

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO



**“ROL MATERNO EN ADOLESCENTES
PRIMÍPARAS Y EL DESARROLLO DEL VÍNCULO
AFECTIVO. SERVICIO DE NEONATOLOGÍA.
HRDLM, 2013”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

AUTOR: Bach. Luz Eliana Chupillón Pérez.

Chiclayo, 17 de Julio del 2014

**ROL MATERNO EN ADOLESCENTES
PRIMÍPARAS Y EL DESARROLLO DEL VÍNCULO
AFECTIVO. SERVICIO DE NEONATOLOGÍA.
HRDLM, 2013**

POR:

Bach. Luz Eliana Chupillón Pérez.

Presentada a la Facultad de Medicina de la Universidad Católica
Santo Toribio de Mogrovejo, para optar el Título de:
LICENCIADO EN ENFERMERÍA

APROBADO POR:

Mgtr. Elizabeth Soledad Guerrero Quiroz
Presidente de Jurado

Lic. Delia Esther Chévez Guevara
Secretaria de Jurado

Lic .Adela Rosanna Núñez Odar
Vocal/Asesor de Jurado

CHICLAYO, 17 de Julio del 2014

DEDICATORIA

A Dios por ser quien me da las fuerzas para seguir adelante y guía mi camino.

A mi madre, hermana e hija; quienes con su inmenso amor me brindan su apoyo incondicional, siendo los grandes motivos de mi vida para lograr mis objetivos y ser una gran profesional.

A la memoria de mi abuelito Guermán Pérez , quien con su amor, cuidados y consejos me ayudó a crecer como persona y hasta en la etapa final de su vida, me hizo descubrir mi vocación que es el cuidado de la persona. Gracias a él soy todo lo que soy.

AGRADECIMIENTO

A mi querida asesora Lic. Adela Rossana Núñez Odar, por darme la oportunidad de conocerla, brindarme sus conocimientos y por haberme enseñado el sentido de la amistad y la solución a los problemas que surgieron en el transcurso de la investigación.

A los miembros del Jurado, Mgtr. Elizabeth Soledad Guerrero Quiroz, Mgtr Delia Esther Chévez Guevara; y a todos los que de alguna manera, han contribuido con sus aportes para la realización de la presente investigación.

A las madres adolescentes que tiene sus hijos internados en el servicio de Neonatología del HRDLM; quienes muy amablemente brindaron su colaboración para la realización de la investigación.

v

Luz Eliana

ÍNDICE

	Pg.
DEDICATORIA	III
AGRADECIMIENTO	IV
RESUMEN	VI
ABSTRACT	VII
INTRODUCCIÓN	8
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	12
1.1. Antecedentes	12
1.2. Bases teórico- conceptuales	14
CAPÍTULO II: MARCO METODOLÓGICO	26
2.1. Tipo de investigación	26
2.2. Abordaje metodológico	26
2.3. Sujetos de la Investigación	28
2.4. Escenario	28
2.5. Instrumentos de recolección de los datos	29
2.6. Procedimiento	29
2.7. Análisis de los datos	30
2.8. Criterios éticos	31
2.9. Criterios de rigor científico	32
CAPÍTULO III: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	34
CONSIDERACIONES FINALES	48
RECOMENDACIONES	50
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51
ANEXOS	56

RESUMEN

La presente investigación cualitativa, de abordaje metodológico estudio de caso, tuvo como objetivo: describir y analizar la adaptación al rol materno en adolescentes primíparas y el desarrollo del vínculo afectivo. En el Servicio de Neonatología. HRDLM, 2013. Cuyas bases conceptuales se sustentaron; en las definiciones de adolescencia de la OMS (2010), en Mercer (1985) con su modelo de “Adopción del Rol Materno”, en Klaus y Kennel (1976) con su teoría del “ Bonding” (Vínculo afectivo madre-hijo), y en Bergman (1995) con su teoría del “Vínculo Afectivo”. Los sujetos de investigación fueron 7 madres adolescentes primíparas. Se utilizó la entrevista semiestructurada a profundidad para la recolección de datos. Esta investigación estuvo respaldada por los principios bioéticos de Sgreccia (1986), y los criterios de rigor científico de Lincoln YS, Guba (1985). Del análisis temático surgieron 3 categorías y subcategorías: Aceptando la maternidad con responsabilidad frente al vínculo afectivo. Estableciendo el vínculo afectivo con su recién nacido: Desarrollo del apego madre – recién nacido. Sentimientos frente al primer encuentro madre –recién nacido. Obstáculos en el desarrollo del vínculo afectivo: Retraso en el desarrollo del vínculo afectivo y Tiempo insuficiente para el desarrollo del vínculo afectivo con su recién nacido. Se tuvo como consideración final, los niños que establecen un buen vínculo afectivo con su madre, serán bebés más cooperativos, empáticos, competentes socialmente, más interesados en aprender, explorar y más seguros que los niños que tenían un vínculo inseguro con sus madres.

Palabras clave: Rol materno, madres adolescentes, primípara, vínculo afectivo, enfermera.

ABSTRACT

This qualitative research, case study methodological approach, aimed to : describe and analyze maternal role adaptation in primiparous adolescents and the development of bonding . Neonatal Service. . HRDLM , 2013 Whose conceptual foundations were based ; definitions of adolescence in WHO (2010), Mercer (1985) with its model of " Adoption of Maternal Role " in Klaus and Kennel (1976) with his theory of " Bonding " (mother-child affective Link) and Berman (1995) with his theory of " Affective link " . Research subjects were seven primiparous adolescent mothers. Depth semi-structured interviews for data collection was used. This research is supported by the bioethical principles of Sgreccia (1986) , and the criteria for scientific rigor of Lincoln YS , Guba (1985). Thematic analysis revealed three categories and subcategories are accepting motherhood with liability to bonding. Establishing a bond with your child: mother attachment Development - newborn. Feelings from the first encounter newly - born mother. Obstacles to the development of bonding: Delayed development of bonding and insufficient development of bonding with your newborn Time. He had the final consideration, children establish a good bond with your mother, I will be more cooperative babies, empathic, socially competent, more interested in learning, exploring and safer than children with an insecure attachment to their mothers.

Keywords: maternal role, adolescents, primiparous mothers, bonding, nurse .

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el periodo de vida que se da entre los 10 y 19 años de edad.¹ A su vez el embarazo en la adolescencia es aquel que ocurre en mujeres menores de 20 años. A nivel mundial, cada año nacen 15 millones de niños(as) de mujeres menores de 20 años, lo que representa la quinta parte de todos los nacimientos anuales registrados. De ellos, aproximadamente el 60% no son planeados.²

En el Perú la etapa de la adolescencia representa actualmente el 20% aproximadamente de la población peruana de los cuales el 7.8% son mujeres.³ Según el Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia (PNAIA)⁴ en el Censo de Población realizado en 2010; 4562 adolescentes de 12 a 14 años de edad ya eran madres. De acuerdo a los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), el 13,5% de las adolescentes de 15 a 19 años de edad tenían al menos una hija o hijo o estaban embarazadas de su primera hija(o).

Esta proporción de las madres adolescentes ha ido en aumento en el país, presenta un alto porcentaje de embarazos no deseados, involucra mayores riesgos de salud reproductiva, y coloca a las madres adolescentes en una perspectiva de exclusión social, pues la mayoría son pobres, con poca educación, solteras y sin pareja.⁴ Mientras que en la región Lambayeque, tres de cada 10 adolescentes son madres o están gestando por primera vez. Esta cifra representa a adolescentes entre 16 y 17 años que cursan el 4to y 5to año de secundaria.⁵

La maternidad es un problema social y es una de las experiencias más difíciles que afectan la salud integral de las adolescentes, así como de los padres de familia, la sociedad y el niño que está por nacer ya que no se reduce solamente a una problemática de salud biológica. Por lo tanto la maternidad implica cambios en su identidad como mujeres. El tener un hijo cambia

muchos aspectos de sus vidas, debido a que el ser mamá será su nueva identidad para siempre.⁶

La maternidad se puede vivir de muchas formas. Hay algunas mujeres para las cuales la maternidad es algo maravilloso y la viven de forma placentera. Este rol es para la mujer madre una experiencia emocional y psicológica profunda. Al convertirse en madre, tendrá que asumir su maternidad e iniciar a su papel de adulta. Probablemente tendrá que dejar de estudiar y tener que trabajar para cubrir su responsabilidad. Por otro lado, existirá una confusión de roles, afecto y confianza. Ya que habrá incapacidad de la adolescente para establecer una relación materno infantil y por otro lado la incapacidad de los abuelos para distinguir a un hijo de su hija (o) como nieto.⁷

El poder establecer la adopción del rol materno conlleva a un buen desarrollo del vínculo afectivo madre e hijo que es de suma importancia.⁷ Diversos estudios han demostrado que el desarrollo precoz del vínculo al momento del parto ayuda a que el recién nacido regule mejor su temperatura cuando se ponen en contacto piel a piel con la madre. Así también el éxito de la lactancia materna, en donde el apego produce una rápida efectividad en el mecanismo de succión, que comienza en la fase de alerta después del parto. Este conlleva también a la producción de oxitocina, ayudando a la madre en la etapa de puerperio.

También contribuye a la interacción social, pues el recién nacido aprende a relacionarse con los demás en su primera y principal experiencia con el mundo de los estímulos humanos; permite formar lazos de amor y sentimientos muy fuertes entre madre e hijo, que determinarán en gran medida la relación futura entre ambos.

El vínculo precoz favorece, además, el desarrollo de la autonomía del niño, los niños con apego seguro tienen mayor capacidad de atención y desarrollan mejores capacidades intelectuales, son capaces de adaptarse mejor al estrés y demostrar conductas satisfactorias en situaciones de

separación de los padres, como el ingreso a jardines infantiles o cunas. Para la sociedad el desarrollo de este vínculo hará personas mejores con capacidad de relacionarse con los demás y mejor aportes para la misma.⁸

Todo esto nos lleva a concluir que cada vez es mayor la evidencia de que separar a los recién nacidos es una práctica dañina y estresante, tanto para los bebés que se encuentran hospitalizados en el servicio de neonatología del Hospital Regional Docente Las Mercedes (HRDLM) como para sus madres. Esto puede dejar secuelas y afectar al neurodesarrollo infantil y al vínculo del cual depende en buena parte la salud mental del niño. Algunas madres manifiestan que el personal del servicio no les permite estar mucho tiempo con sus hijos. Incluso una de ellas señaló que desde que nació su bebé, recién al sexto día pudo verlo y al octavo día de nacido pudo amamantarlo por primera vez.

Por lo tanto es evidente que frente a esta problemática a la cual se ven enfrentadas las madres adolescentes y sus hijos recién nacidos, no se está contribuyendo a fortalecer el vínculo afectivo madre e hijo. Esto origina, en el recién nacido, un sentimiento de desamparo por parte de la madre; y a la madre hace retrasar el periodo de adaptación en su nuevo rol materno por ser madre adolescente primípara. Por todo ello se piensa que no existe situación grave o de urgente riesgo vital que pueden justificar el separar a un bebé de su madre.

Frente a la problemática planteada, se formuló la siguiente pregunta: ¿Cuál es el rol materno en adolescentes primíparas y el desarrollo del vínculo afectivo en el Servicio de Neonatología HRDLM, 2013? , debido a que existen diversos estudios realizados los cuales respaldan el desarrollo del vínculo afectivo, entre ellos los profesores de Pediatría americanos, Marshall Klaus y John Kennell.

Los mismos que aseguraron en 1976 que el vínculo materno es el lazo que se crea entre la madre y su hijo desde las primeras semanas de embarazo. Se alarga durante toda la vida y se construye a partir de las

experiencias de apego que el bebé experimenta: estímulos y reacciones mutuas entre el niño y la madre; que producen seguridad, sosiego, consuelo y placer en ambos. ⁹

Es por ello que a través de la presente investigación se describe y analiza la adopción al rol materno en adolescentes primíparas y el desarrollo del vínculo afectivo, teniendo claro los aportes de esta investigación, a la ciencia en enfermería; rescatando el cuidado como objeto de estudio y razón, intercambiando criterios basados en un estudio real; que incluyeron técnicas y procedimientos dirigidos a identificar el desarrollo del vínculo afectivo en madres adolescentes primíparas en el servicio de neonatología del HRDLM, 2013.

Asimismo se incentiva al personal de enfermería a promover el vínculo afectivo madre – recién nacido, éste es un pequeño ser humano con todos sus sentidos altamente desarrollados y receptivos; inteligencia emocional y social, los bebés nacen conscientes, conociendo, sintiendo, amando.

A través del contacto piel con piel se conecta el cuerpo (hábitat), cerebro y mente de la madre con el cuerpo del bebé que empiezan a desarrollar inteligencia emocional y social; igualmente conlleva al recién nacido hospitalizado con un sistema inmaduro a través del apego a una mejor estabilidad fisiológica, puesto que el contacto piel con piel es superior a la incubadora en todos los aspectos, debido a que el cuerpo de la madre, es el lugar que determinara el programa neurológico del romboencéfalo que rige el comportamiento, determinando la oxigenación, calor, nutrición y protección.

Por estas razones consideramos que se está contribuyendo con la investigación al desarrollo del cuarto objetivo del milenio que es reducir la mortalidad infantil.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

1.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

En relación al tema de estudio se recopiló datos a nivel internacional, nacional, regional y local relacionado con el objeto de estudio de la presente investigación:

El estudio realizado por Romero⁶, titulado: “Proceso de Apropiación del Rol Materno en Madres Adolescentes de 12 A 18 Años del Proyecto Adoleisis de la Fundación Patronato Municipal San José, desde la Perspectiva Sistémica”. La investigación tuvo como objetivo identificar el proceso de apropiación del rol materno en madres adolescentes de 12 a 18 años del Proyecto Adoleisis, de la Fundación Patronato Municipal San José, desde la perspectiva sistémica. Se utilizó el método cualitativo de investigación por el cual se llegó a obtener datos descriptivos sobre la conducta, creencias, emociones y sentimientos de estas jóvenes madres en relación con sus hijos/as y la relación de éstas con sus madres.

Así mismo, se aplicaron entrevistas en profundidad, con el fin de construir historias de vida que develen su experiencia como madres y su vivencia como hijas en relación con sus madres o cuidadores primarios. A través de los resultados obtenidos en este estudio, se determinó que la transmisión de los patrones de comportamiento materno, influyen en los procesos de apropiación del rol materno de la madre adolescente, independiente de su grado de funcionamiento (nivel de diferenciación de self).

También Garrido¹⁰ realizó un estudio de investigación cualitativo sobre: Adopción del Rol Materno en Madres Adolescentes Primerizas según Grupo

de Convivencia. Esta investigación pretende comparar el nivel de adopción del rol materno en madres adolescentes primerizas según su grupo de convivencia. Se utilizó la “Escala A.R.M” (Adopción del Rol Materno), creada para fines de la investigación y se demostraron sus propiedades psicométricas. La muestra estuvo conformada por 66 madres adolescentes primerizas entre los 14 y 20 años de edad que acudían a un hospital de Trujillo.

Se determinó que el grupo de convivencia donde la madre adolescente primeriza logra un nivel predominantemente medio de adopción del rol materno, es el compuesto por la madre adolescente, su pareja y la familia de origen de ésta. Mientras que en un nivel bajo se encuentra el grupo compuesto por la madre adolescente y su familia de origen. Se llegó a la conclusión que la adopción de rol materno en las madres primerizas de la ciudad de Trujillo varía significativamente, según el grupo de convivencia al que pertenezcan.

Al analizar los resultados podemos determinar que la presencia de la pareja de la madre adolescente primeriza trujillana, es un agente positivo para que dicho rol se dé de forma favorable y alcance niveles adecuados. Esto al compartir responsabilidades en relación a la crianza del bebé y debido al afecto y seguridad que éste brinda a la madre adolescente al convivir los dos solos o en compañía de la familia de origen.

De igual modo, Barrantes¹¹ realizó un estudio de investigación titulado: “Percepciones de los Adolescentes Universitarios sobre el ser Madre Adolescente”. El tipo de estudio es cualitativo con abordaje estudio de caso. Tuvo como objeto de estudio: las percepciones que tienen los adolescentes universitarios sobre el ser madre adolescente y cuyos objetivos fueron: caracterizar, analizar y comprender dichas percepciones. Los sujetos de investigación fueron 10 adolescentes de entre 17 y 19 años de edad, teniendo en cuenta los criterios de saturación y redundancia, utilizando como

instrumento de recolección de datos a la entrevista semiestructurada a profundidad.

En el presente trabajo se llegó a la conclusión que las percepciones de los adolescentes universitarios sobre el ser madre emergen desde la concepción que poseen de la adolescente. Esta concepción que poseen les ha llevado a caracterizarla como una persona con inmadurez física de la adolescente. Se sustenta en que su cuerpo no ha terminado de desarrollar y por ende es inconcebible que se esté formando un nuevo ser. La percepción de la inmadurez psicológica emerge cuando los sujetos de investigación califican de irresponsabilidad el hecho de concebir un niño sin pensar en las consecuencias.

De manera similar, Espino¹² realizó un estudio de investigación titulado: “Actitud De Madres Adolescentes Primíparas Frente al Cuidado del Recién Nacido en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, 2010”. La presente investigación, surge como respuesta a los problemas que se producen en la adolescente como la crisis inherente a esta etapa. Esta investigación tuvo como objetivos identificar, describir y analizar la actitud de madres adolescentes primíparas frente al cuidado de su hijo recién nacido. La base teórica en la que se sustenta este trabajo la proporciona Ramona Mercer con su “adopción del rol maternal”.

Para cumplir con los objetivos planteados, la investigación empleada fue de tipo cualitativo, con un abordaje metodológico basado en el estudio de caso. Para la recolección de datos se usó la entrevista semi-estructurada aplicada a 7 madres adolescentes primíparas. Se llegó a la siguiente conclusión, la madre adolescente a través de la lactancia materna exclusiva satisface la necesidad de amor de su bebé. La adolescente por miedo a asumir su rol maternal adopta actitudes de rechazo a su recién nacido.

1.2 BASE TEÓRICO-CONCEPTUAL

Considerando que el estudio de la investigación, es el “Rol Materno en Adolescentes Primíparas y Desarrollo del Vínculo Afectivo en el Servicio de Neonatología del HRDLM”, se abordaron los diferentes conceptos que permitieron dar un referente teórico.

En atención a la problemática expuesta, la OMS¹ define “madre adolescente” al embarazo que se produce entre los 10 y 19 años de edad.

Según Muuss citado por Kimmel¹³, “La palabra adolescencia viene del latín *adolescere*, que significa crecer, o madurar”; lo que hace referencia a un periodo de cambio y crecimiento, que involucra transformaciones corporales y psicológicas, que conducen a la adquisición de autonomía adulta.

Para Medellín¹⁴, la adolescencia es la etapa comprendida entre la niñez y la edad adulta, representa un periodo crucial en la evolución biológica y psicológica debido a grandes cambios físicos y endocrinos. Está marcada por el gran interés sexual, el debilitamiento de los lazos familiares, la conquista de la independencia y la avidez de popularidad entre los amigos, es decir, por una modificación sustancial respecto al medio social. Asimismo la OPS y la OMS definen: “la adolescencia como el periodo entre los 10 y 19 años de edad [...]”¹, el mismo que se toma como referente para el presente estudio investigativo.

De lo expresado, la investigadora constituye que la adolescencia es un periodo en desarrollo biológico, psicológico, sexual y social inmediatamente posterior a la niñez, que comienza con la pubertad, estando marcado por un gran cambio en el que empezamos a tomar decisiones propias del que dependerán la mayor parte de nuestra vida.

Al mismo tiempo se presenta el desarrollo cognitivo en la adolescencia, en donde la Teoría de Piaget sirvió como aporte, para explicar los cambios que experimenta el adolescente a nivel de esta esfera. Para Piaget, en la

pubertad o en torno a ella, se debe esperar un cambio cualitativo en la capacidad mental, así como, el pensamiento operacional formal se hace posible. De acuerdo con el pensamiento del adolescente sufre una transformación, llega a desprenderse de lo concreto (objeto) y sitúa lo real en un conjunto de transformaciones posibles.

Por lo tanto, “Esa última descentración fundamental que se realiza al final de la infancia prepara la adolescencia, cuyo principal carácter es, sin duda, esa liberación de lo concreto, a favor de intereses orientados hacia lo inactual y hacia el porvenir”. Entonces el niño que hace uso de su pensamiento lógico, cuando ingresa a la adolescencia, desarrolla la capacidad de pensar en ideas abstractas, superando así, las situaciones reales del aquí y el ahora para solventar posibilidades futuras e imaginadas.¹⁴

La investigadora, considera que el adolescente va a poner en marcha un conjunto de cambios que va a afectar decisivamente la capacidad de pensar y razonar, lo cual llevara a que puede estar capacitada para afrontar en mejores condiciones la transición a la etapa adulta, y en el caso de las madres adolescentes a conllevar con responsabilidad este nuevo rol en sus vidas.

De igual manera, Erikson citado por Medellín¹⁴, señala que un sentimiento generalizado de identidad produce un acuerdo gradual entre la variedad de autoimágenes cambiantes que fueron experimentadas durante la niñez (y que, durante la adolescencia, pueden ser dramáticamente recapituladas) y las oportunidades de roles que se les ofrecen a los jóvenes para que seleccionen y se comprometan. Lo que explica, que el sentido de identidad, debe estar en relación con una experiencia continua del yo consciente y el papel consistente que desempeña el joven en la vida. Tal es el caso de la teoría planteada por Erickson que indica que la formación de su identidad en las madres adolescentes primíparas se ha visto interrumpida por un nuevo rol, el de ser madres.

Por lo tanto estas adolescentes pasan por una etapa de confusión hasta poder establecer su identidad que no es más que la forma de pensar y sentir

del adolescente. Erickson menciona la moratoria psicológica, en donde la madre adolescente experimenta diferentes roles como el ser madre, hija, y esposa así como también diferentes personalidades hasta alcanzar el yo estable. Sin duda conforme las adolescentes se van dando cuenta de que van a ser responsables de sí mismas, de sus vidas y de la que depende de ellos como su hijo, se plantean en que se van a convertir sus vidas de aquí en adelante.

De igual modo, al hablar de rol materno primero debemos de precisar que es un rol. Un rol “Se refiere a la totalidad de expectativas y normas que un grupo tiene con respecto a la posición y conducta de un individuo en el grupo”. Lo que implica, todo un conjunto de actitudes, capacidades y valores que se le atribuyen a la madre adolescente en relación con el grupo social, que en este caso lo asumen familia y amigos.¹⁵

Por tratarse de madres adolescentes, su configuración anatómica y psicológica aún no ha alcanzado la madurez necesaria para cumplir el rol materno. Trayendo como consecuencia el aumento poblacional, y la posibilidad de que esta madre tenga una familia numerosa, lo cual repercutirá en el desarrollo, futuro de sus hijos.¹⁶

Es así como, los roles, al responder a criterios de deseabilidad social adquieren una significación funcional. Dentro de una cultura, a cada género se le atribuye una serie de roles. El rol de género define entonces comportamientos masculinos y femeninos en concordancia con las reglas establecidas por la sociedad. Estos roles asignados socialmente se organizan dentro de una estructura y un tiempo específico, y buscan mantener un ordenamiento social.¹⁶

No cabe duda que las madres adolescentes tienen que compartir roles, como el de ser hijas y madres al mismo tiempo. Muchas de ellas sufren de discriminación social al momento de salir embarazadas. Pero el asumir este nuevo rol se da en un tiempo de adaptación durante todo el embarazo, y la aceptación de la sociedad dependerá de cómo asuma su nuevo rol de madre.

De esta circunstancia nace el hecho que el rol materno responde a la totalidad de expectativas y actitudes que se esperan de la adolescente frente a su maternidad, la relación madre-hijo la que da lugar al establecimiento de pautas de comportamiento destinadas al cuidado del bebé y al aseguramiento de su supervivencia física y emocional.¹⁶ Entonces, la autora considera que la apropiación del rol materno se da cuando la madre adolescente experimenta sentimientos de confianza y competencia, la forma como desempeña su rol constituye una fuente de seguridad y satisfacción para ambos.

Dentro de este marco, Mercer citado por Marriner¹⁷, nos presenta su Teoría “Adopción del Rol Maternal”, basado en estudios de Reva Rubin, sobre adopción del rol maternal desde el momento de aceptación del embarazo hasta un mes después del parto. Pero, son las pruebas obtenidas en sus amplias investigaciones las que la llevan a establecer su teoría sobre el estudio de las madres adolescentes.

De acuerdo con Mercer, el niño es considerado como un compañero activo en el proceso de adopción del rol maternal, que recibe la influencia del desempeño del rol e influye, a su vez, en dicho desempeño. La identidad materna se desarrolla al mismo tiempo que la vinculación y ambas son interdependientes.¹⁷

Siguiendo esta perspectiva, Mercer señala que la adopción del rol maternal se produce en las cuatro fases siguientes: Anticipatoria, comienza con la adaptación social y psicológica al rol mediante el aprendizaje de las expectativas que comporta. La madre fantasea sobre el papel que ha de adoptar, se relaciona con el feto en el útero e inicia su desempeño del rol. Formal, comienza con la asunción del rol en el nacimiento; las conductas de rol están orientadas por las expectativas formales consensuadas de otras personas del sistema social materno. Informal, se inicia cuando la madre desarrolla formas propias de asumir su rol con independencia del sistema social. Personal, la madre experimenta un sentimiento de armonía, confianza

y competencia con la forma como desempeña su papel. El rol maternal se considera alcanzado.¹⁷

De acuerdo a las etapas establecidas por Mercer, la autora considera a la adopción del rol maternal como el proceso interactivo y evolutivo, en el cual la madre se va sintiendo vinculada a su hijo, adquiere competencias en la realización de los cuidados asociados a su papel y experimenta placer y gratificación dentro del mismo; por lo tanto esta se logra de manera consecutiva y se ve reflejada en su totalidad con la adopción de la madre adolescente a su nuevo rol materno en la última etapa denominada “Personal”.

Asimismo, el neonato o recién nacido se denomina al producto proveniente de una gestación de 22 semanas o más; desde que es separado del organismo de la madre hasta que cumple 28 días de vida extrauterina.¹⁸ Es así que teniendo en cuenta esta definición se toma para la presente investigación que ha sido realizada en el servicio de Neonatología del HRDLM. Aquí se aplicó a madres adolescentes primíparas, donde se encontraban hospitalizados sus hijos recién nacidos, considerados neonatos.

Visto de esta forma, cuando se habla del período del recién nacido, en el primer mes de vida extrauterina, se hace referencia, como protagonista, a un ser que inspira gran ternura y requiere de unos cuidados muy especiales. Éste es el ser más desvalido de todas las especies de mamíferos, pero afortunadamente tiene gran capacidad de aprendizaje y unas posibilidades infinitas de cambio, las cuales son facilitadas y estimuladas por el afecto, las caricias y, en general, por todos los cuidados que le brindan la madre adolescente, el padre y las personas que estén a su alrededor.¹⁹

El Vínculo es el lazo afectivo que emerge entre dos personas y que genera un marco de confianza en el otro y en la vida, en un contexto de comunicación y de desarrollo, lo inicia la madre y el padre, cada sentimiento, actitud que sea consolidado en el tiempo, va formando los diferentes hilos que constituirán el vínculo, sean lazos armónicos o no.²⁰ El

vínculo afectivo es la base de nuestro bienestar y de él va a depender la forma en que nos vinculamos con el otro y las demás formas de vincularse.²¹

Es así, como el vínculo afectivo o “Bonding” es un término establecido por dos Pediatras americanos, Klaus y Kennell²², quienes aseguraron que el vínculo materno es el lazo que se crea entre la madre y su hijo desde las primeras semanas de embarazo. Se alarga durante toda la vida y se construye a partir de las experiencias de apego que el bebé experimenta: estímulos y reacciones mutuas entre el niño y la madre; que producen seguridad, sosiego, consuelo y placer en ambos.

Para la autora, el vínculo afectivo que establece el recién nacido con sus padres, se inicia desde que el niño es deseado o no por la pareja; la madre y el niño tienen una vida en común durante los nueve meses de la gestación. Es así que cuando nace el niño afronta su primera separación, que es la del cuerpo, pero continúa unido por las vivencias afectivas que ha tenido.

Partiendo de lo señalado anteriormente, Kennel²², señala que las primeras 6-12 horas después del nacimiento, constituyen un periodo sensible a la formación de vínculos emocionales: la madre está lista para crear un sólido afecto por su hijo y responder ante él. Por consiguiente a partir de sus numerosos estudios realizados con madres, Klaus y Kennell²², han formulado siete principios que rigen el apego de la madre hacia su recién nacido y, además, se cree que son componentes esenciales en el proceso del apego efectivo.

En los primeros minutos y horas de vida hay un periodo sensible. Es necesario que la madre y el padre estén en íntimo contacto con su neonato, para que la evolución ulterior de las relaciones entre ellos sea óptima. En la madre y padre humanos parece existir respuestas frente al neonato que son específicas para la especie y se ponen de manifiesto al entregárseles el niño por primera vez. El proceso de apego está estructurado de modo que el padre y la madre entablan un vínculo afectivo óptimo con un solo niño a la vez. Durante la formación del apego de la madre hacia su recién nacido es

menester que éste responda a la madre con alguna señal, como movimientos del cuerpo o de los ojos.

La gente que presencia el proceso de nacimiento, adquiere un intenso vínculo afectivo con el niño. Algunos adultos les resulta difícil pasar al mismo tiempo por los procesos de apego y desapego. O sea, adquirir apego por una persona y sufrir al mismo tiempo la pérdida o pérdida inminente de esa misma persona, o de otra.

Ahora bien, al hablar de la importancia que tiene el contacto piel a piel en el desarrollo del vínculo afectivo, éste se realiza durante las dos horas que siguen al nacimiento; el bebé vive el periodo que los expertos llaman sensitivo. Las descargas de noradrenalina que el encéfalo ha vertido al torrente sanguíneo durante el parto, hacen que el bebé esté en un estado de alerta tranquila. Durante este periodo es capaz de girar la cabeza o buscar el rostro y los ojos de su madre y gracias a esta hormona su olfato se agudiza y memoriza el olor de la madre, estableciendo el vínculo afectivo con ella.²³

Y llegamos a otro punto en donde el contacto piel a piel (CPPI) va a consistir en que los neonatos sanos son colocados sobre el abdomen o pecho materno (contacto piel a piel) inmediatamente después del nacimiento. Ellos demuestran capacidades notables, están alertas, son estimulados por la caricia de sus madres realzando las sensaciones de afecto. Pueden reptar a través del abdomen de su madre y alcanzar el pecho para alimentarse, huelen y tocan el pecho de su madre estimulando la formación y producción de leche materna al iniciar la succión y alimentación.

De acuerdo a los innumerables estudios realizados sobre las ventajas del CPPI, se ha demostrado que brinda muchos beneficios tanto para la madre como para el recién nacido. No solo favorece los cambios inmediatos que ocurren en el neonato durante el periodo adaptativo, sino también provee innumerables beneficios adaptativos promoviendo un periodo puerperal inmediato y tardío mucho más beneficioso. Asimismo, tomando en cuenta que el desarrollo normal del recién nacido depende en gran parte de una serie

de respuestas afectivas recíprocas, entre la madre y el hijo, así como de la unión psicológica y fisiológica; investigaciones al respecto han demostrado que el éxito del método piel a piel inmediato depende del tiempo de contacto, el cual beneficia al binomio madre-hijo.²⁴

En este sentido encontramos al neonatólogo Dr. Nils Bergman, el cual lleva más de dos décadas realizando estudios basados en evidencias sobre el desarrollo del vínculo afectivo madre – RN, e introdujo el método canguro en Sudáfrica, autor de “Restableciendo el paradigma original para el cuidado de los bebés”; en donde manifiesta que el hábitat es el lugar en el que se realiza una ocupación, en donde un comportamiento es capaz de expresarse, el hábitat puede variar y regular el comportamiento, el nido se refiere a las necesidades biológicas. En cuanto a la transición el proceso de vinculación comienza inmediatamente después del nacimiento, y puede ser fácilmente perturbado por cualquier intervención.

De acuerdo, con Bergman²⁵ en el útero el feto necesita el nido, oxigenación, calor, nutrición, protección después viene el hábitat-transición un término complicado para definir el nacimiento, en donde él bebe necesita el mismo nido, oxigenación, calor, nutrición, protección, aquí ya no es la madre quien va a proporcionárselo sino su programa en el cerebro y que requiere el hábitat correcto el cual es el contacto piel madre - recién nacido; por lo tanto es el hábitat en donde la criatura puede cuidarse a sí misma en todos los aspectos.

Puede parecer sorprendente que el lugar tenga un papel importante en el desarrollo del recién nacido, pero de acuerdo a investigaciones realizadas, la oxigenación en la incubadora de un bebe muestra periodos de respiración inestable, así como apneas, la respiración viene acompañada de un determinado ritmo cardiaco, cuando el recién nacido llora se observa picos en las oscilaciones del ritmo del corazón, cuando la respiración es periódica el corazón es muy variable y cuando hay apneas el corazón late demasiado despacio y esto es una situación muy peligrosa.

Ahora el apego madre e hijo se fundamenta fisiológicamente, en que si sacamos al recién nacido de la incubadora, la ponemos piel con piel sobre el pecho de su madre que es la misma sangre, al cabo de cinco minutos el ritmo cardiaco se estabiliza, la variación desaparece por completo, la respiración se estabiliza, la respiración periódicas y apneas también desaparecen, por lo tanto el hábitat que es el pecho de su madre es esencial para que la oxigenación del bebe sea saludable.

Con respecto a la temperatura, estudios entre una moderna incubadora y el pecho de la madre demuestran que la incubadora registra temperaturas exactas pero con parámetros oscilativos, en cambio al contacto del bebe con el pecho de su madre , este tiene la capacidad de regular la temperatura de su hijo al minuto a través de un mecanismo que se llama sincronía térmica entre madre e hijo, la temperatura de la madre subirá 2°para calentar a un bebe que se ha enfriado y bajara 1°si necesita refrescarla, él bebe puede sacar su brazo fuera del pecho de la madre para autorregular su temperatura.

Ahora con respecto a la nutrición, en la incubadora el bebe esta en modo de defensa en vivo, las hormonas , los nervios y los músculos están todos actuando para defender al cuerpo, en cuanto al tracto gastrointestinal se produce una hormona llamada somastostina que cierra el intestino, igual que las hormonas del estrés bloquean el resto del cuerpo al tiempo que los nervios bloquean al nervio vagal, el resultado es que la energía vagal que está siendo usada para la defensa consume las energías destinadas al crecimiento, por ello cualquier cosas que se encuentre en el intestino se queda allí o fermenta allí. Al contrario de los que permanecen con la madre, tiene un cambio asombroso en cuanto al amamantamiento, producción de leche traduciendo en un importantísimo beneficio para el niño.²⁵

La madre tiene un programa neurológico que rige su comportamiento reproductivo, en el romboencéfalo y en contacto piel con piel el efecto del bebe sobre la madre es muy significativo e importante, los problemas de

lactancia y los pechos como la ingurgitación y mastitis disminuyen, se logra sincronía entre el sueño de la madre y el niño, estos duermen al mismo tiempo, coordinan sus comportamientos de un manera notable, se convierten en un solo organismo, se consigue una mejor unión, se dan menos casos de abandono de bebés en caso de hambre, las madres se sienten fortalecidas, nada se dice de la autoestima de la madre cuando se le quita al bebé para ponerlo en un frío cajón (incubadora).

A las madres investidas de esta fuerza sienten que controlan la situación y son competentes para cuidar a su bebé, la madre también experimenta una sensación de duelo, cuando tiene un parto prematuro, pierde algo que no ha podido completar, el desarrollo del vínculo afectivo les da una sensación de ser capaces de elaborar el duelo y poder superar la pérdida, a veces algunos bebés mueren o nacen con problemas incompatibles con la vida, atención compasiva la mejor opción de la madre de una criatura que está muriendo es tenerla piel con piel.²⁵

Igualmente en las dos últimas décadas una buena parte de la investigación se ha centrado en desentrañar los mecanismos químicos, neurológicos y hormonales que facilitan el vínculo entre el bebé y su madre desde el parto, este campo se llama neurobiología del apego. Así se va avanzando en la comprensión de ese delicado engranaje que se inicia nada más al nacer el bebé o incluso antes. Sabemos ahora que los bebés reconocen a sus madres desde el mismo momento del nacimiento gracias al olfato (y que por ello es importante no lavarles, ya que reconocen a su madre por el olor a líquido amniótico) y que prefieren escuchar su voz a cualquier otro sonido. Cuando nacen vaginalmente los bebés están en estado de alerta y esperan ser dejados sobre el vientre de su madre piel con piel. Desde ahí saben perfectamente cómo llegar hasta su pecho y como iniciar la lactancia en las dos primeras horas de vida.²⁶

Pero es que además al nacer el cerebro del niño y el de la madre están bañados en un mar de hormonas que afectan profundamente al vínculo y que

en un futuro jugarán un papel en todas las relaciones sociales que establezca el bebé conforme crezca. Así la oxitocina, también conocida como hormona del amor hace que la madre sienta un enamoramiento de su bebé que le facilitará enormemente el cuidarle durante los primeros años de vida y en el cerebro del bebé hace que ese amor materno sea recíproco. La vasopresina que es una hormona muy relacionada con la oxitocina también está en juego y al parecer interviene igualmente en el desarrollo del vínculo que marcará las futuras relaciones sociales e incluso sexuales. Otra hormona, la prolactina, empieza entonces su labor permitiendo la producción de leche y haciendo que para la madre la lactancia sea algo espontáneo, relajante y sencillo. Otras sustancias como las endorfinas que también se producen durante el trabajo de parto van a hacer que ese primer encuentro sea muy placentero para los dos y que por decirlo de alguna manera madre y bebé se enganchen de la mejor manera posible.²⁶

De la misma manera que se va avanzando en el conocimiento neuroquímico de cómo se establece el vínculo cada vez es mayor la evidencia de que alterar ese equilibrio hormonal de la madre mediante sustancias como la oxitocina sintética en el parto o del bebé mediante la separación puede alterar de por vida el desarrollo cerebral del bebé. La separación de la madre supone un estrés enorme para el bebé, que hace todo lo posible por reunirse con ella mediante el llanto. Si pasado un tiempo prudencial no consigue reunirse con ella el bebé deja de llorar: esto no significa que esté bien sino todo lo contrario, su cerebro siente que su vida corre peligro y decide pasar a un modo de ahorro energético por decirlo de alguna manera que tiene mucho que ver con la vivencia de la desesperación. Son numerosos los estudios que han comprobado como ese enorme estrés que supone ser separado de la madre en las primeras horas de vida afecta el neurodesarrollo.²⁶

CAPÍTULO II

MARCO METODOLÓGICO

2.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación es cualitativa porque se utilizó técnicas especializadas para obtener respuestas a fondo acerca de lo que las personas piensan y sienten. También fue de índole interpretativa porque se realizó con grupos pequeños de personas, cuya participación fue activa durante todo el proceso investigativo. La investigación cualitativa no pretende explicar ni transformar la realidad sino comprenderla, para lo cual debe hacer una lectura que trascienda los fenómenos para develar sus significados e intereses. Por lo tanto, el desarrollo de una investigación cualitativa transcurre en el ambiente natural en que suceden los hechos y en que se considera como componente fundamental el contexto en el cual se sitúa el hecho social.²⁷

La presente investigación se llevó a cabo en el Servicio de Neonatología del HRDLM con madres adolescentes primíparas, en el cual se incorporó el relato de las participantes. Es decir sus experiencias, creencias, actitudes, pensamientos y sensaciones tal y como fueron sentidas y expresadas por estas a través de la entrevista semiestructurada enfocada en el proceso de adaptación del rol materno de las madres adolescente primíparas y como éste influye en el desarrollo del vínculo afectivo.

2.2 ABORDAJE METODOLÓGICO

El abordaje de la presente investigación fue estudio de caso. Según Polit, es el que retrata la realidad en forma compleja y profunda en un determinado campo seleccionado por la investigadora.²⁸ La mayor parte de los estudios cualitativos pueden caracterizarse y describirse en función de tradiciones de investigación. Por lo tanto, en la investigación se escogió esta metodología debido a que la presente se llevó a cabo a un número reducido de madres del Servicio de Neonatología del HRDLM-Chiclayo, en el cual sólo participaron madres adolescentes primíparas.

Por otro lado, la investigadora tuvo presente los principios del estudio de caso, según el modelo de Ludke²⁹: “Dirigido al descubrimiento”. La cual partió de un marco teórico conceptual, el cual le sirvió de estructura básica para identificar, describir y comprender las experiencias de las madres adolescentes primíparas en su adaptación al rol materno.

Asimismo, se resaltó la interpretación en el contexto para percibir la expresión del problema, acciones, percepciones, comportamientos e interacciones de las personas relacionadas a la situación determinada. De acuerdo a este principio se realizó la presente investigación cuando se contextualizó y delimitó a los sujetos de estudio con su realidad específica, como son las experiencias de las madres en esta nueva etapa de sus vidas.

Según Ludke²⁹: Por ser un estudio de caso se tuvo en cuenta las tres fases planteadas. “En la fase abierta o explorativa se establecieron los contactos iniciales para vincularse en el campo, localizar a los informantes y fuentes de datos, que permitieron definir de manera precisa el objeto de estudio”. De esta manera se destaca las experiencias de las madres al contribuir con sus manifestaciones a dicho trabajo de investigación. Se iniciaron con una base metodológica permitiendo diseñar la realidad problemática y más adelante con los discursos emitidos por los sujetos de estudio.

La segunda fase consistió en “La investigación y delimitación del estudio” donde se recogieron los datos mediante la entrevista semiestructurada, la cual se aplicó a las madres adolescentes primíparas del servicio de neonatología del HRDLM. En la tercera fase del “Análisis sistemático y elaboración del informe”, se procedió a unir información para analizarla.

2.3 SUJETOS DE INVESTIGACIÓN

Los sujetos de investigación del presente estudio lo conformaron las madres adolescentes primíparas entre 12-19 años de edad que tuvieron sus hijos hospitalizados en el Servicio de Neonatología del HRDLM. La mayoría fueron madres adolescentes de escasos recursos económicos y de un nivel cultural bajo, algunas tuvieron que dejar de estudiar para dedicarse al nuevo rol en sus vidas que es ser madres, mientras otras siguieron recibiendo el apoyo de sus padres y su pareja. Además los criterios de exclusión fueron aplicados a madres mayores de 19 años, múltiparas o que tuvieron hijos hospitalizados en otro servicio del HRDLM.

2.4 ESCENARIO

El escenario en el cual se desarrolló la investigación fue el Servicio de Neonatología del HRDLM – CHICLAYO, en donde se brinda una atención integral a los neonatos de la región Lambayeque y referidos del norte del país. Está dedicado al cuidado de recién nacidos prematuros, quirúrgicos y de bajo peso. Aquí laboran 3 enfermeras por turno de trabajo, 5 pediatras y 3 técnicos enfermeros. El servicio cuenta con 30 cunas distribuidas en 3 ambientes: cuidados intensivos, cuidados intermedios I y II.

Este servicio cuenta con materiales básicos para atender a los niños de alto riesgo, se encarga del tratamiento de las enfermedades médicas o quirúrgicas en la etapa de la vida del neonato. Es considerado como Área

Restringida y establece los cuidados mínimos, intermedios o intensivos, según sea requerido de acuerdo al estado crítico del paciente.

Asimismo cuenta con un ambiente pequeño llamado lactario que es exclusivo para que las madres puedan dar de lactar a sus niños, se extraigan la leche, y puedan pasar un momento con sus niños en brazos, brindándoles todo su amor y caricias.

2.5 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Teniendo en cuenta las características del objeto de estudio, en la presente investigación se utilizó como técnica de recolección de datos la entrevista semiestructurada.

Burns³⁰, afirma que la entrevista semiestructurada es una reunión para intercambiar información entre una persona y otra mediante preguntas y respuestas respecto a un tema, entrevista que se caracteriza por no ser limitada previamente, aunque el tema preliminarmente es definido. La entrevista aplicada fue de manera anónima con un seudónimo, se recolectaron datos de las madres participantes a través de un conjunto de preguntas abiertas formuladas en un orden específico donde se enfocaron una serie de preguntas para cada participante. Esto con el fin de saturar datos, recolectando la información suficiente para entender el área de interés.

2.6 PROCEDIMIENTO

Para poder llevar a cabo la presente investigación, se solicitó autorización del Director del HRDLM y Jefa de Enfermeras del servicio de Neonatología.

En primer lugar se presentó una solicitud acompañada de una copia anillada y en CD de la investigación, en la oficina de capacitación dirigida al Director del HRDLM solicitando permiso para que se autorice la realización

de la investigación. Una vez aprobada se emitió un documento con la autorización y el derecho de un pago en la ventanilla de recaudación. Luego se informó a la Jefa de servicio de Neonatología que la investigación se llevaría a cabo en el servicio mencionado con las madres adolescentes primíparas que tienen sus hijos hospitalizados.

Seguidamente, antes de realizar la entrevista a las madres, se les explicó sobre que trata, haciendo énfasis que es totalmente anónima. Asimismo se pidió su consentimiento informado a los padres de familia, en caso se encontraran presentes, y a la madre adolescente, para lo cual se explicaron los objetivos de la investigación y de esta manera se logró la confianza para realizar dicha investigación. La entrevista fue grabada a través del grabador de voz de un celular Smartphone Samsung Galaxy (mp4). Se logró realizar en un ambiente tranquilo, privado, en un tiempo de duración no mayor a 25 minutos.

2.7 ANÁLISIS DE DATOS

El análisis de datos es una técnica de investigación destinada a formular a partir de ciertos datos, inferencias reproducibles y válidas que puedan aplicarse a su contexto. El análisis de datos cualitativos, según Burns ³⁰, consta de tres etapas: La descripción, análisis e interpretación. La primera etapa es más importante en los estudios cualitativos que en los cuantitativos. Los investigadores de estudios cualitativos agregado por la investigadora se detienen en la fase descriptiva el mayor tiempo posible antes de empezar el análisis y la interpretación, porque necesitan familiarizarse profundamente con los discursos.

Al realizar el análisis del presente trabajo de investigación, implico el repaso y asimilación de los discursos, de manera pormenorizada, y considerándose para ello las tres etapas propuestas por Burns.³⁰

La primera etapa es el preanálisis, la cual consiste en la organización del material a analizar.³⁰ En el presente estudio, la investigadora realizo las

revisiones de las entrevistas grabadas, escuchándolas, hasta que se vio inmersa en los datos, para ello se repitieron con la frecuencia necesaria para poder no solo entender sino también internalizar los discursos, de tal manera que la familiaridad con los mismos le permitieron una mejor contextualización semántica, que facilitó su análisis a la luz del conocimiento de las bases teóricas.

La segunda etapa es la codificación, la cual consiste en realizar una transformación de los datos brutos a los datos útiles, Burns³⁰ refiere que en esta etapa se realizará el filtro de discursos, fragmentación de los mismos y la extracción de unidades significativas. Estas en el presente trabajo, se obtuvieron de los discursos, previamente llevadas del EMIC al ETIC, utilizando el método de recorte e identificación por colores. Al fragmentar los discursos, se obtuvieron 60 fragmentaciones significativas, relacionadas directamente con los sujetos y objeto de estudio; seguidamente, se procedió a agrupar por similitud semántica, dando lugar a la codificación y agrupamiento que tuvo un constructo de hasta cuatro intentos, quedando con una propuesta final, después de haber reintentado “encarcelar” los fragmentos con la mayor propiedad posible de similitud.

Finalmente, la última etapa fue la de categorización, que consiste en la organización y clasificación de las unidades obtenidas en grandes categorías y subcategorías.³⁰ la investigadora una vez obtenido los datos, los procesó con el análisis temático relacionado al contenido, codificando y clasificando los temas que dieron origen a las grandes categorías y subcategorías preliminares o empíricas: en primera instancia, tres con ocho subcategorías para luego de un análisis de los discursos a la luz de la teoría pertinente, establecer tres grandes categorías científicas y subcategorías correspondientes.

2.8 CRITERIOS ÉTICOS

La condición de persona es el fundamento ontológico real que sustenta y da validez a los principios teóricos de la bioética personalista, principios

que operan como ayuda y guías de la acción al tomarse en consideración en cada decisión relativa con el paciente y en la investigación con seres humanos. Los principios éticos, en los que se basó la presente investigación, son los principios de bioética personalista, formulados por E.Sgreccia³¹:

Iniciamos esta investigación con el principio del valor fundamental de la vida humana, porque la persona es un ser único e irrepetible por naturaleza, considerando el respeto hacia ella. El cuerpo es fin y sujeto, en cuanto lugar donde se manifiesta la persona, entendida como unitotalidad trascendente: Es la mente la que estructura el cerebro, es el alma la que vivifica e informa el cuerpo. ³¹

Llegando a este punto, es menester resaltar que en la presente investigación se aplicó este principio al escuchar los discursos de las madres adolescentes sin cuestionarlas, respetando en todo momento sus opiniones e identidad, la cual se mantuvo siempre en el anonimato, respetando las experiencias como madres.

El principio de libertad y responsabilidad, considerado el más relevante en la presente investigación, aduce que una de las características del ser humano es la autodeterminación, por decisión propia y en base a un conocimiento racional de los hechos. Esta propiedad, se deriva de la propia naturaleza humana y atropellarla supondría una manipulación de estas.³¹ La investigadora en todo momento ha fomentado la participación voluntaria, informándoles previamente sobre el objetivo de la presente investigación y las que accedieron a participar firmaron el consentimiento informado (Anexo), teniendo plena libertad para abandonarla cuando así lo creyeran conveniente sin temor a ningún tipo de represalia o minusvalía; todas aceptaron luego de consensuar la irrestricta confidencialidad y que data en sinónimo, este último conocido solo por la investigadora.

2.9 CRITERIOS DE RIGOR CIENTÍFICO

Los criterios de rigor científico fueron de suma importancia, porque fueron tomados en cuenta para el tipo de investigación cualitativa en que está enfocado este trabajo, detallándose a continuación.³²

Auditabilidad: Es la habilidad de otro investigador de seguir la pista o la ruta de lo que el investigador original ha hecho. Aplicándolo a la investigación, este principio permitirá que otro investigador examine los datos obtenidos mediante las entrevistas realizadas a las madres adolescentes primíparas del servicio de neonatología del HRDLM. De este modo, pude llegar a conclusiones iguales o similares al de la investigadora siempre y cuando tengan perspectivas similares.

Credibilidad: La investigación será reconocida como “real” y “verdadera” porque fue realizada con madres adolescentes primíparas que expresaron sus propias opiniones sobre el “Rol Materno”. Asimismo, la investigación a través de observaciones y conversaciones prolongadas con las madres (sujetos de estudio), recolectaron información.

Se produjeron hallazgos que fueron reconocidos por las mismas, como una verdadera aproximación sobre lo que ellas piensan y sienten. Por lo tanto, los resultados podrán ser transferidos a otros centros de estudios o escenario con iguales características.

Transferibilidad: Es el criterio que se debe tener en cuenta para juzgar el rigor metodológico en la investigación cualitativa. Este criterio se refiere a la posibilidad de extender los resultados del estudio a otras poblaciones. En la presente investigación se ha descrito el lugar que es el servicio de Neonatología del HRDLM y las características de los sujetos de estudio de la investigación que fueron las madres adolescentes primíparas. Por tanto, el grado de transferibilidad fue dado en función a la similitud de los contextos.

CAPÍTULO III

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Al analizar y discutir el Rol Materno en Adolescentes Primíparas y el Desarrollo del Vínculo Afectivo. Servicio de Neonatología –HRDLM, surgieron tres grandes categorías; las cuales se presentan a continuación cada una con sus respectivas subcategorías:

I. CATEGORÍA: ESTABLECIENDO EL VÍNCULO AFECTIVO CON SU RECIÉN NACIDO.

1.1. Desarrollo del apego madre – recién nacido.

1.2 Sentimientos frente al primer encuentro madre –recién nacido.

II. CATEGORÍA: ACEPTANDO LA MATERNIDAD CON RESPONSABILIDAD FRENTE AL VÍNCULO AFECTIVO.

III. CATEGORÍA: OBSTÁCULOS EN EL DESARROLLO DEL VÍNCULO AFECTIVO.

3.1 Retraso en el desarrollo del vínculo afectivo.

3.2 Tiempo insuficiente para el desarrollo del vínculo afectivo con su recién nacido.

El vínculo es un instinto biológico destinado a garantizar la supervivencia de los bebés, es el lazo que se establece entre el recién nacido y su madre. Cumple la función biológica de promover la protección, la supervivencia y la replicación. El separar a los recién nacidos es una práctica dañina y estresante

tanto para el recién nacido como para la madre. Esto puede dejar secuelas y afectar al neurodesarrollo infantil y al vínculo, del que va a depender en buena parte la salud mental del niño.

Asimismo, numerosos estudios demuestran que la manera en que se desarrolla el cerebro está fuertemente afectada por las relaciones tempranas del bebé, especialmente las que establece con su madre y padre. Por lo tanto, las relaciones de apego son la base que va a posibilitar la confianza y seguridad en uno mismo así como la capacidad de tener relaciones afectivas próximas, de procurar y recibir atenciones y de cuidar a los otros.²¹

Pero para identificar el “Rol Materno en Adolescentes Primíparas y el Desarrollo del vínculo afectivo. Servicio de Neonatología – HRDLM-2013”; es necesario analizar cada categoría:

I. CATEGORÍA: ESTABLECIENDO EL VÍNCULO AFECTIVO CON SU RECIÉN NACIDO.

El vínculo afectivo es el lazo que se establece entre el recién nacido y su madre. Cumple la función biológica de promover la protección, la supervivencia y en última instancia la replicación. Ya en las primeras investigaciones realizadas en los años 70 por los pediatras Klaus y Kennel se comprobó que los niños que se habían vinculado de manera segura a su madre siendo bebés resultan ser más cooperativos, empáticos, competentes socialmente, más interesados en aprender y explorar y más seguros que los niños que tenían un vínculo inseguro con sus madres de bebés.

Así mismo, sabemos ahora que las relaciones de apego van a conllevar a un desarrollo del vínculo afectivo, y son la base segura que va a posibilitar la confianza y seguridad en uno mismo que es fundamental para un adecuado desarrollo de la personalidad. En la relación de apego se desarrolla la seguridad íntima del niño, la eficacia y valor que atribuye a su autoconcepto, junto con aspectos de las relaciones personales íntimas, tales como la

capacidad de tener relaciones afectivas próximas, de procurar y recibir atenciones y de cuidar de los otros.⁹

1.1 Desarrollo del apego madre – recién nacido.

Al hablar de "apego" nos referimos a un mecanismo preprogramado que activa toda una gama de comportamientos posibilitando la vinculación bebé-madre con el objetivo biológico de proveer de la proximidad, protección y seguridad del cuidador y que permitirá la exploración de lo desconocido. Entre las múltiples investigaciones realizadas, Bowlby³⁵ en su teoría del apego demuestra que el vínculo se establece por el impulso innato que lleva a la madre a proteger al bebé, está basada en que el estado de seguridad, ansiedad o temor de un niño viene determinado en gran medida por la accesibilidad y capacidad de respuesta de su principal figura de afecto (persona con que se establece el vínculo). El apego proporciona seguridad emocional al niño: se siente aceptado y protegido incondicionalmente, así lo experimentan las madres y lo manifiestan en el siguiente discurso:

“Al darle de lactar siento amor, un gran cariño desde dentro de mi corazón. Siento que me apego más a ella y ella a mí, cuando le doy de lactar”. (María)

Según esta teoría, el bebé nace con una serie de conductas que tienen como finalidad producir respuestas en las madres: la succión, las sonrisas reflejas, el balbuceo, la necesidad de ser acunado y el llanto son las “habilidades” de las que dispone el bebé para vincularse con sus cuidadores. Con este repertorio los bebés buscan mantener la proximidad con la figura de apego, resistirse a la separación, protestar si se lleva a cabo (ansiedad de separación), y utilizar la figura de apego como base de seguridad desde la que exploran el mundo.³⁵

Asimismo, Bergman desde el año 1988 viene realizando estudios basados en evidencias sobre “El vínculo afectivo madre e hijo”, en los cuales

manifiesta que el recién nacido es un pequeño ser humano con todos sus sentidos altamente desarrollados y receptivos. Inteligencia emocional y social, los bebés nacen conscientes, conociendo, sintiendo, amando, esperando una relación. El cerebro del ser humano guarda unos programas hormonales que conforman el desarrollo del bebé y desencadenan el parto, cuyo objetivo confluye en amamantar. Estos programas están almacenados en el cerebro primitivo del bebé y son 3: Alimentación, defensa y reproducción.

Por lo tanto, esto permite al bebé la libertad para establecer el vínculo con su madre es básico para todo el proceso de adaptación al nuevo medio. El recién nacido no es un ser indefenso que no sabe nada. Él está programado para desarrollarse en su hábitat-nido, es decir, en el pecho de su mamá. El proceso de vinculación inmediata y continua influye en su desarrollo de confianza afectiva e inteligencia emocional para su futuro.³⁶

Con respecto al contacto piel a piel, la OMS³⁷ en su programa Método Madre Canguro (MMC), señala como un procedimiento "que fomenta la salud y el bienestar, tanto de los recién nacidos prematuros, como de los nacidos a término". En estudios examinados, el momento del inicio del MMC varía desde apenas acaecido el parto hasta algunos días después del nacimiento. Un inicio tardío significa que los recién nacidos prematuros o con bajo peso al nacer ya han superado el periodo de máximo riesgo para su salud. Por lo tanto, la duración diaria y general del contacto piel a piel fluctúa desde algunos minutos (por ej., 30 minutos al día como promedio) hasta prácticamente las 24 horas del día, y desde unos pocos días hasta varias semanas.

Cuanto más duran los cuidados, más fuerza adquiere la posible asociación directa y causal entre el MMC y los resultados obtenidos. Además, en los casos en los que el MMC se dispensa a lo largo de un periodo de tiempo prolongado, suele ser la madre, en lugar del personal de enfermería o la incubadora, la encargada de aplicarlo.

En este sentido el contacto piel con piel es muy importante, porque conecta el cuerpo de la madre con el cuerpo del bebé, el cerebro de la madre con el cerebro del bebé, y la mente de la madre y la mente del bebé empiezan a desarrollar inteligencia emocional y social.³⁶ Pero el cuerpo es la base sobre la que se construye y en esta interacción lo que pasa es que el(cuerpo) habla y el lenguaje (caricias) es desarrollada, el bebé empieza a desarrollar esa manera de aproximación emocional a través de la capacidad para amar, la cual se refleja en los siguientes discursos:

“Siento amor cuando lo tengo entre mis brazos y le estoy dando de lactar eso me alegra.....Siento una emoción, una alegría cuando veo a mi hijo”. (Elita)

“Yo le demuestro mi amor hablándole, tomando su mano en la incubadora, le digo que lo “quiero mucho”. (Yaritza)

De acuerdo con lo manifestado, para la autora el poder estar la madre junto a su hijo va a generar el apego en ellos, desarrollando sentimientos de amor y enamoramiento para con su hijo, fortaleciendo el vínculo afectivo. Por lo tanto el contacto piel con piel generado luego del parto, permite garantizar un desarrollo emocional adecuado del niño, y es relevante porque marca su relación con los afectos durante toda la vida. Es así que la capacidad de amar es la confianza mutua construida entre dos personas y los efectos de esta confianza exigen una línea de seguridad basado en una relación a largo plazo de cuidado y atención. Asimismo la no vinculación, apegos inseguros o desorganizados pueden conllevar al niño a alteraciones en su desarrollo psicológico que se ven reflejados desde la edad preescolar a través de los trastornos de la relación, comunicación, ansiedad, rabietas y mal humor; en comparación con niños que han logrado desarrollar un apego seguro son niños más sociables, capaces de mostrar empatía, populares en su grupo, capaces de pedir ayuda y no quedarse dependientes.

1.2. Sentimientos frente al primer encuentro madre –recién nacido.

Posiblemente no haya momento más fascinante y misterioso a la vez que el primer encuentro del bebé y su madre. Sin dudas, un momento creador para ambos. Las primeras miradas, los primeros olores, las primeras caricias, sonrisas y palabras, los primeros gestos de desconcierto, malestar y satisfacción, los primeros movimientos, los primeros besos y abrazos, los primeros arrullos y silencios, irán tejiendo la trama intersubjetiva sobre la que se irá enlazando el vínculo primario que guiará los vínculos posteriores en la vida. Varios investigadores han enfatizado el encuentro de naturaleza “animal” entre el recién nacido y su madre, y la capacidad de éste para encontrar intuitivamente el seno materno y se les deja a sus propios recursos.

El neonato colocado desnudo sobre el vientre de su madre, “se arrastra” por sí mismo en busca de esta fuente de alimentación. Es posible que sea guiado por el olor del seno o por otros mecanismos, pero al encontrar la glándula mamaria, empieza a lamer el pezón y, finalmente, succiona en forma espontánea.³⁶

Sin duda que esto se ve reflejado en lo manifestado en el siguiente discurso:

“La primera vez que vi a mi bebe, él se alegró, sonrió...., cuando lo encuentro llorando, voy, le hablo, lo alzo y se tranquiliza.... Siento que él se da cuenta que yo estoy a su lado”. (Elita)

Además al nacer el cerebro del recién nacido y el de la madre están bañados en un mar de hormonas que se activaran frente al primer encuentro, afectando profundamente al vínculo y que en un futuro jugarán un papel importante en las relaciones sociales que establezca el bebé conforme crezca.²⁶

Así la oxitocina, la vasopresina, la prolactina, y las endorfinas que también se producen durante el trabajo de parto influyen de forma decisiva en la formación del vínculo, haciendo que la madre al ver y tocar(abrazar) a

su bebé se sienta enamorada de él, gracias a la oxitocina que es la hormona del amor, la vasopresina (hormona de la monogamia) se activa, generando en la madre el sentimiento único por su hijo, y la necesidad de permanecer siempre a su lado.²⁶ Estas experiencias se manifiestan de la siguiente manera:

“Siento que se da cuenta cuando estoy a su lado, porque se mueve cuando llego a verlo....cada día amo más a mi bebe”. (Zuleyka)

“Cuando estuve con mi hijo por primera vez, pareció que me escucho y se dio cuenta porque se sonrió y abrió sus ojitos, me miro bastante”. (María)

Estas manifestaciones para la investigadora son evidencia que los sentimientos no solo son percibido por las madres sino también por los niños, el primer encuentro va a ser decisivo para el desarrollo del vínculo madre - hijo, ya sea por los diversos mecanismos fisiológicos, psicológicos y emocionales que se activan frente al primer encuentro y juegan un papel importante en las relaciones que el RN establezca en su vida futura.

En este sentido las endorfinas actúan relajando tanto a la madre y al recién nacido, disminuyendo los niveles de estrés que fueron generados durante el parto o separación después de éste, siendo el primer encuentro madre – hijo un momento placentero.²⁶

II. CATEGORÍA: ACEPTANDO LA MATERNIDAD CON RESPONSABILIDAD FRENTE AL VÍNCULO AFECTIVO.

La maternidad se refiere a la relación de la madre y el hijo como un todo sociológico, fisiológico y afectivo. Esta relación comienza con la concepción, y se extiende a través de los ulteriores procesos fisiológicos del embarazo, nacimiento, alimentación y asistencia. Todas estas funciones se acompañan de reacciones afectivas, que son, hasta cierto grado, típicas de la especie o varían individualmente, pues están inseparablemente relacionadas, en cada mujer, con la personalidad total.³³

Cabe mencionar que la maternidad en adolescentes es un problema social y es una de las experiencias más difíciles que afectan la salud integral de las adolescentes, así como de los padres de familia, la sociedad y el niño que está por nacer, ya que no se reduce solamente a una problemática de salud biológica.³³ En sí la maternidad implica cambios en su identidad como mujeres. El tener un hijo cambia muchos aspectos de su vida, debido a que el ser mamá será su nueva identidad para siempre, esta puede ser vivida de muchas formas. Hay algunas mujeres para las cuales la maternidad es algo maravilloso y la viven de forma placentera, pero para algunas otras, el ser madres a temprana edad se vuelve una carga.

La responsabilidad, es cumplir con el deber de asumir las consecuencias de nuestros actos. Ser responsable también es tratar de que todos nuestros actos sean realizados de acuerdo con una noción de justicia y de cumplimiento del deber en todos los sentidos. Asimismo, los valores son la base de nuestra convivencia social y personal, por lo cual la responsabilidad es un valor, porque de ella depende la estabilidad de las relaciones personales. La responsabilidad es valiosa, porque es difícil de alcanzar.³⁴

Asimismo para que la madre adolescente pueda asumir una maternidad con responsabilidad, nos apoyamos en Mercer citado por Marriner ¹⁷, con su teoría adopción del rol materno, centrándose en el papel maternal, donde la madre constituye un proceso de interacción y desarrollo. Cuando la madre logra el apego de su hijo, adquiere experiencia en su cuidado y experimenta la alegría y la gratificación de su papel. Mercer abarca varios factores maternales: edad, estado de salud, relación padre-madre y características del lactante. Además define la forma en que la madre percibe los acontecimientos vividos que influirán al momento de llevar los cuidados a su hijo con características innatas de su personalidad, así lo exteriorizan los sujetos de estudio:

“No fue fácil este cambio, porque un bebé es una responsabilidad.... No fue fácil asimilarlo. Primero fue una sorpresa al saber que estaba embarazada después me fui encariñando, y el día de mi parto cuando nació me alegré”. (Yaritza)

“Antes a mí me gustaba salir a la calle y cuando salí embarazada todo cambió..... ,no fue fácil, porque implica responsabilidad en especial de cuidarme y amar a mi bebé durante mi embarazo para que naciera sano.” (Elita)

Cabe considerar ante lo manifestado, que la aceptación del rol materno se da cuando la madre adolescente experimenta sentimientos de confianza, competencia; entonces la forma como desempeñara su rol constituirá una fuente de seguridad y satisfacción para ambos.

Por otra parte, el vínculo afectivo que establece el recién nacido con sus padres, se inicia desde que el niño es deseado o no por la pareja. La madre y el niño tienen una vida en común durante los nueve meses de la gestación. Es así que cuando nace el niño afronta su primera separación, que es la del cuerpo, pero continúa unido por las vivencias afectivas que ha tenido.²⁰ Así se descubre en la siguiente expresión:

“Este cambio fue algo difícil, porque cuando estamos solteras hacemos lo que sea. Ahora aprendo lo que se sufre al ser madre, fue difícil aceptarlo. Cuando nació tenía miedo de hacerle doler su ombliguito; no sabía...pero ahora trato de estar más tiempo con mi bebe y darle todo mi amor”. (María)

En línea con lo manifestado para la investigadora, el desarrollo del vínculo afectivo entre el binomio madre-hijo será el paso previo para poder darse una adopción del rol materno en las adolescentes, ya que esté se encuentra presente desde la gestación, se solidifica en el momento del parto y el primer mes seguido a ello, de lo cual van a depender los cuidados que está le brinde.

III. CATEGORÍA: OBSTÁCULOS EN EL DESARROLLO DEL VÍNCULO AFECTIVO.

El vínculo que establece el recién nacido con sus padres se inicia desde que el niño es deseado o no por la pareja. La madre y el niño tienen una vida en común durante los nueve meses de la gestación, o sea que cuando nace el niño afronta su primera separación, que es la del cuerpo, pero continúa unido por las vivencias afectivas que ha tenido. La madre se debe vincular en todas las actividades del cuidado del niño para continuar desarrollando lo ya ganado desde la gestación y evitar dificultades para establecer el vínculo afectivo.³⁸

Desde un plano internacional, en una resolución del Parlamento Europeo del 13 de mayo de 1986, se proclama la Carta de los Derechos del Niño Hospitalizado, cuya finalidad es proteger a los menores y garantizar que sean respetados cuando están en esta situación.³⁹

Asimismo, en 1990 Perú ratificó la Convención de los Derechos del Niño, cuyo objetivo es hacer valer y reconocer la dignidad intrínseca y los derechos iguales e inalienables de todos los niños; los hospitales deben velar para que los derechos sean aplicados en la vida diaria de los niños hospitalizados, siempre teniendo en cuenta el interés superior del niño.⁴⁰

3.1 Retraso en el desarrollo del vínculo afectivo.

El establecimiento del vínculo afectivo entre madre e hijo representa un hecho universal en todas las culturas. A pesar de ello, su equilibrio puede verse perturbado por factores tanto ambientales, como de la madre o del recién nacido. La llegada de un recién nacido supone un acontecimiento familiar de alegría. Sin embargo, esta situación puede verse alterada cuando el recién nacido presenta alguna diferencia respecto a la normalidad, resultando en ocasiones en una ruptura en el proceso de vinculación afectiva en la familia, principalmente entre los padres y el bebé. Este tipo de situaciones se intensifican cuando los padres no aceptan en los primeros días a su bebé que tiene algún síndrome, por ejemplo, el Down.⁴¹ Como puede valorarse en la alocución expuesta.

“Después de tres días pude ver a mi bebe porque esta enfermito, aun no puedo cargarlo, solo verlo”. (Zuleyka)

Los profesionales de enfermería deberían elaborar estrategias para facilitar el vínculo desde el momento del diagnóstico y en los primeros días posparto. La enfermera tendrá un papel esencial en la información a la familia. Se debe dar apoyo emocional e informar sobre el contacto piel con piel y las ventajas de la lactancia materna. Las posibilidades futuras de estos niños dependerán del nivel de estimulación y la aceptación de los padres. Debemos respetar las etapas emocionales por las que atraviesa la familia, especialmente los padres, pues de ellos dependerá la integración correcta del bebé.⁴¹ Al respecto las disertaciones de la participante discurre así:

“A los tres días de dar a luz pude verlo en la incubadora....., pero recién al sétimo día pude tocarlo, porque no me dejaron”. (María)

En los discursos descritos por las madres se puede visualizar que el retraso en el desarrollo del vínculo afectivo ha sido prologado en algunas madres hasta por tres días, por lo cual consideramos que no existe ninguna situación grave o de urgente riesgo vital que pueda justificar el separar a un bebé de su madre, al contrario se estaría originando en el niño problemas en el neurodesarrollo infantil y el vínculo. De manera que cuando un recién nacido debe atravesar la experiencia de la hospitalización, los sentimientos que genera el proceso ser arrancado del entorno familiar: el útero, el hogar a un ambiente extraño, la mayor de las veces hostil, donde en muchas ocasiones debe permanecer solo.

Al hecho de padecer una enfermedad, se suma la angustia, la ansiedad, el desamparo, la soledad, las carencias en infraestructura, medicamentos e insumos denominador común de los servicios de salud donde se atiende la población de menos recursos, personal de salud frío,

carente de sensibilidad conforman un escenario donde se hace más difícil la recuperación de la salud física y mental.⁴¹

Es evidente, que los Hospitales deben implementar un modelo de atención centrada en la familia, teniendo una cultura organizacional que reconozca a los padres y a la familia, junto al equipo de salud, como protagonistas de la atención de la mujer embarazada, la madre y el recién nacido y define la seguridad de la atención como una de sus prioridades; estimulando el respeto y la protección de los derechos de la mujer y del recién nacido por parte de los miembros del equipo de salud; promueve la participación y la colaboración del padre, la familia y la comunidad en la protección y el cuidado de la mujer y el recién nacido; implementa prácticas seguras y de probada efectividad.⁴²

3.2 Tiempo insuficiente para el desarrollo del vínculo afectivo con su recién nacido.

Según Wyly⁴³, señala que “La temprana relación que se establece entre los padres y sus hijos es la piedra angular en el desarrollo del niño. Estas interacciones le dan al niño confianza y seguridad y además le permiten desarrollar lazos emocionales saludables que son importantes para el proceso del apego”.

Sin embargo, muchas madres no dedican el tiempo suficiente para poder desarrollar el vínculo afectivo con su recién nacido. Las causas pueden ser muchas, entre las cuales podemos citar que la madre se encuentra enferma y por lo tanto no le puede dedicar el tiempo necesario a su bebé.

De acuerdo con la carta europea de los derechos del niño hospitalizado, art.9 “Derecho del niño permanecer con sus padres”, por lo tanto es derecho del recién nacido a hacer apego al nacer y a permanecer con sus padres día y noche; así pues el recién nacido tiene derecho a permanecer constantemente con su madre y a alimentarse exclusivamente de su leche, por lo tanto la madre debe tener el acceso a amamantar a su hijo las 24 horas del día, así

como facilitar la permanencia de la madre ofreciéndole alimentación y espacio para dormir en el hospital.⁴⁰ Así lo expresan las madres adolescentes en los siguientes discursos:

“No es suficiente el tiempo porque dicen que debemos darle cariño y darle cada dos horas la lactancia a un bebe”. (Elita)

“Bueno el tiempo no es suficiente porque no es como si lo tuvieras en tu casa, estando todo el día a tu lado, dándole el cariño que necesita.” (Maryli)

Del mismo modo la Constitución Política del Perú (CPP), protege los derechos del niño, como un derecho constitucional implícito que encuentra sustento en el principio del derecho de dignidad de la persona humana y en los derechos a la vida, a la identidad, a la integridad personal, al libre desarrollo de la personalidad y al bienestar consagrados en los artículos 1º y 2º, inciso 1) de la Constitución.

Se trata de un derecho reconocido implícitamente en el preámbulo de la Convención sobre los Derechos del Niño, según el cual “el niño para el pleno y armonioso desarrollo de su personalidad, debe crecer en el seno de la familia, en un ambiente de felicidad, amor y comprensión”, así como en su artículo 9.1, que establece que “Los Estados Partes velarán por que el niño no sea separado de sus padres contra la voluntad de estos”.⁴⁴

“No creo que es suficiente el tiempo. Debe ser más porque él bebe debe estar más apegado a la mamá”. (Zuleyka)

Lo manifestado es una clara muestra que el tiempo que se les brinda a las madres para estar junto a sus hijos en el servicio de neonatología del HRDLM es insuficiente; la separación implica interferencia o rompimiento de los lazos afectivos que vinculan al RN a su cuidador más cercano que en estos casos es la madre, quien le surte sus satisfacciones más esenciales que son alimentación, cuidados, caricias y amor, lo cual contribuye a poder

establecer un buen vínculo afectivo entre la madre y su hijo, así como el desarrollo continuo de éste, lo cual se ve reflejado en lo manifestado:

“No es suficiente el tiempo junto a nuestros hijos....nos deberían dejar más tiempo con nuestros bebés por lo menos 2 horas cada vez que entramos. Además el ambiente está bien pero es muy frío. La señora que limpia abre la puerta y ese aire le hace mal a mi bebé”. (María)

Es incuestionable, la queja de las madres acerca del poco tiempo que se les brinda a lado de sus hijos, conllevando con ello a una separación, rompiendo el binomio madre-hijo. Sin embargo, los recién nacidos necesitan, más que ningún niño, permanecer junto a su madre. Como manifiesta Bergman²⁵ «lo peor que le puede pasar a un recién nacido es que le separen de su madre».

Asimismo, los padres tienen todo el derecho a exigir pasar las 24 horas junto a su hijo, existe un marco jurídico internacional que protege especialmente al niño(a) hospitalizado en el que cabe destacar «La Convención Internacional sobre los Derechos del Niño», aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989, así como "La Declaración de los Derechos de los Niños" aprobada en 1959, y la «Carta Europea de los Derechos de las Niñas y Niños Hospitalizados» aprobada por el Parlamento Europeo el 16 de junio de 1986.³⁹ Sin dejar atrás las leyes que rigen en nuestro país de acuerdo a la CPP, sobre los derechos del niño en su artículo 1º y 2º, inciso 1.⁴⁴

CONSIDERACIONES FINALES

De todos los aspectos analizados después de la investigación aplicada a las madres adolescentes primíparas en el Servicio de Neonatología del HRDLM, los mismos que se han hecho a partir de los discursos, corroborado y contrastado con la teoría investigada, han permitido llegar al más cercano juicio sobre sus manifestaciones, anclando en las siguientes consideraciones finales:

El aceptar la maternidad con responsabilidad, es la relación que se establece entre la madre y su hijo desde que se encuentra en el vientre, en sí la maternidad implica cambios en su identidad como mujeres. El tener un hijo cambia muchos aspectos de su vida, debido a que el ser mamá será su nueva identidad para siempre. El adoptar el rol materno con responsabilidad, va a garantizar la formación del vínculo afectivo, siendo el lazo que se establece entre el recién nacido y su madre, cumpliendo la función biológica de promover protección, supervivencia y replicación.

El poder establecer el vínculo afectivo con el recién nacido, contribuirá a formar su comportamiento y sus reacciones ante las diferentes situaciones sociales, las relaciones de apego son la base que va a posibilitar la confianza y seguridad en uno mismo así como la capacidad de tener relaciones afectivas próximas, de procurar y recibir atenciones y de cuidar de los otros.

Los niños que puedan establecer un buen vínculo afectivo con su madre, serán bebés más cooperativos, empáticos, competentes socialmente, más interesados en aprender y explorar y más seguros que los niños que tenían un vínculo inseguro con sus madres de bebés.

Los obstáculos que puedan presentarse en el desarrollo del vínculo afectivo, son prácticas dañinas y estresantes tanto para el bebé como para la madre. La separación puede dejar secuelas y afectar al neurodesarrollo infantil y al vínculo, del cual dependerá en buena parte la salud mental del niño. Por todo ello se piensa que no existe situación grave o de urgente

riesgo vital que pueden justificar el separar a un bebé de su madre; los padres tienen derecho a exigir pasar las 24 horas junto a su hijo, los mismos que son respaldados por un marco jurídico internacional: "La Declaración de los Derechos de los Niños", "Carta Europea de los Derechos de las Niñas y Niños Hospitalizados" y en el Perú los derechos del niño en su artículo 1° y 2°, inciso 1, que rigen nuestra constitución.

RECOMENDACIONES

Los Hospitales, deben implementar un modelo de atención centrada en la familia, teniendo una cultura organizacional que reconozca a los padres y a la familia, junto al equipo de salud, como protagonistas de la atención de la madre y el recién nacido, definiendo la seguridad de la atención como una de sus prioridades; estimula el respeto y la protección de los derechos de la mujer y del recién nacido por parte de los miembros del equipo de salud; promueve la participación y la colaboración del padre, la familia y la comunidad en la protección y el cuidado de la mujer y el recién nacido; implementa prácticas seguras y de probada efectividad.

Los servicios de neonatología, deben realizar una implementación que busque promover una atención humanizada, centrada en los derechos de la madre y el niño, contribuyendo a mejorar la calidad de atención y reducir la morbilidad y mortalidad materna - neonatal en nuestro país, a través del desarrollo del vínculo afectivo, mediante el apego continuo madre e hijo.

El equipo de salud debe comprometerse a fomentar el desarrollo del vínculo afectivo, estableciéndose como una de sus prioridades dentro de sus cuidados; siendo capaz de conocer e informar a todas las mujeres que asistan en la institución sobre sus derechos y los de su hijo(a); facilitando a los padres y la familia asumir un papel protagónico en el cuidado de su hijo; brindando la permanencia continua de la madre, así como la educación a la madre adolescente para poder fortalecer el vínculo madre – hijo permitiendo adoptar prácticas efectivas y seguras para el desarrollo fisiológico, emocional y social del recién nacido.

Las Universidades con carreras en el área de salud, deben incentivar la investigación y promoción sobre el desarrollo del vínculo afectivo madre – recién nacido, para tener bebés más cooperativos, empáticos, competentes socialmente, más interesados en aprender.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. OMS. Salud de los Adolescentes [Internet]. [Acceso 20 de abril de 2013]. Disponible en: http://www.who.int/topics/adolescent_health/es/
2. BCN. Embarazo Adolescente en el Mundo [Internet]. [Acceso 20 de abril de 2013]. Disponible en: http://www.bcn.cl/carpeta_temas/temas_portada.2006-10-03.7146246056/area_2.2007-01-31.0791148977
3. MINSA. Embarazos En Adolescentes En El Perú. es [Internet]. [Acceso 20 de abril de 2013]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2011/prevemb/embarazosadols.html>
4. MIMP. Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia (PNAIA) 2012-2021. [Internet]. [Acceso 20 de abril de 2013]. Disponible en: http://www.mimp.gob.pe/webs/mimp/pnaia/pdf/Documento_PNAIA.pdf
5. INEI. Población Mujer Y Salud – Lambayeque. [Internet]. [Acceso 20 de abril de 2013]. Disponible en: <http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0243/indice.HTM>
6. Romero S. "Proceso de apropiación del rol materno en madres adolescentes de 12 a 18 años del proyecto Adoleisis de la Fundación Patronato Municipal San José, desde la perspectiva sistémica" 2012 [Internet]. [Acceso 20 de abril de 2013]. Disponible en: <http://dspace.ups.edu.ec/handle/123456789/1326>
7. Palomar C. Maternidad: Historia y Cultura. La Ventana.2005 (2) [Internet]. [Acceso 20 de abril de 2013]. Disponible en: <http://148.202.18.157/sitios/publicacionesite/ppperiod/laventan/Ventana22/35-69.pdf>
8. Calesso M. Vínculo Afectivo y Estrés en la Maternidad Adolescente: Un Estudio con Metodología Combinada (Tesis Doctoral). Barcelona: 2009. Disponible en: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/5459/mcm1de1.pdf?sequence=1>
9. Cristo M, Pascale M, Rejean T. El Bonding: Un debate a terminar. Revista de Pediatría [Internet]. [Acceso 10 de mayo de 2013]. Disponible en: <http://www.encolombia.com/medicina/pediatrica/pedi36101-bonding.htm>
10. Garrido M, Marchan M. Adopción del Rol Materno en Madres Adolescentes Primerizas según Grupo de Convivencia. 2011 [Internet].

- [Acceso 20 de abril de 2013]. Disponible en:http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/rev_psicologia_cv/v13_2011_1/pdf/a02.pdf
11. Barrantes, C. "Percepciones de los Adolescentes Universitarios sobre el ser Madre Adolescente". Lambayeque: 2011.
 12. Espino E. Actitud De Madres Adolescentes Primíparas Frente Al Cuidado Del Recién Nacido En El Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, 2010. Lambayeque: 2011.
 13. Kimmel D y Weiner, I. La adolescencia: una transición del desarrollo, primera. edición, Edit.Ariel, Barcelona –España; 2008.
 14. Medellín G. Crecimiento y desarrollo del ser humano. Santa Fé de Bogotá: 1995.
 15. Ortiz D. La teoría familiar sistémica, 1ra. edición, Ed. Abya Ayala, Quito - Ecuador 2008. Citado por Romero S. "Proceso de apropiación del rol materno en madres adolescentes de 12 a 18 años del proyecto Adoleisis de la Fundación Patronato Municipal San José, desde la perspectiva sistémica" 2012 [Internet]. [Acceso 20 de abril de 2013]. Disponible en: <http://dspace.ups.edu.ec/handle/123456789/1326>
 16. Dirección General de Salud Reproductiva. Prevención del embarazo no planeado en los adolescentes. México: 2012[Internet]. [Acceso 20 de abril de 2013]. Disponible en:<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7201.pdf>
 17. Marriner A. Modelos y teorías en enfermería. 7a ed. Editorial. Elsevier. Barcelona : 2011
 18. Gomella T. Neonatología. Editorial, 6taedic. Edit. McGraw-Hill. México, D. F.; 2011.
 19. Domenech E, Gonzales N, Rodríguez Alarcón J. Cuidados generales del recién nacido sano.España:2010 [Internet]. [Acceso 20 de abril de 2013]. Disponible en:http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/2_2.pdf
 20. Urizar M. Vínculo afectivo y sus trastornos. Bilbao-España: 2012 [Internet]. [Acceso 10 de mayo de 2013]. Disponible en: <http://www.avpap.org/documentos/bilbao2012/vinculoafectivo.pdf>
 21. Morillo J, Montero L. Lactancia materna y relación materno filial en madres adolescentes. Enferm. glob. n.19. Venezuela: 2010[Internet]. [Acceso 20 de abril de 2013]. Disponible

en:http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412010000200019&script=sci_arttext

22. Klaus, M, Kennel, J. Inicio del Vínculo Afectivo. Atención del Profesional de Salud al Vínculo Psico-Afectivo Madre-Padre-hijo. [Revista en Internet].2010 [Acceso 18 de mayo de 2013], XII (2y3): [27-30]. Disponible en: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/download/16573/17480::pdf>
23. Santos E. Asegurar el contacto piel con piel inmediato y constante entre la madre y el recién nacido: Método madre canguro. Madrid; 2014. [Internet]. [Acceso 20 de mayo de 2014]. Disponible en: <http://www.quenoosseparen.info/articulos/noseparar/pielconpiel.php>
24. Villaverde, D. Contacto piel a piel inmediato en sala de partos. [Internet]. [Acceso 18 de mayo del 2013]. Disponible en: <http://es.slideshare.net/cicatsalud/conferencia-contacto-piel-a-piel-inmediato-en-sala-de-partos-cicatsalud>
25. Bergman N: Somos Mamíferos, Recuperando el Paradigma Original [Documental-Video].2011. [Internet]. [Acceso 18 de mayo del 2013]. Disponible en: <http://www.youtube.com/watch?v=hDOPnCPoBgo>
26. Olza, I. De la teoría del vínculo a la neurobiología del apego. [Internet]. [Acceso 18 de mayo del 2013]. Disponible en: <http://www.quenoosseparen.info/articulos/perjuicios/teoriavinculo.php>
27. Pineda B, Alvarado E, Canales F. Metodología de la Investigación: Manual para el Desarrollo de Personal de Salud. 2da Edición. Washington D.C (EE.UU.): Ediciones OPS, OMS; 2010.
28. Polit, H. Investigación Científica en Ciencias de la Salud, Principios y métodos, 6ta edición. Mc Graw Hill Interamericana. S.A. México; 2009.
29. Ludke Menga, Marli E.D.A Pesquisa em Educação: Abordagens Qualitativas. E.P.U Editora Pedagógica e Universitária LTDA. André-São Paulo. 2011.
30. Burns, Nancy, Kerouac Susan. Investigación en Enfermería. Ed. ELSEVIER España S.A Tercera ed. Madrid España. 2009.
31. Sgreccia, E. La Bioética Personalista en Vida y Ética. Publicación del Instituto de Bioética de la Pontificia Universidad Católica Santo de Buenos Aires, 2010.
32. Lincoln YS, Guba EG. Naturalistic inquiri. Beverly Hills: Sage Publications; 1985.

33. Climent G. Vulneración de Derechos Humanos de madres adolescentes. La mediación de las relaciones familiares. 2011. [Internet]. [Acceso 10 de noviembre de 2013]. Disponible en: <http://fh.mdp.edu.ar/revistas/index.php/sudamerica/article/view/161/251>
34. Gobierno del Estado de Nuevo León Unido. Valores: Responsabilidad. [Internet]. [Acceso 10 de noviembre de 2013]. Disponible en: http://www.nl.gob.mx/pics/pages/s_valores_responsabilidad_base/def_responsabilidad.pdf
35. Bowlby J. El Apego. Asociación criar con apego España: 2013 [Internet]. [Acceso 10 de febrero de 2014]. Disponible en <http://criarconapego.com/el-apego/>
36. Alumbrando, acompañamiento físico emocional antes durante y después del parto. Alumbrando-Doula; 2014. [Internet]. [Acceso 10 de febrero de 2014] Dr. Nils Bergman y la importancia del piel con piel. Disponible en: <http://alumbrando-doula.com/2014/01/16/nils-bergman-y-la-importancia-del-piel-con-piel/>
37. OMS. Método Madre Canguro: Guía Práctica. Ginebra, 2009 [Internet]. [Acceso 20 de febrero de 2014]. Disponible en : http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/9241590351/es/
38. Cardozo S. Quiroga G. Fomento del vínculo afectivo padre/madre - hijo que permanece en incubadora, por parte de enfermería U.R.N. Hospital San Rafael. Tunja. 2006. [Internet]. [Acceso 10 de febrero de 2014]. Disponible en: <http://www.Index-f.com/lascasas/lascasas.php>
39. Lizasoain O. Los derechos del niño enfermo y hospitalizado: el derecho a la educación, logros y perspectivas. 189 ESE N°9 2010 [Internet]. [Acceso 20 de febrero de 2014]. Disponible en: <http://dspace.unav.es/dspace/bitstream/10171/8923/1/NF.PDF>
40. UNICEF. Derechos del niño hospitalizado. Todos los derechos para todos los niños. 2011 [Internet]. [Acceso 20 de febrero de 2014]. Disponible <http://xa.yimg.com/kq/groups/23515872/377037953/name/Derechos+del+Ni%C3%B1o+Hospitalizado+++UNICEFF.ppt>
41. González J., Aguilar C., Álvarez F., Padilla L. y González J. Protocolo de intervención de enfermería para favorecer el vínculo afectivo entre el bebé recién nacido con síndrome de Down y su familia. Revista Médica Internacional sobre el síndrome de Down. 2012; 16(1):11-16
42. UNICEF. Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF) con Enfoque Intercultural Argentina, 2012. [Internet]. [Acceso 20 de febrero

- de 2014]. Disponible en:
http://www.unicef.org/argentina/spanish/MSCF_2ed_web.pdf
43. Wyly M. V. Los Bebés Prematuros y sus Familias. 1ª ed. San Diego, California, 2011.
44. Vergara G, Alvarez M, Urviola H. Sentencia del Tribunal Constitucional. EXP. N.º 02892-2010-PHC/TC. Lima, 2010. [Internet]. [Acceso 20 de febrero de 2014]. Disponible en:
<http://www.tc.gob.pe/jurisprudencia/2011/02892-2010-HC.html>



ANEXOS

HOJA INFORMATIVA PARA EL PARTICIPANTE DE LA INVESTIGACIÓN

TÍTULO DEL PROYECTO: “Rol Materno en Adolescentes Primíparas y el Desarrollo del Vínculo Afectivo. Servicio De Neonatología .HRDLM, 2013.”

NOMBRE DE LA INVESTIGADORA: Luz Eliana Chupillón Pérez.

NOMBRE DE LA ASESORA: Lic. Adela Rosanna Núñez Odar

La estudiante y la asesora del trabajo de investigación pertenecen a la Escuela de Enfermería de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo y tienen autorización de Dirección de la Escuela para ejecutar el proyecto.

A continuación se detallan algunas características de su participación en el trabajo de investigación: Confidencialidad porque se garantiza que está accesible y únicamente autorizado para acceder a dicha información. Seguridad porque es la que se va a tener con la enfermera al momento de realizar la entrevista. La participación en el estudio consistirá en responder 7 interrogantes planteadas con un tiempo aproximado de 25 minutos. Además le solicitamos la autorización para grabar su voz.

Ante cualquier duda, puede contactarse con las investigadoras:

Fecha:

- Nombres y Apellidos de la Investigadora: Luz Eliana Chupillón Pérez.
Celular: 956096017
- Nombres y Apellidos de la Asesora: Lic. Adela Rossana Núñez Odar
Celular: 979845961



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....

Identificado con DNI:....., declaro que he leído la hoja informativa que me ha entregado la estudiante del IX ciclo de la Escuela de Enfermería de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo.

He recibido suficiente información sobre la investigación intitulada: **“Rol Materno en Adolescentes Primíparas y el Desarrollo del Vínculo Afectivo. Servicio De Neonatología. HRDLM, 2013”**.

Respecto a mi participación, me ha explicado que consiste en responder 7 interrogantes planteadas con un tiempo aproximado de 25 minutos. Además me ha informado que la entrevista será grabada. Comprendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme del estudio cuando quiera, sin tener que dar explicaciones.

Declaro que acepto prestar libremente mi conformidad para participar en la investigación y autorizo la publicación de los resultados.

Fecha:

Firma del participante de la investigación.



Rol Materno en Adolescentes Primíparas y el Desarrollo del Vínculo Afectivo. Servicio de Neonatología. HRDLM, 2013.

ENTREVISTA

La presente entrevista tiene como objetivo recolectar información sobre el cuidado que asumen las madres adolescentes primíparas y el desarrollo del vínculo afectivo con su hijo recién nacido. Los resultados serán estrictamente para fines de investigación por lo que se pide seriedad y total confianza, respetando todos los principios éticos.

Datos Básicos:

Seudónimo:.....

Edad:.....

Responda a las siguientes interrogantes:

1. ¿El nacimiento de su bebé le trajo algún cambio en su vida? ¿Fue fácil para usted este cambio? ¿Cómo lo asimiló?
2. ¿Cuándo nació su bebe tuvo contacto piel a piel? ¿Cuánto tiempo? ¿Qué sintió?
3. ¿Cree usted que es importante demostrarle su amor a su hijo? ¿Por qué? ¿Cómo lo hace?
4. ¿A las cuántas horas pudo ver a su bebé? ¿Qué fue lo primero que hizo?
5. ¿En estos tiempos que usted está con su niño hospitalizado cuantas horas pasa al lado de su niño? ¿Cree que es suficiente, porque?
6. ¿Que observa usted en su niño cuando usted está a su lado?
7. ¿Usted le da lactancia materna exclusiva? ¿Qué siente cuando le da de lactar? ¿Qué hace usted con su bebe mientras le da de lactar?