoso: presencia de dos o más cuidados y solo 1 retraso.

- Anormal/inaceptable: si hay una o más actividades que el niño rehusó y que están completamente a la izquierda de la línea de la edad o intercepta la línea entre el 75% y el 90% en más de una actividad o ítem.

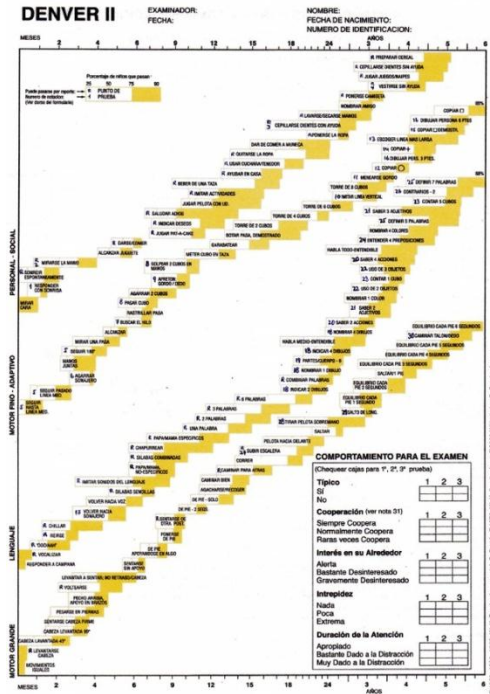


Ilustración 4. Prueba DENVER II

14.2 USO DE LA ESCALA DE ZARIT

14.2.1 TEST DE SOBRECARGA DE ZARIT PARA MEDIR SOBRECARGA

Dentro de los diversos formularios para detectar el nivel carga y sobrecarga se encuentra el Zarit Burden Inventory, conocido como cuestionario de Zarit, es un instrumento que cuantifica el grado de sobrecarga que padecen los cuidadores de las personas dependientes. Cabe resaltar que no es el único que se ha utilizado para cuantificar el grado de sobre carga, pero si el más utilizado debido a la facilidad de su aplicación (Vitaliano 1991)³⁶.

El termino carga se remonta a los años 60, cuando Grad y Sainsbury realizaron una investigación para conocer qué efectos tenía sobre la vida cotidiana de las familias el hecho de tener a un miembro con una enfermedad psiquiátrica. Para ello evaluaron la carga económica y emocional ocasionada por tener este tipo de enfermos (Grad 1963).

La carga interfiere en el manejo adecuado del enfermo y en la propia evolución de la enfermedad, provocando al mismo tiempo el deterioro de la calidad de vida del cuidador. (Espín 2008).

Dicho instrumento contaba con 29 ítems diseñados para evaluar la carga subjetiva asociada al cuidado de ancianos. Este tomaba en cuenta aspectos de salud física y psicológica, del área económica y laboral, relaciones sociales y la relación con la persona receptora de cuidados. En su revisión se redujo a un listado de 22 afirmaciones que describen como se sienten los cuidadores; para cada uno de ellos, el cuidador debe indicar la frecuencia con que se siente así, utilizando una escala 1 (nunca), 2 (rara vez), 3 (algunas veces), 4 (bastantes veces) y 5 (casi siempre). Las puntuaciones de cada ítem se suman, y a la puntuación final representa el grado de sobrecarga del cuidador. La puntuación global oscila entre 0 y 110 puntos (Zarit 1985).

14.2.2 TEST DE SOBRECARGA DE ZARIT VALIDACIÓN EN MÉXICO Y APLICACIÓN EN CUIDADORES INFORMALES NIÑOS

La *Escala de carga del cuidador de Zarit (Caregiver Burden interview, CBI)* adaptada al castellano por Montorio et al, en cuidadores de personas mayores dependientes, es un instrumento de auto-informe que evalúa la carga del cuidador primario a partir de identificar los sentimientos habituales que experimentan quienes cuidan a otra persona. La prueba está compuesta por 22 ítems tipo Likert con 5 niveles de respuesta: *1=nunca, 2=rara vez, 3=algunas veces, 4=bastantes veces y 5=siempre.*

El propósito fue obtener evidencia de validez de la escala de carga del cuidador de Zarit en cuidadores primarios informales de niños con alguna enfermedad crónica degenerativa, en un hospital de la ciudad de México³⁷. La muestra para dicho estudio constó de 252 participantes. Se utilizó la escala de carga del cuidador de Zarit (CBI), el cuestionario general de salud (GHQ-28) y el cuestionario de estrés percibido (PSS). El análisis factorial exploratoria y confirmatoria de la escala mostró que está conformada por tres factores que explican el 50% de la varianza. Tuvo un alfa de Cronbach de 0,84 y el modelo tuvo un buen ajuste con valores iguales o superiores a 0,90. La validez de criterio

entre el GHQ-28 y el CBI arrojó un valor $r=0,46$. La validez de constructo se confirmó correlacionando el PSS y la CBI obteniendo un valor $r=0,36$ ³⁷.

La muestra estuvo integrada por 252 participantes, 243 (96%) eran mujeres y 9 (4%) eran hombres. El procedimiento de selección fue no probabilístico por conveniencia; la determinación del tamaño de la muestra atendió al criterio de contar, por lo menos, con diez observaciones por cada ítem a ser analizado de acuerdo con los estándares psicométricos establecidos internacionalmente.

La escala de carga del cuidador de Zarit realizada por Montorio et al³⁸, fue revisada por 4 jueces, expertos en el tema (Psicólogos de la salud o Psicooncólogos), quienes revisaron la coherencia gramatical de la escala. Hubo consenso entre los jueces respecto a modificar las opciones de respuesta de nunca, rara vez, algunas veces, bastantes veces y siempre; a nunca, casi nunca, algunas veces, frecuentemente y siempre, para que fueran más claras y se adecuaran al español que se habla en México, tanto en sintaxis como en gramática.

Para valorar las propiedades psicométricas de la escala de carga del cuidador de Zarit, se realizó un análisis de discriminación de reactivos mediante la prueba *t* de Student, un análisis factorial exploratorio y un análisis factorial confirmatorio para determinar la estructura conceptual de la escala, y finalmente un análisis de las relaciones entre la escala de carga con la de salud y la de estrés percibido mediante el coeficiente de correlación de Pearson para obtener evidencias de su validez. Asimismo, se calculó el coeficiente alfa de Cronbach para determinar su confiabilidad.

Con el fin de identificar la capacidad discriminativa de cada uno de los reactivos se realizó una prueba *t* de Student para muestras independientes entre el grupo con las calificaciones más altas y el grupo con las calificaciones más bajas, tomando como criterio de clasificación los percentiles 75 y 25, respectivamente. Los 22 ítems mostraron un poder discriminativo pues todos los valores *t* fueron significativos al nivel de 0,01.

Posteriormente, se realizó un análisis factorial exploratorio utilizando el método de máxima verosimilitud con rotación ortogonal varimax. El índice Kaiser-Meyer- Olkin

mostró un valor de 0,86. El test de Esfericidad de Bartlett fue significativo Chi cuadrada=1040,27, $p=0,000$, indicativo de la presencia de correlaciones significativas y la pertinencia de llevar a cabo el análisis factorial. El criterio que se siguió para considerar un reactivo dentro de un factor fue que presentara una carga factorial igual o mayor a 0,40 y sin carga factorial similar en otro factor. Una vez considerados estos criterios se eliminaron siete ítems quedando la escala conformada por tres factores que explicaron el 50% de la varianza. La estructura factorial obtenida en este estudio implicó la eliminación de diez reactivos (1, 4, 7, 8, 14, 15, 16, 17, 18 y 22). La escala final quedó compuesta por 12 ítems que se agruparon en tres factores: impacto del cuidado, relación interpersonal y expectativa de autoeficacia.

El primer factor denominado *impacto del cuidado* quedó integrado por los ítems 2, 3, 10, 11 y 12. Hace referencia a aquellas cuestiones relacionadas con los efectos que la prestación de cuidados a un familiar tiene para el cuidador. El segundo factor llamado *relación interpersonal* quedó integrado por los ítems 5, 6, 9, 13 y 19. Hace referencia a aquellas emociones o sentimientos que aparecen en la relación que el cuidador mantiene con la persona a la que cuida: agobio, vergüenza, enfado, tensión e indecisión hacia su familiar y su cuidado. Y finalmente el tercer factor denominado *expectativas de autoeficacia* (este último término entendido de la clasificación de Bandura, 1987), quedó integrado por los reactivos 20 y 21. Reflejan las creencias del cuidador sobre su capacidad para cuidar a su familia.

Para medir la carga de la madre, se utilizó la escala de sobrecarga de Zarit, el cual es un instrumento validado tanto en la población mexicana como en cuidadores de pacientes pediátricos. La madre debía señalar la frecuencia con la que se siente identificado. Cada respuesta se clasifica como nunca=1, casi nunca =2, algunas veces = 3, frecuentemente =4 y siempre= 5. Lo anterior permitió conocer con qué frecuencia, la madre se sintió afectada por cada ítem. Además, se añadió un espacio para los posibles comentarios que pudiera decir la madre con respecto a cada ítem. Al finalizar, se realizó una sumatoria, se calificaba respecto a los parámetros establecidos y se definía el grado de sobrecarga en función de la

puntuación obtenida: de 0 a 30 no sobrecarga. De 31 a 44 sobrecarga moderada y mayor a 45 sobrecarga intensa.

15. RECOGIDA DE DATOS

De acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión, las madres que eran candidatas a la prueba eran captadas días antes de su cita mensual mediante la agenda del servicio con el fin de tener una lista de participantes. El día de la cita se brindaba el servicio comenzando con la valoración por parte del equipo de medicina. Posteriormente se evaluaba a lactante con la prueba DENVER II y al finalizar la prueba se le comentaba a la madre si tenía tiempo para realizar una encuesta. Cabe señalar que, al ingreso de cada paciente al servicio como nuevo usuario su padres o cuidadores firman un consentimiento informado donde aceptan el servicio así como la participación en encuestas con fin investigativo por lo cual no se les dio a firmar un consentimiento específico para la investigación. Al realizar la prueba de Zarit, se realizaron anotaciones en un espacio destinado para ello, donde se recababan las experiencias dadas por las madres de acuerdo a cada ítem.

La base de datos, se adecuo en 4 hojas de Excel. La primera contiene la información social que madre brindo al inicio del test de Zarit, la segunda contenía las respuestas del test de Zarit aplicado a la madre y su puntuación final, así como el resultado del DENVER II del lactante. En la hoja tres, se concentraron las vivencias de las madres de acuerdo a las tres categorías dadas en la validación en México. Y en la hoja final se concentraron las tablas de contenido y graficas finales.

Instrumento de valoración

Número de expediente:

Instrucciones: Seleccione la respuesta correcta

Semanas de gestación:

- Prematuro
- Término

1. Estado civil del cuidador

- a) Madre soltera(o)
- b) Casado
- c) Unión libre
- d) Divorciado

2. Edad

- a) 20 a 30 años
- b) 30 a 40 años
- c) 40 a 50 años
- d) 60 o más

3. Ocupación

- a) Hogar
- b) Profesionalista
- c) Empleado

4. Ocupación antes de ser madre

- a) hogar
- b) profesionalista
- c) empleado

5. Tiempo destinado al cuidado

- a) Tiempo completo
- b) Medio tiempo
- c) Solo unas horas

Test de Zarit

	1	2	3	4	5	Comentarios
1.- ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su hijo no tiene suficiente tiempo para usted?						
2.- ¿Se siente agobiada por intentar compatibilizar el cuidado de su hijo con otras responsabilidades (trabajo, familia)?						
3.- ¿Piensa que su salud ha empeorado?						
4.- ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a que tiene que cuidar de su hijo?						
5.- ¿Piensa que vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su hijo?						
6.- ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su hijo?						
7.- ¿Piensa que el cuidar de su hijo afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?						
8.- ¿Se siente tenso cuando está cerca de su hijo?						
9.- ¿Se siente incómoda por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su hijo?						
10.- ¿Se siente indeciso sobre los cuidados de su hijo? (alimentación, sueños crianza) ¿Cuáles?						
11.- ¿Piensa que podría hacer más por su hijo?						
12.- ¿Piensa que usted podría cuidar mejor a su hijo?						

Puntuaciones:

1= nunca 2= rara vez 3= algunas veces 4= bastantes veces 5= casi siempre

Interpretación:

> < 30: no sobrecarga 31 a 44: sobrecarga leve > 45: sobrecarga intensa

Ilustración 5. Entrevista sociodemográfica y test de Zarit

16. RESULTADOS

Con una población total de 30 madres primerizas y sus hijos se obtuvieron los resultados mostrados en la siguiente tabla a manera de resumen:

# M	EDAD DEL MENOR	RECIEN NACIDO	ESTADO CIVIL	EDAD DE LA MADRE	OCUPACIÓN ANTES DE SER MADRE	OCUPACIÓN ACTUAL	TIEMPO DESTINADO AL CUIDADO
1	9	Termino	U. Libre	20-30	Empleada	Hogar	Completo
2	17	Prematuro	M.Soltera	20-30	Hogar	Hogar	Completo
3	17	Termino	U. Libre	30-40	Hogar	Hogar	Completo
4	8	Termino	M.Soltera	20-30	Empleada	Empleada	Completo
5	10	Prematuro	Casada	20-30	Empleada	Hogar	Completo
6	12	Termino	U. Libre	30-40	Empleada	Empleada	Medio Tiempo
7	12	Termino	U.Libre	30-40	Profesionista	Profesionista	Medio Tiempo
8	12	Termino	Casada	20-30	Estudiante	Hogar	Completo
9	9	Termino	Casada	30-40	Empleada	Empleada	Medio Tiempo
10	3	Prematuro	U.Libre	20-30	Estudiante	Empleada	Completo
11	9	Termino	Casada	20-30	Empleada	Hogar	Completo
12	13	Termino	U.Libre	20-30	Estudiante	Estudiante	Medio Tiempo
13	13	Prematuro	Casada	30-40	Profesionista	Hogar	Completo
14	3	Prematuro	U.Libre	20-30	Empleada	Empleada	Completo
15	6	Termino	M.Soltera	20-30	Empleada	Hogar	Completo
16	9	Termino	U.Libre	20-30	Estudiante	Hogar	Completo
17	15	Prematuro	U.Libre	30-40	Profesionista	Profesionista	Pocas Horas
18	18	Termino	Casada	30-40	Empleada	Hogar	Completo
19	5	Termino	U.Libre	20-30	Estudiante	Estudiante	Completo
20	10	Termino	Casada	20-30	Profesionista	Profesionista	Medio Tiempo
21	3	Termino	U.Libre	20-30	Estudiante	Estudiante	Completo
22	21	Termino	Casada	20-30	Estudiante	Estudiante	Medio Tiempo
23	11	Termino	Casada	30-40	Hogar	Empleada	Completo
24	11	Termino	Casada	20-30	Hogar	Empleada	Completo

25	1	Termino	Casada	30-40	Profesionista	Profesionista	Medio Tiempo
26	21	Termino	Casada	30-40	Hogar	Empleada	Completo
27	12	Termino	Casada	30-40	Hogar	Empleada	Completo
28	11	Termino	U.Libre	20-30	Empleada	Hogar	Completo
29	15	Prematuro	M.Soltera	20-30	Hogar	Hogar	Completo
30	1	Prematuro	U.Libre	30-40	Profesionista	Profesionista	Completo

Tabla 3. Resumen de los datos obtenidos

- Datos de los lactantes

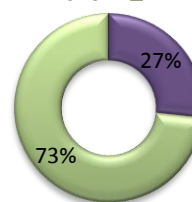
En relación a los datos sociodemográficos de los lactantes (columna 1 y 2, tabla 3) se encontró que, en lo que corresponde a su clasificación de recién nacido 22 niños fueron recién nacidos a término y el 8 fueron prematuros (tabla 4), lo cual concuerda con datos brindados con el Instituto Nacional de Perinatología, el cual reporta una incidencia de Prematurez del 19.7% de la población⁴⁴ una cantidad menor en contraste con los nacimientos a término y con los datos brindados por la OMS³¹.

CLASIFICACIÓN DEL RECIÉN NACIDO	
Clasificación	Casos
Rn prematuro	8
Rn termino	22

Tabla 4. Clasificación de recién nacidos

CLASIFICACIÓN DE RECIÉN NACIDO

■ RN PREMATURO ■ RN TERMINO



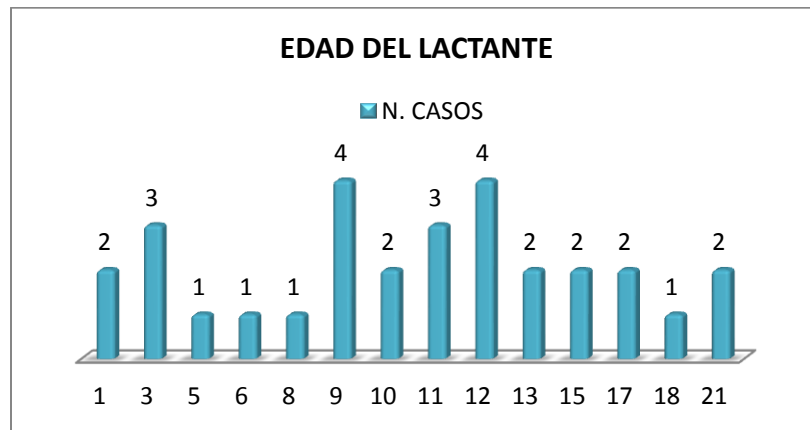
Gráfica 1. Clasificación de RN en porcentaje

Dentro de la clasificación de la escuela anglosajona, se encontraron 17 lactantes menores y 13 lactantes mayores (tabla 5) y el promedio de la edad de los lactantes fue de 10.56 meses de vida tomando en cuenta en el caso de los lactantes prematuros la edad corregida que les corresponde a su prematurez.

EDAD DEL LACTANTE	
MESES	N. CASOS
1	2
3	3
5	1
6	1
8	1
9	4
10	2
11	3
12	4
13	2
15	2
17	2
18	1
21	2

Lactantes menores (1, 3, 5, 6, 8, 9, 10, 11)
 Lactantes mayores (12, 13, 15, 17, 18, 21)

Tabla 5. Edad y clasificación de los lactantes



Gráfica 2. Edad de los lactantes

- Datos de las madres entrevistadas
 - Edad

En los datos que corresponden a las madres, 18 de ellas se encuentran entre los 20 y treinta años y un 12 de ellas tiene entre 30 y 40 años de edad. (Tabla 6 y grafica 3)

EDAD DE LA MADRE	
Rango	N. De casos
20-30	18
30-40	12
40-50	0
60 0 mas	0

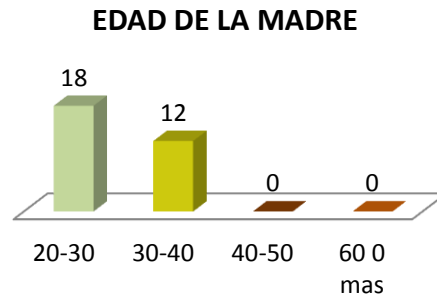


Tabla 6. Edad de las madres entrevistadas

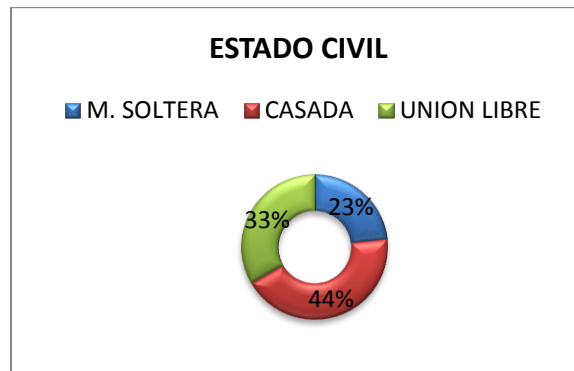
Gráfica 3. Edad de la madre

- Estado civil

En cuanto a su estado civil podemos encontrar que tenemos 7 madres solteras, 13 madres casadas y 10 madres que viven en unión libre. (Tabla 7 y Grafica 4)

ESTADO CIVIL	
M.Soltera	7
Casada	13
U. Libre	10

Tabla 7. Estado civil de las madres entrevistadas



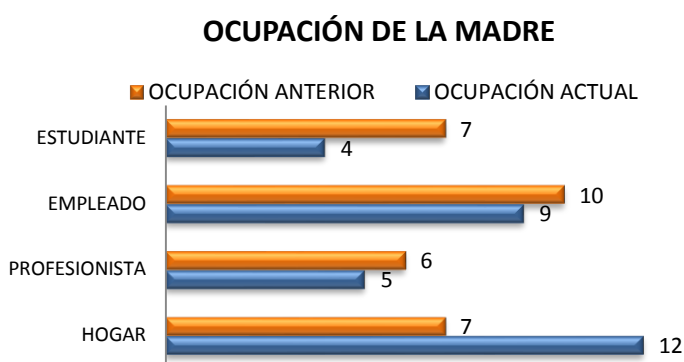
Gráfica 4. Estado civil de las madres

- Ocupación de la madre

Este rubro se separó en dos en dos subcategorías, en la primera se describe la ocupación de la mujer antes de ser madre y en la segunda la ocupación después de ser madre (ocupación actual). (Tabla 8)

OCUPACION					
#M	ANTERIOR	ACTUAL	#M	ANTERIOR	ACTUAL
1	Empleada	Hogar	16	Estudiante	Hogar
2	Hogar	Hogar	17	Profesionista	Profesionista
3	Hogar	Hogar	18	Empleada	Hogar
4	Empleada	Empleada	19	Estudiante	Estudiante
5	Empleada	Hogar	20	Profesionista	Profesionista
6	Empleada	Empleada	21	Estudiante	Estudiante
7	Profesionista	Profesionista	22	Estudiante	Estudiante
8	Estudiante	Hogar	23	Hogar	Empleada
9	Empleada	Empleada	24	Hogar	Empleada
10	Estudiante	Empleada	25	Profesionista	Profesionista
11	Empleada	Hogar	26	Hogar	Empleada
12	Estudiante	Estudiante	27	Hogar	Empleada
13	Profesionista	Hogar	28	Empleada	Hogar
14	Empleada	Empleada	29	Hogar	Hogar
15	Empleada	Hogar	30	Profesionista	Profesionista

Tabla 8. Ocupación de las madres



Gráfica 5. Ocupación de las madres (anterior y actual)

En la tabla 9 se describe la ocupación anterior y actual de las participantes. Se puede observar en la segunda columna las ocupaciones que tenían antes de convertirse en

madre y en la tercera columna la ocupación que tienen en la actualidad. En la cuarta columna se reportan los casos de nuevas ocupaciones (NO) y los casos donde las madres mantuvieron su ocupación (MO). En el caso de las nuevas ocupaciones adoptadas por las madres se puede observar un mayor incremento en aquellas que se dedican al hogar con 9 casos nuevos. En las madres profesionistas solo una de ellas cambio su ocupación y ahora se dedica al hogar la cual expresa lo siguiente acerca de su cambio de rol: *"Extraño mi trabajo pero no quiero perderme esta etapa, ya que no puedo tener más hijos"* M13. En cuanto a las madres empleadas sin estudios profesionales se encontraron en un inicio 10 casos y al final 9 de los cuales 4 casos son mujeres que se dedicaban al hogar y salieron en busca de un trabajo ya que como lo refiere una de las madres la responsabilidad económica crece *"me sentía agobiada sobre todo en la responsabilidad económica, ahora se me hace más caro todo y todo es para la bebé"* M23; y solo un caso corresponde a una madre que se dedicaba a los estudios pero por ahora trabaja, sin embargo refiere *"deje un año la escuela, regreso en agosto"* M 10. Y finalmente de 7 madres que se dedicaban a sus estudios, en la actualidad 2 de ellas se dedican al hogar y 1 es empleada.

OCUPACIÓN	ANTERIOR	ACTUAL	CAMBIOS
Hogar	7	12	NO 9/ MO 3
Profesionista	6	5	NO 0/ MO 5
Empleado	10	9	NO 5/ MO 4
Estudiante	7	4	NO 0/ MO 4

Tabla 9. Ocupaciones de las madres y sus cambios

- Tiempo de cuidado

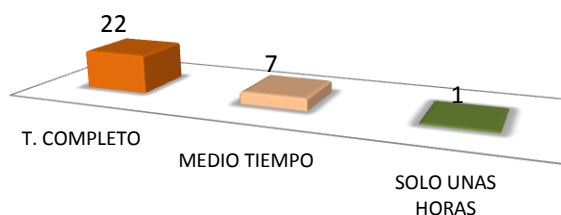
Tomando en cuenta la ocupación de las madres, se puede observar en la tabla 10, que en el caso de las 12 madres que se dedican al hogar las 12 refieren estar de tiempo completo con sus hijos; las madres que ejercen su profesión 3 refieren estar solo medio tiempo con sus hijos, 1 medio tiempo y solo una profesionista mamá de un lactante prematuro que vive en unión libre refiere poder cuidar a su hijo solo unas horas y lo siguiente *"quisiera tener más tiempo para él y no trabajar, sin embargo la cuestión económica y laboral no lo permite"*. Por parte de las madres que son estudiantes 2 de ellas cuidan a su bebe de tiempo completo ya que estudian en fines de semana o sus horarios son de unas horas en

la escuela y otros 2 casos son de madres que estudian por la tarde y por ello solo cuidan de su hijo medio tiempo apoyadas por sus madres o suegras. Y finalmente en las mujeres con empleos no profesionales 7 de ellas refieren estar de tiempo completo con sus hijos y solo 2 medio tiempo. En ellas cabe resaltar que son mujeres casadas y que en su mayoría sus empleos son informales es decir, cuentan con negocios propios o trabajan en el comercio y por ello pueden atender a sus hijos mayor tiempo. (Tabla 10)

OCUPACION/ TIEMPO DE CUIDADO	TIEMPO COMPLETO	MEDIO TIEMPO	SOLO UNAS HORAS	TOTAL
Hogar	12	0	0	12
Profesionista	1	3	1	5
Empleado	7	2	0	9
Estudiante	2	2	0	4
Total	22	7	1	30

Tabla 10. Relación entre la ocupación de las madres y el tiempo destinado al cuidado del lactante

TIEMPO QUE LAS MADRES DESTINAN AL CUIDADO DE SUS HIJOS



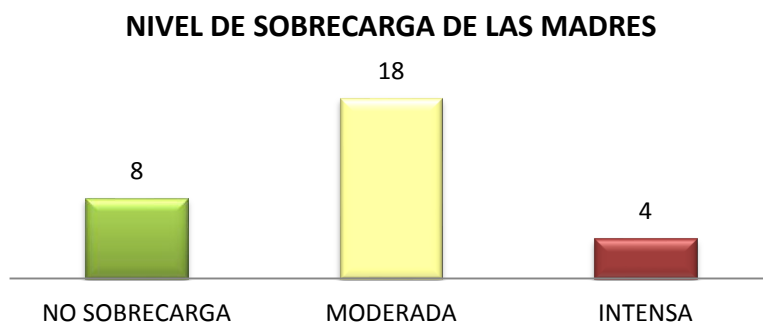
Gráfica 6. Tiempo destinado al cuidado

- Nivel de sobrecarga de acuerdo al Test de Zarit

Teniendo en cuenta el tiempo de cuidado que brindan las madres, y de acuerdo a lo que menciona la bibliografía, la sobrecarga es directamente proporcional al tiempo de exposición del cuidador al agente de cuidado, por lo cual, en primera instancia se puede apreciar en la gráfica 7 los resultados obtenidos de las 30 madres a las que se le aplicó el Test de sobrecarga de Zarit, de las cuales 8 no presentan sobrecarga, 18 presentan sobrecarga moderada y 4 sobrecarga intensa.

NIVEL DE SOBRECARGA	
NIVEL	CASOS
No sobrecarga	8
Moderada	18
Intensa	4

Tabla 11. Casos por cada nivel de sobrecarga



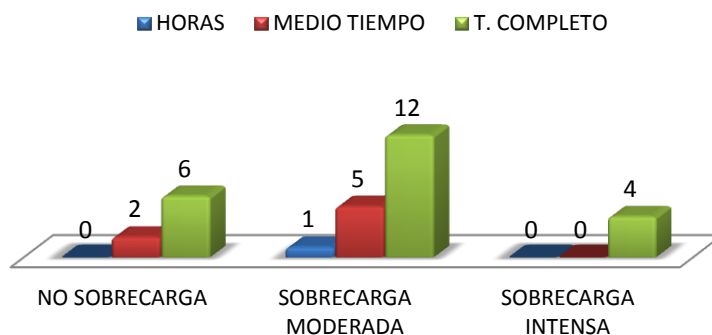
Gráfica 7. Resultados del nivel de sobrecarga de acuerdo al Test de Zarit

Ahora bien, relacionando la sobrecarga con el tiempo de cuidado se observa en la tabla 4 que, en el caso de la madre que solo brinda unas horas al cuidado de su hijo presenta nivel de sobrecarga moderada; de las 7 madres que refieren estar con sus hijos medio tiempo existen 2 casos de no sobrecarga, 5 casos de sobrecarga moderada y ningún caso de sobrecarga intensa; y finalmente en las madres 22 madres que están con sus hijos de tiempo completo y que son en su mayoría son amas de casa y esposas existen 6 casos de no sobrecarga, 12 casos de sobrecarga moderada y los 4 únicos casos de sobrecarga intensa.

TIEMPO DE CUIDADO	NO SOBRECARGA	SOBRECARGA MODERADA	SOBRECARGA INTENSA
HORAS	0	1	0
MEDIO TIEMPO	2	5	0
T. COMPLETO	6	12	4

Tabla 12. Relación del tiempo de cuidado con el nivel de sobrecarga

TIEMPO DE CUIDADO Y SOBRECARGA



Gráfica 8. Casos de sobrecarga por tiempo de cuidado

Como se puede observar las madres que están de tiempo completo con sus hijos obtuvieron puntajes altos de sobrecarga la cual podría tener una repercusión en el desarrollo óptimo de su hijo. Para ello la evaluación con la prueba de escrutinio de DENVER II se ocupó como parámetro para la hipótesis de esta investigación, obteniendo los siguientes resultados.

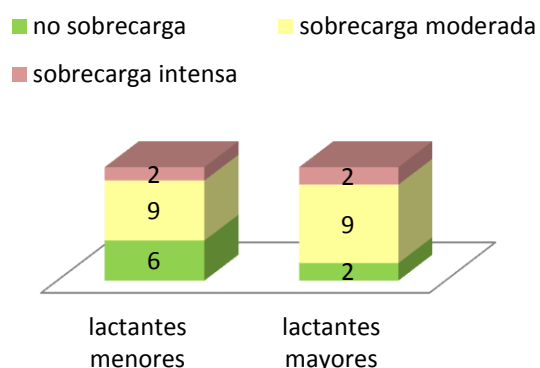
- Prueba DENVER II

Además relacionando la edad del menor con la sobrecarga de la madre (gráfica 9), se puede apreciar que de 17 lactantes menores 6 de ellas no presentan sobrecarga, 9 presentan sobrecarga moderada y 2 sobrecarga intensa; mientras que, de los 13 lactantes mayores 2 madres no presentan sobrecarga, 9 sobrecarga moderada y 2 sobrecarga intensa.

RELACION EDAD DEL LACTANTE Y SOBRECARGA DE LA MADRE		
NIVEL DE SOBRECARGA	LACTANTES MENORES	LACTANTES MAYORES
No sobrecarga	6	2
Sobrecarga moderada	9	9
Sobrecarga intensa	2	2

Tabla 13. Relación edad del lactante y nivel de sobrecarga de la madre

Relación de la edad del lactante y la sobrecarga de la madre



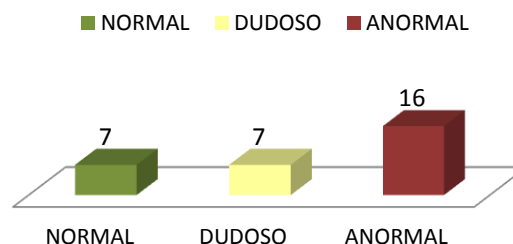
Gráfica 9. Relación edad de lactante y sobrecarga de la madre

De los 30 lactantes evaluados mediante la prueba de DENVER II se encontró que en su evaluación 7 obtuvieron resultados normales, 7 dudosos y 16 anormal. Cabe resaltar que durante sus evaluaciones tuvieron un comportamiento típico de acorde a su edad, no se mostraron irritables, y no tienen ninguna alteración neurológica que pueda comprometer su desarrollo.

RESULTADOS DEL DENVER II	
RESULTADOS	CASOS
Normal	7
Dudoso	7
Anormal	16

Tabla 14. Resultados del DENVER II

RESULTADOS DEL DENVER II



Gráfica 10. Resultados de la prueba DENVER II

Para relacionar la sobrecarga de las madres con el desarrollo de los lactantes se crearon las siguientes abreviaturas para sintetizar la información (Tabla 15).

NS	No sobrecarga	N	Denver Normal
M	Sobrecarga moderada	D	Denver Dudoso
I	Sobrecarga intensa	A	Denver Anormal

Tabla 15. Abreviaturas para la relación Zarit-Denver II

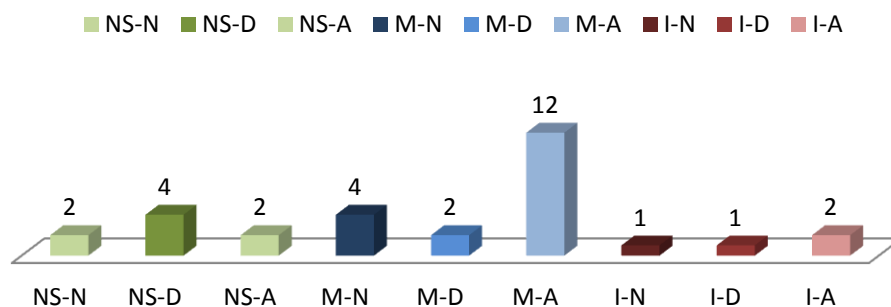
Finalmente la relación de la sobrecarga de las madres con los datos del test de Zarit y los datos del desarrollo del lactante con la prueba DENVER II brindaron los siguientes

resultados: En las 8 madres sin sobrecarga 2 resultados de DENVER II son normales , 4 dudosos y 2 anormales; en las 18 madres con sobrecarga moderada hay 4 datos de DENVER II normales, 2 dudosos, y 12 anormales; y en las 4 madres con sobrecarga intensa hay 1 dato de DENVER II normales, 1 con DENVER II dudoso y 2 con DENVER II anormal (Gráfica 5).

RELACION ZARIT-DENVERII	
RELACIÓN	CASOS
NS-N	2
NS-D	4
NS-A	2
M-N	4
M-D	2
M-A	12
I-N	1
I-D	1
I-A	2

Tabla 16. Relación Zarit- DENVER II

RELACION PRUEBA ZARIT- PRUEBA DENVER



Gráfica 11. Relación Zarit-DENVER II

17. ANÁLISIS CUALITATIVO

El análisis cualitativo de esta investigación se realizó conforme a tres categorías establecidas en la validación del test de Zarit en México recabando los siguientes segmentos de las experiencias de cada madre entrevistada.

Categoría 1. Impacto del cuidado.

La primer categoría hace referencia a aquellas cuestiones relacionadas con los efectos que la prestación de cuidados a un familiar tiene para el cuidador. Esta categoría habla de cómo se siente la madre en cuestión de su tiempo en la cual una de madres contesto *"no me se organizar en mis tiempos"*. La adopción del rol materno implica la adaptación al entorno y las nuevas responsabilidades que esto implica, por lo cual es importante contar con redes de apoyo como familiares, la pareja y profesionales de la salud que ayuden a que este rol sea planificado. También pretende saber cómo es el estado de ánimo para compatibilizar las actividades de la vida diaria como lo es el trabajo, la familia, la vida social, las relaciones sexuales y el hogar a lo cual algunas madres afirmaron lo siguiente *"mi esposo y yo éramos muy fiesteros porque vivíamos solos, ahora ya no vamos a fiestas y si vamos procuramos que sea un lugar donde llevemos a la niña"*, *"antes iba y venía y ahora no conozco gente aquí donde vivo"*, *"Tu vida cambia, ya no puedes hacer lo mismo"*, *"tengo un negocio y se me dificulta cuidar y sacar mi puesto"*.

Uno de los temas que menos tocaron las madres fue su sexualidad, donde las afirmaciones de algunas dejan ver la problemática que llega a su vida cuando no hay interés, no hay tiempo o bien la pareja no se interesa, lo anterior se ve reflejado en lo siguiente *"no tengo intimidad desde que me embarace"*, *"(RISAS) disminuyó mucho"*, *"prefiero dormir a hacer otras cosas"*, *"no veo interés de parte de mi esposo y tampoco tengo muchas ganas"*.

Otro tema importante en esta categoría es como la sobrecarga ha afectado la salud de las madres desde el inicio de su embarazo o bien en el proceso de la maternidad *"pase 3 meses de post operatorio porque se me infecto la herida"*, *"tuve depresión post parto"* *"del estrés siento mareos en las mañanas"*, *"después de la cesárea me dolía mucho la espalda"*, *"tuve Preclampsia, quede hipertensa y tomo losartan"*.

En este rubro la intervención de enfermería es de suma importancia, por ejemplo en el caso de la madre con Preclampsia y depresión post parto la educación materna y la integración a las citas perinatales de calidad podrían evitar complicaciones de esta magnitud. Además, podemos identificar signos de sobrecarga como lo son el estrés, mareo los cuales nos indican que algo no está bien con ella y bajo esos signos de alarma se puede intervenir de manera oportuna.

Categoría 2. Relación interpersonal

Hace referencia a aquellas emociones o sentimientos que aparecen en la relación que el cuidador mantiene con la persona a la que cuida: agobio, vergüenza, enfado, tensión, incomodidad e indecisión hacia su familiar y su cuidado.

En esta categoría se incrementaron el número de “quejas” por el exceso de información que existe en la actualidad, las madres argumentan que no saben a quién hacerle caso ya que todos opinan, todo mundo le dice que hacer y muchas compiten con sus propios conocimientos por la presión que hay de la familia en la mayoría de las veces y lo vemos reflejado en afirmaciones siguientes: *"como soy mamá nueva, todo mundo me da recomendaciones o regaños "*, *"... me dicen cómo hacer las cosas y no sabía qué hacer, me estresaban"*, *"... al inicio mis suegros querían que a fuerza le diera pecho, y yo no podía no me bajaba"*, *"cuando lloraba todos querían ayudar, yo también quería hacerlo"*, *"... mis papás, ellos tiene otra opinión (superstición) "*. Es aquí donde el profesional de enfermería debe tener la capacidad de manejar la información brindada por la familia y la información correcta para evitar el estrés que la madre tiene al no saber qué hacer.

La mayoría de las madres contestaron que pocas veces se ha llegado a sentir enfadada o tensa al estar con su hijo, sin embargo mencionaron situaciones de estrés cotidiano: *"... sobre todo en la noches, no puedo dormir a pesar del cansancio"*, *"Cuando llora y no sé qué es"*.

Y en esta categoría se tocan los principales miedos de las madres, sus principales dudas, lo que siempre se preguntan y nadie les contesta y lo expresaron de la siguiente manera:

"actualmente me preocupa su peso bajo no sé qué hacer", "en la alimentación le doy formula y no sé si es buena", "batallo mucho en la alimentación por estreñimiento", "en cuestiones de sueño", "en la lactancia no podía dar leche y sentía presión", "en la alimentación, desarrollo", "... no sabía porque no me salía mucha leche".

Con ello se puede apreciar que las principales dudas de las madres del CIETEP giran en relación de a la alimentación de sus hijos, cuestiones de sueño y lactancia materna puntos clave para brindar una intervención oportuna y eficaz por parte del personal de enfermería.

Categoría 3.

Esta categoría refleja las creencias del cuidador sobre su capacidad para cuidar a su familiar. Dentro de la pregunta que corresponde a si cree que ella podría hacer más por su hijo algunas mamás contestaron que si pero que también necesitan la ayuda de su pareja *"su papá podría hacer más por cuidarla"* lo que da a entender que seguimos en la ideología de que los hombres pocas veces se inmiscuyen en la crianza de los hijos y esto incrementa los sentimientos irritabilidad con la pareja. También expresaron la necesidad de información, de tiempo, y de seguridad: *"me da miedo salir por la inseguridad", "Tener más tiempo para él". "quiero ayudar más en sus las terapias", "solo necesito más información".*

Con lo anterior se parecía que las madres requieren de la participación de su pareja lo cual ayudaría a fortalecer el trinomio madre-hijo-padre dejando atrás tabúes de que la crianza de los hijos solo es responsabilidad de la madre; además se puede apreciar que ellas a pesar de dar su mayor esfuerzo tienen la disposición de ayudar más en su desarrollo, y sobre todo ellas podrían hacer más siempre y cuando tuvieran mayor información fidedigna que las ayudara a adoptar este rol de manera adecuada y respondiera sus dudas más frecuentes.

18.DISCUSIÓN

La sobrecarga, se ve relacionada a variables sociodemográficas como el estado civil, la ocupación de la madre y el tiempo de cuidado y es constatado por los resultados obtenidos; en la cuestión actual de la mujer moderna.

De acuerdo a lo mencionado por Ramona Mercer en su teoría *Adopción del rol maternal* el profesional de enfermería debe ser capaz de tomar en cuenta su entorno familiar, la escuela, el trabajo y su comunidad para la adopción de este rol²².

Para ello y de acuerdo a los círculos concéntricos de Bronfenbrenner²¹ en la adopción de este rol interviene como entorno inmediato el microsistema que incluye la familia, las relaciones del matrimonio, el apoyo social y el estrés. De acuerdo a la muestra de las 30 madres primerizas destaca el estado civil de estas donde en su mayoría son casadas y son madres que viven en unión libre; lo cual corresponde a lo descrito por el INEGI donde menciona el 52.7% de las madres mexicanas son casadas y el 19.5% viven en unión libre¹⁶. A pesar de esto las madres refieren sentirse solas en lo corresponde a el cuidado y requieren que sus parejas colaboren en el quehacer diario con sus hijos, lo anterior comparte 2 categorías importantes de la prueba de Zarit validada en México³⁸ que son el impacto con el cuidado y expectativas de autoeficacia donde las madres refieren *"su papá podría hacer más por cuidarla (M3C3P11)"* y *"me agobia Mi marido, no me ayuda (M13C2P2)"*. Además esta situación repercute en la relación del matrimonio incluyendo su vida sexual en lo cual afirman *"no tengo intimidad desde que me embarace (M3C1P4)", "(RISAS) disminuyó mucho (M12C1P4)", "no tuve como medio año, no tenía ganas y prefería dormir (M18C1P4)", "no veo interés de parte de mi esposo y tampoco tengo muchas ganas (M22C1P4)"* y *"no hay no existe (risas) prefiero dormir a hacer otras cosas (M25C1P4)"*. En cuestión al apoyo social, las madres entrevistadas refieren sentirse ayudadas por sus familias sin embargo mucha de esta ayuda viene en compañía de regaños y generan estrés en ellas. Esto se ve reflejado en la categoría de relación interpersonal con afirmaciones como *"cuando lloraba todos querían ayudar, yo también quería hacerlo (M19C2P7)", "Si, me dicen cómo hacer las cosas y no sabía qué hacer, me estresaban (M10C2P7)"* y *"como soy mamá nueva, todo mundo me da recomendaciones o*

regaños (M1C2P7) ". Y finalmente dentro del microsistema se encuentra el estrés vivido por la madre que de acuerdo a lo mencionado con López CRM en 2013³⁰ define al estrés como síntoma inicial del síndrome de Burnout en cuidadores principales a esto una de las madres hace mención de que en las noches es cuando más llega a sentir este estrés con su hijo *"si, sobre todo en la noches, no puedo dormir a pesar del cansancio(M1C2P6)"* en lo cual también interviene el nivel de cansancio de la madre el cual influye en este estrés⁷, Mercer señala al estrés como un sucesos de la vida que son percibidos de modo positivo o negativo y la percepción de las madres es de forma negativa. El apoyo social no solo es por parte de la familia y amigos, bajo este ámbito también interviene el personal de salud que como menciona Díaz Saez⁴¹ las madres requieren información de los profesionales ante esta nueva experiencia y así evitar los sentimientos de angustia y miedo.

Por su parte, en el mesosistema que agrupa el cuidado, la escuela y el lugar de trabajo algunas de las madres consideraron cambiar de rol en cuanto a su ocupación por lo cual 14 madres optaron por modificar su ocupación encontrando 9 casos nuevos de madres que se dedican al hogar en su mayoría casadas y 5 madres que salieron en busca de un empleo por la situación económica que están viviendo lo cual se ve reflejado en afirmaciones como *"me siento más agobiada sobre todo en la responsabilidad económica, ahora se me hace más caro todo y todo es para la bebé (M3C2P2)"*, *"tengo un negocio y se me dificulta cuidar y sacar mi puesto (M5C2P2)"* y *"deje un año la escuela, regreso en Agosto (M19C2P2)"*. En relación al cuidado 22 madres se dedican a sus hijos de tiempo completo, 7 medio tiempo y 1 dedica a su hijo unas horas a esto algunas mamás refieren querer ser madres de tiempo completo o no trabajar *"tener más tiempo para él y no trabajar, sin embargo la cuestión familiar y laboral no lo permite (M17C3P12) "*, *"quisiera ser mamá de tiempo completo y no trabajar (M16C312)"*, como lo menciona García²³ la carga está relacionada a la dedicación del desempeño del rol de cuidador y por ello la relación del tiempo de cuidado con el nivel de sobrecarga que las madres presentan, los resultados describen que de las 22 madres de tiempo completo 12 presentan sobrecarga moderada y 4 intensa; y de las madres de medio tiempo 5 tienen sobrecarga moderada.

Por lo tanto 18 madres presentaron sobrecarga moderada y de estas 12 de sus hijos presentaron un desarrollo anormal de acuerdo a la prueba DENVER II.

Y finalmente el microsistema el cual tiene influencias sociales, políticas y culturales. Además de las leyes nacionales respecto a las mujeres y los niños. En este último círculo concéntrico se puede encontrar el PAE El Programa de Acción Específico (PAE) de Salud Materna y Perinatal del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR)⁴² que es el programa actual encargado de la salud materna y perinatal en México, sin embargo no hay evidencia de algún organismo gubernamental encargado de la salud materna posterior a esta etapa. A pesar de ello y de la sociedad con alto índice de desigualdad social en la que estamos involucradas las mujeres mexicanas organismos como el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva se encarga de acciones que promuevan la equidad y la información igualitaria a las mujeres y sus hijos. De forma particular existen asesores de lactancia, agencias de niñeras, matronas, couches de sueño que facilitan y despejan las dudas de las madres.

De acuerdo a las necesidades identificadas en el trinomio madre-hijo-padre⁴³ y su familia se resalta la poca información sobre temas como cambios del puerperio y complicaciones del mismo, adoptándose la teoría del rol maternal propuesta por Mercer. Así mismo se deben realizar intervenciones como cuidados de la salud de la madre, del recién nacido, posibles complicaciones de este periodo tanto para la madre como para su hijo; apoyo emocional, guía en la toma de decisiones de problemas objetivos y subjetivos. Todo lo anteriormente nombrado llevo a realizar una buena ejecución con los cuidados planificados que lograron una oportuna asistencia que tuvo como finalidad lograr una visión interiorizada de sí misma como madre.

La metodología cualitativa elegida ha aportado gran riqueza, tanto en cantidad como en diversidad de información. Este trabajo ha intentado aproximarse parcialmente al tema, considerando las experiencias de madres con algunas características particulares.

Otros modelos de participación, otras clases sociales y otras nacionalidades pueden motivar la realización de otros estudios que acerquen los servicios salud a las demandas de sus usuarios.

Como limitación de este estudio, cabe destacar que la muestra sólo corresponde a madres primerizas del CIETEP, lo cual limita la muestra de la población estudiada así como la obtención de la información.

19.CONCLUSIONES

Ser madre es una de las experiencias más gratificantes que puede tener cualquier mujer, pero no por eso deja de ser un momento de vida lleno de sacrificios, altibajos emocionales y cambios radicales en la vida de cualquier mujer. Ellas saben que no es un proceso fácil, pues deben estar todo el tiempo pendientes de una nueva vida, sin dejar de lado todas las responsabilidades que tenían antes de quedar embarazadas. El cambio en las rutinas, en los horarios de sueño, en la dieta, etc., terminan por golpear sus vidas de alguna manera, afectando su entorno llegando a veces al extremo del agotamiento y a la desesperación.

Existe un nuevo termino que engloba el reto de ser mama y de cómo ser mamá llamada: *Crianza Informada*⁵¹ por Nicole Adnihar⁵² una filosofía que busca ayudar a disfrutar de la crianza gracias a que cultiva en las madres la importancia de informarse, empoderarse, de alimentar un propio criterio y de tomar decisiones con conciencia, de esta manera lograra una mamá sentirse segura y ser fiel a lo que se quiere para la familia. Esta filosofía incentiva a los padres y madres a buscar fuentes de información fiable y asesorarse con personas especializadas en cada tema para no caer en típicos mitos de la crianza que suelen confundir tanto.

Por eso, cuando una mamá sienta que ha llegado a una situación donde la maternidad pone en jaque su estabilidad personal, laboral y emocional, debe acudir a un especialista de inmediato. Este deberá brindar a las madres alternativas para combatir este cansancio y la alertará sobre los posibles riesgos de seguir en la misma situación. El seguimiento por parte de enfermería debe ser oportuno y apoyarse de la participación y recolección de los datos necesarios para el estudio mediante la observación, entrevista, examen físico y documentación clínica.

La participación de la enfermera que se caracteriza por su idoneidad, escucha empática y dialogo interactivo, son prioritarias para identificar y direccionar sus preocupaciones durante esta importante transición. La enfermera mantiene una interacción más prolongada e intensa para desarrollar actividades que logren cada vez más una mejor situación de salud y por ende una mejor calidad de vida con las mujeres en su ciclo de

maternidad. Así el cuidador atiende con arte y vocación adquiridos en su formación científica y humanística, es decir de ciencia con conciencia y realizando acciones desde la atención clínica hasta ser confidentes y terapeutas del alma dentro de un contexto real; cumpliendo de ese modo con los criterios de la atención integral que implican la atención de lo físico, mental y espiritual

La Educación Materna (EM) debe ser un programa centrado en las mujeres y debería adaptarse para atender a estos cambios, ya que las mujeres no prestan atención a cuestiones que no les parecen relevantes para el momento que están viviendo. Parece clara la necesidad de un programa de educación que facilite a las mujeres herramientas y habilidades para hacer frente a las incertidumbres, ansiedades y temores que vayan surgiendo a medida que avanza el embarazo, con el nacimiento y el cuidado del hijo, proporcionando autoconfianza, autonomía y responsabilidad. Las mujeres deben convertirse en expertas en el reconocimiento de sus propias necesidades y en elegir las opciones más adecuadas para ellas. Al igual que las mujeres de los países anglosajones, las participantes de nuestro estudio concedían gran importancia a la creación y el fortalecimiento de las redes sociales y requieren que sus familias y parejas estén más involucradas. En cuanto a la información ofrecida en las sesiones, el interés de las participantes se ve enfocado en obtener información actualizada, estructurada, práctica y accesible.

20. REFERENCIAS

1. Carolan M. Health literacy and the information needs and dilemmas of first-time mothers over 35 years. *J Clin Nurs* [Internet]. el 18 de mayo de 2007 [citado el 20 de junio de 2018];16(6):1162–72. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2702.2007.01600.x>
2. Díaz-Sáez J, Catalán-Matamoros D, Fernández-Martínez MM, Granados-Gómez G. La comunicación y la satisfacción de las primíparas en un servicio público de salud. *Gac Sanit* [Internet]. noviembre de 2011 [citado el 20 de junio de 2018];25(6):483–9. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0213911111001099>
3. Paz Pascual C, Artieta Pinedo I, Grandes G, Espinosa Cifuentes M, Gaminde Inda I, Payo Gordon J. Necesidades percibidas por las mujeres respecto a su maternidad. Estudio cualitativo para el rediseño de la educación maternal. *Aten Primaria* [Internet]. diciembre de 2016 [citado el 20 de junio de 2018];48(10):657–64. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S021265671630066X>
4. Berlanga Fernández S, Vizcaya-Moreno MF, Pérez-Cañaveras RM. Percepción de la transición a la maternidad: estudio fenomenológico en la provincia de Barcelona. *Aten Primaria* [Internet]. el 1 de octubre de 2013 [citado el 18 de julio de 2018];45(8):409–17. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656713001315>
5. Macedo EC, Silva LR da, Paiva MS, Ramos MNP, Macedo EC, Silva LR da, et al. Burden and quality of life of mothers of children and adolescents with chronic illnesses: an integrative review. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. agosto de 2015 [citado el 13 de julio de 2018];23(4):769–77. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-11692015000400769&lng=en&nrm=iso&tlng=en
6. Brown BJ, Okereke JO, Lagunju IA, Orimadegun AE, Ohaeri JU, Akinyinka OO. Burden of health-care of carers of children with sickle cell disease in Nigeria. *Health Soc Care Community* [Internet]. [citado el 22 de julio de 2018];18(3):289–95. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2524.2009.00903.x>
7. Feeley CA, Turner-Henson A, Christian BJ, Avis KT, Heaton K, Lozano D, et al. Sleep Quality, Stress, Caregiver Burden, and Quality Of Life in Maternal Caregivers of Young Children With Bronchopulmonary Dysplasia. *J Pediatr Nurs* [Internet]. el 1 de enero de 2014 [citado el 22 de julio de 2018];29(1):29–38. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0882596313002418>
8. Fávero-Nunes MÂ, Santos MA dos. Depression and quality of life in mothers of children with pervasive developmental disorders. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. febrero de 2010 [citado el 22 de julio de 2018];18(1):33–40. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-11692010000100006&lng=en&nrm=iso&tlng=es

9. Lack of sleep “damaging mothers” lives’ | Daily Mail Online [Internet]. [citado el 25 de febrero de 2018]. Disponible en: <http://www.dailymail.co.uk/news/article-107866/Lack-sleep-damaging-mothers-lives.html>
10. ¿Qué es el síndrome de la madre agotada? [Internet]. [citado el 25 de febrero de 2018]. Disponible en: <https://www.sura.com/blogs/calidad-de-vida/sindrome-madre-agotada.aspx>
11. Naranjo Hernández Y, Pacheco C, Alejandro J, Rodríguez Larreynaga M. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Gac Médica Espirituana [Internet]. diciembre de 2017 [citado el 20 de junio de 2018];19(3):89–100. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1608-89212017000300009&lng=es&nrm=iso&tlng=es
12. Mijangos-Fuentes KI. El paradigma holístico de la enfermería. Rev Salud Adm. 2014;1(2):17–22.
13. Lemos RCA, Jorge LLR, Almeida LS, Castro AC de. Visão dos enfermeiros sobre a assistência holística ao cliente hospitalizado. Rev Eletrônica Enferm [Internet]. el 30 de junio de 2010;12(2). Disponible en: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n2/v12n2a20.htm>
14. Acosta MP. Explorando la teoría general de enfermería de Orem. Rev Enferm Neurológica. 2011;10(3):163–167.
15. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA Y GEOGRAFÍA. ESTADÍSTICAS A PROPÓSITO DEL DÍA DE LA MADRE (10 DE MAYO). 2018;10. Disponible en: http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2018/madre2018_Nal.pdf
16. La maternidad en México, cifras del INEGI - Televisa News [Internet]. [citado el 25 de febrero de 2018]. Disponible en: <http://noticieros.televisa.com/historia/nacional/2017-05-09/la-maternidad-mexico-cifras-inegi/>
17. Fuentes A. La importancia de la mujer en la economía • Forbes México [Internet]. Forbes México. 2014 [citado el 19 de febrero de 2019]. Disponible en: <https://www.forbes.com.mx/la-importancia-de-la-mujer-en-la-economia/>
18. OECD. OECD Reviews of Health Systems: Mexico 2016 [Internet]. OECD Publishing; 2016 [citado el 22 de julio de 2018]. (OECD Reviews of Health Systems). Disponible en: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/oecd-reviews-of-health-systems-mexico-2016_9789264230491-en
19. Svensson J, Barclay L, Cooke M. The Concerns and Interests of Expectant and New Parents: Assessing Learning Needs [Internet]. 2006 [citado el 20 de junio de 2018]. Disponible en: <http://www.ingentaconnect.com/content/springer/jpe/2006/00000015/00000004/art00005;jsessionid=111s0vingp73v.x-ic-live-01>
20. Deave T, Johnson D, Ingram J. Transition to parenthood: the needs of parents in pregnancy and early parenthood. BMC Pregnancy Childbirth [Internet]. el 29 de julio de 2008 [citado el 21 de junio de 2018];8:30. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/1471-2393-8-30>

21. Linares ET, Vilariño CS, Villas MA. El modelo ecológico de Bronfrenbrenner como marco teórico de la Psicooncología. *An Psicol.* 2002;18:16.
22. Alvarado L, Guarín L, Cañón-Montañez W. Adopción del rol maternal de la teorista Ramona Mercer al cuidado de enfermería binomio madre-hijo: reporte de caso en la unidad materno infantil. *Rev Cuid* [Internet]. 2011 [citado el 22 de julio de 2018];2(1). Disponible en: <https://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/57>
23. Edad y fertilidad. Guía para pacientes [Internet]. [citado el 19 de febrero de 2019]. Disponible en: https://www.reproductivefacts.org/globalassets/rf/news-and-publications/bookletsfact-sheets/spanish-fact-sheets-and-info-booklets/edad_y_fertilidad-spanish.pdf
24. Levandowski DC, Marin AH. ¡Llegó la hora! Expectativas y experiencias de parto de adolescentes embarazadas. *Rev Psicol.* 2015;33:29.
25. Rangel YR. Autoestima global y autoestima materna en madres adolescentes. *Rev Cuba Med Gen Integral* [Internet]. el 28 de diciembre de 2016 [citado el 19 de febrero de 2019];32(4). Disponible en: <http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/236>
26. Ramírez MA. PADRES Y DESARROLLO DE LOS HIJOS: PRACTICAS DE CRIANZA. *Estud Pedagógicos Valdivia* [Internet]. 2005 [citado el 19 de febrero de 2019];31(2):167–77. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0718-07052005000200011&lng=es&nrm=iso&tlng=es
27. Macedo EC, Silva LR da, Paiva MS, Ramos MNP. Burden and quality of life of mothers of children and adolescents with chronic illnesses: an integrative review. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. agosto de 2015 [citado el 10 de junio de 2018];23(4):769–77. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000400769&lng=en&tlng=en
28. *SaludMaternayPerinatal_2013_2018.pdf* [Internet]. [citado el 18 de julio de 2018]. Disponible en: http://cnegsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/SMP/SaludMaternayPerinatal_2013_2018.pdf
29. Plan Nacional de Desarrollo [Internet]. [citado el 28 de julio de 2018]. Disponible en: <http://pnd.gob.mx/>
30. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos - Ordenamiento - Legislación [Internet]. [citado el 28 de julio de 2018]. Disponible en: <https://www.juridicas.unam.mx/legislacion/ordenamiento/constitucion-politica-de-los-estados-unidos-mexicanos>
31. DOF - Diario Oficial de la Federación [Internet]. [citado el 28 de julio de 2018]. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07%2F04%2F2016
32. Control y seguimiento de la salud en la niña y el niño menor de 5 años en el primer nivel de atención. [Internet]. [citado el 29 de julio de 2019]. Disponible en: <https://cenetec-difusion.com/gpc-sns/?p=1808>

33. Salud CN de PS en. Inicia Parlamento Abierto, previo a la creación del Instituto Nacional de Salud para el Bienestar. [Internet]. gob.mx. [citado el 17 de septiembre de 2019]. Disponible en: <http://www.gob.mx/salud|seguropopular/es/articulos/inician-foros-para-crear-el-instituto-nacional-de-salud-para-el-bienestar?tab=>
34. IMSS firmará convenio con el nuevo Instituto Nacional de Salud para el Bienestar | Sitio Web “Acercando el IMSS al Ciudadano” [Internet]. [citado el 12 de julio de 2019]. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/201904/083>
35. González A, Patricia C, Benjumea C, La M del C de, Olivares Á, Antonio J. El Mundo material para los Cuidados de Enfermería. Index Enferm [Internet]. junio de 2013 [citado el 28 de julio de 2018];22(1–2):65–9. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1132-12962013000100014&lng=es&nrm=iso&tIng=es
36. Ríos AER, Galán MGN. Cuidadores: responsabilidades-obligaciones. Enf Neurol Mex Vol. 2010;11:163–169.
37. López CRM, Río BR del, Rendón MTR, González LDM, López CGF. Carga y dependencia en cuidadores primarios informales de pacientes con parálisis cerebral infantil severa. Psicología y Salud [Internet]. el 23 de octubre de 2013 [citado el 17 de septiembre de 2017];22(2):275–82. Disponible en: <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/551>
38. autores V. Enfermeras/os. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Generalitat Valenciana. Temario Vol. II. Parte Específica. EDITORIAL CEP; 2017. 599 p.
39. OMS | Nacimientos prematuros [Internet]. WHO. [citado el 25 de febrero de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/>
40. INTERVENCIONES DE ENFERMERIA EN EL RECIEN NACIDO PREMATURO [Internet]. [citado el 10 de junio de 2018]. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/645GER.pdf>
41. Nacimientos prematuros [Internet]. World Health Organization. [citado el 28 de julio de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
42. Velázquez Sánchez D, Fajardo Rojo W. Grado Nutricional de los alumnos de la Escuela Primaria Revolución Los Ocotes, Temascaltepec, México 2013. 2013;
43. Centro Interdisciplinario de Educación Temprana Personalizada en la CUSI de le FES Iztacala [Internet]. [citado el 22 de julio de 2018]. Disponible en: http://medicina.iztacala.unam.mx/web_cusi/cusi_educacion_temp.php
44. Álvarez L, González AM, Muñoz P. El cuestionario de sobrecarga del cuidador de Zarit: Cómo administrarlo e interpretarlo. Gac Sanit [Internet]. diciembre de 2008 [citado el 5 de febrero de 2018];22(6):618–9. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0213-91112008000600020&lng=es&nrm=iso&tIng=es

45. Pardo XM, Cárdenas SJ, Cruz AV, Venega JM, Magaña IM. Escala de carga del cuidador de Zarit: evidencia de validez en México. *Psicooncología* [Internet]. el 6 de junio de 2014 [citado el 25 de febrero de 2018];11(1):71–85. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/44918>
46. Martínez R, Ángel A, Pérez-Vázquez A, Villabona G, M S, Cruz F, et al. Escala de Zarit reducida para la sobrecarga del cuidador en atención primaria. *Aten Primaria* [Internet]. [citado el 5 de febrero de 2018];185–8. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-escala-zarit-reducida-sobrecarga-del-13100841>
47. Zamudio RP, Terrones CRL, Barboza AR. Morbilidad y mortalidad del recién nacido prematuro en el Hospital General de Irapuato. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 2013;70:5.
48. Díaz-Sáez J, Catalán-Matamoros D, Fernández-Martínez MM, Granados-Gómez G. La comunicación y la satisfacción de las primíparas en un servicio público de salud. *Gac Sanit* [Internet]. noviembre de 2011 [citado el 18 de julio de 2018];25(6):483–9. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0213911111001099>
49. Salud S de. Programa de Salud Materna y Perinatal. CNEGSR [Internet]. gob.mx. [citado el 18 de julio de 2018]. Disponible en: <http://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/programa-de-salud-materna-y-perinatal-cnegsr-12031>
50. Centeno-Pérez MA, Mata-García AD, Plascencia-Ordaz MJ, Benítez-Salinas F, Campos-Rosas B. Modelo de autocuidado de enfermería perinatal. *Perinatol Reprod Humana* [Internet]. septiembre de 2017 [citado el 20 de junio de 2018];31(3):151–9. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0187533718300050>
51. ¿Qué es la crianza informada? Todo lo que debes saber [Internet]. [citado el 17 de septiembre de 2019]. Disponible en: <https://www.serpadres.es/1-2-anos/educacion-estimulacion/articulo/que-es-la-crianza-informada-481557393168>
52. Crianza Informada [Internet]. Mamá Nicole. [citado el 17 de septiembre de 2019]. Disponible en: <https://mamanicole.com/crianza-informada/>

21. ANEXOS

ANEXO 1. CATEGORIZACIONES

M. Madre

C1. CATEGORIA 1

C2. CATEGORIA 2

C3. CATEGORIA 3

P. PREGUNTA

Categorías	Pregunta	Segmentos
Impacto del cuidado	1	"no me se organizar en mis tiempos,M1C2P1"
	2	"se siento más agobiada sobre todo en la responsabilidad económica, ahora se me hace más caro todo y todo es para la bebé, M3C2P2" // "tengo un negocio y se me dificulta cuidar y sacar mi puesto, M5C2P2" // "me agobia Mi marido, no me ayuda, M13C2P2" // "deje un año la escuela, regreso en agosto, M19C2P2"// "agobiada no, pero sí muy traumante porque no alcanzo a realizar todas las actividades,M18C2P2".
	3	"pase 3 meses de post operatorio porque se me infecto la herida,M1C1P3" // "tuve depresión post parto" "del estrés siento mareos en las mañanas M3C1P3" // "después de la cesárea me dolía mucho la espalda, M4C1P3" // "tuve Preclampsia, quede hipertensa y tomo losartan, M13C1P3" // "aumento mi presión, M27C1P3"// "casi un mes estuve muy sensible por la episio, M18C1P3".// "estuve hinchada mucho tiempo, M23C1P32"//.
	4	"no tengo intimidación desde que me embarace, M3C1P4" //"(RISAS) disminuyó mucho,M14C1P4"// "no veo interés de parte de mi esposo y tampoco tengo muchas ganas M22C1P4"//"no tuve como medio año, no tenía ganas y prefería dormir M18C1P4"// "no hay no existe(risas) prefiero dormir a hacer otras cosas M25C1P4"//
	5	"mi esposo y yo éramos muy fiesteros porque vivíamos solos, ahora ya no vamos a fiestas y si vamos procuramos que sea un lugar donde llevemos a la niña M1C1P5" // "antes iba y venía y ahora no conozco gente aquí donde vivo M3C1P5" // "Tu vida cambia, ya no puedes hacer lo mismo M11C1P5" //

Relación interpersonal	6	<i>"si, sobre todo en la noches, no puedo dormir a pesar del cansancio M1C2P6" // "Cuando llora y no sé qué es M11C2P6" // "a veces cuando llora mucho M18C2P6" //</i>
	7	<i>"como soy mamá nueva, todo mundo me da recomendaciones o regaños M1C2P7 " // "Si, me dicen cómo hacer las cosas y no sabía qué hacer, me estresaban M10C2P7" // "cuando llora y no sé qué tiene M15C2P7" // "solo al inicio porque mis suegros querían que a fuerza le diera pecho, y yo no podía no me bajaba M19C2P7"// "cuando lloraba todos quieren ayudar, yo quiero hacerlo, M19C2P7" // "solo con mi esposo, me siento muy irritable M23C2P7" // "Con mis papás, ellos tienen otras opiniones, como muy supersticiosos M26C2P7" // "al contrario mi familia mejoró M18C2P7" //</i>
	8	<i>"No, bien relajada(mamá con adicciones) M29C3P8"</i>
	9	<i>"como nos cambiamos de casa, ya no veo a mis amistades M1C2P9" // "de mis amistades no pero si de mi trabajo, tengo sentimientos encontrados M13C2P9"// "extraño salir con mis amigos M6C2P9" //</i>
	10	<i>"todo mundo te dice que hacer y no sabes a quien hacerle caso M4C2P10" // "actualmente me preocupa su peso bajo no sé qué hacer M5C2P10" // "si, en la alimentación le doy formula y no sé si es buena M10C2P10"// "batallo mucho en la alimentación por estreñimiento M11C2P10" // "todo el mundo quiere recomendare algo y no siempre tiene la razón M14C2P10"// "en cuestiones de sueño M16C2P10" // "no se porque llora, no sé qué hacer no sé si tendrá frio o calor M18C2P10"// "en la lactancia no podía dar leche y sentía presión M19C2P10" // "sobre todo en la alimentación, desarrollo M23C2P10" // Si todo el tiempo, no me salía mucha leche M25C2P10" // "si, y esas dudas que nadie me respondía y solo me confundían M24C2P10" //</i>
Expectativas de autoeficacia	11	<i>"su papá podría hacer más por cuidarla M3C3P11" // "me da miedo salir por la inseguridad M3C3P11" // "Tener más tiempo para el M16C3P11"// "si, sobre todo en sus terapias M24C3P11"// "yo me esfuerzo pero no me da tiempo M6C3P11"// "si, la verdad a veces no sé qué quiere ni cómo hacerlo M14C3P11"//</i>

	12	<p><i>“quisiera tener más tiempo para él y no trabajar, sin embargo la cuestión familiar y laboral no lo permite M17C3P12” // “quisiera ser mamá de tiempo completo y no trabajar M16C3P12” // “solo necesito más información M25C2P12” // “si porque es mi hijo M29C3P12”</i></p>
<p>¿Qué se siente ser mamá?</p>		<p><i>"Me sentí muy cambiada al ser mamá M5" // "Me volví más versátil, y dinámica, ahora produzco más. Siempre trabaje y ganaba mi dinero pero ahora trabajo igual y gano más, no sé cómo puedo hacer tantas cosas, pero cada vez que veo a mi bebé es como un motor M7"// " Es lo mejor que me ha pasado, lo volvería a hacer M8"// "Felicidad, tierno bonito, tranquilidad a veces (se ríe) lo volvería a hacer (el padre estaba presente y dice yo no) M10"// "Bien bonito, lo volvería a hacer aunque dolió mucho M11"// "Gran responsabilidad, al no hacer las cosas bien y al medio ambiente M12"// "ella me desestrea, extraño mi trabajo pero no quiero perderme esta etapa, no puedo tener más hijos M13"// Disfruto mucho ser mamá M15"// "experiencia bonita, cuidar, educar que crezca bien M16" // "asustada, triste por la situación de él pero contenta cuando salió del hospital duro 1 mes 15 días M17" // " me siento muy contenta, no fue una bebe planeada pero si muy deseada M19" // "es algo maravilloso, lo volvería a hacer M20" // " Al principio no me cayó el 20, no entendía porque decían que era bonito, pero ahorita ya me siento plena M22" // " es una experiencia muy bonita, te hace crecer como ser humano, me conozco mejor, veo fortalezas pero también debilidades M23" // " Es la cosa más hermosa del mundo pero la responsabilidad es muy grande M24" // "todavía no me cae el 20 es demasiada responsabilidad y eso que apenas tiene 1 mes, no lo volvería a hacer fue un acuerdo con mi esposo porque son muchas cosas M25" // "son sentimientos encontrados, responsabilidad enorme que no acaba hasta que yo muera, siento temor por fallar en todos los aspectos, debe haber más estabilidad y la verdad no lo volvería a hacer M26"// " es un reto, responsabilidad se queda corta es lindo pero lleva muchos sacrificios y trabajo. Me ha costado mucho trabajo, no fue planeado, me cayó de peso M27" // "ser madre es difícil, pero poco a poco ahí voy M28" // "es la experiencia</i></p>

	<p><i>más hermosa que hay en este planeta, no la cambiaría por nada, es lo más hermoso M30">// "es extraño, una etapa diferente, es hermoso pero cansado M14">// "fue emoción me hizo sentir completa, realizada una mujer plena. Deseaba mucho ser mamá. Ella fue muy deseada (mira a su bebe). Anteriormente tuve un aborto y para que ella se lograra tarde 1 año M18" // "es muy bonito y lo volvería a hacer M21"</i></p>
--	--

ANEXO 2. INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DIGITALIZADO

Instrumento de valoración

Número de expediente:

Instrucciones: Seleccione la respuesta correcta

Semanas de gestación:

- Prematuro
- Termino
- 1. ¿Quién es el cuidador principal informal?
 - a) Madre
 - b) Padre
 - c) Abuelos
 - d) Otros (Especificar)
- 2. Estado civil del cuidador
 - a) Madre/Padre soltera(o)
 - b) Casado
 - c) Unión libre
 - d) Divorciado
- 3. Edad
 - a) 20 a 30 años
 - b) 30 a 40 años
 - c) 40 a 50 años
 - d) 60 o mas
- 4. Ocupación
 - a) Hogar
 - b) Profesionista
 - c) Empleado
 - d) Estudiante
- 5. Ocupación antes de ser madre
 - a) hogar
 - b) profesionista
 - c) empleado
 - d) estudiante
- 6. Tiempo destinado al cuidado
 - a) Tiempo completo
 - b) Medio tiempo
 - c) Solo unas horas

Test de Zarit

	1	2	3	4	5	Comentarios
1.- ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su hijo no tiene suficiente tiempo para usted?						
2.- ¿Se siente agobiada por intentar compatibilizar el cuidado de su hijo con otras responsabilidades (trabajo, familia)?						
3.- ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su hijo?						
4.- ¿Piensa que el cuidar de su hijo afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?						
5.- ¿Se siente tenso cuando está cerca de su hijo?						
6.- ¿Piensa que su salud ha empeorado?						
7.- ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a que tiene que cuidar de su hijo?						
8.- ¿Piensa que vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su hijo?						
8.- ¿Se siente incómoda por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su hijo?						
10.- ¿Se siente indeciso sobre los cuidados de su hijo? (alimentación, sueños crianza) ¿Cuáles?						
11.- ¿Piensa que podría hacer más por su hijo?						
12.- ¿Piensa que usted podría cuidar mejor a su hijo?						

Puntuaciones:

1= nunca 2= rara vez 3= algunas veces 4= bastantes veces 5= casi siempre

Interpretación:

➤ < 30: no sobrecarga 31 a 44: sobrecarga moderada > 45: sobrecarga intensa

¿Qué se siente ser mamá?