



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

TEMA:

“APEGO PRECOZ EN MADRES PRIMERIZAS EN EL SERVICIO DE CENTRO
OBSTÉTRICO, DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL 2020-2021”

Trabajo de grado, previo a la obtención del título de Licenciatura en Enfermería

AUTORA: Karol Andreina Figueroa Andrango

DIRECTORA: Dra., María Fernanda Valle Ph.D.

IBARRA- 2021

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS

En calidad de directora de la tesis de grado titulada **“APEGO PRECOZ EN MADRES PRIMERIZAS EN EL SERVICIO DE CENTRO OBSTETRICO, DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL 2020-2021”** de autoria de Figueron Andrango Karol Andreina, para obtener el Título de Licenciada en Enfermería, doy fe que dicho reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometidos a presentación y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En la ciudad de Ibarra, a los 23 días del mes de junio de 2021.

Lo certifico:



Dra. María Fernanda Valle Ph.D.

C.C: 100303209-9

DIRECTORA



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

BIBLIOTECA UNIVERSITARIA

AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA
UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

I. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

En cumplimiento del Art. 144 de la Ley de Educación Superior, hago la entrega del presente trabajo a la Universidad Técnica del Norte para que sea publicado en el Repositorio Digital Institucional, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO			
CÉDULA DE IDENTIDAD:	100428783-3		
APELLIDOS Y NOMBRES:	Figueroa Andrango Karol Andreina		
DIRECCIÓN:	Ibarra		
EMAIL:	kafigueroa@utn.edu.ec		
TELÉFONO FIJO:	2601-392	TELÉFONO MÓVIL:	0999407926
DATOS DE LA OBRA			
TÍTULO:	"Apego precoz en madres primerizas en el servicio de Centro Obstétrico, del Hospital San Vicente de Paúl 2020-2021".		
AUTOR (ES):	Figueroa Andrango Karol Andreina		
FECHA:	23 de junio de 2021		
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO			
PROGRAMA:	<input checked="" type="checkbox"/> PREGRADO <input type="checkbox"/> POSGRADO		
TÍTULO POR EL QUE OPTA:	Licenciatura en Enfermería		
ASESOR /DIRECTOR:	Dra. María Fernanda Valle Ph.D.		

2. CONSTANCIAS

La autora manifiesta que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto, la obra es original y que es la titular de los derechos patrimoniales, por lo que asume la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

En la ciudad de Ibarra, a los 14 días del mes de julio de 2021.

LA AUTORA



Figueroa Andrango Karol Andreina

C.C.: 100428783-3

REGISTRO BIBLIOGRÁFICO

Guía: FCCS-UTN
Fecha: Ibarra, 23 de junio del 2021

FIGUEROA ANDRANGO KAROL ANDREINA, "APEGO PRECOZ EN MADRES PRIMERIZAS EN EL SERVICIO DE CENTRO OBSTETRICO, DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL 2020-2021", TRABAJO DE GRADO. Licenciada en Enfermería. Universidad Técnica del Norte. Ibarra, 23 de junio de 2021.

DIRECTORA: Dra. María Fernanda Valle Ph.D.

El principal objetivo de la presente investigación fue: Conocer la calidad de atención que brinda el personal de Enfermería, sentimientos y experiencias que perciben las madres primerizas con su recién nacido en el servicio de Centro Obstétrico del Hospital San Vicente de Paúl, periodo 2020-2021. Entre los objetivos específicos se encuentran:

- Delimitar las características socio demográficas de la población de estudio.
- Describir la calidad de atención que brindan a las madres primerizas al momento de realizar el apego precoz.
- Revelar los sentimientos y experiencias que reflejan las madres primerizas cuando interactúan por primera vez con su hijo.
- Analizar la importancia y beneficios que tiene la madre y su recién nacido al momento de interactuar piel con piel basado en la Teoría de Ramona T. Mercer

Fecha: Ibarra, 23 de junio de 2021.



Dra. María Fernanda Valle Ph.D.

Directora



Karol Figueroa

Autora

DEDICATORIA

Dedico esta tesis en primer lugar a mis padres; Cecilia Andrango, Roberth Figueroa quienes me dieron la vida, me han cuidado, han visto crecer, porque siempre han sido mi impulso y mi motor en cada pasito que doy y cada meta que trazo. Seres que han llenado mi vida de valores y virtudes para ser una persona de bien. Me han forjado como una persona humilde y sencilla, me han enseñado a valorar cada cosa y por ellos estoy cumpliendo un sueño.

También dedico este trabajo a papito Dios y la Virgencita que me han dado fortaleza, salud y bienestar para continuar y llegar hasta este punto de mi vida. Un momento tan importante en mi formación como profesional. A mi hermana que siempre ha estado ahí dándome su apoyo incondicional.

A mi abuelita en el cielo Clarisa Benavides, quien me decía que debo seguir adelante pese a las adversidades, quería estar presente cuando yo sea profesional y desde el cielo me estará viendo cumplir una meta más y estará feliz de que nunca me rendí.

A mi Dra. María Fernanda Valle Ph.D, quien me ha brindado sus conocimientos durante la carrera; ha forjado en mí a ser una persona más investigativa, ha sido mi maestra, tutora en vinculación y directora de tesis. Me ha apoyado en cada dificultad y me ha felicitado por hacer un buen trabajo. A mi parecer, es una de las mejores docentes que puede tener la Universidad. Su dedicación y amor a lo que hace es notoria.

A mi mejor amiga Pamela Arciniega, que me ha brindado su amistad por más de 10 años, siempre me daba palabras de aliento, consejos y apoyo para que no me rinda en situaciones difíciles.

Karol Andreina Figueroa Andrango

AGRADECIMIENTO

El amor recibido, la dedicación, la paciencia que cada día me brindaban mis padres, sobre todo la preocupación por el avance y desarrollo de esta tesis es simplemente único y se refleja en la vida de un hijo.

Agradezco a mis padres porque siempre han velado por mi bienestar, me han exigido en mis estudios desde pequeña. Por ellos y mi dedicación ahora estoy aquí, culminando mi carrera. Por todo lo bueno que han inculcado en mí, ahora estoy cosechando frutos con la obtención de mi título de Licenciada en Enfermería, sólo me queda decirles Dios le pague papitos.

Doy gracias también a Dios y la Virgencita por la vida y salud de mis padres. Además, que cada día bendicen mi vida con la hermosa oportunidad de estar y disfrutar a lado de las personas que me aman y amo. Gracias por permitirme lograr este triunfo junto al amor de mi familia y todas las personas que me apoyaron y creyeron en la realización de esta tesis.

Expreso mi más sincero agradecimiento a la Universidad Técnica del Norte en especial a la Facultad Ciencias de la salud que me brindaron conocimientos, amor y vocación por mi profesión. Un agradecimiento caluroso y sincero a la Dra. María Fernanda Valle Ph.D, por la confianza ofrecida, orientación, atención y revisión de mi trabajo. Sus valiosas sugerencias en momentos de duda que me ayudaron a realizar un trabajo de investigación competente tipo cualitativa.

Un trabajo de investigación es también fruto de reconocimiento, gracias al apoyo vital que nos ofrecen las personas que nos estiman, sin el cual no tendríamos la fuerza y energía que nos anima a crecer como personas y profesionales.

A todos, muchas gracias.

Karol Andreina Figueroa Andrango

ÍNDICE GENERAL

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE DIRECTOR DE TESIS	ii
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE	iii
REGISTRO BIBLIOGRÁFICO	v
DEDICATORIA.....	vi
AGRADECIMIENTO.....	vii
ÍNDICE GENERAL.....	viii
ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS.....	xi
ÍNDICE DE FIGURAS.....	xii
RESUMEN.....	xiii
TEMA.....	xv
CAPÍTULO I.....	1
1. Problema de la Investigación	1
1.1. Planteamiento del Problema	1
1.2. Formulación del Problema.....	3
1.3. Justificación	4
1.4. Objetivos.....	5
1.4.1. Objetivo General	5
1.4.2. Objetivos Específicos	5
1.5. Preguntas de Investigación	6
CAPÍTULO II	7
2. Marco Teórico.....	7
2.1. Marco Referencial.....	7
2.1.1. Apego en el postparto precoz: Comparación entre madres de neonatos ingresados en el servicio de obstetricia y en la unidad de cuidados intensivos neonatales. Murcia-España 2017.	7
2.1.2. Efectos del contacto piel con piel del recién nacido con su madre. Granada 2015.	7
2.1.3. Experiencia de las madres durante el contacto piel a piel al nacimiento. México 2017.....	8

2.1.4.	El apego. Su importancia para el pediatra. Paraguay 2015.	8
2.1.5.	Vinculo materno-fetal: implicaciones en el desarrollo psicológico y propuesta de intervención en atención temprana. Murcia- España 2017.....	9
2.2.	Marco Contextual	10
2.2.1.	Caracterización del Hospital San Vicente de Paúl	10
2.2.2.	Reseña Histórica del Hospital San Vicente de Paúl	10
2.2.3.	Misión y Visión	12
2.3.	Marco Conceptual.....	13
2.3.1.	Apego precoz.....	13
2.3.2.	Enfermería materno infantil	13
2.3.3.	ESAMyN	13
2.3.4.	Ramona T. Mercer.....	27
2.4.	Marco Legal y Ético	47
2.4.1.	Constitución de la Republica del Ecuador.....	47
2.4.2.	Plan Nacional Toda una Vida.....	48
2.4.3.	Ley Orgánica de Salud	48
2.4.4.	Ley de Maternidad gratuita y atención a la infancia	48
2.4.5.	Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial	49
CAPÍTULO III		50
3.	Metodología de la investigación	50
3.1.	Diseño de la investigación	50
3.1.1.	Diseño cualitativo	50
3.2.	Tipo de la investigación	50
3.3.	Localización y ubicación de estudio	51
3.4.	Población	51
3.4.1.	Población de estudio.....	51
3.4.2.	Criterios de inclusión.....	51
3.4.3.	Criterios de exclusión.....	51
3.5.	Operacionalización de variables	52
3.6.	Métodos de recolección de información	56
3.7.	Análisis de datos	56
CAPÍTULO IV		58

4.	Resultados de la investigación	58
4.1.	Análisis de resultados	58
4.1.1.	Descripción sociodemográfica.	59
4.1.2.	Percepción de la calidad de atención recibida.....	61
4.1.3.	Sentimientos y experiencias que reflejan las madres primerizas	63
4.1.4.	Importancia y beneficios que tiene la madre y su recién nacido.	69
CAPÍTULO V		81
5.	Conclusiones y recomendaciones	81
5.1.	Conclusiones.....	81
5.2.	Recomendaciones	83
CITAS Y REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS		85
ANEXOS.....		89
	Anexo N° 1. Oficio de aprobación e ingreso al Hospital San Vicente de Paúl	89
	Anexo N° 2. Guía de entrevista.....	90
	Anexo N° 3. Constancia de colaboración en la realización de la entrevista	95
	Anexo N° 4. Certificación de Abstract.....	96
	Anexo N° 5. Análisis Urkund.....	97

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

Tabla N°1: Características sociodemográficas de un grupo de madres primerizas.....	59
Tabla N°2: Percepción de las usuarias sobre la calidad de atención en el parto.....	61
Tabla N°3: Experiencia de las madres primerizas.....	65
Tabla N°4: Importancia y beneficios basados en la teorista.....	69
Gráfico N°1: Sentimientos revelados por las madres primerizas.....	63

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura N° 1: Modelo de adopción del rol materno.....	29
Figura N°2 Microsistema dentro del modelo desarrollo de la adopción del rol materno.....	38
Figura N°3: Convertirse en madre: Un modelo revisado.....	41

“APEGO PRECOZ EN MADRES PRIMERIZAS EN EL SERVICIO DE CENTRO OBSTÉTRICO, DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL 2020-2021”

Autora: Karol Andreina Figueroa Andrango

Correo: kafigueroaa@utn.edu.ec

RESUMEN

El apego precoz es el conjunto de conductas y vínculos que la madre establece con su recién nacido, promueve la adaptación extrauterina a través del contacto piel con piel. Objetivo: conocer la calidad de atención que brinda el personal de enfermería, sentimientos y experiencias que perciben las madres primerizas con su recién nacido en el Hospital San Vicente de Paúl, Ibarra 2020-2021. Estudio de abordaje cualitativo de tipo narrativo. La población constó de un grupo de 10 madres primerizas del área de Centro Obstétrico. Se aplicó como instrumento la entrevista semiestructurada que contiene 23 constructos y 33 preguntas basadas en la Teoría del Rol Materno de Mercer. Se realizó una codificación abierta y axial conjuntamente con la utilización de programa N vivo. Resultados: predominan mayoritariamente madres entre 18-23 años, secundaria completa, unión libre, ecuatorianas, católicas y mestizas. En cuanto a la calidad de atención percibida, el personal de salud no brindó la información necesaria sobre el apego precoz. En cuanto a las experiencias y sentimientos, se develaron sentimientos negativos como la ansiedad, nostalgia, desesperación, preocupación, estrés, depresión, angustia, tristeza, miedo y decepción relacionados con la falta de comunicación y apoyo de la familia, mala relación de padre-madre e información insuficiente. Se analizaron los beneficios e importancia de la teoría de Mercer; se evidenció constructos disminuidos como la adopción del rol materno, identidad materna, entre otros. Se concluye que existe una deficiente aplicación de la normativa ESAMyN, que ocasiona dificultades en las madres primerizas para un desarrollo armónico del rol materno.

Palabras clave: Apego precoz, madre, recién nacido, sentimientos, experiencias, calidad, rol materno, normativa.

"EARLY ATTACHMENT IN NEW MOTHERS IN THE OBSTETRIC CENTER
SERVICE OF THE SAN VICENTE DE PAÚL HOSPITAL 2020-2021".

Author: Karol Andreina Figueroa Andrango

Email: kafigueroaa@utn.edu.ec

ABSTRACT

Early attachment is the set of behaviors and bonds that the mother establishes with her newborn, promoting extrauterine adaptation through skin-to-skin contact. Objective: to know the quality of care provided by the nursing staff, feelings, and experiences perceived by new mothers with their newborn at the Hospital San Vicente de Paúl, Ibarra 2020- 2021. Qualitative approach study of narrative type. The population consisted of a group of 10 new mothers from the Obstetric Center area. A semi-structured interview containing 23 constructs and 33 questions based on Mercer's Maternal Role Theory was applied as an instrument. Open and axial coding was carried out together with the use of the N Vivo program. Results: mothers aged 18-23 years, completed high school, free union, Ecuadorian, Catholic and mestizo predominate. Regarding the perceived quality of care, health personnel did not provide the necessary information on early attachment. Regarding experiences and feelings, negative feelings like anxiety, nostalgia, despair, worry, stress, depression, anguish, sadness, fear, and disappointment related to lack of communication and support from the family, poor father-mother relationship, and insufficient information were revealed. The benefits and importance of Mercer's theory were analyzed; diminished constructs like maternal role adoption, maternal identity, among others, were evidenced. It is concluded that there is a limited application of the ESAMyN norms, which causes difficulties in first-time mothers for a harmonious development of the maternal role.

Keywords: Early attachment, mother, newborn, feelings, experiences, quality, maternal role, norms.

TEMA

“APEGO PRECOZ EN MADRES PRIMERIZAS EN EL SERVICIO DE CENTRO OBSTETRICO, DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL 2020-2021”

CAPÍTULO I

1. Problema de la Investigación

1.1. Planteamiento del Problema

El apego precoz entre la madre y recién nacido es una relación que tiene efectos profundos en el desarrollo físico, psicológico e intelectual del recién nacido. Sin embargo, dicha relación suele verse afectada debido a las exigencias y barreras que impone el soporte como cuando el recién nacido tiene complicaciones al nacer o ingresa a la unidad de cuidados intensivos neonatales. La cultura juega un papel fundamental para facilitar dicha información sobre los sentimientos y experiencias que desarrollan las madres primerizas al momento de realizar el apego precoz y conocer si se está cumpliendo con la norma establecida (1).

A nivel mundial, cada año la nueva evidencia científica y epidemiológica demuestra los múltiples beneficios de apego precoz en el crecimiento y el desarrollo de un niño, así como en la salud y el bienestar de una madre (2). Como se menciona en un estudio realizado con varios grupos étnicos aislados, en distintas fases evolutivas va desde el paleolítico en Australia, tribus indígenas de África y Amazonia en el cual se expone dicha experiencia organizando dos grupos de madres, en el primer grupo se permitía que la madre tenga contacto piel con piel durante 45 minutos con su recién nacido, mientras que al otro grupo se les retiraba al recién nacido después de que había nacido, los dos grupos conformaban madres primigestas. A los seis meses después los lactantes del primer grupo pesaban en promedio 490 gramos mientras que los lactantes del segundo grupo hubo mayor número de infecciones y consultas médicas (3).

En un estudio realizado en España, con una muestra de 241 mujeres que dieron a luz por cesárea en un periodo del marzo 2008-2010, se demuestra que el apego precoz está relacionado con la lactancia materna entre madre e hijo; donde los resultados reflejaron

que el 36,44% de los recién nacidos tuvieron contacto precoz con su madre, mientras que el 63,41% no lo tuvieron (4).

En Ecuador se efectuó un estudio realizado en el Hospital Obstétrico Isidro Ayora de Quito sobre el contacto piel a piel con el objetivo de evaluar el respeto de la norma y valorar el impacto sobre la supervivencia infantil, en donde se revisó 30 historias clínicas y se ejecutó una encuesta de satisfacción a las puérperas en donde el 55% de las madres detallaron inconformidad ya que por complicaciones en el parto no les permitieron ver a su bebe y no se cumplió el derecho de apego precoz (4).

En un estudio realizado en el Hospital Mariana de Jesús de la ciudad de Guayaquil, se evidencia acerca de la participación del personal de enfermería en el apego precoz, se encontró que el 76% del personal encuestado conoce sobre el apego precoz y el 42% lo realizan, mientras que el 24% desconoce sobre esta práctica y el 58% no la cumple. Recalca, además que el mayor cumplimiento de apego precoz fue en el turno de la mañana. Por esta razón, recomienda llevar a cabo la concientización en el personal de enfermería sobre las desventajas de no realizar apego precoz, en especial en el personal que labora en el turno de la tarde y noche (5).

1.2. Formulación del Problema

¿Cuál es la calidad de atención, experiencias y sentimientos que perciben las madres primerizas durante el apego precoz en el servicio de Centro Obstétrico del Hospital San Vicente de Paúl, periodo 2020-2021?

1.3. Justificación

El objetivo de esta investigación fue conocer la calidad que le brindan a la madre primeriza, experiencias y sentimientos que desarrolla o expresa al momento de interactuar o no con su primer hijo. Este momento es esencial durante al rol maternal para una adecuada salud infantil.

Se denota pocas investigaciones donde se evidencie los sentimientos y experiencias de la madre primeriza, así como también la calidad de atención que brinda el personal de enfermería durante apego precoz. Por todo lo mencionado, se realizó este estudio cualitativo en donde fueron abordados sentimientos y experiencias de la madre.

La normativa del ESAMyN indica que se debe garantizar el contacto piel con piel inmediato de las madres con sus hijos para proporcionar abrigo y apego dentro de la primera hora de nacimiento del bebé (6). En el Ecuador el Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021 “Toda una Vida”, plantea en su objetivo número uno: “Garantizar una nueva vida digna con iguales oportunidades para todas las personas”, enfatizando primero la infancia y enfocándose a la familia como grupo fundamental de la sociedad.

Desde esta perspectiva radica la importancia de la investigación porque se conoció que, con cada nacimiento vivo, se permite crear un vínculo afectivo que beneficia a la madre, recién nacido y personal de enfermería. Muchas ocasiones no se visualiza en todas las puérperas, debido a la manera en que fue realizada la concepción, siendo más cuestionable si nos referimos al grupo de adolescentes que no están preparadas para convertirse en madres a tan corta edad.

Se observó una factibilidad y viabilidad ya que la unidad de salud es un centro de acoplo en donde acuden numerosas mujeres en estado de gestación, el cual está enfocado en fomentar el parto humanizado en donde se describió si la calidad de atención que brindan a las madres primerizas se está cumpliendo según lo establece la normativa. Se me brindó la apertura necesaria para realizar este estudio.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo General

Conocer la calidad de atención que brinda el personal de Enfermería, sentimientos y experiencias que perciben las madres primerizas con su recién nacido en el servicio de Centro Obstétrico del Hospital San Vicente de Paúl, periodo 2020-2021.

1.4.2. Objetivos Específicos

- Delimitar las características socio demográficas de la población de estudio.
- Describir la calidad de atención que brindan a las madres primerizas al momento de realizar el apego precoz.
- Revelar los sentimientos y experiencias que reflejan las madres primerizas cuando interactúan por primera vez con su hijo.
- Analizar la importancia y beneficios que tiene la madre y su recién nacido al momento de interactuar piel con piel basado en la Teoría de Ramona T. Mercer.

1.5. Preguntas de Investigación

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de las madres primerizas que se encuentran en el servicio de Centro Obstétrico?
- ¿Cuál es la calidad de atención que se debe brindar en el apego precoz?
- ¿Cuáles son las experiencias y sentimientos de las madres primerizas que experimentaron y no experimentaron el apego precoz?
- ¿Cuál es la importancia y beneficios del apego precoz basándose en la teoría de Ramona T. Mercer?

CAPÍTULO II

2. Marco Teórico

2.1.Marco Referencial

2.1.1. Apego en el postparto precoz: Comparación entre madres de neonatos ingresados en el servicio de obstetricia y en la unidad de cuidados intensivos neonatales. Murcia-España 2017.

El apego materno es el conjunto de conductas y vínculos que la madre establece al recién nacido. El ingreso en la unidad de cuidados intensivos neonatales supone una barrera en el establecimiento de estos primeros lazos. Como principal objetivo de la realización de este estudio es comparar el grado de apego valorando dicha separación, así como identificar aquellas variables que podrían influir en su establecimiento.

La investigación es netamente cualitativa y se realizó en el año 2017 por medio de un cuestionario validado en el cual tomaron como muestra un total de 82 mujeres, de las cuales solo aceptaron 39 para realizar el estudio en el cual el 62% de nacidos vivos fueron prematuros con edad media en 36 semanas, mientras que el 38% fueron recién nacidos a término que no se les realizó el apego precoz, con diversas patologías, como diabetes gestacional, distrés respiratorio, convulsiones, hipoxia durante el parto, infecciones (7).

2.1.2. Efectos del contacto piel con piel del recién nacido con su madre. Granada 2015.

El contacto piel con piel ha sido una práctica ancestral en toda cultura, que, debido a la institucionalización de la atención del parto, disminuyó en occidente. Se retorno en el marco de la atención humanizada del parto. Este estudio tiene como objetivo determinar los efectos del contacto piel con piel del recién nacido con su madre. Este

estudio es realizado realizando una revisión bibliográfica, que se realizó en el año 2015.

Para la realización de este estudio se empleó las madres puérperas y recién nacido, revisando bases de datos siendo en la primera Lilacs donde se encontraron la mayor cantidad de artículos. Con respecto al efecto del contacto piel con piel en la respuesta neurosensorial, comparo la utilización del método canguro v/s método canguro junto a otros estímulos calmantes (canto, succión y mecer). Se observaron beneficios en lactancia materna, comportamiento neurosensorial, regulación de temperatura (8).

2.1.3. Experiencia de las madres durante el contacto piel a piel al nacimiento. México 2017.

Las madres disfrutaban de la experiencia del contacto piel a piel inmediatamente después del nacimiento y se plantea la posibilidad de que tal contacto puede ayudar a estar madres s sentirse más seguras con sus bebés. Este estudio tiene como objetivo describir la experiencia de las madres durante el contacto piel a piel al nacer por parto y cesárea. Este estudio tiene una metodología utilizando casos descriptivos que se realizó en el año 2017.

Se recogió los datos pidiendo abiertamente a las madres que describieran la experiencia que tuvieron durante el contacto piel con piel, al nacimiento, pidiendo a las madres que describieran la experiencia que tuvieron durante el contacto piel con piel al nacimiento, encontrado que el 14,6% describió feliz, el 8,7% muy bonito y el 8% amor entre otras frases como agradable, satisfactorio, hermoso, maravilloso, lo mejor que le ha pasado en la vida, por lo tanto se debe promover el apego precoz (9).

2.1.4. El apego. Su importancia para el pediatra. Paraguay 2015.

El apego es el vínculo que se establece tempranamente entre la diada madre e hijo y que ontogénicamente en su origen evolutivo asegura el mantenimiento de la especie.

Es fundamental que el mismo se realice en condiciones favorables para el buen desarrollo emocional y cognitivo del niño, fortaleciendo su salud mental; su realización en condiciones desfavorables se caracteriza por diferentes tipos de apego, que puede resultar en variados trastornos de conducta que afectaran al niño hasta la adultez, lo que explica el origen adquirido de muchas patologías psiquiátricas.

Este estudio fue recolectando datos mediante la revisión bibliográfica en el año 2015, en el cual se evidencia según diversos estudios realizados los cuatro tipos de apego se distribuyen en forma general en la población, el apego seguro entre el 55% al 70%, el apego inseguro evitativo entre el 15 a 20%, el apego inseguro ambivalente entre el 12 al 15% y el apego desorganizado en el 5%. Se concluye que nuestro rol enfermero es el fomento de apego seguro y es fundamental, por lo que debemos conocer su importancia y sus consecuencias (10).

2.1.5. Vínculo materno-fetal: implicaciones en el desarrollo psicológico y propuesta de intervención en atención temprana. Murcia- España 2017.

Diversas investigaciones en el campo de salud identifican el vínculo materno-fetal como un precedente significativo de la vinculación post natal entre la madre y su bebé. El vínculo materno-fetal se asocia con aspectos emocionales y cognitivos que permiten recrear al feto como otro ser humano, este estudio tiene como objetivo conocer el vínculo que expresan las madres, sus aspectos emocionales y cognitivos.

Este estudio es basado en la metodología de revisión bibliográfica realizada en el año 2017, en el cual se encuentran resultados en la medida en que el conocimiento de la vida intrauterina y de los procesos psíquicos que se desarrollan en la mujer durante el embarazo progresa, ya que generalmente estos estudios han tratado de describir la influencia de la relación materno fetal en las prácticas saludables durante el embarazo y en relación con el post parto (11).

2.2. Marco Contextual

2.2.1. Caracterización del Hospital San Vicente de Paúl

El Hospital San Vicente de Paúl es un hospital general ubicado en la provincia de Imbabura, cubre principalmente nuestra provincia y forma parte de las provincias de Esmeraldas, Carchi y Pichincha para realizar traslados de provincia a provincia. Es un hospital de referencia y contra referencia, actualmente satisface las necesidades de nuestra población colombiana y venezolana. El área de consulta externa brinda servicios médicos secundarios en cuatro campos profesionales básicos, tales como medicina interna, cirugía, pediatría, obstetricia y ginecología. (12).

2.2.2. Reseña Histórica del Hospital San Vicente de Paúl

Después de la batalla de Ibarra que se suscitó en 1823, los ejércitos del coronel Agualongo, roban del templo del hospital y se llevan utensilios que eran hechos de plata, las tropas de Agualongo luego fueron vencidas por Bolívar en persona. La madrugada de 1868, Ibarra y sus territorios fueron derribadas por un terrible terremoto por la actitud y fuerza de voluntad del Dr. Gabriel García Moreno Ibarra fue reconstruida y los pueblos volvieron a sus cunas desde La Esperanza el 28 de abril de 1872 (12).

El Hospital de Ibarra lo reconstruyeron gracias a los planos del Hermano Benito Aulin, y lo bautizaron con el nombre de Hospital San Vicente de Paúl, en la actualidad la edificación se encuentra en las calles Juan Montalvo y Salinas. En el año de 1979, realizan un conversatorio entre los legisladores y autoridades para construir un nuevo edificio (12).

Después de largas liberaciones y entrevistas con el Ministerio de Salud y el presidente de la Republica, se le entrega la construcción y el equipamiento a una firma italiana, los terrenos son expropiados a la Señora Rosa Gómez de la Torre y se le coloca la

primera piedra el 23 de enero de 8 1981, después de 10 años de intenso trabajo, es inaugurado en la Presidencia del Doctor Rodrigo Borja y siendo el director del Hospital el Doctor José Albuja (12).

Actualmente el Hospital San Vicente de Paúl está dotado de 166 camas, al igual cuenta con el personal de enfermería con un total de 167, y 160 médicos, en referencia al lugar de estudio en el servicio de centro obstétrico cuenta con un total de 14 Enfermeras y 1 líder del servicio y 8 Internas rotativas de enfermería, en cuanto a los médicos, se cuenta con 5 médicos tratantes, 8 médicos residentes, 10 médicos postgradistas y 12 internos de medicina. El HSVP tiene los siguientes servicios que ofrece:

- **Especialidades quirúrgicas**

- Cirugía General
- Cirugía plástica
- Ginecología
- Otorrinolaringología
- Urología
- Traumatología

- **Especialidades Clínicas**

- Medicina interna
- Gastroenterología
- Nefrología
- Cardiología
- Geriatria clínica
- Dermatología
- Psicología
- Infectología – Dermatología
- Coloproctología.

- **Unidad de apoyo diagnóstico y terapéutico**

- Farmacia
- Laboratorio clínico
- Imagenología
- Rehabilitación y Terapia Física
- Salud mental
- Nutrición Clínica

- **Unidades Críticas**

- Emergencia
- Centro quirúrgico
- Unidad de terapia intensiva
- Neonatología (12)

2.2.3. Misión y Visión

- **Misión**

Prestar servicios de salud con calidad y calidez en el ámbito de la asistencia especializada, a través de su cartera de servicios, cumpliendo con la responsabilidad de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación de la salud integral, docencia e investigación, conforme a las políticas del Ministerio de Salud Pública y el trabajo de red, en el marco de la justicia y la equidad social (12).

- **Visión**

Ser reconocidos por la ciudadanía como hospital accesible, que presta una atención de calidad que satisface las necesidades y expectativas de la población bajo principios

fundamentales de la salud pública y bioética, utilizando la tecnología y los recursos públicos de forma eficiente y transparente (12).

2.3. Marco Conceptual

2.3.1. Apego precoz

El apego y la lactancia natural han cobrado mucha importancia en las últimas dos décadas, tanto a nivel mundial como nacional, debido a que, un buen Apego precoz favorece los lazos afectivos entre la madre y su hijo y se relaciona con mayor duración y mejor calidad de la lactancia natural, lo que, a futuro, estimula un mejor desarrollo psicomotor y una salud óptima para el niño (13). El apego precoz es el contacto piel con piel entre la madre y el recién nacido.

2.3.2. Enfermería materno infantil

La enfermería materno infantil es una rama de la enfermería la cual se encarga de ejecutar actividades y labores relacionadas con las mujeres embarazadas o madres como también con los niños después de que hayan nacido. La enfermería materno infantil es una de las ramas más duras ya que exige mayor dedicación y compromiso porque tiene que ver con pacientes recién nacidos ya que son pacientes delicados, frágiles que necesitan todo el apoyo y atención de las enfermeras como también cuidado por lo tanto debe haber compromiso de parte del personal de enfermería (14).

2.3.3. ESAMyN

- **Concepto**

Es una Normativa sanitaria que se implementó con el fin de disminuir la mortalidad y morbilidad materna y neonatal a través de la atención adecuada a la gestante, el parto humanizado, el apoyo, protección y fomento de la lactancia materna es por eso que

todas las unidades sanitarias que atienden partos sean públicas o privadas deben cumplir con los artículos relacionados al parto, puerperio y de lactancia materna (6).

- **Antecedentes**

La Normativa nos dice que se implementa en Ecuador para fomentar la protección, lactancia materna tomando en cuenta la atención amable que se debe brindar a la madre. Pero se vio la necesidad de incluir más criterios como la atención amigable y humanizada a la madre durante la gestación, trabajo de parto, parto y puerperio. Igualmente, se amplía la cobertura de esta estrategia al Sistema Nacional de Salud, ya que se debe aplicar en hospitales y centros de salud que atienden partos en la Red Pública y Complementaria de Salud (6).

Esta normativa es de importancia y se desarrolló por evidencia de violencia obstétrica y la alimentación de los neonatos con sueros glucosados y leches artificiales se ha convertido en una práctica normal en los establecimientos de salud, sin tomar en cuenta lo perjudicial que es para la madre y su hijo. Por lo que debe ser respetada y apoyada la normativa y debe ir de la mano con la correcta información que el personal sanitario debe proveer a las madres y a la familia para que tengan conocimiento de los temas y tomen mejores decisiones (6).

El cumplimiento de esta normativa tiene el potencial de cambiar ya que con solo con la práctica de lactancia en la primera hora después del parto, se beneficia la lactancia exclusiva hasta el sexto mes y a su vez, esto permitiría: reducir un 19% el riesgo de leucemia en la niñez, reducir hasta en un 60% las probabilidades de fallecer por síndrome de muerte súbita, reducir el riesgo de obesidad y sobrepeso y las enfermedades crónicas correlacionadas en un 13%, disminuir el riesgo de padecer diabetes tipo 2 en un 35%.

Esta misma práctica también tiene beneficios en las madres, reduce las probabilidades de cáncer de mama en un 26%, el cáncer de ovarios en 37% y disminuye el riesgo de

contraer diabetes tipo 2 en 32%. Existen muchos más beneficios biológicos, fisiológicos, psicológicos, sociales y ambientales que respaldan con evidencia científica lo incluido en este documento. Se invita al personal de salud y a las usuarias a difundir y hacer cumplir esta normativa (6).

- **Objetivos**

- Mejorar la calidad e integralidad de la atención prenatal.
- Promover el parto humanizado y la adecuada atención del recién nacido.
- Mejorar la calidad de la atención de las emergencias obstétricas y neonatales.
- Prevenir la transmisión vertical del VIH y sífilis.
- Fomentar, apoyar y proteger la lactancia materna (6).

- **Metas**

- Lograr que los establecimientos de salud del MSP implementen la Normativa Sanitaria Establecimientos Amigo de la Madre y del Niño.
- El 35 % de establecimientos de salud que en su cartera de servicios atienden partos preparados para iniciar proceso de certificación ESAMyN (6).

- **Componentes y pasos**

La normativa ESAMyN comprende cuatro componentes y 24 pasos:

a) Componente General (1 paso)

Paso 1: Capacitar y dar a conocer la norma en el establecimiento de salud.

- Difundir en el establecimiento de salud la normativa.

- Contar con material edu-comunicacional de dichos componentes, para ser exhibido en áreas visibles para el personal de salud del establecimiento.
- Capacitar a todo el personal de los establecimientos de salud en los temas relacionados a los componentes de esta normativa (6).

b) Componente Prenatal (4 pasos)

Paso 2: Cumplir con las sesiones de educación prenatal a las embarazadas.

- Capacitar al personal de los establecimientos de salud en el contenido de la “Norma de Educación Prenatal”.
- Aplicar efectivamente las disposiciones de la “Norma de Educación Prenatal” (6).

Paso 3: Captar y controlar a madres embarazadas, y asegurar el tratamiento de mujeres en riesgo.

Para garantizar la cobertura, concentración, calidad y oportunidad de los controles prenatales, según el ámbito y nivel de responsabilidad, en los establecimientos de salud (6).

Paso 4: Garantizar la prueba de VIH y sífilis como su tratamiento en todas las embarazadas.

Para garantizar la cobertura del tamizaje y tratamiento del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y sífilis a todas las gestantes, el establecimiento de salud deberá realizar asesoría sobre riesgos de ITS y VIH durante el embarazo, por lo que las mujeres embarazadas deben realizarse el tamizaje para sífilis y VIH al menos en el primer control de embarazo, la importancia de realizarse el test de VIH ayuda a la prevención de transmisión vertical, prevención de transmisión sexual del virus y

acceder al tratamiento (6).

Paso 5: Articularse con agentes de la medicina ancestral para el cuidado antes, durante y después del parto.

- Disponer de un mapeo de actores y agentes de medicina ancestral.
- Establecer mecanismos de articulación entre agentes de la medicina ancestral y el establecimiento de salud (6).

c) Componente parto y postparto (10 pasos)

Paso 6: Permitir el acompañamiento por una persona de la elección de la madre, antes durante y después del parto.

Ya que una compañía durante el trabajo de parto ayuda a reducir la percepción de dolor severo, alienta la movilización, reduce el estrés, acelera el trabajo de parto, reduce intervenciones médicas e incrementa la confianza en la madre (6).

Paso 7: Garantizar un ambiente acogedor y el respeto de prácticas interculturales.

Nos dice aquí que el personal debe ser más sensible en la interculturalidad y prácticas culturales como también se puede permitir que la paciente use la vestimenta que desee si es que no hay restricciones, se debe permitir a la madre ingerir líquidos o alimentos ligeros si es que no hay restricción de ingesta, y por último ofrecer a la madre una opción de disponer la placenta si lo desea y no haya restricción clínica (6).

Paso 8: Asistir a la madre a que se movilice y asuma la posición a su elección.

El personal del establecimiento de salud que atiende partos y está en contacto con la madre, deberá alentarla a caminar y a moverse durante el trabajo de parto y asistirle

para que asuma el parto normal en libre posición, entendiéndose a la posición que elige la mujer al momento del expulsivo (6).

Paso 9: Proporcionar métodos no farmacológicos para alivio del dolor.

Ofrezca métodos no médicos para el alivio del dolor antes que medicamentos. Como son el masaje, calor local con compresas, deambulación, baños de agua, relajación, musicoterapia, aromaterapia, visualización y reafirmación verbal y física (6).

Paso 10: Evitar procedimientos invasivos y cesáreas innecesarias.

A menos que estén clínicamente indicados por complicación de la madre y/o del feto y se le explique la razón a la madre, se deben evitar los siguientes procedimientos: la canalización intravenosa de rutina, episiotomías, parto instrumentado, enema, separación, ruptura artificial, o descolamiento de membranas, inducción médica y/o aceleramiento del trabajo de parto, exámenes vaginales repetidos, fluidos intravenosos, monitoreo electrónico fetal continuo (cardiotocografía).

Como también control farmacológico del dolor, colocación de catéter urinario, posición supina o de litotomía (piernas en estribos), pujos dirigidos por el personal de salud, presión del fondo uterino (Kristeller), fórceps y extracción por vacío, exploración manual del útero o aspiración del recién nacido. El rasurado perineal es una práctica que no debe realizarse. Como también no realizar cesáreas, en caso de que la gestante sea VIH positivo, se garantizara el parto por cesárea según la normativa vigente (6).

Paso 11: Garantizar la aplicación de prácticas integradas a la atención del parto: pinzamiento oportuno, apego inmediato y lactancia en la primera hora.

El personal de salud que atiende partos deberá cumplir con la aplicación de prácticas integradas a la atención del parto, siendo éstas:

- Garantizar el contacto piel a piel inmediato de las madres con sus hijos para proporcionar abrigo y apego, salvo que exista una restricción específica por el estado de salud de la madre y/o el recién nacido. Los partos por cesárea con anestesia local o general no son una restricción para esta práctica.
- Garantizar la puesta al pecho del recién nacido a la madre dentro de la primera hora posterior al parto para el inicio temprano de la lactancia materna, salvo que exista una restricción específica por el estado de salud de la madre y/o del recién nacido.
- Garantizar el pinzamiento y corte oportuno del cordón umbilical el mismo que se realiza transcurrido al menos dos minutos desde el parto o tras el cese de su latido, lo que ocurra primero; salvo que exista una restricción específica por el estado de salud de la madre y/o del recién nacido y se le informe las razones.

Asegure el contacto precoz piel a piel, ininterrumpido, sin prisas, entre la madre y su bebé sano sin envolver, empiece inmediatamente, aún antes de pinzar el cordón, o tan pronto como sea posible en algunos minutos después del nacimiento. Arregle que el contacto piel a piel continúe por lo menos por una hora después del nacimiento. Se recomienda un período más prolongado de contacto piel a piel si el bebé no ha succionado en la primera hora después del nacimiento (6).

- **Contacto piel a piel**

- Tranquiliza a la madre y al bebé y ayuda a estabilizar la frecuencia cardíaca y respiratoria del bebé.
- Ayuda a mantener caliente al bebé con el calor que irradia el cuerpo de la madre.
- Ayuda con la adaptación metabólica y estabilización de la glicemia en el bebé.

- Permite la colonización del intestino del bebé con las bacterias normales que tiene la madre, siempre que ella sea la primera persona que sostenga al bebé y no la enfermera, médico u otros, lo que podría resultar en que las bacterias de estas otras personas colonicen el bebé.
- Reduce el llanto del bebé, reduce el estrés y el gasto energético.
- Facilita el apego entre la madre y su recién nacido, porque el bebé está alerta en la primera hora o dos horas. Después de dos a tres horas es frecuente que el bebé se duerma por períodos largos de tiempo.
- Permite que el bebé encuentre el pecho y se pegue, lo cual tiene más posibilidades de terminar en una succión efectiva que cuando el bebé se separa de su madre en las primeras horas (6).

Todos los bebés sanos y sus madres se benefician del contacto piel a piel inmediatamente después del parto. Todos los bebés deben secarse al ponerles en contacto con la piel de la madre. El bebé no necesita ser bañado inmediatamente después del parto. El sostener al bebé no está implicado en la transmisión del VIH. Es importante para una madre infectada con el VIH abrace a su bebé y tenga contacto físico con su bebé para que sienta el contacto físico con su bebé, se sienta cerca y cariñosa (6).

- **Superando las barreras para el contacto precoz piel a piel**

Muchas de las barreras al contacto piel a piel se relacionan con las prácticas arraigadas más que con una razón médica. Algunos cambios a las prácticas pueden facilitar el apego piel a piel.

- **Temor que el bebé se enfríe.** Secar al bebé y colocarlo desnudo en el pecho de la madre. Cubrirles con una frazada o cobertor sobre ambos la madre y el bebé. Si la habitación está fría, cubra la cabeza del bebé con un gorrito para

evitar la pérdida de calor. Los bebés en contacto piel a piel tienen mayor regulación de temperatura que los que se quedan debajo del calefactor o la estufa (6).

- **El bebé necesita examinarse.** La mayoría de los exámenes pueden realizarse en el pecho de la madre, donde el bebé yacerá tranquilo. El peso se tomará después.
- **La madre necesita que la suturen.** El bebé puede permanecer en el pecho de la madre si la episiotomía o la cesárea necesitan suturarse.
- **El bebé necesita bañarse.** Retrasar el primer baño permite que el unto sebáceo (vérnix) humecte la piel del bebé, la lubrique y la proteja. Retrasar el baño también previene la pérdida de temperatura. El bebé quedaría sin esta protección.
- **La sala de parto está ocupada.** Si la sala de parto está ocupada, la madre y el bebé pueden ser transferidos a la sala en contacto piel a piel, y el contacto continuará en la sala.
- **No hay personal disponible para permanecer con la madre y su recién nacido.** Un miembro de la familia puede permanecer con la madre y el bebé.
- **El bebé no está alerta.** Si el bebé está letárgico debido a la medicación materna es aún más importante que esté en contacto con su madre porque necesita apoyo extraordinario para el apego y su alimentación.
- **La madre está cansada.** Rara vez la madre está tan cansada que no quiere sostener a su bebé. El contacto con su recién nacido puede ayudarle a la madre a relajarse. Revisar las prácticas de trabajo de partos como la prohibición de líquidos y alimentos, y prácticas que pueden incrementar la duración del parto que puede cansar a la madre.

- **La madre no quiere sostener a su bebé.** Si la madre no quiere sostener a su bebé, puede ser indicativo de depresión de la madre y un mayor riesgo de abandono, negligencia o abuso del bebé. Alentar el contacto es importante porque puede reducir el riesgo de daño en el bebé (6).

Paso 12: Realizar los procedimientos médicos al recién nacido frente a la madre.

El pediatra o personal de salud encargado del cuidado del neonato realizará los procedimientos habituales al recién nacido frente a la madre, para lo que debe informar a la madre sobre todos los procedimientos a realizar al recién nacido (6).

Paso 13: Identificar posibles riesgos y manejar complicaciones que amenazan la vida de madre y bebé.

El personal de salud en contacto con la madre y el recién nacido aplicará los instrumentos estandarizados para la estratificación de riesgos y cumplirá con el manejo de las complicaciones que amenazan la vida de la madre y del neonato (6).

Paso 14: Permitir el contacto con bebés que requieran internación e informar sobre su evolución.

El personal de salud deberá permitir y promover el contacto de la madre, padre o familiar autorizado con el recién nacido, así como proveer información sobre la evolución del recién nacido que requiera internación. Para lo que se deberá:

- a) Garantizar el libre acceso de la madre, padre o familiar autorizado al servicio de neonatología (cuidados básicos, intermedios, intensivos y aislados), a excepción de los momentos en que se realicen procedimientos médicos.
- b) Promover y facilitar la alimentación del recién nacido con leche materna y/o leche humana del banco de leche.

- c) Brindar información sobre la evolución del recién nacido, toda vez que la madre, padre o familiar autorizado así lo requieran (6).

Paso15: Al alta: Asesorar y garantizar métodos de planificación familiar, informar sobre signos de alarma y conceder la cita del primer control para madre y bebé, en la primera semana después del parto.

- **Signos de peligro durante el embarazo**

- Dolor de cabeza y visión borrosa.
- Fuerte dolor de barriga
- Fiebre
- Hemorragia vaginal
- Pérdida de líquido por vagina
- Dolor fuerte de cabeza
- Nauseas
- Vómito frecuentes

- **Signos de peligro después del parto**

- Sangrado o secreción
- Fiebre
- Dolor de barriga
- Visión borrosa

- **Signos de peligro del bebé**

- Cambio de coloración
- Dificultad para alimentarse
- Fiebre
- Dificultad para respirar

- Tieso o con ataques
- Debilidad (6)

d) Componente lactancia materna (9 pasos)

Paso 16: Informar a todas las embarazadas de los beneficios y manejo de la lactancia materna.

El personal de salud debe informar a todas las madres de los beneficios y manejo de la lactancia materna, para lo que se les deberá brindar asesoría durante el período prenatal, el parto y el posparto inmediato, principalmente en los siguientes temas: lactancia materna y prácticas que la favorecen, apego inmediato, alojamiento conjunto, alimentación en caso de madre VIH positivo y otras contraindicaciones de lactancia materna.

La lactancia es importante para los beneficios a corto y largo plazo para las mujeres y los niños. Tanto la acción de amamantar como la composición de la leche humana es importante (6).

Paso 17: Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la hora siguiente al parto.

Cuando el bebé se encuentra en el pecho materno, en contacto piel a piel, el olor del pecho lo animará a moverse hacia el pezón:

- Ayude a la madre a reconocer el comportamiento pre alimentario o las señales.
- No debe haber presión a la madre ni al bebé respecto a cuán pronto succione, o cuánto dura la primera succión, o si tiene buen agarre o cuanto calostro ingiere el bebé.

- Ayudar con el inicio de la lactancia: cuando el bebé y la madre muestren signos de estar listos.
- Ayudar a las madres con cesárea a encontrar una posición cómoda para amamantar.
- Realizar un buen agarre procurando que la boca del bebé esté bien abierta, el labio inferior este evertido, el mentón tocando el pecho y por último la aréola visible por encima de la boca del bebé que por debajo (6).

Paso 18: Mostrar a las madres cómo amamantar y mantener la lactancia incluso en caso de separación de sus bebés.

El personal en contacto con las madres deberá indicarles cómo amamantar y cómo mantener la lactancia, incluso en caso de separación de sus recién nacidos. Para el efecto, dicho personal deberá:

- Enseñar la técnica adecuada de extracción de leche, informar sobre la posibilidad de donar leche humana y los beneficios para incrementar su producción.
- Si la madre decide no amamantar, el personal deberá enseñarle cómo preparar y alimentar correctamente al bebé con fórmula láctea.
- Para las madres VIH-positivo o que presenten contraindicaciones para la lactancia materna, el personal de salud deberá enseñar cómo preparar el alimento con fórmulas lácteas y la forma cómo suministrar este alimento al niño, así como apoyar la cesación de la producción de leche (6).

Paso 19: No dar al recién nacido alimento o líquido que no sea leche materna, salvo que estén médicamente indicados. Para el efecto, el personal de salud deberá:

- Promover la leche materna como único alimento para el recién nacido.
- En caso de que la madre decida no amamantar, se deberá analizar con ella las alternativas de alimentación para ayudar a decidir lo más adecuado en su situación, de forma que no se vulnere este derecho para los recién nacidos.
- Prohibir el uso de agua glucosada, suero oral y/o sucedáneos de leche materna para probar tolerancia (6).

Paso 20: Practicar alojamiento conjunto de madres y recién nacidos durante las 24 horas del día.

Alojamiento conjunto: Tiene beneficios que ayudan que la ictericia sea menor, haya más apego materno, menor abuso de los padres y menos abandono también disminuye las tasas de infección gracias a la lactancia materna él bebe tiene más protección de las capas mucosas del estómago (6).

Paso 21: Fomentar la lactancia a demanda, sin horas ni duración de toma.

No se debe poner horarios de lactancia, ni restricciones en la duración o frecuencia de succión, se debe enseñar a las madres a reconocer las señales de hambre y saciedad del niño (6).

Paso 22: No dar biberones ni chupones a los recién nacidos.

Los chupones artificiales pueden causar dificultades al bebé que está amamantando, porque el bebé puede tener dificultades al succionar al pecho, también los chupones y biberones transportan infecciones como las infecciones de oído y problemas dentales como también pueden relacionarse con una función oral anormal (6).

Paso 23: Referir a las madres a grupos de apoyo a la lactancia.

- El establecimiento debe promover grupos de apoyo a la lactancia materna.
- El establecimiento forme grupos de apoyo exclusivamente para madres que viven con VIH y/o refiera a las madres a grupos ya existentes (6).

Paso 24: No entregar material de propaganda o muestras gratis de leches de fórmula, biberones o chupones.

No se debe permitir en el establecimiento de salud, el contacto directo con representantes de industrias de similares de leche materna, como también no se debe entregar a ninguna embarazada, madre o familiar propagandas con muestras gratis o paquetes de regalo que incluyan leche, biberones o chupones (6).

2.3.4. Ramona T. Mercer

2.3.4.1. Datos Bibliográficos

Ramona T. Mercer inicio su carrera profesional como enfermera en 1950, en la escuela de enfermería St. Margaret en Montgomery- Alabama consiguió un diploma de enfermera, luego se graduó y recibió el premio L.L. Hill por tener excelencia en sus estudios. Después de trabajar como enfermera de planta como también enfermera jefe e instructora en materias de pediatría, obstetricia y enfermedades infecciosa regreso a la escuela en 1960.

Obtuvo su licenciatura en el año de 1962 en la Universidad de Nuevo México. Dos años después en 1964 obtuvo una licenciatura superior en la rama de enfermería materno infantil en la Emory University; luego consumó su doctorado en enfermería maternal en la Universidad de Pittsburgh en el año de 1973 (15).

Después de haber realizado su doctorado, viajó a California y acepto ser profesora asistente del departamento de enfermería del cuidado de la salud familiar en la Universidad de California. En 1983 acepto el cargo de profesora titular que lo ejerció hasta 1987 que fue el año de su jubilación.

En el transcurso de su carrera Mercer recibió muchos premios, el primer premio que recibió fue del departamento de salud, educación y servicio público de salud y bienestar de la Universidad Of Emory y volvió a ganar el mismo premio cuando estuvo en la Universidad de Pittsburgh. En 1982 también recibió el premio de la enfermera de salud materno- infantil en la National Foundation of the March of Dimes y la American Nurses Association (15).

Recibió un cuarto premio en 1984 de Helen Nahm Lecturer Award en la Universidad de California, los premios que ha recibido Mercer fueron gracias a sus investigaciones como también ha escrito cuantiosos artículos, editoriales y comentarios. También ha publicado seis libros y seis capítulos de libros. Es por eso y más que en 2005 Mercer fue reconocida como una de las alumnas y profesores más destacados, por eso y más su nombre aparece en la Wall of Fame de la Universidad de California en San Francisco (15).

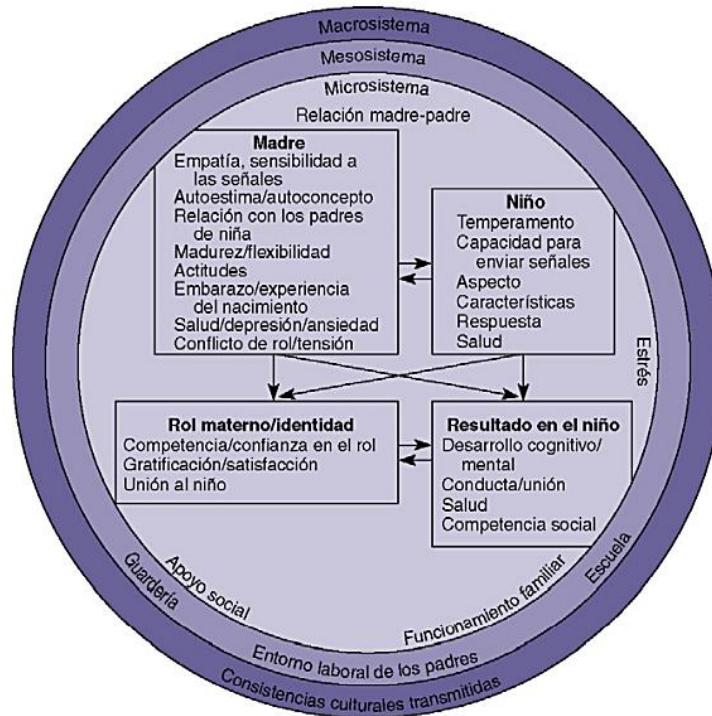
2.3.4.2. Bases de la teoría

La teoría de la adopción del rol maternal se desarrolla porque Mercer admiraba el trabajo de su profesora y tutora Reva Rubin ya que ella describió y definió la identidad del rol materno como proceso de unión al niño y de la identidad del rol materno. Además del trabajo de Rubín, Mercer utilizó las teorías del rol y de desarrollo, recurriendo a la teoría de Mead en 1934 sobre la representación del rol y la teoría de Turner en 1978 sobre el núcleo del yo.

La complejidad de su interés por la investigación hizo que Ramona Mercer utiliza muchas otras fuentes teóricas para poder identificar y estudiar las variables que afectan

a la adopción del rol materno. La mayor parte de su trabajo fue basado en las teorías de Rubin para que haya una expansión en su teoría (15).

Figura N°1: Modelo de adopción del rol materno



Fuente: Alligood, M; Tomey, A. (2011). Modelos y teorías en enfermería. [Figura].

2.3.4.2.1. Conceptos principales y definiciones

- Adopción del rol materno

Proceso interactivo y de desarrollo que se produce a lo largo del tiempo en el cual la madre crea un vínculo con su hijo, aprende las tareas de cuidado del rol y expresa el placer y la gratificación con el rol (15).

- Identidad materna

Tener una visión interiorizada de sí misma como madre (15).

- **Percepción de la experiencia del nacimiento**

La percepción de la mujer durante el parto y el nacimiento (15).

- **Autoestima**

La percepción del individuo de cómo los otros lo ven y la autoaceptación de estas percepciones (15).

- **Autoconcepto**

La percepción general del yo que incluye la autosatisfacción, la autoaceptación, la autoestima y la coherencia o discrepancia entre la identidad y la identidad ideal (15).

- **Flexibilidad**

La flexibilidad de las actitudes de crianza aumenta a medida que aumenta el desarrollo. Las madres más mayores poseen el potencial para responder de modo menos rígido con respecto a sus hijos y para considerar cada situación según las circunstancias (15).

- **Actitudes respecto a la crianza**

Actitudes y creencias maternas sobre la crianza (15).

- **Estado de salud**

Las percepciones de la madre y del padre acerca de su salud anterior, actual y futura; la resistencia-susceptibilidad a la enfermedad; la preocupación por la salud; la orientación de la enfermedad, y el rechazo del papel de enfermo (15).

- **Ansiedad**

Una característica de la persona propensa a percibir las situaciones estresantes como peligrosas o amenazantes y como un estado específico a la situación (15).

- **Depresión**

Padecer una serie de síntomas depresivos y, en particular, el componente afectivo del estado depresivo (15).

- **Tensión debida al rol**

El conflicto y la dificultad que una mujer siente cuando debe afrontar la obligación del rol materno (15).

- **Gratificación-Satisfacción**

La satisfacción, la alegría, la recompensa o el placer que una mujer experimenta en la relación con su hijo y al cumplir las tareas normales relacionadas con la maternidad (15).

- **Unión**

Un elemento del rol parental y de la identidad. La unión se contempla como un proceso en el cual se crea un vínculo afectivo y emocional con un individuo (15).

- **Temperamento del niño**

Existen temperamentos fáciles y difíciles; estos últimos se relacionan con la capacidad del niño de enviar mensajes a su madre difíciles de interpretar, lo que le crea sentimientos de incompetencia y frustración (15).

- **Estado de salud del niño**

Enfermedades que pueden comportar la separación de la madre y el niño, y que interfieren en el proceso de unión (15).

- **Características del niño**

Temperamento, apariencia y estado de salud (15).

- **Señales de los lactantes**

Las señales de los lactantes son conductas que provocan una respuesta de la madre (15).

- **Familia**

Un sistema dinámico que incluye subsistemas: individuos (madre, padre, feto/niño) y grupos de pares (madre-padre, madre-feto/niño y padre-feto/niño) dentro del sistema general de la familia (15).

- **Funcionamiento de la familia**

La visión individual de las actividades y relaciones entre la familia y sus subsistemas, y las unidades sociales más amplias (15).

- **Padre o compañero**

Según Ramona T. Mercer dice que contribuye al proceso de adopción del rol materno como no puede hacerlo ninguna otra persona. Según Donley refiere que las interacciones del padre ayudan a diluir la tensión y facilitan la adopción del rol materno (15).

- **Estrés**

Sucesos de la vida percibidos de modo positivo y negativo, y variables ambientales (15).

- **Apoyo social**

La cantidad de ayuda que recibe realmente, la satisfacción que produce esa ayuda y las personas (red) que la proporcionan. Las cuatro áreas de apoyo social son las siguientes:

- a) Apoyo emocional: Según Mercer es el sentirse amado, cuidado, digno de confianza y comprendido.
- b) Apoyo informativo: Según Mercer es cuando ayuda al individuo a solucionar problemas por sí solo ofreciéndole información útil para cada problema y/o situación.
- c) Apoyo físico: Según Mercer, Hackley y Bostrom dicen que es un tipo directo de ayuda.
- d) Apoyo de valoración: Según Mercer nos dice que informa a la persona sobre cómo está llevando a cabo su rol. Permite al individuo evaluarse a sí mismo en relación con la realización del rol de los demás (15).

- **Relación madre-padre**

Según Mercer no dice que es una percepción de la relación de pareja que incluye los valores, objetivos y los acuerdos deseados y reales entre los dos. Según Donley y Mercer nos dicen que la vinculación materna con el niño se desarrolla dentro del campo emocional de la relación de pareja (15).

- **Utilización de pruebas empíricas**

Mercer seleccionó tanto las variables maternas como las infantiles para sus estudios según la revisión que realizó de la bibliografía disponible y de los descubrimientos de los investigadores de diferentes disciplinas. Observó que un gran número de factores pueden tener una influencia directa o indirecta sobre el rol materno, lo que aumentó la complejidad de su trabajo.

Los factores maternos en la investigación de Mercer incluían la edad del primer nacimiento, la experiencia del nacimiento, la separación precoz del niño, el estrés social, el apoyo social, las características de la personalidad, el autoconcepto, las actitudes de crianza y la salud.

Incluyó las variables del niño relacionadas con el temperamento, la apariencia, la respuesta, el estado de salud y la habilidad para dar señales. Mercer (1995) y Ferketich y Mercer (1995a, 1995b, 1995c) también observaron la importancia del rol paterno y aplicaron muchos de los descubrimientos anteriores de Mercer al estudio de la respuesta del padre a la paternidad. Su investigación requería el uso de numerosos instrumentos para medir las variables de interés.

Mercer ha analizado estas variables en sus estudios de investigación con muchos intervalos, incluido el período inmediato al parto y después de 1, 4 y 8 meses y 1 año (Mercer y Ferketich, 1990a, 1990b). Además, ha incluido en la investigación a adolescentes, madres mayores, madres enfermas, madres que deben afrontar defectos congénitos, familias que experimentan estrés preparto, padres de alto riesgo, madres que dieron a luz por cesárea, unión paternofilial y competencia parental (Mercer, 1989; Mercer y Ferketich, 1994, 1995; Mercer, Ferketich y De Joseph, 1993).

Como paso reciente, comparó sus hallazgos y la base para su teoría original con la investigación actual. Como resultado, Mercer (2004) ha propuesto que el término adopción del rol materno sea sustituido por convertirse en madre, dado que éste describe con más exactitud la continua evolución del rol a lo largo de la vida de la

madre. Además, propuso utilizar hallazgos de la investigación enfermera más reciente para describir las etapas y el proceso de convertirse en madre (15).

- **Principales supuestos**

Para la adopción del rol materno estableció los siguientes supuestos:

- **Enfermería**

Mercer definió a la enfermería que es una profesión dinámica con tres focos principales: Fomentar la salud y prevenir la enfermedad, proporcionar cuidados a quienes necesitan asistencia profesional para conseguir su nivel óptimo de salud y funcionamiento e investigar para mejorar la base del conocimiento para proporcionar un cuidado enfermero excelente.

Las enfermeras proporcionan asistencia sanitaria a individuos, familias y comunidades. Después de valorar la situación y el entorno del cliente, la enfermera identifica los objetivos con él, le proporciona asistencia a través de la formación y del apoyo, proporcionando cuidados al cliente incapaz de proporcionárselos el mismo, y se interpone entre el entorno y el cliente (15).

- **Persona o paciente**

Así mismo Mercer define a la persona como un yo y al núcleo propio. Considera que la identidad o el yo es independiente de los roles que se ejecutan. Por medio de la individualización de la maternidad, una mujer puede aumentar su conciencia como persona. La madre como persona se considera una entidad independiente, pero en interacción con el niño, el padre u otra persona significativa. Ella influye y se deja influir por ambos (15).

- **Salud**

Mercer también define el estado de salud como la percepción que la madre y el padre poseen de su salud anterior, actual y futura, la resistencia susceptible a la enfermedad, la preocupación por la salud, la orientación de la enfermedad y el rechazo del rol del enfermo. El estado de salud del recién nacido es el grado de enfermedad presente y el estado de salud del niño según las creencias de los padres de la salud global (15).

- **Entorno**

Mercer definió el entorno según la definición de Bronfenbrenner que dice que el desarrollo de un rol/persona no puede considerarse independiente del entorno. Existe 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. El estrés ambiental influye tanto en el rol materno como en el paterno y en el desarrollo del niño (15).

• **Afirmaciones teóricas**

La teoría de la adopción del rol materno de Mercer y su modelo fueron presentados en 1991 durante una reunión en la Internacional Research Conference que se llevó a cabo en los Ángeles en California. Desde entonces, ha sufrido algunas modificaciones y se ha presentado más claramente en su libro de 1995. Mercer realiza una revisión en el 2004 donde la teoría se centra en la transición de la mujer al convertirse en madre.

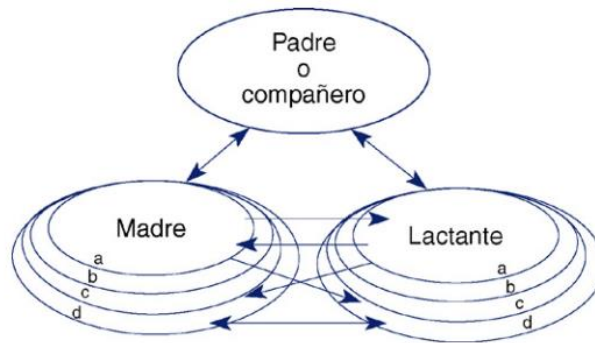
Según Mercer convertirse en madre es más que únicamente asumir el rol. Es una evolución continua e infinita; se propuso que se retirara el termino adopción del rol maternal. Pero cabe recalcar que hicieron recomendaciones Walker, Crain y Thompson, Koniak-Griffin y McBride y Shore quienes han examinado y planteado preguntas como punto final en el proceso (15).

- **Adopción del rol maternal: Modelo original de Mercer**

Este modelo se ubica en los círculos concéntricos de Bronfenbrenner de 1979 que se dividen en microsistema, mesosistema y macrosistema. Este modelo propuesto por Mercer se modificó en el 2000 cambiando el término exosistema por mesosistema y ha explicado que este cambio hace que el modelo sea más coherente con la terminología de Bronfenbrenner:

- El microsistema es el entorno contiguo donde se produce la adopción del rol materno, que envuelve a la familia y factores como el funcionamiento familiar, las relaciones entre la madre y el padre, el apoyo social y el estrés. Es la parte más influyente en la adopción del rol maternal ya que destaca la importancia del padre en adopción del rol ya que este ayuda a desvanecer la tensión en la pareja entre la madre-niño.
- El mesosistema aglomera, influye e interactúa con las personas del microsistema en donde puede influir al rol materno en desarrollo y al niño. Aquí se incluye la guardería, la escuela, el entorno laboral, los lugares de culto u otras entidades de la comunidad más inmediata.
- El macrosistema incluye las influencias sociales, políticas y culturales sobre los otros dos sistemas. Intervienen las leyes nacionales respecto a las mujeres, niños y las prioridades sanitarias que influyen en la adopción del rol materno entran dentro del macrosistema (15).

Figura N°2 Microsistema dentro del modelo desarrollo de la adopción del rol materno



Fuente: Alligood, M; Tomey, A. (2011). Modelos y teorías en enfermería. [Figura].

La adopción del rol materno es un proceso que sigue cuatro estadios:

- a. **Anticipación:** Este estadio empieza durante la gestación e incluye los primeros ajustes sociales y psicológicos al embarazo. Aquí la madre aprende la expectativas del rol, imagina sobre él, establece relación con el feto que está en el útero y se inicia la adopción del rol.
- b. **Formal:** Este estadio empieza cuando el niño nace e incluye el aprendizaje del rol y su activación.
- c. **Informal:** Este estadio empieza cuando la madre desarrolla sus propias maneras de realizar.
- d. **Personal:** En este estadio se produce cuando la mujer interioriza el rol. La madre experimenta un sentimiento de armonía, confianza y competencia en el modo en que lleva a cabo el rol y alcanza el rol maternal (15).

Los estadios de adopción del rol se disfrazan y se ven modificados por el crecimiento y el desarrollo del niño. El último estadio de la identidad del rol materno puede alcanzarse en un mes o varios meses. Los estadios se ven influidos por el apoyo social,

el estrés, el funcionamiento de la familia y también por la relación entre la madre y el padre o algún otro familiar (15).

Las características y conductas tanto de la madre como del niño pueden influir en la identidad del rol materno y el niño. Las características y conductas maternas incluidas en el modelo de Mercer son la empatía, la sensibilidad a las señales emitidas por el niño, la autoestima y el autoconcepto, la relación con sus padres cuando la madre era niña, la madurez y la flexibilidad, la actitud, el embarazo y la experiencia del nacimiento, la salud, la depresión y el conflicto del rol. Los ejemplos de despuestas del desarrollo de la identidad materna de la madre, incluye los siguientes:

- a. Contacto visual con la madre mientras le habla, reflejo de presión.
- b. Reflejo de sonreír y conducta tranquila en respuesta a los cuidados de la madre.
- c. Conductas interactivas coherentes con la madre.
- d. Respuestas de obtención por parte de la madre; aumento de la movilidad (15).

- **Convertirse en madre: Un modelo revisado**

Los estudios cualitativos han identificado etapas de la adopción del rol materno utilizando los términos descriptivos de las participantes. Una compilación de los resultados de algunos de estos estudios ha llevado a Mercer (2004, 2006) a proponer los siguientes cambios en los nombres de las etapas que conducen a la identidad del rol maternal:

- Compromiso y preparación (embarazo).
- Conocimiento, práctica y recuperación física (primeras 2 semanas).
- Normalización (segunda semana a 4 meses).

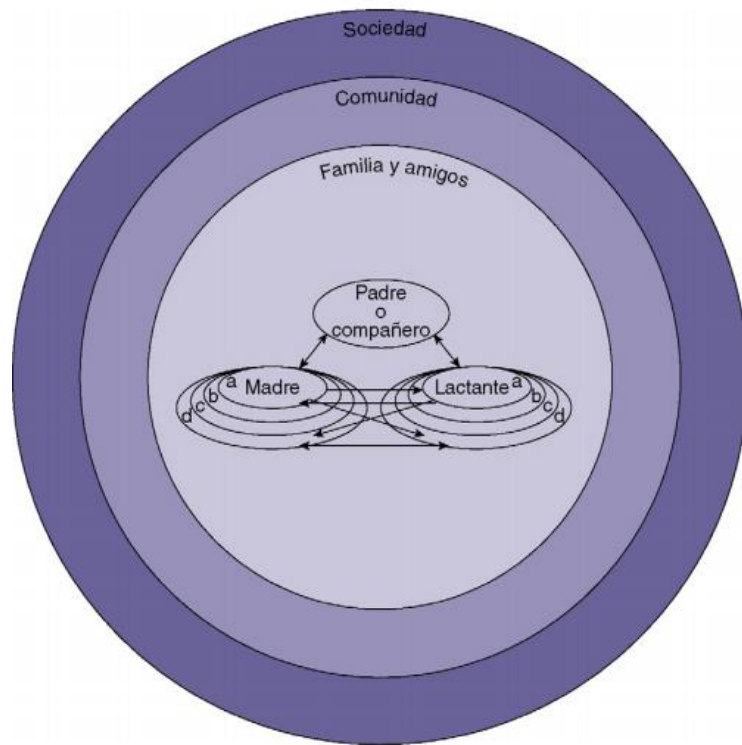
- Integración de la identidad materna (aproximadamente, 4 meses).

Estas etapas son paralelas a las etapas originales de la teoría de Mercer, aunque abarcan la experiencia materna de manera más completa y utilizan terminología derivada de las descripciones de las experiencias de madres primerizas. La construcción de la teoría, según Mercer, es un proceso continuo a medida que la investigación proporciona evidencias para clarificar conceptos, adiciones y eliminaciones (15).

Aunque muchos de los estudios más recientes apoyan los hallazgos tanto de Rubín como de Mercer, reorganizó la evidencia de cambios necesarios en su teoría original para una mayor claridad y consistencia. Desde este punto de vista, propuso retirar el término adopción del rol materno reconoce que convertirse en madre que comporta un crecimiento continuo en ser madre, es más descriptivo del proceso, lo cual es más que un rol. Aunque algunos roles pueden terminarse, la maternidad es un compromiso de por vida (15).

Mercer ha continuado utilizando el concepto de Bronfenbrenner de interacción anidada en entornos ecológicos. Sin embargo, ella los reetiquetó para reflejar los entornos vitales: Familia, amigos, comunidad y sociedad. El nuevo modelo coloca las interacciones entre la madre, el niño y el padre en el centro de los entornos de interacción. Las variables dentro del entorno de la familia y de los amigos incluyen el apoyo social y físico, los valores familiares, las guías culturales para la maternidad, el conocimiento y las habilidades, el funcionamiento familiar y la afirmación como madre (15).

Figura N°3: Convertirse en madre: Un modelo revisado



Fuente: Alligood, M; Tomey, A. (2011). Modelos y teorías en enfermería. [Figura].

- **Forma Lógica**

Mercer utilizó la lógica deductiva y la inductiva para desarrollar el marco teórico del estudio de los factores que influyen en la adopción del rol materno durante el primer año de maternidad y en su teoría. La lógica deductiva se refleja en el uso que Mercer hace de trabajos de otros investigadores y disciplinas. Las teorías de rol y de desarrollo y el trabajo de Rubin en la realización del rol maternal proporcionando una base para el marco (15).

Asimismo, Mercer utilizó la lógica inductiva en el desarrollo de la teoría de la adopción del rol maternal. Mediante la práctica y la investigación, observó la adopción a la maternidad cuando una enfermedad materna complicaba el periodo posparto,

cuando nacía un niño con un defecto y cuando una adolescente se convertía en madre (15).

- **Aceptación por parte de la comunidad enfermera**

- **Práctica profesional**

La teoría de Mercer está muy orientada hacia la práctica. Los conceptos de su teoría se mencionan en muchos libros de texto de obstétrica, y muchas enfermeras y otras disciplinas los utilizan en la práctica. Tanto la teoría como el modelo propuesto son capaces de servir como marco para la valoración, planificación, implantación y evaluación del cuidado enfermero de las nuevas madres y sus hijos (15).

En el 2005 Meighan describe la utilidad de la teoría de Mercer en la práctica enfermera en la tercera edición de Nursing Theory. La teoría de Mercer también es útil para las enfermeras que trabajan en maternidades. Mercer relaciono los descubrimientos de las investigaciones con la práctica enfermera en cada intervalo de tiempo desde el nacimiento a lo largo del primer año, aplicando su teoría a diferentes ambientes pediátricos (15).

- **Formación**

El trabajo de Mercer ha aparecido ampliamente en los textos enfermeros. Muchos de los conceptos actuales de los textos de enfermería maternal e infantil se basan en las investigaciones de Mercer. La teoría y el modelo de Mercer ayudan a simplificar un proceso muy complejo, potencian la comprensión y hacen que la contribución de Mercer sea extremadamente valiosa para la educación enfermera (15).

- **Investigación**

Mercer ha defendido que las estudiantes se impliquen en las investigaciones del profesorado. Durante su periodo de profesora en la Universidad de California, presidio

comisiones y participo en la elaboración de tesis y tesinas. La investigación en colaboración con un estudiante de enfermería y un profesor asociado en 1977 y 1978 dio como resultado el desarrollo de un instrumento muy fiable y valido para medir las exactitudes de las madres acerca de la experiencia del embarazo y del parto (15).

La adopción del rol materno ha constituido una preocupación principal de las enfermeras desde el trabajo pionero de la tutora de Mercer, Rubin, hace ya casi dos décadas. En la actualidad se ha convertido en una teoría sólida, basada en el estudio, que las investigadoras enfermeras han buscado en su análisis de la experiencia de madres primerizas (15).

- **Desarrollos Posteriores**

Mercer utilizó su investigación inicial como base para otros estudios. En sus investigaciones posteriores, su objetivo era identificar los elementos que predicen la unión materno-filial con la base de la experiencia materna en el nacimiento y el estado de riesgo materno. Asimismo, examino la competencia paterna según la experiencia del nacimiento y el estado de riesgo del embarazo. En otro estudio desarrollo un modelo causal para predecir las relaciones del compañero en los embarazos de alto y bajo riesgo, y lo puso en práctica (15).

En los últimos años, como se ha descrito anteriormente, el modelo y la teoría original se ha mejorado y modificado. Basándose en investigaciones más recientes, incluyo la importancia del padre en la adopción del rol materno y añadió este aspecto a su modelo y a la teoría en un apartado de su libro reciente, *Becoming a Mother: Research on Maternal Identify from Rubin to the Present*. En su libro, *First- Time Motherhood: Experiences from Teens to Forties*, presento un modelo que describe las cuatro fases que se producen en el proceso de adopción del rol materno durante el primer año de maternidad:

- a) Fase de recuperación física, que va del nacimiento al primer mes.

- b) Fase de consecución, de los 2 a los 4 o 5 meses.
- c) Fase de interrupción, que tiene lugar de los 6 a los 8 meses.
- d) Fase de reorganización, del octavo mes al primer año de vida (15).

Además, la adopción del rol materno tiene lugar en tres niveles diferentes (biológico, psicológico y social) que interaccionan y son independientes en las diferentes fases. Estas fases y los niveles de adaptación se describen brevemente y se aplican en su investigación. También hubo cambios del modelo y la adopción de las cuatro fases descriptivas al proceso de convertirse en madre:

- a) Compromiso y preparación (embarazo).
- b) Consecución, práctica y recuperación física (primeras 2 semanas).
- c) Normalización (segunda semana a 4 meses).
- d) Integración de la identidad maternal (aproximadamente 4 meses).

Estos cambios estaban basados en estudios de investigación de otras enfermeras y son la evidencia del escrutinio continuo de Mercer y de la crítica de su teoría para mejorar su utilidad en la práctica y en la investigación. La preocupación de Mercer respecto a la utilidad y la aplicación de su teoría es evidente en su trabajo continuando hacia la claridad y la utilidad. Las revisiones de su teoría en el año 2003, aunque basada en investigación enfermera, todavía no han sido verificadas completamente en otros estudios (15).

En el 2004 la propuesta de Mercer de abandonar la adopción del rol materno por el término “convertirse en madre” se argumenta de manera lógica, aunque pocos estudios la utilizan en la práctica o en la investigación. Aunque la investigación cualitativa para

describir las fases de convertirse en madre utiliza las palabras exactas de mujeres que experimentan esta transición en otras culturas o en circunstancias distintas (15).

- **Crítica**

- **Claridad**

Los conceptos, las variables y las relaciones no siempre se definen explícitamente, pero si se describen y están implícitos en el trabajo inicial de Mercer. Sin embargo, las definiciones funcionales y teóricas son coherentes. El trabajo para mejorar la claridad es evidente. Los conceptos, las suposiciones y los objetivos se han organizado en un todo lógico y coherente, de manera que la comprensión de las interrelaciones entre los conceptos sea relativamente fácil.

Mercer ha continuado trabajando para conseguir una mayor claridad. Ha propuesto el uso de términos derivados de los investigadores enfermeros que serían más claramente comprendidos por parte de los usuarios de la teoría. También ha examinado la investigación cualitativa que contenía las palabras exactas de mujeres que experimentaban la maternidad, y ha favorecido el uso de estas palabras para describir las etapas de convertirse en madre (15).

Por tanto, es útil para estudiar y trabajar con los miembros de la familia después del nacimiento. El trabajo de Mercer ha sido muy útil para ampliar la gama de aplicación de teorías anteriores sobre la adopción del rol materno, ya que sus estudios incluyen varios niveles de desarrollo y contextos situacionales, unas características que otros estudios no presentan (15).

- **Simplicidad**

A pesar del gran número de conceptos y de relaciones, el marco teórico para la adopción del rol materno o de convertirse en madre organiza un fenómeno bastante complejo de un modo fácil de comprender y útil. La teoría es predictiva y sirve para

guiar la práctica. Los conceptos no son específicos para el tiempo y el espacio y son abstractos, pero pueden describirse y funcionar, ya que los significados no pueden malinterpretarse fácilmente. Sin embargo, debe destacarse que la investigación realizada para definir y defender las relaciones teóricas era muy compleja, como consecuencia del gran número de conceptos que se usaron (15).

- **Generalidad**

La teoría de Mercer deriva y es específica de la enfermería de relación entre los padres y el hijo, aunque ha sido utilizada por otras disciplinas preocupadas por la maternidad y la paternidad. Es una de las pocas teorías aplicables a los pacientes de alto riesgo y a sus familias. Como se mencionó previamente puede aplicarse a una variedad de ambientes pediátricos. Mercer en 1995 ha reeditado su teoría para estudiar y predecir la unión con los padres, incluido el compañero de la mujer embarazada (15).

Por tanto, es útil para estudiar y trabajar con los miembros de la familia después del nacimiento. El trabajo de Mercer ha sido muy útil para ampliar la gama de aplicación de teorías anteriores sobre la adopción del rol materno, ya que sus estudios incluyen varios niveles de desarrollo y contextos situacionales, unas características que otros estudios no presentan (15).

- **Precisión empírica**

El trabajo de Mercer procede de grandes esfuerzo de investigación. Los conceptos, los supuestos y las relaciones se sustentan principalmente en observaciones empíricas y son coherentes. El grado de concreción y plenitud de las definiciones funcionales aumenta la precisión empírica. El marco teórico para estudiar las diferencias entre los grupos de edad de madres primerizas es tributario de probarlo más a fondo y de que otros puedan utilizarlo. Los cambios más recientes propusieron modificaciones para aumentar la claridad de los conceptos y se basan en estudios de investigación de otros dentro de la disciplina de la enfermería (15).

- **Consecuencias deducibles**

El marco teórico para la adopción del rol materno en el primer año ha demostrado ser útil, práctico y valioso para las enfermeras. El trabajo de Mercer se ha utilizado repetidamente en la investigación, la práctica y la formación. El marco también puede aplicarse a cualquier disciplina que funcione con madres y niños en el primer año de maternidad (15).

A lo largo de su carrera, Mercer ha unido la investigación con la práctica de modo coherente. Las implicaciones para las enfermeras y/o las intervenciones enfermeras son el vínculo entre la investigación y la práctica en la mayoría de sus trabajos. Mercer considera que la investigación enfermera es el «puente hacia la excelencia» en la práctica enfermera (15).

2.4. Marco Legal y Ético

2.4.1. Constitución de la Republica del Ecuador

Art.32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir (16).

El estado garantizara este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral en salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional (16).

2.4.2. Plan Nacional Toda una Vida

Objetivo 1: Garantizar una vida digna con iguales oportunidades para todas las personas.

El garantizar una vida digna en igualdad de oportunidades para las personas es una forma particular de asumir el papel del Estado para lograr el desarrollo; este es el principal responsable de proporcionar a todas las personas –individuales y colectivas–, las mismas condiciones y oportunidades para alcanzar sus objetivos a lo largo del ciclo de vida, prestando servicios de tal modo que las personas y organizaciones dejen de ser simples beneficiarias para ser sujetos que se apropian, exigen y ejercen sus derechos (17).

2.4.3. Ley Orgánica de Salud

Art. 6. Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública: Diseñar e implementar programas de atención integral y de calidad a las personas durante todas las etapas de la vida y de acuerdo con sus condiciones particulares (18).

2.4.4. Ley de Maternidad gratuita y atención a la infancia

Art. 1. Toda mujer tiene derecho a la atención de salud gratuita y de calidad durante su embarazo, parto y postparto, así como al acceso a programas de salud sexual y reproductiva. De igual manera se otorgará sin costo la atención de salud a los recién nacidos-nacidas y niños niñas menores de cinco años, como una acción de salud pública, responsabilidad del Estado (19).

2.4.5. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial

- **Principio 2**

El diseño y la realización de cualquier procedimiento experimental que implique a personas debe formularse claramente en un protocolo experimental que debe presentarse a la consideración, comentario y guía de un comité nombrado especialmente, independientemente del investigador y del promotor, siempre que este comité independiente actúe conforme a las leyes y ordenamientos del país en el que se realice el estudio experimental. (20).

- **Principio 6**

Debe respetarse siempre el derecho de las personas a salvaguardar su integridad. Deben adoptarse todas las precauciones necesarias para respetar la intimidad de las personas y reducir al mínimo el impacto del estudio sobre su integridad física y mental y su personalidad (20).

- **Principio 9**

En toda investigación en personas, cada posible participante debe ser informado suficientemente de los objetivos, métodos, beneficios y posibles riesgos previstos y las molestias que el estudio podría acarrear. Las personas deben ser informadas de que son libres de no participar en el estudio y de revocar en todo momento su consentimiento a la participación. Seguidamente, el médico debe obtener el consentimiento informado otorgado libremente por las personas, preferiblemente por escrito (20).

CAPÍTULO III

3. Metodología de la investigación

3.1. Diseño de la investigación

3.1.1. Diseño cualitativo

Estudia la realidad en su contexto natural, tal y como sucede, intentando sacar sentido, interpretando los fenómenos de acuerdo con los significados que tienen para las personas implicadas. La investigación cualitativa involucra la utilización y recogida de una gran variedad de materiales como: entrevista, experiencia personal, historias de vida, que describen lo que vamos a estudiar, situaciones problemáticas y los significados en la vida de las personas (21).

El estudio es cualitativo porque posee un orientación metodológica en la que incluye el acercamiento interpretativo y natural del grupo de madres primerizas que se estudiaron. Intentando acercarse a la realidad social a partir de la utilización de datos no cuantitativos.

3.2. Tipo de la investigación

El tipo narrativo recolecta datos sobre historias de vida y experiencias de determinadas personas para describirlas y analizarlas, que son de gran interés para las personas en sí mismas y su entorno. Creswell, señala que el diseño narrativo en diversas ocasiones es un esquema de investigación, pero también es una forma de intervención, ya que el contar una historia ayuda a procesar cuestiones que no estaban claras (22).

En el estudio se narra la calidad de atención recibida de parte del personal de salud durante el apego precoz, los sentimientos y experiencias que percibió cada una de las madres primerizas.

3.3. Localización y ubicación de estudio

El universo de estudio estuvo constituido por todas las madres de recién nacidos identificados en el Hospital San Vicente de Paúl, el cual se encuentra ubicado en la provincia de Imbabura en la ciudad de Ibarra, donde se llevará a cabo la investigación desde el año 2019-2020, en el servicio de Centro Obstétrico.

3.4. Población

3.4.1. Población de estudio

Está constituido por 10 madres a las que tuvieron la oportunidad o no de estar en apego precoz una hora con su bebé en el servicio de Centro Obstétrico del Hospital Vicente de Paúl, el mismo que será desarrollado en un periodo del año 2019-2020.

3.4.2. Criterios de inclusión

- Madres de recién nacidos.
- Madres que se les haya realizado apego precoz.
- Madres que no se les haya realizado apego precoz.
- Madres que aceptan participar en el estudio.

3.4.3. Criterios de exclusión

- Muerte de recién nacido

- Madres con aborto espontáneo
- Madres que no quieran participar en el estudio

3.5. Operacionalización de variables

En el enfoque de investigación cualitativa Maxwell refiere que no se realiza operacionalización de variables por cuanto este acápite no ha sido desarrollado (23).

Los constructos manejados en la investigación son:

Constructo 1

- **Adaptación del rol materno:** Proceso de desarrollo en el que existe la presencia de un vínculo entre la paciente y su hijo, el mismo que le ayuda a expresar sentimientos.

Constructo 2

- **Identidad materna:** Cambio y desarrollo de la paciente en el rol de madre.

Constructo 3

- **Percepción de la experiencia de nacimiento (parto-nacimiento):** La percepción o la visión que tuvo la paciente al experimentar el embarazo, el parto y el nacimiento de su hijo.

Constructo 4

- **Autoestima:** La autoestima que tiene la paciente, es el cómo perciben su imagen los demás y si en algo afecta su entorno.

Constructo 5

- **Autoconcepto:** Definición y percepción de la paciente sobre si misma para poder sobrellevar situaciones que se enfrentan en su rol.

Constructo 6

- **Flexibilidad:** Actitud de la paciente que contribuye en el desarrollo y crianza del bebe, en el que se desencadena el proceso de la maternidad y el potencial que tiene la madre.

Constructo 7

- **Actitudes respecto a la crianza:** Actuación de la paciente y conocimientos que presenta para un buen desarrollo de su hijo.

Constructo 8

- **Estado de salud:** Situación física, biológica, psicológica, emocional y social de la paciente durante su nuevo rol.

Constructo 9

- **Ansiedad:** Propensión de la paciente a experimentar situaciones estresantes que afectan a su entorno.

Constructo 10

- **Depresión:** Percepción de la paciente sobre pensamientos negativos, sentimientos de tristeza, impotencia sobre la resolución de problemas o situaciones que se presenten en el rol materno.

Constructo 11

- **Tensión debida al rol:** Afrontamiento de la paciente a conflictos o dificultades en el transcurso de su rol como madre.

Constructo 12

- **Gratificación-satisfacción:** Sentimientos de felicidad o satisfacción sobre las actividades que cumple como madre con su hijo.

Constructo 13

- **Unión:** Lazo afectivo y emocional que tiene la paciente con él bebe.

Constructo 14

- **Temperamento del niño:** Señales o gestos que tiene el bebé para comunicarse con la madre/paciente.

Constructo 15

- **Estado de salud del niño:** Deterioro de salud del bebé por lo cual debe ser separado de su madre/paciente.

Constructo 16

- **Características del niño:** Rasgos faciales que tiene el bebé, así como también su estado de salud.

Constructo 17

- **Señales de los lactantes:** Cuando el bebé tiene hambre tiene cierta conducta que transmite a la paciente para que inmediatamente del seno.

Constructo 18

- **Familia:** Percepción de la paciente sobre el sistema en que está compuesto el entorno familiar del niño.

Constructo 19

- **Funcionamiento de la familia:** Es la relación que tiene la familia de la paciente y el comportamiento de los individuos entre sí ante el nuevo rol de la paciente.

Constructo 20

- **Padre o compañero:** Es la pareja o relación sentimental que tiene la paciente y su apoyo durante este proceso.

Constructo 21

- **Estrés:** Situaciones que se manifiestan psicósomáticamente en la paciente.

Constructo 22

- **Apoyo Social:** Son sentimientos afectivos y positivos que brinda la familia o personas cercanas a la paciente.

Constructo 23

- **Relación Padre-Madre:** Es la convivencia y afecto que manifiesta la pareja ante el nuevo rol.

3.6. Métodos de recolección de información

El instrumento utilizado fue la entrevista semiestructurada que se aborda a profundidad desde los datos sociodemográficos.

Las técnicas utilizadas para registrar la información de las entrevistas comprendieron:

- Escribir notas detalladas
- Registrar en una grabadora
- Observar en todo momento para captar información que no se plasma en palabras o se detalla en la entrevista. Utilizar una técnica observacional para verificar el cumplimiento de la norma de apego precoz.

3.7. Análisis de datos

Para el análisis de datos que se recolectaron gracias a las respuestas del cuestionario de la entrevista, se realizó una codificación abierta y axial.

En cuanto a la codificación abierta trata de expresar los datos y fenómenos en forma de conceptos. Con este fin, primero se desenmaraña los datos. Se clasifica las expresiones por unidades de significado como palabras individuales, secuencias breves de palabras, para asignarles anotaciones y sobre todo conceptos. Durante la codificación abierta los datos se descomponen en partes, se examinan y se comparan en busca de similitudes y diferencias. Los sucesos, acciones que se consideren

conceptualmente similares y se agrupan bajo conceptos más abstractos y denominados categorías (24).

Por consiguiente, la codificación axial es el proceso de relacionar las categorías con sus subcategorías denominadas “axial”. El propósito de la codificación axial es comenzar el proceso de reagrupar los datos que se fracturaron durante la codificación abierta. En la codificación axial se relaciona con sus subcategorías para formar una explicación más precisa y completa sobre los fenómenos (24). Por último, se obtuvo la información teórica mediante cuadros de comparación y la utilización del programa N-Vivo versión 11.

CAPÍTULO IV

4. Resultados de la investigación

Una vez aplicado el instrumento de la investigación que fue la entrevista a base de un cuestionario, los datos obtenidos se realiza la codificación de tipo axial mediante el programa N-vivo. A continuación, se presenta los datos más relevantes.

4.1. Análisis de resultados

4.1.1. Descripción sociodemográfica.

Tabla N° 1: Características sociodemográficas de un grupo de madres primerizas

Variable	Descripción	Cantidad	Total
Edad	Menor de 18	2	10
	18-23	7	
	25-30	1	
Grado de instrucción	Secundaria incompleta	2	10
	Secundaria completa	5	
	Superior incompleta	2	
	Superior completa	1	
Estado civil	Soltera	1	10
	Casada	2	
	Unión libre	7	
Nacionalidad	Ecuatoriana	9	
	Venezolana	1	
Religión	Católica	10	10
Grupo cultural	Mestiza	8	10
	Indígena	1	
	Afroecuatoriana	1	

Análisis y discusión: En la tabla se evidencia que en cuanto la edad, las madres primerizas cumplieron su estado de gestación en un rango etario entre los 18 a 23 años. En referencia al grado de instrucción la mayor parte a cursado la secundaria completa y se encuentran en unión libre.

Cabe señalar que Javier Mancilla Ramírez refiere que Los riesgos del embarazo en la adolescencia se incrementan en los países ya que la UNICEF señala que entre el 20 y

46% de las mujeres tienen su primer hijo antes de los 18 y a los 20 años del 30 al 67% han tenido su primer parto y en la tabla presente observamos que si hubo madres que tuvieron su bebe siendo menores de edad y la mayoría entre los 18 y 23 años que se consideran como mujeres inmaduras para completar un embarazo (25).

4.1.2. Percepción de la calidad de atención recibida.

Tabla N° 2: Percepción de las usuarias sobre la calidad de atención en el parto

Preguntas	Percepción positiva	Percepción negativa
¿Cómo le trato el personal de salud en el proceso del parto?	El grupo de madres manifiestan que el personal de salud trata a sus pacientes con amabilidad y respeto en el proceso del parto	
¿Las enfermeras que le atendieron le dieron a conocer sobre el apego precoz?		El grupo de madres refieren que el personal de salud no está brindando la información correspondiente sobre el apego precoz que dicta la normativa del ESAMyN.
¿Cuánto tiempo dejaron al bebé en su pecho?		El grupo de madres manifiestan que no se está dejando al bebé en el pecho de la madre en el tiempo estimado que dice la normativa y no se está realizando el apego precoz a ninguna madre que ha tenido parto por cesárea.
¿Qué complicaciones ocurrieron en su parto para que no le realicen el apego precoz?		El grupo de madres refieren que la mayoría de las pacientes no tuvieron complicaciones para que no se les realice el apego precoz.

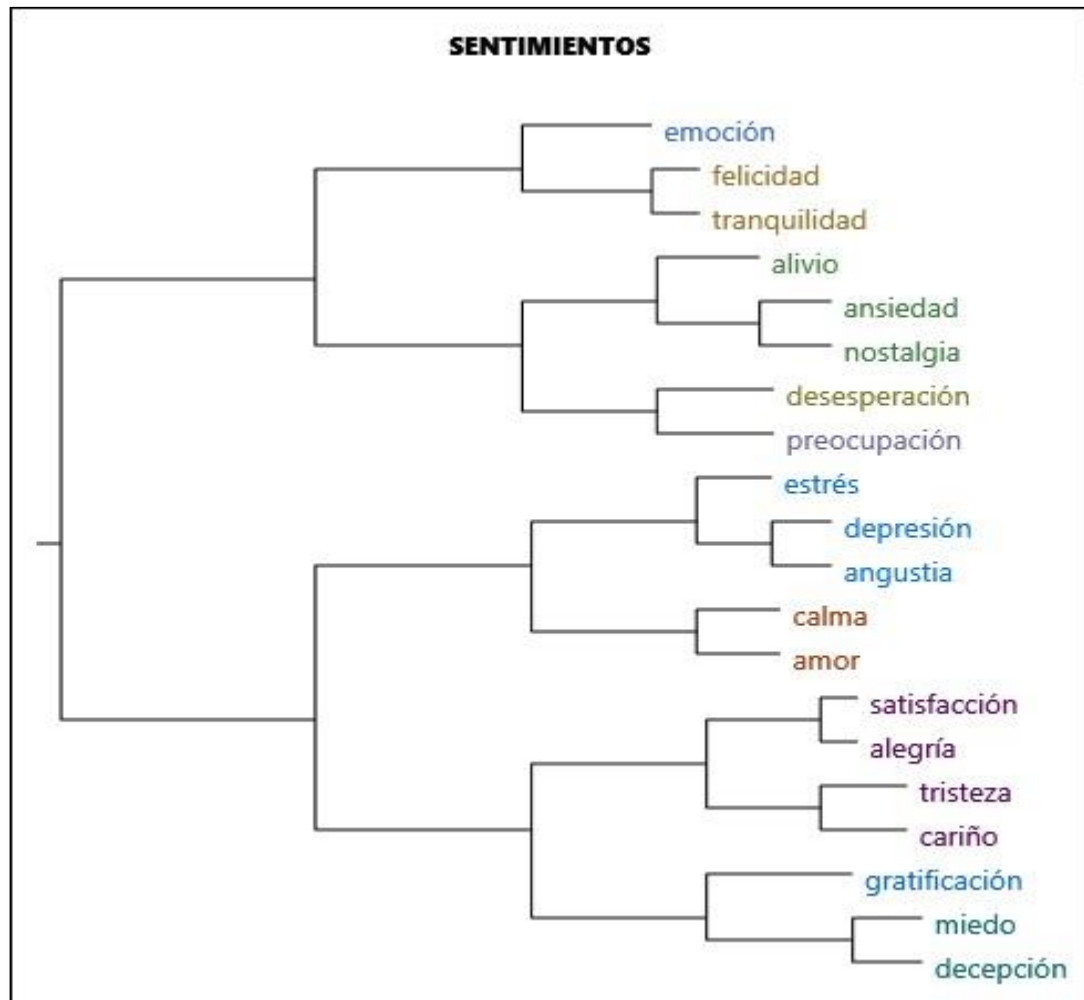
Análisis y discusión: La calidad percibida por las madres se encuentra conceptualizada de forma positiva y negativa. Hubo un predominio negativo en los siguientes aspectos: Información deficiente en los componentes descritos en la normativa ESAMyN.

De acuerdo con la investigación de Kristy G. Franco-Poveda que habla de la falta de gestión del cuidado efectivo radica en enfermería ya que se dedica trabajo multifuncional, con extenuantes horas laborables, mecánica compleja, protocolos que desvanecen el arte del cuidado enfermero autónomo y responsable en la maternidad, desmejorando de manera radical el cuidado materno neonatal (26).

También cabe comparar que el rol importante de enfermería no se está desarrollando sobre todo el ser educadora y promotora de la salud. Este rol proporciona un plan mejorado de la información que brindan a las madres para que no haya información equivocada de influencias externas, como también reforzar la vocación de la profesión y ser enfermeras humanitarias. Ya que el personal de enfermería se está enfocando en realizar solo su trabajo lo más pronto posible pero no está brindando una atención con calidad y calidez. Es comprensible por la demanda laboral que dejan al personal de enfermería por lo que no pueden rendir efectivamente con sus pacientes por el cansancio.

4.1.3. Sentimientos y experiencias que reflejan las madres primerizas

Gráfico N° 1: Sentimientos revelados por las madres primerizas



Análisis y discusión: En cuanto a los sentimientos se puede percibir que existen sentimientos negativos y positivos. Ante lo mencionado los sentimientos negativos invadían a las madres como el miedo, desesperación, ansiedad, preocupación como se presenta en la gráfica que afectaron el embarazo de las madres y que el parto no fuera placentero. Hay que mencionar que estos sentimientos surgían porque el grupo de madres sentían miedo a causa de sus padres.

Al respecto conviene decir que la desesperación que sentían era por inseguridad de que es bebé no se desarrolle con normalidad. No solo la desesperación sino también la

depresión donde la madre no tenía sentimientos afectivos por su bebé. También complicaciones en el parto en donde el bebé tenía que ser ingresado a la unidad intensiva neonatal.

Keli Regiane Tomeleri da Fonseca Pinto afirma que los sentimientos vividos por las madres donde existe miedo, inseguridad y deseo de cuidar al niño, esto revela situaciones de conflicto pues debido al miedo que el bebé reconoce en la madre se interrumpe el vínculo con él. Surge la inseguridad ya que la madre tiene la tarea de cuidar de su bebé que es alguien muy pequeño por lo que se hace estresante para la madre, pero mientras más aprenda sobre el bebé más simple y gratificante encontrara su tarea y su rol como madre (27).

Lo mismo ocurre con el estudio nos permitió revelar y comprender la variedad de sentimientos experimentados por la madre al tener su primer hijo, los cuales relacionan lo positivo con lo negativo, la mayoría de los artículos que se revisó se constata sentimientos de sufrimiento, miedo. Como el miedo de perder un hijo, culpa e inseguridad delante del bebé debido a su prematuridad y necesidad de hospitalización.

Los sentimientos de las madres deben ser valorizados, acompañados de atendimento humanizado y acogedor, recordándonos que al retardar el apego precoz entre la madre y el bebé la situación se declina para ambos y puede que la madre no se sienta segura y suficiente para cuidar de su bebé.

Tabla N° 3: Experiencia de las madres primerizas

Preguntas	Experiencia positiva	Experiencia negativa
¿Según sus aspiraciones contaba en sus planes ser madre?		En el grupo de madres entrevistadas se evidencia que las madres aspiraban a terminar una carrera, conseguir un trabajo estable y después tener un hijo, como también hubo criterios de que ya había una profesión de por medio y el bebé fue planificado entonces si contaba en sus planes ser madre.
¿Qué piensa sobre la maternidad?	En el grupo de madres entrevistadas se puede evidenciar que para las madres la maternidad es una responsabilidad grande que necesita sacrificio y esfuerzo para que el vínculo con su bebé se fortalezca cada día.	
Realizando un análisis ¿Qué piensa de Ud. Mismo ahora que está en la etapa de la maternidad?	En el grupo de madres se puede evidenciar que tienen un concepto de ellas mismas de madurez y obligación con su bebé ahora que se encuentran	También manifestaron respuestas negativas de que no querían o no estaban listas para ser madres

	en una nueva etapa, piensan de una manera diferente.	
¿Le afecta lo que digan o piensen las personas, familia o amigos sobre Ud. ahora que tiene un bebe?	En el grupo de madres se evidencia que se sienten tranquilas en ese aspecto ya que es su vida y ellas deciden que a hacer.	En el grupo de madres también hubo respuesta negativa ante la pregunta, manifestando que el embarazo lo mantenía en secreto ya que no querían que sus padres se enteren ya que son sumamente estrictos, solo sabía la madre de su embarazo.
¿Cree Ud. que tiene un lazo de unión fuerte con su bebé desde que estuvo en su vientre?	El grupo de madres tuvieron una unión fuerte con su bebé ya que cuando estaba el bebé en el vientre le cantaban, le ponían música o hablaban para ver si se podían comunicar con él para que se sientan queridos.	También hubo respuesta negativa de parte de la madre ya que quería atender contra la vida de sí misma y su bebé.
¿Su bebé tiene un parecido con Ud. o algún parentesco familiar?	Refieren que los bebés tienen parentescos familiares a la madre o al padre, tenían rasgos familiares.	Refieren que el bebé no se parece a nadie por el motivo de que no pudo verlo y aun no le conoce a su bebé.
¿Ud. cree que su bebe va a crecer en una familia completa y armoniosa?	Según lo dicho por las madres es que sus bebés van a estar en una familia y armoniosa ya que se	Como también hubo negativa de parte de las madres ya que refirieron que la pareja no quiso

	llevaban bien con sus parejas y las acompañadas en todo el proceso del embarazo y parto y nacimiento del bebé.	saber nada de su hijo, como también que el embarazo y parto fue un secreto no sabía la familia ni el padre del bebé.
¿Qué han hecho por su familia en todo el trascurso del embarazo y el parto?	Las madres refieren que la familia si ha contribuido en el proceso del embarazo y parto, manifestaron que la familia brindaba apoyo tanto físico, emocional y económico, como también estaban pendientes de la salud del bebé y la madre.	Como también manifestaron respuestas negativas como que la familia no hizo absolutamente nada por el hecho que no sabían que había un embarazo de por medio.
¿Su pareja hay contribuido en el proceso y su etapa como madre?	Las parejas de las madres siempre han contribuido en el proceso, han estado pendientes, más cariñosos y cumpliendo los antojos que ellas tenían en el embarazo.	Como también habido respuestas negativas como que la pareja no sabía del embarazo, o la pareja no quería a hacerse cargo del embarazo y no quería saber nada del bebé.
¿Su pareja estuvo con Ud. desde el momento que se enteró que estaba embarazada hasta que ya nació?	Las madres si tuvieron a su pareja en todo momento y en todo el proceso desde que estuvo embarazada	También hubo evidencia que la pareja de algunas madres les dejó desde que se enteraron del embarazo

Análisis y discusión: Con respecto a la experiencia de las madres primerizas narraron negativas y positivas experiencias desde que empezó su embarazo hasta el nacimiento de su primer bebé, ya que se observó que las madres tenían otras aspiraciones y su aspiración no era ser mamás porque eran estudiantes, tuvieron malas experiencias como el no tener el apoyo de su pareja ni de su familia en algunos casos, problemas de salud a causa de hemorragias, anemia, infección a las vías urinarias, desnutrición, deshidratación que fueron problemas que hicieron que su embarazo no fuera placentero.

Como también después del parto con complicaciones como preeclampsia, también se manifestaron experiencias positivas en donde intervenía la unión de la pareja y la familia, como apoyo con palabras de aliento, ayuda económica como también moral a las madres ya que les entendían por ser inexpertas en la llegada de su primer bebé, entonces tuvieron una experiencia feliz ya que había bebés que eran planificados y no se sintieron solas en ningún momento ya que todos sus allegados también experimentaban el embarazo.

Como indica Caroline Rubin Rossato refiere que la maternidad en las madres primerizas fue un momento intenso en sus vidas y es importante contar con el apoyo de personas que confían y se sienten bien ya que el periodo gestacional estuvo marcado por la inestabilidad emocional y la irritabilidad, además sentimientos de inseguridad sobre la maternidad. Se puede comparar los estudios ya que hay que destacar la experiencia que vive la madre porque es un período de redefinición de los roles que tenía antes, donde debe ser vista de otra manera, pasando de ser hija y mujer a ser madre (28).

De la misma manera es importante que las madres se apropien del rol de madre y es necesario realizar el duelo infantil donde permite que las mujeres accedan al lugar materno. Este proceso ayuda a las experiencias de adaptación con su relación conyugal, su carrera profesional y cuestiones económicas, por lo que se abre la posibilidad de que haya cambios importantes, involucrando experiencias buenas y malas como también la presencia de sentimientos.

4.1.4. Importancia y beneficios que tiene la madre y su recién nacido.

Tabla N°4: Análisis de la importancia y beneficios basados en la teorista

Conceptos de la teoría de Ramona T. Mercer	
	Recopilación
Adopción del rol materno	Las madres que se sentían con miedo y decepcionadas de sí mismas ya que no estaban listas para ser madres, pero también tenían sentimientos positivos como la felicidad y amor por su bebe, como también al momento de ver que su cuerpo cambiaba sentían emoción por ver que su bebé estaba creciendo, como también hubo respuestas negativas que no les gustaba ver los cambios ya que no podían lucir su cuerpo ni la ropa, en este caso no aceptaban el nuevo rol que se estaba desempeñando.
Identidad materna	Las madres primerizas tenían otros sueños como el terminar sus estudios, tener una meta y cumplirla y después formar una familia, había pocas respuestas positivas de madres que eran unas profesionales completas y trajeron un bebé planificado, como también no tenían claro lo que es el concepto de maternidad ya que no es solo una responsabilidad lo que la mayoría del grupo de madres tuvo como respuesta, entonces en este caso no se identificaban como madres todavía sino que le tocaba

	adquirir ese papel porque no tuvieron otra opción.
Percepción de la experiencia del nacimiento	No existió una calidad de atención buena ya que las madres narraron que no les brindaron la información pertinente, no se aplicó la Normativa del ESAMyN donde abarca el apego precoz por lo que las madres no tenían conocimiento sobre ese tema, hubo una respuesta negativa en donde la madre sabía sobre el apego precoz y cuánto tiempo deberían dejar al bebé en su pecho ya que se encontraba estudiando enfermería y le dieron la información en la universidad mas no en el establecimiento de salud, es por esto que hubo una experiencia mala para las madres primerizas en lo que compete a la calidad de atención que se les brindo en el hospital.
Autoestima	El grupo de madres tienen una autoestima alta ya que no les importaba el qué dirán ya que ahora tienen una responsabilidad más y poder salir adelante con eso, por otro lado, lo que piensan de ellas mismas es algo satisfactorio porque respondían cosas positivas como por ejemplo que ahora deben madurar más y cambiar para que su bebé crezca con valores, por lo que el autoestima si estaba vigente en el grupo de madres.
Autoconcepto	Es importante realizar el apego precoz para una buena relación con su hijo, porque el

grupo de madres refieren que es el primer contacto que tiene el bebé en con la madre, entonces ahí nacen sentimientos por su hijo, por lo tanto, el grupo de madres sabe que en ese momento va a tener un cambio en su vida ya que deben enfrentar el nuevo rol de madres que deben desempeñar.

Flexibilidad

El grupo de madres no estaban listas para la llegada de su bebé porque todavía eran estudiantes, dependían de sus padres o su pareja, entonces no se sentían maduras tanto física, psicológica y económicamente para afrontar la llegada de su primer bebé, excepto a unas mamitas que ya eran profesionales, tenían título de tercer nivel, trabajo estable y el bebé era planificado con su pareja, por lo tanto en lo que compete a la flexibilidad se evidencia que algunas mamitas no van a contribuir con la crianza en el que se desencadena el proceso de la maternidad y el potencial que tiene la madre.

Actitudes respecto a la crianza

En el grupo de madres algunas pudieron compartir ese momento de apego piel con piel con su bebé, mientras que otras mamás se sentían frustradas porque no fueron la primer persona que iba a sentir su bebé porque les realizaron cesárea, o porque el bebé tuvo dificultades como por ejemplo un bebé tuvo distress respiratorio y un bebé prematuro que son justificaciones o

complicaciones que tuvieron las madres para que no se realice el apego precoz, pero realizar cesárea no es complicación, es por eso que la actitud de algunas madres fue negativa por no compartir ese momento que es importante para que se fortalezca el vínculo entre la madre y el hijo.

Estado de salud

Hubo algunos problemas de salud donde referían que sufrieron de deshidratación, cólicos renales, sangrado, vomito, caídas por las que tuvieron que acudir al médico durante el embarazo porque no se sentían bien, mientras que otras mamitas pasaron el embarazo de maravilla sin ningún mal síntoma.

Ansiedad

Existió un poquito de ansiedad ya que referían que sentían que se alteraban los nervios por complicaciones en el embarazo, como también miedo y preocupación de que el bebé no se esté desarrollando de la mejor manera, también había ansiedad por la situación de la pandemia, como también hubo una mamita que sentía mucha ansiedad por miedo de que su padre y sus hermanos supieran de su embarazo porque lo mantenía en secreto, mientras que otras madres optaban por mantener la calma para no hacerles daño a sus bebés por lo que el concepto de la ansiedad si se encuentra presente en el grupo de madres entrevistadas.

Depresión

Existieron pocos casos en los que las mamitas sufrieron depresión porque absorbieron los problemas de otras personas, hubo un caso en el que la madre quería atentarse contra su vida y la del bebé, pero no lo hizo, mientras que el resto de las madres se encontraban tranquilas y viviendo una etapa bonita del embarazo, pero en este caso si hubo el concepto de depresión en las entrevistadas.

Tensión debida al rol

Unos casos si tuvieron problemas con su familia cuando se enteraron del embarazo, hubo enojo porque no aceptaban al bebé, discusiones entre todos los miembros de la familia, un caso de una mamita no tenía dificultades ya que quiso mantener su embarazo en secreto, mientras que los otros casos no tuvieron dificultades porque la familia aceptó el embarazo y estaban emocionados por conocer a la nueva integrante de la familia, a la siguiente pregunta hubo un caso en el que la madre se sintió obligada a tener un bebé ya que si pareja le obligaba a tener relaciones sexuales, mientras que los demás casos fueron por voluntad propia, entonces en este caso el concepto de tensión debida al rol se manifestó gracias a la tensión que hubo en algunas mamitas por tener problemas con la familia cuando manifestaron que iban a ser madres pero lo afrontaron.

Gratificación- Satisfacción

Algunas mamitas al realizar actividades maternas sintieron nerviosismo porque lo veían como algo difícil porque es una experiencia nueva, sentían miedo al no saber cómo actuar porque eran actividades que no habían realizado, hubo un caso en el que la madre no podía realizar actividades maternas porque el bebé era prematuro y se encontraba en neonatología, y sentía miedo e impotencia porque los doctores le manifestaron que el bebé podía fallecer, mientras que el resto de madres tenía fuerza y emoción de realizar actividades en las que puedan interactuar con su bebé, por lo que aquí se lleva a cabo el concepto de gratificación-satisfacción ya que las madres desarrollan sentimientos felicidad y satisfacción al cumplir actividades entre la madre y el hijo.

Unión

Se narra un caso de una madre no sentía nada por su bebé es más tenía sentimientos negativos por ella misma y el bebé, mientras que las demás madres tenían una conexión inexplicable con su bebé ya que hacían actividades como hablar con él, cantarle, le ponían música, y se sentían bien porque el bebé se movía, entonces el bebé transmitía a la madre que estaba escuchando, por lo que si se presenta un lazo de unión entre la madre y el hijo.

Temperamento del niño	Las madres que experimentarían una situación en donde su bebé llora sin parar y no se calma, les daría desesperación porque no sabrían que, a hacer en esos casos, y entrarían en pánico a pesar de que harían algunas cosas y el bebé no se calma sería algo frustrante por no interpretar el llanto de su bebé, por lo tanto, el temperamento del niño si tiene cabalidad aquí ya que expresa el llantos y gestos para que la madre pueda interpretar lo que quiere.
Estado de salud del niño	Si las madres estuvieran en el caso de que el bebé tenga una enfermedad y debe ser separado de los brazos de su madre, sentirían mucha tristeza ya que muy pronto separan a su bebé, entonces tendría una preocupación grande al no saber qué pasa con su bebé y su salud, es por lo que el concepto de estado de salud del niño se identifica aquí ya que se preocuparían las madres por su bebé.
Características del niño	Los recién nacidos tienen un parentesco familiar ya sea al padre, madre, abuelos, por lo que el concepto características del niño se evidencia ya que existen rasgos faciales que son familiares.
Señales de los lactantes	El grupo de madres primerizas se sentían estresadas porque no les sale la leche, entonces se sentían preocupadas y tristes porque no pueden alimentar a su bebe, otro caso de una madre decía que sentía raro

cuando su bebé succionaba la leche ya que es una experiencia nueva para las madres primerizas y hubo unos casos en el que las madres sentían una angustia grande porque no le podía de lactar al bebé porque el bebé se encontraba en neonatología por problemas en el parto y embarazo, mientras que otras madres eran felices, sentían una emoción infinita al poder alimentar a su bebé y que el bebé se desarrolle de buena manera gracias a la leche materna por lo que las señales de los lactantes si se evidencia aquí ya que el bebé envía señales a la madre cuando tiene hambre por lo que la madre reacciona inmediatamente y le da de lactar a su bebé.

Familia

En algunos casos el bebé no va a crecer en una familia completa y armoniosa ya que el padre del bebé no quiso a hacerse cargo del embarazo ni del parto y no quería conocer al bebé, también una madre tenía muchos conflictos con la familia porque hay muchas peleas, mientras que las demás madres respondían que si tienen una buena relación con su pareja entonces iban a hacer lo posible para que haya una buena relación y que el bebé crezca en un ambiente de tranquilidad con su padres. Por lo que el concepto de familia se evidencia aquí el cómo va a estar compuesto el entorno familiar del bebé.

Funcionamiento de la familia

La familia si ha apoyado a las madres en su embarazo ya sea con muestras de cariño, apoyo moral y emocional como también económicamente, había un caso en el que solo la madre era la que le apoyaba, pero al final fue apoyo y fuerza que brindaron a las madres, entonces si hubo un buen funcionamiento de la familia.

Padre o compañero

En algunos casos el padre no ha estado presente con la madre primeriza ya que no ha querido a hacerse cargo, otro caso fue que el padre no sabía de la existencia del bebé, es por eso por lo que no estaba ahí apoyándole a la madre, ni estuvo pendiente del embarazo, mientras que otros padres eran más cariñosos y detallistas con su pareja, estaban pendientes de su pareja y su bebé, entonces se evidencia que hubo el acompañamiento del padre en la etapa como madre.

Estrés

En el grupo de madres donde hubo algunos casos que, si sufrieron estrés, tenían fuertes dolores de cabeza por la complicaciones que tuvieron en el embarazo, como también fuerte tensión en los hombros por razón de la pandemia, mientras que las demás madres se sentían bien, muy tranquilas y con calma para que su bebé se encuentre bien. Entonces si se pudo evidenciar el concepto del estrés en las entrevistadas ya que se manifestaron psicosomáticamente.

Apoyo social

En el grupo de madres que no tienen el conocimiento sobre los beneficios del apego precoz, que beneficia no solo al bebé, sino que también ayuda a la madre, por lo que el apoyo social se evidencia negativamente ya que el personal de salud no le brindó el apoyo a las madres en este caso dando la información correspondiente y que concierne en todo el tema del apego precoz.

Relación Padre- Madre

En el grupo de madres hubo casos donde la pareja de la madre no pudo desarrollar sentimientos favorables hacia su hijo ya que no estuvo presente en toda la etapa de la maternidad que tuvo que pasar la madre, mientras que los demás padres desarrollaron sentimientos positivos ya que estaban a la espera de su futuro bebé y lo esperaban con ansias y con amor es por eso por lo que las madres refirieron que sus parejas estaban felices por la llegada de su primer bebé.

Análisis y discusión: En cuanto al análisis de la importancia y beneficios que tiene la madre y su recién nacido tomando en cuenta los conceptos de la teoría de Ramona T. Mercer, lo que afecta la *adopción del rol* materno es el miedo de no desarrollar el papel de madre, asimismo se ve alterada la *identidad materna* ya que los sueños eran otros mas no el ser madre.

De la misma manera la *percepción de la experiencia del nacimiento* no fue buena ya que no se evidenció calidad de atención como indica la normativa del ESAMyN. Posteriormente la *flexibilidad* se ve afectada ya que las madres no se independizaban, por lo que dependían de sus padres o su pareja. Encontramos que en las *actitudes respecto a la crianza* había frustración por las madres que no les realizaron el apego

precoz, en cuanto al *estado de salud* hubo problemas durante el estado de gestación por lo cual debían recurrir a la atención médica. En relación con la salud interviene la *ansiedad, depresión y estrés* que se desarrollaba a causa de la pandemia y problemas con su pareja o familia por lo que se desarrollaba *tensión en el rol* como madre.

Acerca a la *gratificación- satisfacción* se vio interrumpida para las madres con sus bebés que se encontraban internados en neonatología por problemas de salud, lo que no permitía que la madre realice actividades con su primogénito y se rompa el lazo de *unión*. El siguiente punto trata del *temperamento del niño* en donde se evidencia la desesperación de la madre ante el llanto de su bebé y existe la compresión del llanto, otro punto es el *estado de salud del niño* ya que por hipótesis el bebé enferma la madre desarrollaría sentimientos negativos ante la separación.

Además, las *señales de los lactantes* se ven afectadas para las madres que no podían dar de lactar a su bebé porque no secretaban leche, aquí vale la pena decir se dificulta la lactancia materna exclusiva y alojamiento conjunto. Hay que mencionar que en la *familia* la madre tendrá que desarrollar el papel de madre y padre gracias a que su pareja, *padre o compañero* no va a estar presente en el desarrollo de su bebé ni en la formación de una familia, aquí vale la pena decir que la *relación padre-madre* se rompe porque la pareja no puede desarrollar sentimientos favorables hacia su hijo a causa de que el padre no va a estar presente.

Al mismo tiempo el *apoyo social* es importante ya que la madre debe tener la información completa y necesaria sobre el tema del apego precoz, ya que le beneficia a la madre y al bebé.

Según un estudio realizado por Simone Silva dos Santos refiere que la baja edad materna puede afectar el afrontamiento, generando sentimientos que impactan la autoestima y el autoconcepto, ya debilitado en la adolescencia. La tensión del rol puede agravarse, siendo el apoyo social un factor importante involucrado en el rol materno.

Su ausencia genera sentimientos de miedo, inseguridad y depresión. La ausencia paterna, a su vez es común y puede debilitar el logro del rol materno, dado su aporte

en la reducción de tensiones en la diada madre e hijo. Corresponde a la enfermera identificar los factores que pueden incidir en el desarrollo del rol materno y ofrecer apoyo y cuidado para el desarrollo de esta identidad materna (29).

Comparando con nuestro estudio los resultados son parecidos ya que las respuesta sobre los conceptos en lo que implica ser madre de la teoría permitieron alcanzar los cambios en sus diversos ámbitos. Los conceptos abordados también tienen una fuerte interrelación entre si e impactan directamente en el constructo asistencial, y corresponde al enfermero alinear su práctica con las necesidades reales de las madres que se beneficie la madre y su bebé.

CAPÍTULO V

5. Conclusiones y recomendaciones

5.1. Conclusiones

- El rango mayoritario de edad de las madres primerizas fue entre 18-23 años que son edades tempranas, ya que la mayoría de las primíparas no tienen una profesión ni trabajo estable por lo que dependen de sus padres o a causa del embarazo se encontraban conviviendo en unión libre con su pareja. Este factor es muy significativo, ya que las madres a temprana edad tienen más dificultades tanto emocionales, económicas y sociales.
- La calidad de atención percibida por el grupo de madres primerizas fue negativa ya que el personal de enfermería no brindó la información necesaria sobre el apego precoz. Según la normativa ESAMyN el personal de salud debe garantizar el contacto piel a piel inmediato de las madres con sus hijos para proporcionar abrigo y apego salvo que exista alguna complicación en la salud de la madre o del bebé.

A las madres que se les realizó parto por cesárea no les realizaron el apego precoz. La normativa ESAMyN refiere que los partos cesárea con anestesia local o general no son una restricción para que no se realice la práctica del apego precoz. El personal de salud no está aplicando protocolos y normativas como está establecido.

- De acuerdo con los sentimientos y experiencias que percibieron y desarrollaron el grupo de madres primerizas se concluye que las madres narraron sentimientos positivos y negativos. Sentimientos negativos como ansiedad, nostalgia, desesperación, preocupación, estrés, depresión, angustia, tristeza, miedo, decepción. Por otra parte, desarrollaron sentimientos positivos como

emoción, felicidad, tranquilidad, alivio, calma, amor, satisfacción, alegría, cariño, gratificación.

Es preciso tener presente que la fuente de preocupación de las mujeres va cambiando con el tiempo ya que pasa de la necesidad de confirmar que todo va bien a necesitar más apoyo emocional y confianza durante la gestación. Como también enfrentar sus miedos al parto. Por último, se enfrenta al cuidado del bebé lo que requiere de un mayor acompañamiento de parte de su familia, pareja y personal de salud para enfrentarse a la adaptación en su rol como madre.

- La importancia y beneficios del apego precoz basado en la teoría de Ramona T. Mercer, según las narraciones del grupo de madres primerizas se ven afectados algunos conceptos como es la adopción del rol materno, identidad materna, experiencia del nacimiento, flexibilidad, actitudes respecto a la crianza, estado de salud, ansiedad, depresión, estrés, gratificación-satisfacción, unión, temperamento del niño, señales de los lactantes, familia, padre o compañero, relación padre-madre, apoyo social.

5.2. Recomendaciones

- A continuación, se presenta una serie de recomendaciones cuya implementación son vitales para mejorar la calidad de atención en los establecimientos de salud enfocándonos en la salud materno-infantil.
- Se recomienda al personal de enfermería que interactúe más con los jóvenes y padres, realizando charlas, conversatorios o realizando un grupo de apoyo donde se abarque temas de sexualidad y métodos anticonceptivos para que no incremente el índice de embarazos a tempranas edades. Brindar confianza a los padres y adolescentes para que puedan expresar sus sentimientos, pensamiento o inquietudes con respecto a los temas educación sexual.
- El personal de enfermería no debe dejar de lado la investigación, lectura y aplicación de protocolos y normativas que están establecidas por el ministerio de salud que son realizadas para mejorar la calidad de atención en este caso a las madres primíparas que fueron atendidas en el Hospital San Vicente de Paúl. No se debe olvidar que el apego precoz es de mucha importancia y no se debe interrumpir si no existen restricción, por lo que es importante que la normativa del ESAMyN sea aplicada con rigurosidad para que las madres tengan una buena experiencia en el embarazo, parto y nacimiento de su bebé.
- El personal de enfermería no debe perder su humanismo y vocación por su profesión, pese a lo difícil; agotador que puede llegar a ser, se está perdiendo el humanismo a causa del cansancio o demanda de pacientes, se recomienda que se enfoquen en cómo se siente la paciente, cuáles son sus pensamientos, emociones, y así se pueda disminuir sentimientos negativos como el miedo, inseguridad o tristeza durante el parto, por el contrario, existan sentimientos positivos donde la madre tenga más confianza en el personal de enfermería, entonces se puede desarrollar una experiencia satisfactoria en su nueva etapa como madre y que mejor cuidar a la madre no solo por fuera sino también su estado emocional.

- Se recomienda al personal de enfermería poner en práctica las teorías y modelos enfermeros ya que son de mucha importancia porque engloban el cuidado físico, emocional y social. En el servicio de Centro Obstétrico se debe aplicar con frecuencia la teoría de Ramona T. Mercer, la cual nos ayuda a que la madre primigesta se adapte al nuevo rol como madre que se centra en el papel maternal. La aplicación de esta teoría a la práctica asistencial sirve para la valoración, planificación, implantación y evaluación del cuidado físico y emocional del binomio madre-hijo. Serviría para que las intervenciones de enfermería sean más efectivas en la interacción, como también el vínculo afectivo entre la madre-hijo y se refuerce el conocimiento materno sobre el cuidado materno infantil ayudando a simplificar el proceso complejo de la adaptación de la madre que va a cumplir un papel importante en la sociedad y el neonato por el paso de la vida intrauterina al medio externo.

CITAS Y REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Allende Alonso , GL, AJ. Apego en el postparto precoz: comparación entre madres . de neonatos ingresados en el Servicio de Obstetricia y en la Unidad de Cuidados Intensivos Neotales. Enfermería Global. 2017: p. 1-14.
- 2 Andrade Rosalin , BK. Apego precoz como práctica integrada del ESAMyN . durante el parto cefalo-vaginal en el Hospital General Enrique Garcés en el mes de julio-2018. 2018.
- 3 Pinto. Apego y lactancia natural. Scielo. 2007; I(78): p. 96-102.
- 4 Dras. Cevallos Andrea GL. CONOCIMIENTOS DEL PERSONAL DE SALUD Y . SU RELACIÓN CON EL CUMPLIMIENTO DEL APEGO PRECOZ EN EL HOSPITAL GÍNECO OBSTÉTRICO ISIDRO AYORA DE QUITO Y MATERNIDAD DE CORTA ESTANCIA(CARAPUNGO)DEL DISTRITO 17D02 EN EL PERÍODO ENERO AGOSTO 2018. 2018.
- 5 Madga ,. Intervención de Enfermería en apego precoz para una lactancia efectiva, . en madres adolescentes del hospital especializado mariana de Jesús en el servicio de parto, periodo, Diciembre 2013-Abril 2014. 2014.
- 6 Pública MdS. [Normativa]; 2013 [cited 2021 Mayo 21. Available from: . <https://www.salud.gob.ec/establecimientos-de-salud-amigos-de-la-madre-y-del-nino-esamyn/>.
- 7 Allende , González , Pérez J, Fernández. Apego en el postparto precoz: . comparación entre madres de neonatos ingresados en el Servicio de Obstetricia y en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Scielo. 2017 Enero; 16(45).
- 8 Camila Lucchini Raies FMDCUT. Efectos del contacto piel con piel del recién . nacido con su madre. Scielo. 2012 Octubre/ Diciembre: p. 1-4.
- 9 García P, Canul A. Experiencia de las madres durante el contacto piel a . ELSEVIER. 2018 Marzo 12; IV(31): p. 197-201.

1 Noceda LAC. El apego. Su importancia para el pediatra. Scielo. 2012 Diciembre:
0 p. 1-2.

.

1 Roncallo , Sánchez , Arranz. Vínculo materno-fetal: implicaciones en el desarrollo
1 psicológico y propuesta de intervención en atención temprana. Scielo. 2015 Mayo-
. Agosto; VIII(2).

1 Pamela TAK. TESIS. [Online].; 2018 [cited 2019 Junio 13. Available from:
2 [http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/8100/1/06%20ENF%20947%20](http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/8100/1/06%20ENF%20947%20TRABAJO%20DE%20GRADO.pdf)
. [0TRABAJO%20DE%20GRADO.pdf](http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/8100/1/06%20ENF%20947%20TRABAJO%20DE%20GRADO.pdf).

1 FERNANDO PINTO L.1. Apego y lactancia natural. Scielo. 2010 Agosto ; III(12).
3

.

1 Bembibre. Definición ABC. [Online].; 2011 [cited 2021 Febrero 26. Available
4 from: <https://www.definicionabc.com/ciencia/enfermeria-materna-infantil.php>.

.

1 Raile Alligood , Marriner Tomey A. Modelos y teorías en enfermería Septima
5 edición. Copyright ed. Monforte MR, editor. Barcelona: ELSEVIER; 2011.

.

1 Ecuador CPdIRd. Fiel Web. [Online].; 2016 [cited 2019 Junio 13. Available from:
6 [http://www.trabajo.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/CONSTITUCION-DE-](http://www.trabajo.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/CONSTITUCION-DE-LA-REPUBLICA-DEL-ECUADOR.pdf)
. [LA-REPUBLICA-DEL-ECUADOR.pdf](http://www.trabajo.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/CONSTITUCION-DE-LA-REPUBLICA-DEL-ECUADOR.pdf).

1 Planificación CNd. Plan Nacional de Desarrollo 2017-2020: Toda una Vida.
7 [Online].; 2017 [cited 2019 Junio 13. Available from:
. [https://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/10/PNBV-](https://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/10/PNBV-26-OCT-FINAL_0K.compressed1.pdf)
[26-OCT-FINAL_0K.compressed1.pdf](https://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/10/PNBV-26-OCT-FINAL_0K.compressed1.pdf).

1 García DVND. Registro Oficial. [Online].; 2006 [cited 2019 Junio 13. Available
8 from:
. [https://www.google.com/search?q=art+6+de+la+ley+organica+de+salud&oq=art](https://www.google.com/search?q=art+6+de+la+ley+organica+de+salud&oq=art+6+de+la+ley+organica+de+salud+&aqs=chrome.69i57j0.9922j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8)
[+6+de+la+ley+organica+de+salud+&aqs=chrome.69i57j0.9922j0j7&sourceid=ch](https://www.google.com/search?q=art+6+de+la+ley+organica+de+salud+&aqs=chrome.69i57j0.9922j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8)
[rome&ie=UTF-8](https://www.google.com/search?q=art+6+de+la+ley+organica+de+salud+&aqs=chrome.69i57j0.9922j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8).

- 1 NACIONAL HC. LEY DE MATERNIDAD GRATUITA Y ATENCIÓN A LA
9 INFANCIA. [Online].; 2006 [cited 2019 Junio 13. Available from:
. <https://extranet.who.int/nutrition/gina/sites/default/files/ECU%202006%20-%20Ley%20de%20maternidad%20gratuita.pdf>.
- 2 Mundial AM. Declaración de Helsinki de la Asociación Medica Mundial. [Online].;
0 1964 [cited 2019 Junio 13. Available from:
. http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/helsinki.pdf.
- 2 Vivar , Arantzamendi , López O, Gordo. La Teoría Fundamentada como
1 Metodología de Investigación Cualitativa en Enfermería. Scielo. 2010
. Octubre/Diciembre; 19(4).
- 2 Salgado. http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-212962010000300011&script=sci_arttext&tlng=en. Dialnet. 2007 Septiembre;(13):
. p. 71-78.
- 2 Maxwell JA. Diseño de investigación cualitativa Gedisa E, editor. Barcelona:
3 Gedisa S.A; 2013.
.
- 2 Salinas Meruane , Cárdenas Castro M. Métodos de investigación social. Ediciones
4 Universidad Católica del Norte ed. Meruane PS, editor. Quito: Quipus; 2009.
.
- 2 Mancilla Ramírez. Embarazo en adolescentes. Vida en riesgo. Scielo. 2012 Marzo
5 27; 26(1).
.
- 2 Franco Poveda K, Ronquillo Moran dL, Holguin Jimenez M, Gaona Quezada.
6 Gestión del cuidado enfermero en el apego precoz y lactancia materna en el
. embarazo adolescente. Polo del Conocimiento. 2017 Agosto; 2(8): p. 150-165.
- 2 Fonseca Pinto , Gabriel Pinhatti D, Valongo Zani A, Garcia de Lima Parada M.
7 Sentimientos maternos frente a la hospitalización del hijo prematuro: análisis de
. contenido. BVS. 2018 Agosto 31; 16(04): p. 449-447.

2 Zanatta , Rossato Pereira R. Ella ve en ti el mundo: La experiencia de la maternidad
8 por primera vez. Scielo. 2015 Diciembre; 23(4): p. 959-972.

.
2 Silva dos Santos , Gomes de Meneses A, Moura Pinho , Alves Costa de Jesus C.
9 TEORÍA DE ADOPCIÓN DEL ROL MATERNO EN LA ADOLESCENCIA:
. REFLEXIÓN PARA LA PRÁCTICA. Reme: Revista Mineira de Enfermagem.
2020 Agosto; 24.

ANEXOS

Anexo N° 1. Oficio de aprobación e ingreso al Hospital San Vicente de Paúl



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
UNIVERSIDAD ACREDITADA RESOLUCIÓN 002-CONEA-2010-129-DC
RESOLUCIÓN N° 001-073 CEAACES - 2013 - 13
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DECANATO

Ibarra, 17 de noviembre de 2020
Oficio 1021-D

Doctor
Salomón Proaño
GERENTE DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL

De nuestra consideración:

Reciba un afectuoso y cordial saludo de la Facultad de Ciencias de la Salud, a la vez que deseó éxitos en sus funciones.

Por medio de la presente, me permito solicitar comedidamente se autorice el ingreso a la institución; a la señorita FIGUEROA ANDRANGO KAROL ANDREINA, estudiantes de octavo semestre de la carrera de Enfermería, con la finalidad de recolectar datos que servirán para llevar a cabo el desarrollo del proyecto de tesis de grado previo a la obtención de título de licenciatura en Enfermería, titulado "APEGO PRECOZ EN MADRES PRIMERIZAS EN EL SERVICIO DE CENTRO OBSTETRICO, DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL 2020-2021", mismo que fue aprobado por el Consejo Directivo de la Facultad Ciencia de la Salud, en el cual constituye su trabajo de titulación.

Por la atención brindada, le agradezco.

Atentamente,
CIENCIA Y TÉCNICA AL SERVICIO DEL PUEBLO


MSc. Rocío Castillo
DECANA - FCSS

Cecilia Ch.

HOSPITAL GENERAL
SAN VICENTE DE PAÚL
GERENCIA HOSPITALARIA
INGRESO N°: 1146
FECHA: 17-11-2020
RECIBIDO: f


Anexo N° 2. Guía de entrevista

Guía de Entrevista

Apego Precoz

Grupo: Pacientes Primíparas

Figuroa Andrango K. (2021)

Folio N°.....

TÍTULO DE INVESTIGACIÓN: Apego precoz en madres primerizas en el servicio de centro obstétrico, del Hospital San Vicente de Paúl 2020-2021.

INVESTIGADORA

RESPONSABLE:.....

Carrera de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Técnica del Norte Ecuador.

TUTORA: Dra. María Fernanda Valle. PhD

OBJETIVO: Esta entrevista tiene la finalidad de recopilar información acerca de los sentimientos, experiencias y la calidad de atención que se les brinda a las madres primerizas en el apego precoz, visto desde el enfoque de Ramona T. Mercer, en el Hospital San Vicente de Paúl en el periodo 2020-2021.

COMPROMISO ÉTICO: En cumplimiento de la ética en investigación en Salud, se garantiza la confidencialidad de la información, los datos serán utilizados para fines exclusivamente académicos, que se realiza como parte del trabajo de tesis para la obtención del título de.....

Le anticipamos nuestro agradecimiento por el tiempo y la confianza depositada en atender estas preguntas.

INSTRUCCIONES: Responda las siguientes preguntas con la mayor sinceridad sobre su vivencia personal durante su rol como madre.

Características Sociodemográficas

Constructo 1

* **Adaptación del rol materno:** Proceso de desarrollo en el que existe la presencia de un vínculo entre la paciente y su hijo, el mismo que le ayuda a expresar sentimientos.

1. ¿Qué sintió cuando le dijeron que estaba embarazada?
2. ¿Cómo se sintió al momento de ver cambios en su cuerpo?

Constructo 2

* **Identidad materna:** Cambio y desarrollo de la paciente en el rol de madre

3. ¿Según sus aspiraciones contaba en sus planes para ser madre?
4. ¿Qué piensa sobre la maternidad?

Constructo 3

* **Percepción de la experiencia de nacimiento (parto-nacimiento):** La percepción o la visión que tuvo la paciente al experimentar el embarazo, el parto y el nacimiento de su hijo.

5. ¿Cómo le trato el personal de salud en el proceso del parto?
6. ¿Las enfermeras que le atendieron le dieron a conocer sobre el apego precoz?
7. ¿Cuánto tiempo dejaron al bebé en su pecho?
8. ¿Qué complicaciones ocurrieron en su parto para que no le realicen el apego precoz?

Constructo 4

* **Autoestima:** La autoestima que tiene la paciente, es el cómo perciben su imagen los demás y si en algo afecta su entorno.

9. Realizando un análisis ¿Qué piensa de Ud. Misma ahora que está en la etapa de la maternidad?
10. ¿Le afecta lo que digan o piensen las personas, familia o amigos sobre Ud. ahora que tiene un bebe?

Constructo 5

* **Autoconcepto:** Definición y percepción de la paciente sobre si misma para poder sobrellevar situaciones que se enfrentan en su rol.

11. ¿Usted cree que al realizar el apego precoz ayuda a una buena relación en el futuro con su bebé?

Constructo 6

***Flexibilidad:** Actitud de la paciente que contribuye en el desarrollo y crianza del bebé, en el que se desencadena el proceso de la maternidad y el potencial que tiene la madre.

12. ¿Ud. se siente completamente madura tanto física, psicológica y económicamente para afrontar con la llegada de su primer bebé?

Constructo 7

Actitudes respecto a la crianza: Actuación de la paciente y conocimientos que presenta para un buen desarrollo de su hijo.

13. ¿Cómo se sintió al momento de que su bebé se encontraba en su pecho?

Constructo 8

***Estado de salud:** Situación física, biológica, psicológica, emocional y social de la paciente durante su nuevo rol.

14. ¿En el transcurso del embarazo Ud. siempre se sintió bien o hubo alguna ocasión en la que debió recurrir al médico?

15. ¿En algún momento Ud. se preocupó por la salud de su bebé?

Constructo 9

***Ansiedad:** Propensión de la paciente a experimentar situaciones estresantes que afectan a su entorno.

16. ¿Algún momento sintió miedo o se encontraba en alguna situación de riesgo o que le provocara demasiado estrés?

Constructo 10

***Depresión:** Percepción de la paciente sobre pensamientos negativos, sentimientos de tristeza, impotencia sobre la resolución de problemas o situaciones que se presenten en el rol materno.

17. ¿En algún instante Ud. tuvo sentimientos negativos contra si misma o su futuro bebé?

Constructo 11

***Tensión debida al rol:** Afrontamiento de la paciente a conflictos o dificultades en el transcurso de su rol como madre.

18. ¿Tuvo alguna dificultad en el transcurso de su embarazo con su familia?

19. ¿Ud. se sintió obligada a tener a su bebé?

Constructo 12

***Gratificación-satisfacción:** Sentimientos de felicidad o satisfacción sobre las actividades que cumple como madre con su hijo.

20. ¿Cómo se siente al momento de realizar actividades maternas?

Constructo 13

***Unión:** Lazo afectivo y emocional que tiene la paciente con él bebe.

21. ¿Cree Ud. que tiene un lazo de unión fuerte con su bebé desde que estuvo en su vientre?

Constructo 14

***Temperamento del niño:** Señales o gestos que tiene el bebé para comunicarse con la madre/paciente.

22. ¿Cuándo su bebé llora y no se calma con nada ¿Cómo se siente cuando no puede interpretar el llanto de su bebé?

Constructo 15

***Estado de salud del niño:** Deterioro de salud del bebé por lo cual debe ser separado de su madre/paciente.

23. ¿Cómo se sentiría si su bebé tiene problemas de salud por el cual deben separarle de su lado?

Constructo 16

***Características del niño:** Rasgos faciales que tiene el bebé, así como también su estado de salud.

24. ¿Su bebé tiene un parecido con la madre o algún parentesco familiar?

Constructo 17

***Señales de los lactantes:** Cuando el bebé tiene hambre tiene cierta conducta que transmite a la paciente para que inmediateamente del seno.

25. ¿Qué sentimientos nacen en Ud. al momento de que su bebé succiona la leche de su seno?

Constructo 18

***Familia:** Percepción de la paciente sobre el sistema en que está compuesto el entorno familiar del niño.

26. ¿Ud. cree que su bebe va a crecer en una familia completa y armoniosa?

Constructo 19

***Funcionamiento de la familia:** Es la relación que tiene la familia de la paciente y el comportamiento de los individuos entre sí ante el nuevo rol de la paciente.

27. ¿Qué han hecho por Ud. su familia en todo el trascurso del embarazo y el parto?

Constructo 20

***Padre o compañero:** Es la pareja o relación sentimental que tiene la paciente y su apoyo durante este proceso.

28. ¿Su pareja hay contribuido en el proceso y su etapa como madre?

Constructo 21

***Estrés:** Situaciones que se manifiestan psicósomáticamente en la paciente.

29. ¿Ha sentido tensión muscular en su cuerpo por alguna situación de estrés?

Constructo 22

***Apoyo Social:** Son sentimientos afectivos y positivos que brinda la familia o personas cercanas a la paciente.

30. ¿Qué beneficios cree Ud. que aportaría apego precoz?

Constructo 23

***Relación Padre-Madre:** Es la convivencia y afecto que manifiesta la pareja ante el nuevo rol.

31. ¿Su pareja estuvo con Ud. desde el momento que se enteró que estaba embarazada hasta que ya nació?

32. ¿Ud. cómo cree que se sintió su pareja al momento de sentir sus primeras pataditas en su vientre?

33. ¿Qué sentimientos cree que nació en su pareja al tener por primera vez a su bebé entre sus brazos?

**Constructos basados en la teoría del Rol Materno.*

Fuente: Martha R; Ann Marriner T. Modelos y Teorías en Enfermería. Séptima Edición. Barcelona-España: EdiDe, S.I; 2011.

Anexo N° 3. Constancia de colaboración en la realización de la entrevista



Anexo N° 4. Certificación de Abstract



"EARLY ATTACHMENT IN NEW MOTHERS IN THE OBSTETRIC CENTER SERVICE OF THE SAN VICENTE DE PAÚL HOSPITAL 2020-2021".

Author: Karol Andreina Figueroa Andrango

Email: kafigueroaa@utn.edu.ec

ABSTRACT

Early attachment is the set of behaviors and bonds that the mother establishes with her newborn, promoting extrauterine adaptation through skin-to-skin contact. Objective: to know the quality of care provided by the nursing staff, feelings, and experiences perceived by new mothers with their newborn at the Hospital San Vicente de Paúl, Ibarra 2020-2021. Qualitative approach study of narrative type. The population consisted of a group of 10 new mothers from the Obstetric Center area. A semi-structured interview containing 23 constructs and 33 questions based on Mercer's Maternal Role Theory was applied as an instrument. Open and axial coding was carried out together with the use of the N Vivo program. Results: mothers aged 18-23 years, completed high school, free union, Ecuadorian, Catholic and mestizo predominate. Regarding the perceived quality of care, health personnel did not provide the necessary information on early attachment. Regarding experiences and feelings, negative feelings like anxiety, nostalgia, despair, worry, stress, depression, anguish, sadness, fear, and disappointment related to lack of communication and support from the family, poor father-mother relationship, and insufficient information were revealed. The benefits and importance of Mercer's theory were analyzed; diminished constructs like maternal role adoption, maternal identity, among others, were evidenced. It is concluded that there is a limited application of the ESAMyN norms, which causes difficulties in first-time mothers for a harmonious development of the maternal role.

Keywords: Early attachment, mother, newborn, feelings, experiences, quality, maternal role, norms.

Reviewed by Victor Raúl Rodríguez Viteri



Juan de Velasco 2-39 entre Salinas y Juan Montalvo
062 997-800 ext. 7351 - 7354
Ibarra - Ecuador

gerencia@lauemprende.com
www.lauemprende.com
Código Postal: 100150

Anexo N° 5. Análisis Urkund



Document Information

Analyzed document	TESISs Karol FINAL.docx (D109604013)
Submitted	6/24/2021 12:47:00 AM
Submitted by	
Submitter email	kafigueroaa@utn.edu.ec
Similarity	28%
Analysis address	mfvalle.utn@analysis.orkund.com

Sources included in the report

SA	UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE / TESIS URCUM.docx Document TESIS URCUM.docx (D53811103) Submitted by: dvlilareal121@gmail.com Receiver: aptito.utn@analysis.orkund.com		4
W	URL: http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/41797/1/CD%20595-%20REQUENA%20CEDE%20C3%91O%20KELVI%20GERARDO.pdf Fetched: 12/13/2020 4:23:09 PM		2
W	URL: http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/10228/2/06%20ENF%201149%20TRABAJO%20GRADO.pdf Fetched: 12/13/2020 7:15:26 PM		1
SA	UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE / TESIS-FARINANGO MENESES ANGIE ROSE.docx Document TESIS-FARINANGO MENESES ANGIE ROSE.docx (D54455435) Submitted by: rosangelam155@gmail.com Receiver: gemorejon.utn@analysis.orkund.com		20
SA	TESIS KELLY VARGAS URKUND.docx Document TESIS KELLY VARGAS URKUND.docx (D40844045)		5
W	URL: http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/9485/2/06%20ENF%201058%20TRABAJO%20GRADO.pdf Fetched: 11/30/2020 3:20:12 PM		4
W	URL: http://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/11251/1/PadillaAstrid_2018_%20RolEnfermeriaVinculoPostnatal.pdf Fetched: 11/25/2020 12:31:37 AM		3
W	URL: http://escuelanutricion.fmed.uba.ar/revistari/pdf/17b/rb/784c.pdf Fetched: 3/14/2021 9:05:35 AM		1
SA	UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE / K_Moreno.pdf Document K_Moreno.pdf (D77792159) Submitted by: dejaramillo@utn.edu.ec Receiver: dejaramillo.utn@analysis.orkund.com		11
SA	UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE / Ana_Lucia_Pailicho.pdf Document Ana_Lucia_Pailicho.pdf (D77781135) Submitted by: dejaramillo@utn.edu.ec Receiver: dejaramillo.utn@analysis.orkund.com		5