

Universidad Nacional de Rosario

Facultad de Ciencias Médicas

Escuela de Enfermería

**Desarrollo de la Conducta Maternal en**

Qué relación existe entre la Conducta Maternal y las Creencias sobre la Maternidad,  
según edad, número de hijos y estado civil, en madres de recién nacidos hospitalizados en el  
servicio de neonatología de una maternidad pública de Rosario  
durante los meses de junio a diciembre de 2021

Autor: Romero, Lucia

Director: Lic. López Marcela Claudia

Docente Asesor: Lic. Nores, Rosana Inés

Rosario, 29 de Noviembre de 2020

*Protocolo de Investigación para regularizar la actividad académica Tesina*

## **Resumen**

El nacimiento de un hijo produce un gran impacto psicológico, social y biológico en la mujer, ya que la maternidad es una experiencia que genera cambios de prioridades en su vida. En este sentido, el rol y la conducta materna se vivencian y desarrollan de distintas maneras. Cuando el Recién Nacido (RN) sufre complicaciones y necesita ser ingresado en una Unidad de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), la creación del vínculo mamá-recién nacido y por lo tanto el desarrollo de la conducta maternal se ven amenazados.

El objetivo de este proyecto de investigación será Determinar la relación que existe entre la conducta maternal y las creencias sobre la maternidad, según la edad, número de hijo y estado civil, en madres con recién nacidos hospitalizados en el servicio de neonatología de una maternidad pública de Rosario durante los meses de junio a diciembre de 2021.

Métodos: estudio cuantitativo, observacional, transversal, descriptivo y prospectivo, mediante la aplicación de las técnicas de encuesta y observación directa al binomio mamá- recién nacido hospitalizado en UTIN. La recolección de datos se hará a través de un cuestionario auto administrado con escala tipo Likert, y a través de la observación utilizando una lista de cotejo.

La muestra de estudio serán 173 diadas, calculada a través de un muestreo probabilístico de azar simple. Para el análisis de los datos, se aplicarán medidas estadísticas descriptivas y los resultados se presentarán en tablas y gráficos como histogramas y de torta.

## **Palabras clave**

Conducta Materna, Creencias sobre la Maternidad, Edad, Número de hijos, Estado civil, Binomio mamá-recién nacido hospitalizado.

## Índice General

Resumen .....	2
Palabras clave .....	2
Índice General .....	3
Introducción .....	4
Marco Teórico .....	14
Material y Métodos .....	50
Tipo de estudio .....	50
Sitio o contexto de la investigación.....	51
Población y muestra .....	51
Técnicas e Instrumentos de recolección de datos.....	52
Operacionalización de las variables .....	52
Cuidados éticos y controles de validez interna en la recolección de los datos.....	57
Personal a cargo de la recolección de datos .....	59
Plan de Análisis.....	60
Plan de trabajo.....	62
Anexos.....	63
Anexo I -Guía de Convalidación de Sitio.....	64
Anexo II – Instrumentos de recolección de datos .....	65
Consentimiento informado .....	65
Cuestionario auto administrado.....	66
Lista de cotejo – Conducta Maternal.....	70
Anexo III – Resultados del estudio exploratorio .....	75
Nota de permiso para llevar a cabo el estudio exploratorio .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Anexo IV – Resultados de la prueba piloto del instrumento.....	76
Nota de permiso para llevar a cabo la prueba piloto .....	77
.....	77
Bibliografía.....	78

## Introducción

El nacimiento de un hijo produce un gran impacto psicológico, social y biológico en la mujer, ya que la maternidad es una experiencia que genera cambios de prioridades en su vida. En general se trata de un evento alegre, lleno de expectativas y esperanzas. En este sentido, el rol y la conducta materna se vivencian y desarrollan de distintas maneras, para algunas mujeres es una etapa maravillosa y placentera, mientras que, para otras, la maternidad se convierte en una carga, todo esto dependerá de varios factores como lo es la edad, el estrato socioeconómico, el apoyo de la familia, entre otros, y podría ser aún más complicado cuando el Recién Nacido (RN) sufre complicaciones y necesita ser ingresado en una Unidad de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN).

Allí es cuando la creación del vínculo mamá-recién nacido y por lo tanto el desarrollo de la conducta maternal se ven amenazadas, en primer lugar, por las exigencias y barreras que impone el soporte tecnológico complejo que no permiten un fluido contacto entre la diada, en segundo lugar, las madres se ven invadidas por múltiples sentimientos, experimentan un fuerte estremecimiento frente al primer encuentro con su bebé en la incubadora, especialmente por su aspecto físico; otras experimentan ansiedad, tristeza, culpa, miedo y extrañeza, incapacidad de cuidar y proteger a ese hijo internado. (Hauser, Milán, González, & Oiberman, 2017)

Al momento de realizar la búsqueda de investigaciones que tengan relación con el tema elegido, se encontró información relevante, cabe aclarar que en el contexto latinoamericano y menos aún en Argentina, se encuentran escasas investigaciones actuales sobre este tema.

Con respecto a lo leído, la mayoría de las investigaciones se enfocan en cómo se crea el vínculo de apego en sí, en cómo éste se ve influenciado por la hospitalización del recién nacido, en la importancia de la participación del círculo cercano de apoyo de la mujer; otras pocas se enfocan en el desarrollo de la conducta maternal y apropiación de éste rol, en los factores que influyen en la mujer además de la frustrante situación de hospitalización de su hijo y sobre la importancia del trabajo de enfermería como fuente de apoyo y ayuda hacia esa madre.

Cabe aclarar por lo leído, que la “conducta maternal” es una dimensión del vínculo de apego como variable (Giraldo Montoya, Castañeda Palacio, & Mazo Álvarez, 2017)

Por otro lado, investigaciones de Brasil y Ecuador hacen hincapié en la influencia e importancia en el establecimiento del vínculo, del Método Madre Canguro que se aplica en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales, estudiando sus componentes principales: el contacto piel a piel del recién nacido hospitalizado con su madre y la promoción de la lactancia materna dentro de las posibilidades clínicas del neonato, sin dejar de lado el apoyo emocional y ayuda a la mujer por parte de enfermería y su cuidado humanizado para ese primer contacto con su hijo, al

igual que lo mencionado en el párrafo anterior (Benavides, 2017) y (Ferreira Santos , Alfonso de Souza, Flores Mutti, de Sousa Silva Santos , & Malagoni de Almeida Cavalcante Oliveira, 2017)

Todas estas investigaciones han trabajado sobre variables similares como son: el estrato socioeconómico, estado civil de la mujer, nivel educacional, número de hijos, tiempo de internación del neonato, patologías del neonato, edad gestacional, entre otras; ahora bien, con respecto a la edad, pocas han trabajado sobre todos los rangos etarios, lo cual influye en la apropiación del rol maternal dado que, por ejemplo, en las adolescentes según un estudio desde la disciplina de psicología, se experimentan conflictos de roles por la brecha cronológica entre su madurez sexual y reproductiva con la psicosocial, estos autores señalan que generalmente estas madres, presentan una actitud de rechazo y ocultamiento del embarazo por temor a la respuesta del grupo familiar, lo que conllevaría un control prenatal tardío o insuficiente que dificultaría la detección de problemas o la implementación de medidas de intervención precoz.

También mencionan que en el área cognitiva, las adolescentes muestran un pensamiento egocéntrico, centrado en sí mismas, que las incapacita para generar sintonía con su hijo, esto es aún más complicado cuando tiene que atravesar la inesperada hospitalización de su hijo (Muñoz, Poo, Baeza, & Bustos, 2015)

Se evidenció también que ninguna investigación actual estudió sobre la cultura e interculturalidad que, al igual que la edad, tiene gran influencia en la maternidad ya que según sus creencias culturales cada mujer tiene conocimientos y prácticas genéricas sobre lo que significa la maternidad y los cuidados, de los cuales se irá apropiando.

Al igual de lo comentado sobre la cultura, sólo una investigación trabaja sobre “las creencias sobre la maternidad”, es decir, la concepción y lo que representa para cada mujer convertirse en madre (Mota González, Calleja, Sánchez Bravo, & Carreño Meléndez , 2018).

Se considera que es una variable que puede influir mucho más sobre el vínculo y por lo tanto sobre la conducta maternal, por ejemplo, si una mujer queda embarazada sólo por un deber social, porque es la única en la familia que no tiene hijos, o para complacer al marido, es probable que el vínculo con su hijo sea distinto de aquel en el cual la mujer sí desea y planea tener hijos.

Según la investigación realizada por estos autores son varios los factores que influyen en una mujer para decidir ser madre o no, por ejemplo, entre más alto es el nivel escolar de las participantes, menos creen en la maternidad como sentido de vida y como deber social; lo mismo ocurre con las mujeres que poseen un trabajo remunerado.

En la actualidad las mujeres consideran a la maternidad más que un rol social pre-establecido, un elemento que se suma a otros que dan sentido a su vida, proyectan el ser madres

en función de intereses y planes a futuro, es decir, la maternidad ya no es vivida como algo que “tiene que ser” por mandato social, sino que es vista como un complemento de la vida femenina.

La edad también está relacionada con la valoración de la maternidad, ya que a medida que ésta se incrementa, las creencias en la maternidad como sentido de vida se elevan. Concluyen así que los sentimientos, intereses y creencias respecto de los hijos y el ejercicio de la maternidad, varían dependiendo del contexto histórico, social y cultural, así como de las características individuales y psicológicas de cada mujer.

A continuación, los resultados de las investigaciones elegidas como referencia, mencionadas anteriormente:

Benavides (2017) realizó una investigación titulada “Percepción del personal de enfermería sobre la efectividad del Programa Madre Canguro en recién nacidos prematuros de bajo peso al nacer, hospital Delfina Torres de Concha de la ciudad de Esmeraldas”, Ecuador.

Tuvo como objetivo evaluar la efectividad del método madre canguro desde la perspectiva de las enfermeras que trabajan en la unidad de neonatología. La investigación fue de tipo cuali-cuantitativa, no experimental, observacional, descriptiva y trasversal para lo cual utilizó como técnicas la observación y encuestas; la población estuvo conformada por 25 enfermeras asistenciales del servicio de neonatología del Hospital Básico Delfina Torres de Concha.

Las variables medidas fueron: edad de los profesionales, sexo, años en el servicio de neonatología y conocimiento del Método Canguro. Los resultados revelan que el 92% de las enfermeras que trabajan en el área de neonatología tienen conocimiento sobre el método madre canguro; al igual que un 32 % reconoce el aporte emocional que éste método ejerce tanto para la madre, permitiendo que ésta se sienta segura del rol que tiene que desempeñar, como para su recién nacido, el cual creará y fortalecerá el vínculo madre e hijo; del mismo modo es un método en el cual se puede incluir la participación del padre si éste lo desea.

Para los padres su preocupación se enfoca en el desarrollo óptimo de su hijo, por lo que, su adhesión al método canguro es sinónimo de recuperación y supervivencia. La conclusión de este estudio indica que los recién nacidos incorporados al programa madre canguro obtuvieron una pronta recuperación, en donde se favoreció la interacción madre – hijo y el reforzamiento del vínculo afectivo.

Ferreira Santos , Alfonso de Souza, Flores Mutti, de Sousa Silva Santos , & Malagoni de Almeida Cavalcante Oliveira (2017) realizaron una investigación titulada “Fuerzas que interfieren en el proceso de maternidad en Unidad de Terapia Intensiva Neonatal”, Brasil. Su objetivo fu

identificar las fuerzas impulsoras y restrictivas involucradas en el proceso de la maternidad a los recién nacidos hospitalizados en una (UTIN), la cual aplica el Método Madre Canguro.

Fue una investigación de abordaje cualitativo, descriptivo y exploratorio con un referencial teórico “Teoría de Campo de Fuerzas”, recolectando los datos a través de una entrevista semiestructurada. Trabajaron con una muestra de diez madres con edades entre 19 y 35 años que tenían su recién nacido internado en la UTIN, las variables estudiadas fueron: fuerzas que intervienen en el proceso de maternidad, y demográficas: nivel educacional, estado civil, nivel socioeconómico; además se tuvieron en cuenta tres vectores que constituyen el campo de fuerzas “Yo” (la madre) “El otro” (equipo de salud) “Ambiente” (UTIN).

Los resultados arrojaron que el total de las madres poseían estudios primarios completos, sólo dos eran solteras, cinco informaron una relación laboral informal, y los ingresos familiares oscilaban entre uno y cuatro salarios mínimos; se encontraron dos categorías de fuerzas: Fuerzas que Impulsaron la Maternidad: comunicación efectiva, inclusión de la familia en el cuidado, trabajo en equipo, aprendizaje, espacio físico adecuado, contacto piel con piel, y Fuerzas que Restringieron la Maternidad: las conductas autoritarias, estigmas relacionadas con la unidad de terapia intensiva neonatal, falta de asistencia especializada, no realizar cuidados al recién nacido, cansancio físico, estrés emocional y cambios en la rutina diaria.

González Gómez, y otros (2017) desarrollaron una investigación de abordaje cualitativo, descriptivo transversal llamada “Mantenimiento del vínculo madre/hijo en recién nacidos hospitalizados a través de alojamiento conjunto, puesta en marcha y experiencia en el Hospital Virgen de la Victoria” España. Su objetivo fue evaluar el grado de cumplimiento del tratamiento y cuidado del recién nacido (RN) hospitalizado en la misma habitación de su madre sin separación madre-hijo para favorecer la creación y mantenimiento del vínculo y establecimiento de la lactancia materna.

Como instrumento para recolectar los datos utilizaron la observación directa a 179 recién nacidos, variables estudiadas: conocimiento sobre cuidados del RN, lactancia materna, lazos afectivos madre-hijo. Los resultados demuestran: que en el 100% de los casos existió al momento del alta un diagnóstico de Lactancia Materna Eficaz. Por lo tanto, el ingreso de recién nacidos hospitalizados con patologías no complejas, en la misma habitación de su madre, favorece el mantenimiento de la lactancia materna y el vínculo madre-hijo/a y no añade ningún riesgo ni complicación al proceso por el cual el RN se encuentra hospitalizado.

Giraldo Montoya, Castañeda Palacio, & Mazo Álvarez (2017). En su investigación titulada “Factores demográficos relacionados con el apego materno infantil” Colombia, de abordaje cuantitativo, analítica transversal, tuvieron como objetivo determinar los factores demográficos

relacionados con el apego materno infantil en el postparto, trabajaron con una muestra de 117 diadas madre- recién nacido.

Las variables estudiadas fueron: conducta maternal y demográficas y obstétricas: edad, estado civil, estrato socioeconómico, escolaridad, ocupación, edad gestacional, paridad, vía del parto, los instrumentos utilizados fueron: Mother-child relationship FIRST score para medir la variable conductual, y una encuesta para medir las variables demográficas y obstétricas. Resultados: la mediana de edad fue de 27 años, 54,7% vivían en unión libre y 34,2% tenían bachillero completo. El apego sano se presentó en 80,3% de las madres; la alimentación fue la conducta que se mostró más frecuentemente para el apego en riesgo, mostrando una baja motivación hacia la lactancia materna (60,7%), hicieron el intento de ofrecer el seno al bebé, pero requirieron de mucha ayuda y apoyo para hacerlo. Otros factores asociados más frecuentemente al apego en riesgo fueron el estado civil, la escolaridad y la edad.

Hauser, Milán, González, & Oiberman (2017) en la investigación titulada “Incidencia del tiempo de internación en la terapia neonatal sobre las interacciones madre-bebé de alto riesgo” Argentina. Su objetivo fue conocer cómo se presentan las interacciones madre – hijo durante el proceso de hospitalización, y si el tiempo de internación incidía en estas interacciones, con el fin de evitar que resulten en trastornos durante la infancia.

Para ello, la muestra estuvo conformada por 36 diadas madres- bebé hospitalizados en una Unidad de Cuidados intensivos de un hospital público de Argentina; utilizando una escala de observación de vínculo madre - bebé internado en Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (N-EOV-INC). Utilizaron variables demográficas tales como edad, nivel educativo, edad gestacional, y tiempo de internación. La recolección de los datos fue a través de 166 observaciones a las diadas.

Los resultados arrojaron que prevalecen las diadas con Situación Vincular Adecuada (61%), tanto en la interacción verbal, visual y corporal pero que pueden variar positiva o negativamente de acuerdo a cómo los padres han vivido la prematurez y/o la patología, así como la experiencia de la internación. Mientras que en menor medida las interacciones fueron Poco Adecuadas (14%) y No Adecuadas (5%).

La edad fue la variable más significativa con respecto a la situación Vincular: los grupos etarios en los que tuvieron mayor presencia los puntajes no adecuados y poco adecuados fueron entre 19-24 años (49,6% de las observaciones) y mayores de 31 años (50% de las observaciones). Con respecto al tiempo de internación los resultados sugieren que el transcurso del tiempo de internación no incidiría en la cualidad de las interacciones diádicas a pesar de que se visualiza una variación de los puntajes a medida que transcurren las observaciones.



Alonso Allende, González Fuente, Pérez Rivera, & Fernández García (2015) Desarrollaron la investigación titulada “Apego en el post parto precoz: comparación entre madres de neonatos ingresados en el servicio de obstetricia y en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales”. España.

Tuvo como objetivo analizar el apego materno en el postparto precoz comparando el presente en madres de recién nacidos ingresados en el Servicio de Obstetricia y en madres de recién nacidos ingresados en la UCIN; la muestra estuvo conformada por 82 madres divididas en dos subgrupos (O-U), en este estudio comparativo causal utilizaron el cuestionario Maternal Attachment Inventory, la entrevista y la revisión de la historia clínica para obtención de los datos necesarios; trabajaron con variables socio demográficas como edad, nacionalidad, nivel de estudios, edad gestacional, patología obstétrica, lactancia materna, entre otras.

Los resultados arrojan que existen diferencias significativas entre la puntuación de ambos grupos en cuanto al apego, teniendo en cuenta las variables estudiadas, se llegó a la conclusión que la edad gestacional y la alimentación mediante lactancia materna se señalan como las principales variables que influyen en el establecimiento del apego, situación que viene marcada por la interrupción prematura del embarazo, en el primer caso, y con la interacción materno-fetal durante el amamantamiento, en el segundo.

Muñoz, Poo, Baeza, & Bustos (2015) llevaron a cabo una investigación titulada “Riesgo relacional madre-recién nacido. Estudio de prevalencia y variables asociadas” Chile. Su objetivo fue aplicar la escala de Kimelman para riesgo relacional en díadas madre-recién nacido, para determinar la prevalencia y las variables biopsicosociales asociadas. Fue un estudio de corte transversal aplicado a 333 díadas que permanecían en puerperio en la maternidad.

Se estudiaron las siguientes variables: la principal alto riesgo relacional; variables biopsicosociales: antecedentes de depresión, trastorno de ansiedad, trastorno psiquiátrico, consumo de sustancias, traumatismo infantil (causadas por abuso, maltrato, negligencia o abandono), violencia intrafamiliar, duelo perinatal o infantil, complicaciones en el parto; variables socioculturales: madre adolescente, monoparentalidad, analfabetismo, indigencia, y variables del niño: presencia de contacto piel a piel al nacer (bonding), complicaciones en el periodo de transición.

Los resultados arrojaron que la prevalencia de alto riesgo relacional fue del 43,8%, las variables asociadas a este fueron adolescencia, madres sin pareja estable, monoparentalidad,

embarazo no planificado. También se establece relación con el alto riesgo relacional a la ausencia de Bonding, complicaciones en el postparto de la madre y complicaciones en el recién nacido.

Mota González, Calleja, Sánchez Bravo, & Carreño Meléndez (2018) realizaron una investigación titulada “Escala de Creencias sobre la Maternidad: construcción y validación en mujeres mexicanas” México. Su objetivo fue construir y determinar las características psicométricas de una Escala de Creencias sobre la Maternidad. Fue aplicada a 545 mujeres mexicanas con diferente estatus materno (con pérdida perinatal, infértiles, con embarazo de alto riesgo, madres de niños en edad preescolar y estudiantes universitarias sin hijos).

Se estudiaron las siguientes variables: creencias sobre maternidad, edad, escolaridad, trabajo, estado civil, número de hijos, pérdida de hijos, embarazo actual; para la recolección de datos se utilizó un cuestionario socio demográfico y obstétrico, y una entrevista sobre el significado de ser madre para cada mujer y así definir la escala de creencias.

Se eligió como método de medición una escala tipo Likert con opciones de respuesta de Totalmente en Desacuerdo (0) a Totalmente de Acuerdo (5). Resultados: la escala quedó conformada finalmente por 13 reactivos, agrupados en dos subescalas: maternidad como sentido de vida y maternidad como deber social. Las mujeres con pérdida perinatal mostraron puntajes más altos, en tanto que las estudiantes universitarias sin hijos obtendrían puntuaciones más bajas en ambos factores; en ambas sub-escalas, las mujeres con pérdida perinatal puntuaron más alto que las infértiles, y éstas obtuvieron mayores puntajes que las madres de preescolares, quienes, a su vez, puntuaron por arriba de las estudiantes sin hijos.

Con respecto a la relación entre las creencias sobre la maternidad y la edad, la escolaridad, el trabajo remunerado y el número de hijos. Se observó una fuerte correlación positiva entre la edad y las creencias de la maternidad como sentido de vida y una relación débil, aunque significativa, con las creencias de la maternidad como deber social. Quienes sólo tuvieron educación básica (primaria) obtuvieron los puntajes más altos, seguidas por las de estudios de secundaria y de bachillerato o técnico, siendo los más bajos los de las mujeres con estudios superiores (licenciatura y posgrado).

Aquí sería conveniente resaltar la importancia de éste tema, siendo que, la magnitud de la población de Recién Nacidos de Alto Riesgo (RNAR) es importante.

En nuestro país, según las estadísticas vitales del año 2018, hubo 685.394 recién nacidos vivos, de los cuales 50.138 (7,4%) tuvieron peso al nacer menor de 2500 g y edad gestacional menor de 37 semanas. (Ministerio de Salud Pública de la Nación. Dirección de Estadísticas e Información de Salud , 2018)

A nivel mundial, se estima que cada año nacen unos 15 millones de niños prematuros (antes de que se cumplan las 37 semanas de gestación). Esa cifra está aumentando. (Organización Mundial de la Salud, 2018)

Los niños nacidos con anomalías congénitas representan también una población en aumento, con riesgo de secuelas y necesidades especiales de atención en salud. La Red Nacional de Anomalías Congénitas de Argentina (RENAC), un sistema de vigilancia de anomalías congénitas estructurales mayores, en el año 2018 cubrió 265.305 nacimientos, de los cuales 4.448 casos presentaron anomalías congénitas estructurales mayores, lo que representa una prevalencia al nacimiento por cada 100 nacimientos de anomalías congénitas de 1,68% (1,63 – 1,73). (Red Nacional de Anomalías Congénitas de Argentina, 2018)

En relación a los antecedentes presentados, se considera un tema de gran relevancia social para estudiarlo, ya que es de gran importancia el mantenimiento de la salud y el bienestar del binomio mamá- recién nacido en el contexto de la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal, fundamentalmente porque la separación precoz luego del nacimiento conlleva un gran riesgo para el establecimiento del vínculo y rol maternal.

Además, el estudio sobre este tema aporta gran conocimiento a la disciplina en relación a los factores que intervienen tanto positiva como negativamente en el desarrollo de la conducta materna y por lo tanto la formación de un óptimo vínculo de apego en el ámbito hospitalario.

Teniendo en cuenta lo leído en las investigaciones de referencia, por un lado la maternidad incluye un gran cambio en el espacio vital de la mujer, la cual necesita ayuda en el desarrollo continuo de su identidad materna, muchas, refieren sentirse inseguras con respecto a su capacidad maternal generándoles incertidumbres y pudiendo afectar la habilidad para cuidar a su hijo; esto se acentúa aún más cuando el recién nacido es hospitalizado, la separación de su hijo al momento del nacimiento produce un proceso de privación materna en donde se interrumpe el establecimiento de los primeros modelos internos que se forman durante el tercer trimestre de embarazo y el postparto precoz. (Alonso Allende, González Fuente, Pérez Rivera, & Fernández García, 2017)

Además, ver a su bebé por primera vez reflejado en un modelo opuesto a lo imaginado le genera un gran impacto, llevando a producir sentimientos de rechazo y culpa. Tal como lo mencionan Hauser, Milán, González, & Oiberman, (2015) la madre debe llevar a cabo el duelo por el hijo imaginado y empezar a contactarse con el hijo real.

Por otro lado, siguiendo lo que dicen (Bowlby, 1969-1980) (Fonagy, 1999) (Sroufe, 2000), el vínculo afectivo y de apego con su mamá es indispensable para el correcto desarrollo físico,

psicológico e intelectual del neonato, y le proporcionará una base emocional basada en la seguridad, confianza y estabilidad.

Estos autores, en sus teorías sobre el apego manifiestan la importancia que tiene el desarrollo del vínculo madre-recién nacido, el cual, afirman, se considera la base sobre la cual se formarán no sólo los demás vínculos que establecerá el ser humano con otras personas durante toda su vida, sino también el goce de un bienestar y ajuste emocional.

A partir de la interpretación de los resultados de este estudio, se podría contribuir a mejorar la calidad de atención por parte de todo el equipo de salud, a partir de una vigilancia atenta de las interacciones con el fin de detectar fallas que puedan presentarse en la adaptación mamá- bebé, como así también signos de ansiedad, depresión, rechazo en las madres a relacionarse con sus hijos. Todo ello, se permitiría a partir de capacitaciones por parte de la institución, sobre todos los factores que incentivan la conducta maternal y aquellos que la afecten.

Además de contribuir con enfermería para la ejecución de planes de cuidados en los cuales se tomen en cuenta el establecimiento precoz y fortalecimiento del vínculo afectivo madre e hijo en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, mejorando el enfoque hacia un cuidado humanizado y de este modo evaluar y ayudar a potenciar comportamientos para que las madres puedan expresarse libremente con sus hijos, alentarlas y apoyarlas para el primer contacto con su bebé, y por lo tanto que pueda comenzar a participar en el cuidado de éste, que ella sea la protagonista.

Por lo tanto, a partir de los postulados de Ramona Mercer, desde un enfoque de promoción de la salud del binomio mamá – recién nacido, el desarrollo de una conducta maternal es responsabilidad de enfermería, más aún cuando la mujer tiene que atravesar la hospitalización de su hijo en la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal, la cual como se sabe es un área restringida que dificulta la interacción continua entre ellos.

Ante todo, lo descripto anteriormente, el problema a investigar es “¿Qué relación existe entre la Conducta Maternal y las Creencias sobre la Maternidad, según edad, número de hijos y estado civil, en madres de recién nacidos hospitalizados en el servicio de neonatología de una maternidad pública de Rosario durante los meses de junio a diciembre de 2021?”

El objetivo general de este proyecto de investigación es determinar la relación que existe entre la conducta maternal y las creencias sobre la maternidad, según la edad, número de hijo y estado civil, en madres con recién nacidos hospitalizados en el servicio de neonatología de una maternidad pública de Rosario durante los meses de junio a diciembre de 2021.

Los objetivos específicos son:

- ✓ Determinar edad de las madres
- ✓ Determinar número de hijos y estado civil de las madres
- ✓ Indagar sobre las creencias que tienen sobre de la maternidad
- ✓ Evaluar e interpretar las interacciones mamá – recién nacido
- ✓ Definir la relación entre la conducta maternal y las creencias sobre la maternidad
- ✓ Definir la relación entre conducta maternal, edad, número de hijos y estado civil.

A partir de lo leído en la bibliografía y estudios utilizados como referencia quedan explicitadas las siguientes hipótesis a comprobar:

- ❖ Ser madre muy joven conlleva a que la mujer tenga más dificultad para establecer contacto afectivo con su hijo.
- ❖ La creencia sobre la maternidad como un deber social influye negativamente sobre la conducta materna y su desarrollo.
- ❖ Ser madre primeriza genera dificultad para dar inicio a la lactancia materna
- ❖ Las madres primerizas y solteras que conciben a la maternidad como un deber social centran solo su atención a la alimentación, dejando de lado el contacto con su hijo.
- ❖ Todas las mujeres casadas y con más de un hijo conciben a la maternidad como sentido de vida.

## Marco Teórico

Con el fin de integrar los temas pertinentes es necesario ver los aportes y miradas teóricas que giran alrededor de la diada madre-bebé, que permiten llegar a definiciones de aspectos centrales, relacionados a la problemática a abordar.

Los neonatos que presentan alguna condición o factor durante su desarrollo gestacional o transición a la vida extrauterina, son aquellos que tienen un gran riesgo de sufrir condiciones que los lleve a estados de morbilidad y mortalidad.

El Grupo de Trabajo de Seguimiento de Recién Nacido de Alto Riesgo, Comité de Estudios Feto-neonatales (CEFEN) (2018) considera paciente recién nacido de alto riesgo (RNAR) a los recién nacidos pre término (RNPT) y a aquellos que, por su enfermedad de base y su evolución durante la internación, presenten riesgo aumentado de secuelas y/o necesidades especiales de atención en salud a mediano y/o largo plazo.

Por lo tanto, además de los recién nacidos prematuros, son RNAR aquellos nacidos con bajo peso al nacer, con Retardo del Crecimiento Intrauterino, aquellos con depresión grave al nacer, que sufren Sepsis neonatal/Meningitis, los que necesitan Asistencia Mecánica Respiratoria, y los que nacen con Anomalías Congénitas Estructurales Mayores las cuales, una diversidad de patologías neurológicas y patologías quirúrgicas (aparato digestivo, cardiovasculares).

Todos estos Recién Nacidos de Alto Riesgo necesitan ser ingresados a una Unidad de Terapia Intensiva Neonatal al momento del nacimiento o días posteriores a este, para recibir asistencia especializada, intervenciones diagnósticas y terapéuticas para resolver sus problemas y permitir el mantenimiento tanto de su salud como de su vida.

A propósito de lo mencionado en los párrafos anteriores, cabe resaltar la clasificación de los recién nacidos que hacen tanto la Organización Mundial de la Salud (2018) como la Academia Americana de Pediatría (2015) según Edad Gestacional y Peso de Nacimiento:

Según la Edad Gestacional, la cual se define de forma imprecisa como el tiempo transcurrido entre el primer día del último período menstrual hasta el día del parto, los recién nacidos pueden clasificarse como:

- Pre término (antes de las 37 semanas completas de gestación)
- Término (entre las 37 y 41 semanas de gestación)
- Post término (mayor o igual a 42 semanas de gestación)

Según el Peso de Nacimiento, los recién nacidos pueden ser catalogados como:

- Macrosómico ( $\geq 4,000$  g)
- Peso Adecuado ( $\geq 2,500$  g)
- Bajo Peso de Nacimiento ( $\geq 2,500$  g)
- Muy Bajo Peso de Nacimiento ( $\leq 1,500$  g)
- Extremo Bajo Peso de Nacimiento ( $\leq 1,000$  g).

A la vez los recién nacidos pre término, se dividen en subcategorías en función también de la edad gestacional:

- Prematuros extremos (menos de 28 semanas)
- Muy prematuros (28 a 32 semanas)
- Prematuros moderados a tardíos (32 a 37 semanas)

Según recomendaciones de la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud, (2013) una vez que se estima la edad gestacional del neonato y se obtiene el peso al nacer, se realiza un diagnóstico nutricional, es decir, la relación Peso/Edad Gestacional, clasificándose al RN de la siguiente manera:

- Adecuado para la edad gestacional (AEG): entre percentiles 10 - 90
- Grande para la edad gestacional (GEG): superior a percentil 90
- Pequeño para la edad gestacional (PEG): inferior al Percentil 10

La edad gestacional, no determina la edad embriológica real del feto, pero es el valor universal estándar que, junto con el peso, permite evaluar la madurez del recién nacido y detectar la presencia de riesgo neonatal.

Antes lo descrito anteriormente, se puede evidenciar entonces, que no todo RNAR es un RN pre término, ya que existen variedad de patologías y alteraciones que pueden provocar vulnerabilidad en el neonato y necesite ingreso a la UTIN para una atención especializada.

Del mismo modo no todo RNPT es un RN de bajo peso, ya que este último puede ser un PEG o presentar retardo del crecimiento intrauterino, sin ser necesariamente pre término.

El hijo recién nacido con dificultades perinatales representa un acontecimiento extremadamente movilizador para la madre y la familia en su totalidad. Los primeros encuentros

entre la madre y su hijo son fundamentales y fundantes, y delinearán en gran medida el futuro desarrollo del mismo.

Para Hauser, Milán, González, & Oiberman, (2017) el contexto específico de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales delimita un tiempo y un espacio singular dentro del cual se llevarán a cabo los primeros encuentros de la diada, y sin duda imprimirá características particulares a estas interacciones.

La condición de internación del RN implicará entonces, el desarrollo de las primeras interacciones madre- hijo en un contexto diferente y muchas veces intimidante, no sólo para la madre sino también para su familia.

Por lo tanto, en estas circunstancias, la diada madre- bebé intentará establecer un vínculo saludable, por un lado, el niño tendrá que completar su desarrollo fuera del cuerpo de su madre o superar una patología neonatal, mientras que, por otro lado, su mamá deberá afrontar no solo la crisis evolutiva que representa el nacimiento, sino también una nueva crisis representada por la internación y la patología del niño. (Oiberman, Nacer y después. Aportes a la psicología Perinatal , 2005)

Cabe resaltar la importancia tanto de la presencia de la familia junto al neonato hospitalizado, ya que es un derecho de todo niño, recién nacido y no, de ser acompañado por su familia en todo momento que sea posible, y que la madre tenga acceso libre a la UTIN.

En Argentina se reglamenta esto, bajo las siguientes leyes, Ley Nacional N° 25.929 De Derechos de Madres, Padres e Hijos durante el Proceso de Nacimiento, (2004), en el Artículo 4 Inciso B de dicha ley, se establece el derecho de la madre y el padre de la persona recién nacida de riesgo a tener acceso continuado a ver a su hijo o hija mientras la situación clínica lo permita, así como a participar en su atención y en la toma de decisiones relacionadas con su asistencia.

Ley Nacional N° 23.849 Convención de los Derechos del Niño, (1990), derecho número 2 “Los niños en el hospital tienen el derecho de estar junto a sus padres o a un sustituto de los padres, todo el tiempo que permanezcan internados”.

A nivel mundial, se establecieron también, los Derechos de los Recién Nacidos Prematuros, (2011), el derecho número 9 establece que “Los recién nacidos prematuros tienen el derecho a que sus familias los acompañen todo el tiempo”.



Como así también, son importantes las interacciones y formación del vínculo afectivo entre la madre y el recién nacido, en el contexto de la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal. Tanto así que la OMS aconseja la no separación madre-hijo/a durante el período perinatal como una medida ligada a la creación del vínculo madre-hijo/a y el establecimiento de la lactancia materna. Por lo tanto, recomienda el establecimiento del primer contacto piel a piel, y el inicio de la lactancia materna de forma precoz, fundamentando sus beneficios. (Organización Mundial de la Salud , 2015)

El Contacto precoz Piel a Piel (COPAP) consiste en colocar al bebé sobre el pecho descubierto de su mamá y/o de su papá. Se trata de una técnica que promueve el contacto directo del niño tanto sano como patológico con sus padres, siendo una práctica simple, segura y que ofrece múltiples beneficios tanto para el neonato como para su madre. (Cátedra Cuidado Enfermero a la Embarazada y Recién Nacido. Escuela de Enfermería, Universidad Nacional de Rosario, 2020)

En el niño, mejora los parámetros fisiológicos, las frecuencias cardíaca y respiratoria se estabilizan; se observa una saturación de oxígeno más estable llevando esto a una menor necesidad de oxigenoterapia; favorece la regulación de la temperatura corporal previniendo la hipotermia, ya que, el pecho materno actúa como una fuente de calor natural; disminuyen los niveles de cortisol, la hormona del estrés, disminuyendo a la vez el tiempo del llanto; por su puesto asegura una mayor frecuencia y duración de la lactancia materna y tiene un efecto beneficioso en el proceso de vinculación con su mamá, al transmitirse la sensación de seguridad durante el contacto directo.

En la madre, disminuye también los niveles de estrés por la acción de las hormonas involucradas en la lactancia oxitocina y prolactina; menor grado de ansiedad y menor probabilidad de sufrir depresión postparto, de esta forma, aumenta los niveles de seguridad y confianza en sí misma.

La Lactancia Materna (LM) tiene propiedades antiinfecciosas, antiinflamatorias e inmunomoduladoras, es decir, ofrece inmunidad al RN, protege de infecciones, se asocia a una reducción de la enterocolitis necrotizante, en neonatos hospitalizados; reduce la mortalidad; ayuda a prevenir el sobrepeso y la diabetes tipo 2 en la niñez; fomenta el desarrollo sensorial y cognitivo. (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), 2012)

Además de favorecer y mejorar el vínculo y el apego entre el binomio, según la OPS, mientras más precoz se establezca y mientras más prolongados sean los períodos de lactancia

materna, las respuestas de la madre serán más sensibles, generando así, la seguridad propia del apego. (Organización Panamericana de la Salud)

En esta publicación de la OPS acerca de la LM, se especifican también los múltiples beneficios para la madre, entre ellos, la disminución del riesgo de hemorragias postparto y del dolor por la estimulación de la oxitocina; menor riesgo de contraer diabetes tipo 2 en algún período de su vida; menor riesgo de contraer cáncer de mama y ovario; además, contribuye al bienestar y a evitar la depresión.

Para que las madres puedan iniciar y mantener la lactancia exclusiva durante los 6 meses necesarios, dentro de las posibilidades, la OMS y UNICEF recomiendan:

- Que la lactancia se inicie en la primera hora de vida.
- Que el lactante solo reciba leche materna.
- Que la LM se a libre demanda.
- Que no se usen mamaderas, tetinas o chupetes. (Organización Mundial de la Salud )

Particularmente, hacen hincapié en los recién nacidos con bajo peso al nacer, recomendando que aquellos que son capaces de mamar, deben ser amamantados lo antes posible luego del nacimiento, siempre que el estado clínico del neonato lo permita. (Organización Mundial de la Salud, 2019)

Una técnica que unifica estas dos prácticas esenciales y que se aplica exclusivamente en los RN hospitalizados, en mayor medida en el RN pre término, es el Método Madre Canguro, una práctica humanizada dirigida primordialmente al RN menor de 37 semanas de gestación y/o aquel con peso menor de 2500 gr al nacimiento, donde se lo mantiene en contacto piel a piel con su madre, pegado al pecho de esta en posición vertical. La madre, sirve de incubadora, y es la fuente principal de estimulación y alimento, ayudándolo, en primera instancia a regular su temperatura corporal y promoviendo la lactancia materna. (Organización Mundial de la Salud , 2004)

Además, este papel puede ser compartido con el papá del neonato o cualquier otra persona cercana a él como sus abuelos, sin alterar las rutinas de LM.

Este método fue desarrollado en Colombia por el médico pediatra Edgard Rey en 1978, quien preocupado por los problemas que acontecían a raíz de la escasez de incubadoras y el impacto que producía la separación de los recién nacido de sus madres cuando debían ser ingresados a la UTIN, propuso que aquellos neonatos prematuros que ya estuvieran estabilizados y necesitaban regular la temperatura y alimentarse, lo hicieran en el pecho de su madre,

estimulando de este modo la lactancia natural y la interacción temprana madre-hijo. (Organización Mundial de la Salud , 2004, pág. 2)

Esto permitiría a la vez, el uso de las escasas incubadoras por otros neonatos que se encontraban en situaciones más vulnerables o críticas.

El médico Héctor Martínez ayudó a Rey a consolidarlo como Programa, ya que, comenzó a ser estudiado científicamente, y a medida que se obtenían resultados positivos y se adquiría experiencia, se desarrollaron sus conceptos, características y pilares básicos. Estos últimos, como se puede evidenciar, son la Lactancia Materna exclusiva si se puede y el Contacto Piel a Piel.

Otras características del método son:

- Método fácil, amable y eficaz que evita la fatiga que predomina en una sala de UTIN y favorece el bienestar del binomio.
- Permite el alta en un plazo breve.
- Puede ser continuado en el hogar. (Organización Mundial de la Salud , 2004, pág. 2)

El método trae muchos beneficios, ya que cubre las necesidades del neonato de calor, alimentación, protección frente a infecciones, contención, estimulación, seguridad y amor. Es decir, se ofrecen las condiciones ideales para que el bebé se desarrolle adecuadamente, en caso de ser prematuro o bajo peso, y se recupere oportuna y favorablemente en caso de otra patología o alteración.

Además, según el Consenso de la Sociedad Argentina de Pediatría sobre Manejo del Dolor en Neonatología, es utilizado como un importante recurso para el manejo no farmacológico del dolor. (Grupo de Trabajo de Dolor en Neonatología. Comité de Estudios Feto-Neonatales (CEFEN), 2019)

Estos neonatos, dependiendo de su patología, complejidad y tiempo de estadía, son sometidos a numerosos procedimientos dolorosos tales como, colocación de vía periférica, extracción de sangre, curación de heridas, punciones, entre otros.

Cabe aclarar, que por la inmadurez de su Sistema Nervioso, los RN son vulnerables a los efectos del dolor y del estrés, añadiéndose que la inmadurez fisiológica determina que tengan una capacidad disminuida para controlar y expresar el dolor, aumentando su sufrimiento.

Por lo tanto, en el artículo sobre este consenso, se demuestra que realizar algunos procedimientos en los brazos de la madre, es muy beneficioso para el binomio, por un lado, el bebé transita este momento de gran estrés de un manera más segura y calmada, por el otro lado, la mamá tiene más confianza tanto en el procedimiento como en los profesionales de la salud que los atienden, al poder ser más que participe, protagonista de los cuidados del RN y sentirse parte del equipo de salud.

No solo estar en el pecho de la madre es beneficioso para disminuir la sensación dolorosa, sino también, lo es el amamantamiento, por considerarse que todos los mecanismos involucrados intervienen de manera multifactorial: la succión, el COPAP, la calidez, el balanceo, la presencia de opiáceos endógenos en la leche materna. (Asociación Española de Pediatría, 2009)

Y por último pero no menos importante, ya que es lo que interesa para los fines de esta tesina, se ha demostrado a partir de la investigación y la experiencia, que el Método Madre Canguro contribuye a la humanización de la atención neonatal y potenciar el vínculo afectivo entre la madre y el niño. (Método Madre Canguro. Guía Práctica, 2004)

A pesar de las recomendaciones de la OMS/OPS y UNICEF, no siempre se brindaron éstas condiciones de cuidado al binomio, y aún en la actualidad, según Montes Bueno, Quiroga, Rodríguez, & Sola, (2015), particularmente en la región de Iberoamérica, es frecuente que algunas UTIN presenten todavía, modalidades que restrinjan la presencia de los padres y la familia junto al neonato hospitalizado.

Históricamente, en palabras de la médica Norma Elena Rossato, el RN en la UTIN recibía de forma muy restringida la visita de sus padres, en particular la de su madre, los cuales a la vez recibían poca información y no podían participar en la atención y cuidados del niño. Y luego de períodos prolongados de internación, el neonato era *devuelto* a una familia sin experiencia en sus cuidados, sin información para su manejo y generalmente con escaso apego. (Rossato, 2015)

Ante la evidencia creciente de la importancia de la madre y la familia al lado del recién nacido hospitalizado, surge, como respuesta a la situación de atención tanto de las UTIN como de las maternidades en general, el movimiento de Maternidades Seguras y Centradas en la Familia. Lo que introdujo un cambio de paradigma en la atención materno-infantil.

Este modelo, se basa en el acompañamiento durante el trabajo de parto, parto y puerperio, postergación de los procedimientos de rutina en beneficio del encuentro del RN con sus padres, el acceso libre a las UTIN, participación de los cuidados, internación conjunta de la madre y el neonato, promoción de la LM y enseñanza de nociones de puericultura. (Rossato, 2015)

Inicialmente, el modelo se llamó Maternidades Centradas en la Familia (MCF), siendo desarrollado a lo largo de los últimos cuarenta años por el equipo de salud del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá de Buenos Aires, y está inspirado en la iniciativa Hospital Amigo de la Madre y el Niño (HAMN) creada por OMS/UNICEF en 1991 para promover la lactancia materna en las maternidades y fue implementada en Argentina desde 1994. (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), 2012)

Para conocer brevemente sus antecedentes, en el año 2007 se publica la *Guía para transformar maternidades tradicionales en Maternidades Centradas en la Familia*, la cual explicita el marco legal internacional y argentino sustentando el concepto de MCF.

En el año 2008 la representación argentina de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) edita el *Modelo de Maternidad Centrada en la Familia. Experiencia en Hospital Materno Infantil Ramón Sardá* donde se describe el modelo implementado en la atención neonatológica de dicho hospital.

En 2009 UNICEF junto al Ministerio de Salud de la Nación llevaron a cabo un proyecto de diagnóstico y seguimiento basado en la iniciativa Maternidad Segura.

Finalmente, para integrar la iniciativa MCF y Maternidad Segura, se conceptualizó el modelo integrado Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF), lanzado en 2010 por UNICEF junto a la Fundación Neonatológica (FUN) y el Ministerio de Salud de la Nación para transformar las grandes maternidades públicas de la Argentina en MSCF, es decir, espacios donde se implementen prácticas seguras y calidad de atención y cuidados, pero a la vez se garanticen los derechos de las mujeres, los recién nacidos y sus familias.

Se sustenta sobre 5 ejes temáticos y englobados en ellos, 16 principios. Lo que aquí interesa es el eje conceptual n° 3 *Promoción de la participación y colaboración de los padres, la familia y la comunidad en la protección y cuidado de la mujer y su hijo/a durante el embarazo, parto y puerperio*, como así se mencionó, el modelo promueve el empoderamiento de la mujer y su pareja para el cuidado de hijo/a antes y después del nacimiento, como así también la continua permanencia y participación activa de estos durante la internación de sus hijos. (Maternidad Segura y Centrada en la Familia con enfoque intercultural. Conceptualización e Implementación del modelo, págs. 18-19)

Y dentro de éste eje, el principio n°8 *Empodera a la familia y tiene beneficios agregados*, en el cual se menciona exclusivamente la asistencia neonatal en el marco del modelo de MSCF, donde se permite el ingreso irrestricto de los padres a los servicios de neonatología, promoviendo su continua permanencia, ofreciéndoles además una progresiva capacitación, favoreciendo su

participación activa en el cuidado de su hijo. (Maternidad Segura y Centrada en la Familia con enfoque intercultural. Conceptualización e Implementación del modelo, págs. 19-21)

Lo que trae múltiples beneficios, entre ellos, la recuperación más rápida del RN disminuyendo la estancia hospitalaria, disminución del riesgo de infecciones intrahospitalarias gracias a la atención individualizada de los padres a su hijo, incremento y fortalecimiento de la lactancia materna tanto desde el pecho o extraída, durante la internación y al alta. Y, principalmente el fortalecimiento del vínculo afectivo entre en neonato y sus padres, lo que aquí nos compete.

Rossato, (2015) Sostiene que el correcto funcionamiento y calidad de la atención y cuidados brindados en estas maternidades y en particular en los servicios de neonatología, depende del recurso humano, en cantidad y calidad, tanto de profesionales médicos como de profesionales de enfermería, este último, un recurso crítico y siempre insuficiente en número.

Por lo cual, para brindar cuidados de calidad en estos servicios, el personal de enfermería, debe tener una adecuada formación y capacitación centrada en el modelo de atención del binomio, a través de la cual, adquirirán, además, de los conocimientos pertinentes, actitudes y conductas adecuadas para el cuidado del niño y de la madre.

Es imperioso el papel del personal de enfermería en el cuidado del binomio, en el contexto de la UTIN, ya que son los enfermeros/as quienes están en contacto directo con el recién nacido y su mamá las 24 horas del día.

El RN hospitalizado es un ser dependiente y vulnerable, que necesita no sólo del contacto con su madre y padre, sino también de la atención y cuidados especializados del enfermero, quien ayuda a que el proceso de adaptación a la vida extrauterina, a la cual se sobreañade la patología o alteración por la que se encuentra hospitalizado, sea de la manera más apropiada.

Su reto entonces, es contribuir a mejorar la calidad de vida del neonato, estando alerta ante cualquier desajuste, para disminuir las complicaciones y que el recién nacido alcance, además, un adecuado neurodesarrollo.

La madre, también se vuelve un ser dependiente y vulnerable, debiendo atravesar el postparto y puerperio, y además la internación de su hijo RN, suponiendo una doble crisis. El/la enfermero/a servirá como fuente de apoyo y contención, estableciendo un clima y relación de confianza, permitiendo que exprese sus sentimientos, miedos, preocupaciones.

Brindándole, además, toda la información que necesite acerca del estado de salud de su hijo, de los procedimientos que se lleven a cabo y por su puesto brindando educación en cuanto al

manejo y cuidados del neonato, permitiendo de este modo su total participación en los cuidados del niño, empoderándola y haciéndola sentir parte del equipo de salud.

El profesional de enfermería, estará atento/a a las interacciones con el fin de detectar fallas que puedan presentarse en la adaptación mamá- bebé, como así también signos de ansiedad, depresión, rechazo en la madre a relacionarse con su hijo.

En el marco de la Maternidad Segura y Centrada en la Familia, el personal de enfermería deberá fomentar el contacto piel a piel, y el inicio de la lactancia materna dentro de las posibilidades clínicas del neonato, contribuyendo a que el vínculo pueda establecerse lo antes posible entre el niño y sus padres. (Maternidad Segura y Centrada en la Familia con enfoque intercultural. Conceptualización e Implementación del modelo, 2012)

La enfermera entonces, cumplirá un papel fundamental contribuyendo de forma activa en el desarrollo del vínculo de apego.

Aquí, sería pertinente hacer mención acerca del Vínculo y el Apego desde distintos autores.

Daniel Stern<sup>1</sup>, define a la interacción como la conducta manifiesta de la madre y el bebé que se presenta en respuesta y en combinación con la del otro, se trata de una conducta visible y audible para un tercero. El concepto de vínculo incluye no sólo las conductas observables, sino también la percepción subjetiva de esas conductas por parte de los padres, las fantasías, las tradiciones, los mitos familiares, la historia de cada uno de los miembros de la díada, la representación de ese hijo y la representación que la mujer tiene de sí misma como madre. (Rodríguez Pereira, 2010) Citando a (Stern, La constelación maternal. La psicoterapia en las relaciones entre padres e hijos, 1995)

Jonh Bowlby, psicoanalista inglés, fue quien introdujo la teoría del apego por primera vez, propone el concepto de apego como la relación emocional que el niño establece con sus padres y/o cuidadores, y que le proporciona la seguridad necesaria para un buen despliegue de su personalidad.

Estableció que el vínculo social, o sea, el apego, es una necesidad primaria del ser humano que no tiene relación con la satisfacción del hambre o del instinto sexual, es decir, no se debe a un proceso de asociación con quien satisface al niño estas necesidades, sino que es un proceso biológico que se hereda específicamente con el objetivo de asegurar la supervivencia del individuo.

El autor sostiene que todo vínculo afectivo perdura en el tiempo, está dirigido a una persona determinada y es causa de tensión ante su eventual separación, la que es significativa en términos

---

<sup>1</sup> Daniel Stern, psiquiatra y teórico psicoanalítico estadounidense, especializado en el desarrollo infantil

emocionales, pero para que un vínculo afectivo constituya apego, uno de los individuos debe buscar seguridad y confort en la relación con el otro.

Por lo anterior, el estado de seguridad, ansiedad o temor del niño está determinado en gran medida por la accesibilidad y capacidad para responder de la persona con la que se establece el vínculo inicial. (Bascuñán, 2006) Citando a Bowlby.

Mary Ainsworth, psicóloga canadiense quien fue discípula de Bowlby, al igual que éste, entiende al niño como un participante activo en el vínculo que provoca respuestas en los padres y/o cuidadores.

Estudió la diferencia en las interacciones madre-hijo y su incidencia en la formación del apego, por lo que en 1978 elaboró un procedimiento clásico para evaluarlo, denominado “*la situación extraña*” resumidamente, consistió en observar lo que pasaba en una sala entre la madre, el niño y un investigador, el cual es un extraño para el niño, a medida que se dan distintas situaciones: primero, la madre deja que el niño explore; luego ella se contacta con el extraño, para darle al niño una referencia social, ya que ese niño se va a relacionar con el otro dependiendo de las claves que observe en la relación entre la figura de apego con ese otro; luego se va, dejando al niño solo con el extraño; luego la madre vuelve y se reúne con el niño; después viene una segunda separación de la madre y luego, una segunda reunión; mientras, los observadores, situados detrás de espejos, registran cómo se comporta el niño en las reuniones y separaciones y cómo explora este medio.

El objetivo era evaluar la manera en que los niños utilizaban a la madre como base segura, desde la cual podían explorar su ambiente; también la forma en que reaccionaban ante la presencia de extraños, y sobre todo en los momentos de separación y de reunión con la madre o cuidador.

A partir de estos comportamientos describió dos tipos de apego: Seguro (tipo B) e Inseguro, dentro del cual se encuentran a la vez el Apego Inseguro Evitativo (tipo A) y Apego Inseguro Ambivalente (tipo C). (Sroufe, 2000) Citando a Ainsworth.

Los niños de *apego seguro* (B), inmediatamente después de entrar en la sala de juego, usaban a su madre como una base a partir de la que comenzaban a explorar. Cuando la madre salía de la habitación, su conducta exploratoria disminuía y se mostraban claramente afectados. Su regreso los alegraba y se acercaban a ella buscando el contacto físico durante unos instantes para luego continuar su conducta exploratoria.

Los niños de *apego inseguro-evitativo* (A), se mostraban bastante independientes en la Situación del Extraño. Desde el primer momento comenzaban a explorar e inspeccionar los juguetes, aunque sin utilizar a su madre como base segura, ya que no la miraban para comprobar



su presencia, sino que la ignoraban. Cuando la madre abandonaba la habitación no parecían verse afectados y tampoco buscaban acercarse y contactar físicamente con ella a su regreso. Incluso si su madre buscaba el contacto, ellos rechazaban el acercamiento.

Aquí, la interpretación global de Ainsworth era que cuando estos niños entraban en la Situación del Extraño comprendían que no podían contar con el apoyo de su madre y reaccionaban de forma defensiva, adoptando una postura de indiferencia.

Por último, los niños de *apego inseguro-ambivalente* (C), se mostraban tan preocupados por el paradero de sus madres que apenas exploraban en la Situación del Extraño. Eran propensos a la angustia de separación, por eso, tendían a aferrarse a la madre, pasaban un mal rato cuando ésta salía de la habitación, y ante su regreso se mostraban ambivalentes, podían reaccionar hacia su madre con cólera, rechazando el contacto o la interacción, y enseguida buscar ansiosamente el contacto. Se da una oscilación entre búsqueda y rechazo de la madre.

Posteriormente, los estudios demostraron que estos tipos de apego se correlacionan a la vez, con cierto comportamiento y sensibilidad de la madre:

En el caso de los niños con apego seguro, cuando Ainsworth examinó las observaciones que había realizado en los hogares de estos niños, encontró que sus madres habían sido calificadas como muy sensibles y respondían rápidamente a las llamadas del bebé, mostrándose disponibles cuando sus hijos las necesitaban.

En los niños de apego inseguro- evitativo sus madres se habían mostrado relativamente insensibles a las peticiones del niño y rechazantes. Estas, reaccionan sintiéndose amenazadas por el llanto o necesidades insatisfechas de los bebés y no controlan la situación para actuar en consecuencia.

Ante ello, niegan las necesidades del bebé: toman distancia con el estado emocional del niño. Los niños se mostraban inseguros, y en algunos casos muy preocupados por la proximidad de la madre, llorando intensamente cuando abandonaba la habitación.

En los niños con apego inseguro- ambivalente sus madres habían procedido de forma inconsistente, se habían mostrado sensibles y cálidas en algunas ocasiones y frías e insensibles en otras. Estas pautas de comportamiento habían llevado al niño a la inseguridad sobre la disponibilidad de su madre cuando la necesitasen.

El elemento que más llamó la atención es la falta de *sincronía emocional* con el bebé, donde puede haber períodos de ausencia física de la madre, y sobre todo, se produce una ausencia

de su disponibilidad psicológica, que convierte los cuidados en incoherentes, inconsistentes e impredecibles.

Siguiendo la línea de la sensibilidad materna y el vínculo con su hijo, Daniel Stern desarrolló el término *Constelación Maternal* en el que hace referencia a una nueva organización psíquica que adquiere una mujer cuando es madre, permitiendo que deje de lado sus antiguas angustias y organizaciones para centrarse en la vida y crecimiento del neonato.

El autor sostiene que:

*“Tras el nacimiento de un bebé y especialmente si se trata del primero, la madre entra en una nueva y única organización psíquica que denomino constelación maternal. Organizadora de la psique, esta «constelación» determinará un nuevo conjunto de tendencias a la acción, sensibilidades, fantasías, temores y deseos...se trata de una nueva organización temporal cuya duración es muy variable, ya que oscila de meses a años, pero durante ese tiempo se convierte en el principal eje organizador de la vida psíquica de la madre y deja a un lado las organizaciones o los complejos nucleares previos que ocupaban ese papel central...Ésta no aparece como otra variante o derivada de las construcciones psíquicas ya existentes, sino que se considera por derecho propio una construcción única e independiente de gran magnitud y completamente normal en la vida de la mayor parte de las madres” (Stern, La constelación maternal. La psicoterapia en las relaciones entre padres e hijos, 1995, pág. 209)*

La constelación maternal tiene características que la definen a nivel general entre las que se encuentra:

- No es universal ni innata: esta constelación es un fenómeno propio de las culturas occidentales post industrializadas y sus temas y discursos son culturalmente dependientes. Los significados culturales tiñen los temas de esta constelación maternal, por ejemplo, que la sociedad valora a los bebés, el bebé es deseado, la responsabilidad del bebé descansa en los padres, especialmente la madre, se valora la maternidad, etc.
- No se presenta en todas las mujeres que son madres: se piensa que en ciertas condiciones extremas esta constelación mental puede no aparecer, por ejemplo, en madres con muchos hijos o que han sufrido historias de extremo abuso y negligencia

- No es un periodo crítico o sensible: se piensa que en muchas madres esta constelación permanece para toda la vida.
- Tiene que ver con su contexto de activación: la situación de crianza de la mujer permite activar una serie de emociones, imágenes, pensamientos relativos a cómo ella fue criada y cómo fue su madre con ella (ya que ella está en esa posición ahora).
- Tiene cuatro temas principales que la componen: el tema de la vida y el crecimiento, el tema de la relación primaria, el tema de la matriz de apoyo y el tema de la reorganización de la identidad.

***El tema de la vida y el crecimiento*** responde a la capacidad de la madre como animal humano al mantenimiento de la vida de su hijo y su crecimiento; si esto sucede de una manera adecuada, esta madre podrá ocupar su lugar dentro de la sociedad y su familia. Si este tema no se desarrolla como está previsto en la sociedad, la madre estaría fuera del curso natural de la evolución de su hijo.

Las preocupaciones que surgen dentro de este tema hacen referencia a que el bebé deje de respirar, que la madre lo sofoque sin darse cuenta; que el bebé no quiera comer y se consuma o que no lo proteja lo suficientemente bien, es decir, que pudiera llegar a matarlo debido a una profunda falta de cuidados.

***El tema de la relación primaria*** se refiere a aquella relación que se presenta en el primer año de vida del bebé y que se da antes de desarrollar un lenguaje verbal, esto incluye: la creación de vínculos de relación personal, seguridad y afecto, la regulación de los ritmos del bebé, la manera de «sostener» y la inducción e instrucción de las primeras normas de relación humana que se establecen a nivel pre-verbal, como son la producción y la recepción de señales sociales y de afecto, la negociación de intenciones y la intersubjetividad.

Los miedos que surgen alrededor de este tema son principalmente, a fracasar, sentirse artificial, inapropiada, incapaz, deficitaria, ser incapaz de amar, de ser espontánea o de entregarse.

***El tema de la matriz de apoyo*** se refiere a la capacidad de la madre para crear, permitir, aceptar y regular una red de apoyo que la ayude y la sostenga, para que pueda cumplir con sus funciones frente a la crianza del bebé; por lo general la nueva madre busca que esta red de apoyo este conformada por las mujeres más cercanas como son su madre o abuela.

Dentro de este tema se presentan funciones específicas como son: proteger a la madre físicamente, cubrirle sus necesidades vitales y relevarla durante algún tiempo de las necesidades que se presentan en el desempeño de su rol como madre y permitir que la madre se sienta rodeada y apoyada, acompañada, valorada, apreciada, instruida y ayudada.

Si no se presentan estos aspectos en torno a la madre, la constelación maternal puede verse afectada debido a las cargas que se presentan en el rol de ser madre.

Las principales preocupaciones que surgen en este tema están relacionadas con la incapacidad de la madre por desarrollar o conservar una red de apoyo, ser vista dentro de esta como una madre inapropiada para el sustento de su hijo, tener que competir con algún miembro de la red de apoyo por el bebé o por el amor de este y el temor que surge frente a la pérdida de la pareja.

Por último, *el tema de la reorganización de la identidad* responde a que la nueva madre transforme y reorganice su identidad, es decir debe desplazar su centro de identidad de hija a madre, de esposa a progenitora, de profesional a madre de familia. Si estos procesos anteriormente mencionados no se interiorizan, las tres primeras funciones de la constelación maternal pueden verse comprometidas.

La *función materna* es un término usado por Donald Winnicott<sup>2</sup>, para hacer referencia a las características que se presentan en la madre al relacionarse con su bebé y la forma en cómo responde a sus necesidades. (Winnicott, La pareja madre-lactante, 1960)

Esta función materna a la vez, está íntimamente ligada a un estado en el que entra la madre, llamado *Preocupación Maternal Primaria*, en el cual ésta, puede establecer una relación de unidad con su hijo y surge de los cambios hormonales a los que está expuesto el organismo materno durante el embarazo y el parto.

La madre entonces, se encuentra en un estado de sintonía y receptividad emocional permitiéndole actuar de forma intuitiva en el cuidado de su hijo y para proporcionarle un ambiente adecuado para que este desarrolle su *self* (Winnicott, Preocupación maternal primaria, 1956)

Por otra parte, según Winnicott, el niño necesita de su cuidador para que satisfaga tanto sus necesidades biológicas, como así también sus necesidades de ser pensado, atendido, de estar en el pensamiento del otro, es decir, que lo sostenga en su mente.

El bebé además, tiene un *yo* muy débil, es decir, su aparato psíquico todavía no es capaz de procesar sus estados emocionales, por lo que será asistido y contenido por su madre, de acuerdo a la habilidad y sensibilidad que ésta tenga para identificarse con su hijo en términos de sus necesidades, de este modo la madre actúa como un *yo auxiliar* detectando estas necesidades que el niño aun no puede expresar. Cuando esto ocurre se habla de un sostenimiento suficientemente bueno o de una madre suficientemente buena. (Winnicott, 1960)

El autor agrupa en tres categorías la función de la madre suficientemente buena (Winnicott, 1960)

---

<sup>2</sup> Donald Woods Winnicott, pediatra, psiquiatra y psicoanalista inglés.

En primera instancia se encuentra el *sostenimiento (holding)* se entiende como la forma de sostener adecuadamente al niño, donde la madre satisface las necesidades del mismo, siendo esto, un cuidado básico estable apoyado en la confianza y la seguridad. El autor sostiene que, la forma en cómo la madre ofrece ese sostenimiento al bebé, está relacionada con la capacidad de identificarse con él.

Si se presenta alguna falla durante este punto, provocaría una intensa angustia y ansiedad en el niño por sentir que el mundo no es seguro.

Luego se encuentra la *manipulación* que se refiere al manejo y cuidado que desempeña la madre en la relación con su bebé, permitiendo el desarrollo de una asociación psicósomática en el niño para que pueda percibir *lo real* como lo contrario a lo *irreal*.

Fallas aquí, podrán afectar el desarrollo del tono muscular y la coordinación, opacando a la vez, el disfrute el funcionamiento corporal y la experiencia de ser.

Por último, la *presentación objetal* donde la madre le presenta al niño los objetos del mundo real, promoviendo de este modo, la capacidad de relacionarse con objetos.

Si se presenta alguna falla se bloquearía el desarrollo de la capacidad para sentirse real al relacionarse con el mundo concreto.

De igual manera, reconoce que el papel del padre es tan importante como el de la madre, en un primer momento juega un papel de apoyo *material y emocional* hacia la madre, y luego de forma gradual toma protagonismo en su relación directa con el niño. Esto quiere decir que la madre, no podría ser suficientemente buena y capaz de cumplir con todos los requerimientos del bebé, sin un padre o un tercero que cumpla la función de contenerla a la vez, a ella. (Winnicott, Las necesidades del niño y el papel de la madre en las primeras etapas, 1951)

Por lo tanto, siendo que en los momentos iniciales del desarrollo, la psiquis inmadura del bebé depende de un sostén, el autor sostiene que, el buen funcionamiento del vínculo madre/padre-hijo se convierte en un elemento imprescindible para el desarrollo psíquico y la organización del yo de forma sana y estable. (Winnicott, La teoría de la relación entre progenitores-infante, 1961)

Por su parte Alicia Oiberman<sup>3</sup>, hacia la cual la autora de la presente tesina adhiere con fidelidad.

Define a la maternidad como un hecho psico-biológico y una fase del desarrollo psico-afectivo de la mujer que excede el acontecimiento biológico, por el cual ésta da luz a un niño. Es una crisis evolutiva y vital que afecta a todo el grupo familiar.

La mujer la atraviesa, en función de su historia personal, la estructura de su personalidad, su situación presente (conyugal, familiar y social), las características comportamentales de su bebé

---

<sup>3</sup>Oiberman Alicia Juana, Licenciada y Doctora en Psicología e Investigadora del CONICET

y la ubicación de ese niño en el encadenamiento histórico de su familia. A esta crisis evolutiva se le suma otra crisis si el niño tiene que permanecer internado en cuidados intensivos. (Oberman, La palabra en las maternidades: una aproximación a la psicología perinatal, 2001)

La autora, añade el concepto de *Maternaje* y lo diferencia del concepto de “Maternidad”, donde mientras que, la maternidad es un acontecimiento biológico, el *maternaje* es el conjunto de procesos psicoafectivos que se desarrollan e integran en la mujer cuando se convierte en madre y que puede acontecer o no en la mujer cuando tiene al niño, es decir, generalmente el proceso del maternaje se desarrolla al acontecer la primera maternidad, no obstante, a veces no se da así.

La autora sostiene que:

*“No porque haya una maternidad habrá necesariamente un proceso de maternalización: éste último puede quedar diferido o escamoteado por los mecanismos de defensa de la mujer, o por el momento en que acontece dicha maternidad, por ejemplo la pubertad o la adolescencia”.* (Oberman, Historia de las madres en occidente: repensar la maternidad , 2005, pág. 117)

Oberman remarca que, como fenómeno psico-biológico, el amor maternal es ambivalente, ambiguo y complejo. No es un sentimiento puro e ideal, ni tampoco simple, sin conflictos, tal como aparece representado en el imaginario colectivo.

Su idea se contrapone a la posición de Freud, quien sostiene que el amor maternal es el único sentimiento que no es ambivalente, por lo tanto, la madre tiene una importancia única y permanente, y se convierte principalmente para el hijo varón, en el objeto de amor más grande e importante de todos los amores dentro de su vida psicoafectiva y a la vez determinará sus posteriores relaciones amorosas. (Freud, 1905)

También, hace una diferencia entre los conceptos de relación y vínculo, puntualizando que la palabra *relación* significa carácter de dos cosas tales que la modificación de una de ellas provoca la modificación de la otra. Mientras que *vínculo* hace referencia a una ligadura estrecha, en este caso entre mamá- recién nacido. (Oberman, Observando a los bebés. Técnicas vinculares madre-bebé, padre-bebé, 2008)

Ahora bien, desde nuestra disciplina de enfermería, en relación al tema desarrollado, cabe mencionar a la teórica Ramona Teresa Mercer que desarrolló la Teoría de *Adopción del Rol Materno- Convertirse en madre*. Sobre la cual este proyecto sustentará sus bases.

Desde esta teoría la conversión de mujer a madre, es un proceso participativo y de perfeccionamiento que se origina a medida que transcurre el tiempo, le permite a la madre crear

un vínculo con su hijo, donde experimenta nuevas actividades de cuidado generándole placer y gratificación al hacerlas.

Esta transición empieza desde la gestación, es incesante y oscilante, a través de ella adquiere competencias en el cuidado de su hijo, se plantea metas, comportamientos y responsabilidad que otorgan la sensación de armonía e intimidad en la mujer para lograr su propio concepto de identidad materna, el cual, es el punto final de la adopción del rol maternal.

*«El movimiento hacia el estado personal en el cual la madre experimenta un sentido de armonía, confianza y competencia en la realización del rol es el punto final para la adopción del rol materno: la identidad materna»* (pág. 584)

Mercer basa la teoría de la adopción del rol materno en los siguientes factores (Raile Alligood & Marriner Tomey, 2011, págs. 584-585)

- **Adopción del rol materno**, el cual es un proceso interactivo y de desarrollo que se produce a lo largo del tiempo, donde la madre crea un vínculo con su hijo, aprende las tareas de cuidado del rol y expresa el placer y gratificación con el rol.
- **Identidad materna**, significa tener visión interiorizada de sí misma como madre
- **Estado de salud**, son las percepciones que tienen tanto la madre como el padre acerca de su salud anterior, actual y futura.
- **Tensión debida al rol**, es el conflicto y la dificultad que una mujer siente cuando debe afrontar la obligación del rol materno.
- **Gratificación- satisfacción**, corresponde a la satisfacción, la alegría, la recompensa o el placer que una mujer experimenta en la relación con su hijo y al cumplir las tareas relacionadas con la maternidad.
- **Unión**, un elemento del rol parental y de la identidad, es un proceso en el cual se crea un vínculo afectivo y emocional con un individuo.
- **Temperamento del niño**, existen temperamentos fáciles y difíciles; estos últimos se relacionan con la capacidad del niño de enviar mensajes a su madre difíciles de interpretar, lo que le crea sentimientos de incompetencia y frustración.
- **Estado de salud del niño**, el niño puede presentar enfermedades que pueden generar la separación de la madre y el niño, interfiriendo de este modo en el proceso de unión.
- **Señales de los lactantes**, son conductas que provocan una respuesta de la madre.
- **Padre o compañero**, el hecho de tener compañero contribuye al proceso de adopción del rol materno como no puede hacerlo ninguna otra persona. Las

interacciones del padre ayudan a diluir la tensión y facilitan la adopción del rol materno.

- **Apoyo social**, es la cantidad de ayuda que la mujer recibe realmente, la satisfacción que produce esa ayuda y las personas que la proporcionan.

Describe las cuatro áreas de apoyo social:

El Apoyo emocional, significa sentirse amado, cuidado, digno de confianza y comprendido

El Apoyo informativo el cual ayuda a la persona a solucionar problemas por sí sola ofreciéndole información útil para cada problema y/o situación

Apoyo físico, un tipo directo de ayuda

Por último, el Apoyo de valoración, a través del cual se informa a la persona sobre cómo está llevando a cabo su rol. Permite al individuo evaluarse a sí mismo en relación con la realización del rol de los demás.

Para la autora, se adopta un rol materno estable mediante la socialización a lo largo del tiempo que está influenciado por las características innatas de la personalidad, temperamento, la percepción de las emociones y el desarrollo de la madre, asimismo con el crecimiento y desarrollo del bebé se refleja la competencia y el desempeño del rol, ya que los bebés emiten señales y conductas que generan respuestas en la madre.

La autora refiere que la identidad del rol materno tiene, componentes internos, ya que, la identidad es la percepción interior de uno mismo (en este caso la identidad materna reconocida) y componentes externos ya que el rol es un elemento conductual externo. Por ello, esta adopción del rol maternal se sitúa en los círculos concéntricos de Bronfenbrenner<sup>4</sup> del microsistema, el mesosistema y el macrosistema. (Raile Alligood & Marriner Tomey, pág. 588)

El *microsistema* es el hábitat que más afecta la adopción del rol maternal, está conformado por la familia, el apoyo social, el estrés y sobre todo por las relaciones y funcionamiento familiar pues se consigue la adopción del rol maternal mediante la interacción madre-padre- hijo.

El *mesosistema* está conformado por el cuidado diario, la escuela, la guardería, el lugar de trabajo o de culto y otras entidades que se encuentran en la comunidad más inmediata, donde la madre interactúa con las demás personas y permite desarrollar su rol maternal. Las interacciones del mesosistema influyen en lo que le ocurre al rol materno en desarrollo y al niño.

---

<sup>4</sup>**Urie Bronfenbrenner**, psicólogo ruso que describió la Teoría Ecológica, la cual consiste en un enfoque ambiental sobre el desarrollo del individuo a través de los diferentes ambientes en los que se desenvuelve y que influyen en el cambio y en su desarrollo cognitivo, moral y relacional.



El *macrosistema* está conformado por la cultura, la política, el sistema de salud y la sociedad. Del mismo modo, las leyes nacionales respecto a las mujeres y a los niños y las prioridades sanitarias que influyen en la adopción del rol materno están dentro del macrosistema.

Otro de los puntos que Mercer añade a su teoría es que la adopción del rol materno es un proceso que sigue cuatro estadios (Raile Alligood & Marriner Tomey, pág. 589)

El estadio de *anticipación*, el cual empieza durante la gestación y se dan los primeros ajustes sociales y psicológicos al embarazo. Circunscribe las expectativas de ser madre, fantasea con su rol de madre, construye una relación con el feto.

El estadio *formal*, que empieza cuando el niño nace, se activa el rol y el aprendizaje de conductas orientadas por las expectativas formales y consensuadas en el sistema social

Estadio *informal*, se establece cuando la madre logra entrelazar su nuevo rol con su estilo de vida a través de sus propias maneras de llevar a cabo el rol, se apoya en experiencias pasadas y en objetivos futuros, no transmitidas por el sistema social.

Por último, el *estadio personal o de identidad de rol*, se logra cuando la mujer internaliza el rol, se identifica como madre, manifiesta sentimientos de armonía, confianza y competencia, por la forma en que ejecuta el rol, viéndose reflejado por el sano y correcto crecimiento y desarrollo de su hijo. Puede alcanzarse en un mes o varios meses.

Estos estadios se ven influidos por el apoyo social, el estrés, el funcionamiento de la familia y también por la relación entre la madre y el padre o algún otro familiar.

Según Mercer *“la etapa de identidad del rol personal se consigue cuando la madre ha integrado el rol en su propio sistema con una congruencia de su rol y del de los demás; está segura de su identidad como madre, está emocionalmente entregada a su hijo y siente armonía, satisfacción y competencia en su rol”* (pág. 589)

En el año 2003 la autora revisó su teoría, centrándose en la transición de la mujer al convertirse en madre, proponiendo sustituir el término “adopción del rol materno” por **“convertirse en madre”**. Reconoce que convertirse en madre es más que únicamente asumir el rol, es una evolución y crecimiento continuo e infinito.

Por su parte, el concepto de adopción de rol sugiere un punto final en lugar de un proceso continuo, y puede no dirigirse a la expansión continuada de sí misma como una madre. (Raile Alligood & Marriner Tomey, págs. 589-590)

Para finalizar, Ramona Mercer hace referencia a la importancia del cuidado enfermero y hace especial hincapié en que el tipo de ayuda o cuidado que una mujer recibe durante el embarazo y durante el primer año después del nacimiento, puede tener efectos a largo plazo tanto en ella

como en el niño. Las enfermeras que trabajan en las unidades de maternidad son muy importantes a la hora de ofrecer cuidados e información durante ese período.

Afirmó *“Las enfermeras son los profesionales sanitarios que mantienen una interacción más prolongada e intensa con las mujeres en el ciclo de la maternidad”*

*“El proceso de convertirse en madre requiere un extenso trabajo psicológico, social y físico. Durante esta transición, una mujer es más vulnerable y se enfrenta a grandes retos. Las enfermeras tienen una extraordinaria oportunidad de ayudar a las mujeres a aprender, ganar confianza y experiencia a medida que asumen su identidad como madres”* (págs. 586-587)

Como se pudo ver, el interés de la teoría de Mercer va más allá del concepto de “madre tradicional”, y abarca factores tales como la edad, el estado de salud, la función de la familia, la relación padre-madre y características del lactante, de igual modo resalta el amor y el apoyo de la pareja como factores predisponentes para hacer posible un cuidado integral del binomio madre-hijo por parte de enfermería.

Para continuar con este enmarcado teórico, es preciso preguntarnos ¿Qué es la maternidad?

Para intentar arribar esta pregunta, debemos posicionar a la maternidad en la sociedad, es por esto que tendremos en cuenta que la maternidad es un hecho social que trasciende aspectos biológicos, y se inscribe en la vida de las mujeres como un acontecimiento que conlleva un significado a nivel social, cultural y psicobiológico. Por este motivo, en primer lugar, será pertinente hablar sobre cómo ha sido el desarrollo histórico de la humanidad con respecto al sexo y al género.

En el desarrollo histórico de la humanidad se han ido transmitiendo valores a través de la familia, la cultura, la religión, las costumbres, etc., relacionadas con el papel y rol que deben asumir los diferentes sexos en la sociedad. Generalmente el rol de la mujer se destinaba a la procreación, el cuidado de los hijos y del hogar, mientras que, el rol del hombre era garantizar la satisfacción de las necesidades de su familia y su subsistencia. La mujer, por lo tanto, era relegada al ámbito doméstico, y el hombre era el que mantenía un vínculo con el exterior del sistema familiar, es decir, el trabajo fuera de casa y el mantenimiento de la vida social. (Herrera Santi, 2000)

Así, con el surgimiento de las clases sociales aparece la discriminación hacia la mujer, y es convertida, en manos del hombre en un objeto de placer y procreación. Los procesos de socialización fueron impartiendo la ideología acerca de las reglas sobre los comportamientos que cada uno tenía que asumir según fuera hombre o mujer.

Esta diferenciación, la cual abarca normas de comportamientos, formas de actuar, valores, tareas, entre otros, y coloca a lo femenino por debajo de lo masculino, trasciende en todas las esferas de la vida y provoca una relación de poder, donde el hombre pertenece al sexo dominante, mientras que, la mujer pertenece al sexo dominado, en el cual su papel y sus tareas son devaluadas socialmente.

Sin embargo, esto no afecta solo a la mujer, ya que el hombre también es víctima de las expectativas sociales que se tienen sobre su comportamiento y desempeño, del cual se espera siempre fortaleza, valentía, control emocional e independencia, entre otras cosas. Esta diferenciación entre los sexos se conoce como *rol de género*.

A propósito de esto, podríamos citar algunas autoras que tratan el estudio del sexo y el género.

Simone de Beauvoir<sup>5</sup>, hace una distinción entre sexo y género, por un lado, el sexo es entendido como la condición biológica genital que diferencia el macho de la hembra, por el otro, el género es una construcción social. Desde esa distinción, Simone escribe su premisa más conocida: “*No se nace mujer: llega una a serlo. Ningún destino biológico, físico o económico define la figura que reviste en el seno de la sociedad la hembra humana; la civilización en conjunto es quien elabora ese producto intermedio entre el macho y el castrado al que se califica como femenino*”. (De Beauvoir, 1949, pág. 109)

Con esto, hace alusión a que una mujer por el mero hecho de ser mujer no tiene un carácter, un deber ser o una manera en que debe comportarse en sociedad, sino que es esa misma sociedad la que le impone esa manera de comportarse. No niega la existencia del sexo biológico, sino que problematiza la construcción histórica y cultural de lo que significa ser una mujer a partir de la diferencia sexual anatómica de los cuerpos. (De Beauvoir, Parte Cuarta : Formación , Infancia, 1949)

El *Género*, según Victoria Sau<sup>6</sup>, como categoría social, se refiere a los roles impuestos por la sociedad y que rigen los comportamientos predeterminados como “propios” y “característicos” de los hombres y las mujeres respectivamente: *los roles sexuales*. Y es producto de un proceso histórico de construcción social. (Sau & Jayme, 2004)

---

<sup>5</sup> **Simone de Beauvoir**, pensadora y novelista francesa, representante del movimiento existencialista ateo y figura importante en la reivindicación de los derechos de la mujer. Su libro *El segundo sexo* (1949) significó un punto de partida teórico para distintos grupos feministas, y se convirtió en una obra clásica del pensamiento contemporáneo.

<sup>6</sup> **Victoria Sau**, escritora y psicóloga española, más conocida por su faceta como activista política feminista, siendo una de las figuras más relevantes del feminismo de España y en especial de Cataluña.

A propósito de lo anterior, Sau describe las principales características que se le atribuyen al constructo psicológico del género (Sau & Jayme, 2004, págs. 58-60)

- En primer lugar, en la especie humana existen tantos géneros como sexos: dos. La conducta de género se aprende y es variable espacio-temporalmente sólo que únicamente tenemos dos repertorios posibles a aprender masculino y femenino
- Segundo, el género tiene carácter vinculante, los géneros no sólo son diferentes, sino que se oponen bipolarmente en términos de positivo y negativo, son por lo tanto “antitéticos” porque no pueden unirse y “asimétricos” porque dependen el uno del otro. El concepto de género acentúa, por un lado, la diferencia entre ambas categorías masculina versus femenina y por otro, acentúa la similitud de los individuos dentro de cada categoría.
- Tercero, los géneros están jerarquizados, hay un género dominante que sería el masculino y un género subordinado el femenino, de este modo, se estableció una relación de poder entre ambos, que exige al género masculino una necesaria diferenciación del femenino para sostener su posición privilegiada.

Dice Sau textualmente “*el modelo masculino en tanto que modelo único fagocita lo femenino lo reabsorbe y lo hace “como si”. Lo femenino no masculinizable bien por razones biológicas –gestación, parto, lactancia- o bien por razones de infraestructura - tareas domésticas múltiples- es desvalorizado y subordinado*” (pág. 59)

- La cuarta y última característica que destaca es que la estructura de los géneros es invariable tanto en el tiempo como en el espacio, es decir, las tres características anteriores se mantienen constantes a lo largo de la vida. Lo que da lugar a la creencia errónea de que sus causas sean naturales.

La autora, también hace alusión sobre la identidad sexual y de género, donde, por un lado, la *identidad de sexo o identidad sexual* es el resultado del juicio que cada individuo tiene acerca de su propio cuerpo, de sus genitales, de su forma global. Esta identidad hace que cada persona se identifique a sí misma como hombre o como mujer en función de sus características físicas. (Sau & Jayme, 2004)

Por otro lado, señala que el género tiene una doble vertiente: *la colectiva*, que implica la adaptación de las personas a las expectativas de la sociedad y por lo tanto a los roles de género, y *la individual* referida a cómo vive cada uno su propio género y mantiene su individualidad respecto a los demás. Esta última alude a lo que se denomina “identidad de género”, una especie de auto-atribución y participación de un determinado género.

Según ésta autora, se nace con una *neutralidad psicosexual*, es decir, no llegamos al mundo con una identidad predeterminada, pero desde el momento en que se hace una asignación de sexo de acuerdo a los genitales externos, se refuerza continuamente la masculinidad o feminidad consecuentes. Por lo tanto, la identidad de género, en un principio se sustentaría en las experiencias de crianza del individuo durante sus primeros años de vida. (Sau, De la identidad de sexo a la identidad de género, 2004).

Por su parte, Judith Butler<sup>7</sup> afirma que los comportamientos de los roles de género se encuentran reglamentados por una serie de pautas culturales histórica y lingüísticamente construidas.

Con esto propone el concepto de la *performatividad* retomando la teoría de los actos de habla del filósofo y lingüista John Austin, quien sostiene que hay dos tipos de enunciados que las personas utilizamos cuando nos comunicamos: los **declarativos o constataivos** donde se emite un enunciado dando a conocer la verdad o falsedad de un hecho o una cosa, y los **performativos o realizativos** donde más allá de describir cosas, estos enunciados *hacen cosas*, es decir, en las circunstancias apropiadas, expresar la acción es realizarla y producen una transformación a nivel individual y relacional. Un ejemplo claro es decir “sí quiero” en el escenario de una boda ante un emisor que en este caso sería una autoridad (un sacerdote o un juez).

Butler sostiene que todo enunciado continúa produciendo efectos más allá de la presencia del emisor y de su querer- decir original, y por eso, todos los enunciados en la vida social operan como performativos en la medida que pueden modificar la situación, las actitudes, las emociones e incluso la identidad de los sujetos que los pronuncian o escuchan.

En el caso del sexo y el género, se trata de normas que circulan sobre relaciones, identificaciones, deseos, intereses, gustos, maneras de vestir, de vincularse con el sexo opuesto, etc., que nos van constituyendo, por ejemplo, desde el simple hecho de nombrar a una persona como “varón” o “mujer” antes del nacimiento, lo que ocurre, según la autora, es el comienzo de los actos performativos o constataivos, donde el cuerpo desde que nace ya está siendo articulado con categorías culturales.

El género por lo tanto el género es *performativo*, y no es una verdad incuestionable o una esencia interior que se despliega o expresa. Es más bien un fenómeno que se produce y reproduce constantemente en la sociedad y en el intercambio lingüístico. Decir que el género

---

<sup>7</sup> **Judith Butler**, filósofa posestructuralista estadounidense, que ha hecho importantes aportes en el campo del feminismo, la teoría queer, la filosofía política y la ética.

es performativo implica que nada tiene un género desde el inicio, sino que éste se produce constantemente a través de una constante puesta en acto o *performance*.

Para la autora, todos tendemos a performar lo que creemos ser y que, parcialmente terminamos siendo, es decir, es el propio comportamiento lo que crea el género, actuamos, hablamos, nos vestimos de maneras que puedan consolidar la impresión de ser un “hombre” o una “mujer.” (Butler, El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad, 1990).

Como se puede evidenciar, Butler a través de su teoría cuestiona la naturalidad que está tan establecida en torno al sistema binario sexo/género mujer/hombre, es decir, intenta desarmar la configuración naturalizada acerca de la biología, la sexualidad, una orientación sexual, un rol social.

Además, se centra en discutir la idea tradicional de que “*sexo*” es a la naturaleza lo que “*género*” es a la cultura, en el sentido de que el sexo es la condición biológica genital y por esa morfología es binario macho/hembra, pero este binarismo de los sexos no indica que los géneros sean sólo dos, ya que, al construirse culturalmente el género no es el resultado causal del sexo, ni tampoco tan aparentemente rígido. (Butler, 1990, págs. 54-55)

Ante lo descrito, podríamos preguntarnos ¿Qué es ser mujer? Por su puesto, esta pregunta podría ser arribada desde distintas disciplinas como la psicología, la filosofía, sociología, etc., como así también, desde autores feministas y no feministas.

Es importante mencionar que los autores no responden a la pregunta en sí sobre qué es ser mujer, ya que sería difícil y controversial hacerlo por la gran complejidad del tema. Sí tratan en profundidad todos los aspectos que están relacionados al estudio del sexo y del género, el reconocimiento y posición de la mujer en la sociedad respecto a estos, el estudio de los roles, la maternidad, etc., varios puntos ya han sido tratados con anterioridad, pero podrían volver mencionarse ya que todo gira en torno y se relaciona con el tema del sexo y el género.

Para Sigmund Freud, desde el psicoanálisis, el sexo *estándar* era el masculino, atribuyó a la mujer el mismo desarrollo hasta el momento en que la niña se da cuenta por primera vez de la diferencia anatómica entre los sexos, reconocimiento que, según él, generalmente ocurre a los tres o cuatro años de edad. Así, la niña reacciona siempre a este descubrimiento con un sentimiento inmediato de *envidia*, deseando tener ella misma un genital masculino, sintiéndose inferior y despreciando a su propio sexo.

Su teoría manifestaba la inferioridad femenina, predeterminada por la ausencia del órgano genital masculino. Lo que él llamó “*envidia del pene*” se hacía patente a través de la represión de

los instintos sexuales, base según él de toda neurosis histérica (la histeria sería el resultado de una experiencia traumática basada en un deseo sexual inaceptable).

Su estudio se centró en el sujeto masculino, *el uno universal*, nicho en el que nacemos ambos sexos. La mujercita en su primera infancia es “un hombrecito” asegura su teoría, en términos de una libido o energía sexual idéntica para ambos sexos, es decir la masculina y en el curso de su crecimiento debe renunciar a esta supuesta identidad masculina y devenir femenina.

La subjetividad de las mujeres se construye sobre la base de una organización simbólica jerárquica en la cual lo masculino y sus insignias están por sobre lo femenino y la carencia de aquellas. Freud no encara la cuestión desde una lectura crítica sino que naturaliza la jerarquía de lo masculino y sostiene que la mujer, es un sujeto sujetado y un objeto de intercambio entre los grupos de varones para estabilizar el devenir social.

Se oponía a la emancipación de la mujer diciendo que sus códigos morales eran de valor inferior a los de los hombres y que estaban dominadas por sus funciones reproductivas. Tal es así, que en su teoría de la sexualidad establece que el hombre es anatómicamente superior por lo que la mujer siente envidia del pene del hombre realizándose solo al tener un hijo varón. (Freud, 1905)

Con esto, niega que la mujer pueda cambiar sus códigos morales, los cuales siempre permanecerán inferiores a los del hombre y afirma que su finalidad en la vida es la función reproductiva, sin la cual no podría tener el hijo varón con el cual sublimar su carencia fálica. Con esto, Freud sostenía que las mujeres que aspiran a la emancipación y a la igualdad son aquellas que no admiten su diferencia, es decir, no admiten la inferioridad de su sexo que según la teoría solo se puede compensar por una maternidad activa y gozosa. (Errázuriz, 2009) citando a Sigmund Freud.

Fue la cultura victoriana de la época y su educación y cultura las que contribuyeron a que Freud considere a la mujer como un elemento inferior de la especie.

En oposición a Freud, Karen Horney, una de las fundadoras del Neo freudismo, desde la psicología feminista, consideraba que la “*envidia de pene*” se explicaba por la desigualdad social entre géneros, por lo que, lo que las mujeres envidiaban en los hombres no era su órgano sexual, sino su rol social, y lo mismo podía suceder en el sentido opuesto.

Además, consideraba que estos roles venían determinados en buena medida por la cultura, y no sólo por diferencias biológicas.

Horney se mostró contraria con la teoría masculina de Freud, porque no tenía en cuenta algunos aspectos relevantes de las mujeres, como era la maternidad. Abundando sobre la psicología femenina, en “El miedo a la mujer”, Karen hace mención a los temores de los hombres hacia las mujeres, por considerarla como un ser siniestro y misterioso a lo largo de la historia, de

manera que, los hombres tratan de dominar ese miedo a través de la negación y la defensa, mediante la conquista de las mujeres, rebajándolas y socavando su amor propio.

También, pensaba que los hombres tenían envidia de las mujeres porque cumplen su posición en la sociedad simplemente *siendo*, mientras que los hombres logran su virilidad de acuerdo con su capacidad de proveer y tener éxito.

Karen Horney pensaba que la mujer, desde el punto de vista biológico, tenía en la maternidad o en la capacidad de ser madre, una superioridad fisiológica respecto al hombre, que era envidiada por los hombres.

Señaló que en la sociedad había surgido una voluntad de complacer, saciar y sobrevalorar a los hombres. Las mujeres eran consideradas como objetos de encanto y belleza, en desacuerdo con el propósito último de autorrealización de cada ser humano.

En su trabajo “La feminidad inhibida” habla sobre el complejo de sentimientos y fantasías que están relacionados con la sensación de las mujeres de ser objetos de discriminación, sintiendo envidia de los hombres, su deseo de ser hombre y de abandonar el rol femenino, lo llamaba “complejo de masculinidad de la mujer”. (Aranque Hontangas, 2010) citando a Karen Horney.

Siguiendo con la corriente feminista, esta vez desde la filosofía, volviendo a Simone de Beauvoir, en su libro “El segundo sexo” se plantea cuáles son los prejuicios frente al “ser mujer”, y dice que lo que siempre ha existido es *el eterno femenino*, es decir, pre saberes, preconceptos, prejuicios que giran en torno a la construcción del ser mujer: buena, justa, generosa, madre, esposa, cuidadora, decente.

Este Eterno Femenino se dio a la luz del “patriarcado”, un sistema social donde la autoridad es ejercida por el varón, establece reglas o normas que dictan el comportamiento tanto de la mujer como del hombre, cánones de poder que han establecido qué debe hacer la mujer y qué debe hacer el hombre. (De Beauvoir , El segundo sexo, 1949)

Plantea, que todas las producciones culturales de la humanidad, desde el arte hasta el uso del lenguaje, tienen al hombre como punto central y principal referencia. A partir de allí, es que Simone desarrolla la idea de “*lo Otro*”, donde el hombre es el Sujeto y ella es lo Otro, el segundo sexo. En palabras de la autora: “*La mujer se determina y se diferencia con relación al hombre, y no este con relación a ella; la mujer es lo inesencial frente a lo esencial. Él es el Sujeto, él es lo Absoluto; ella es lo Otro... Ser el Otro no es una condición determinada por la naturaleza, es la cultura la que define la experiencia de la mujer de esta manera*” (De Beauvoir , 1949, pág. 4)

Sostiene que el hombre se piensa sin la mujer, no obstante, ella no puede ser pensada sin el hombre, ella será lo que el hombre decida que sea y se la denomina “el Sexo” aludiendo que a



los ojos del macho es un ser únicamente sexuado. Esto último es lo que llamó *heterodesignación*, donde las mujeres comparten una situación común, los varones les imponen que no asuman su existencia como sujetos, sino que, se identifiquen con la proyección de sus deseos que en ellas hacen y serán educadas para actuar por y para la mirada masculina.

Luce Irigaray<sup>8</sup> afirma que las mujeres son una paradoja dentro del discurso mismo de la identidad, es decir, dentro del llamado *discurso normativo masculino*, falocéntrico representan el sexo que no puede pensarse, son lo no designable, conforman lo no representable. Y al contrario de lo que Beauvoir piensa, es decir la mujer es lo Otro, Irigaray sostiene que no hay Otro, ya que en este discurso falocéntrico y cerrado, se hace una exclusión total de lo femenino, por lo tanto, la mujer no es ni “carencia” ni “alteridad”, sino que, es una diferencia, una variación del hombre, la alteridad entonces queda anulada.

Para dar un mejor entendimiento, desde este *discurso normativo masculino*, según Irigaray, se impide que se construya una identidad y por lo tanto una subjetividad femenina propia, autónoma. Este discurso define qué es la mujer y cómo tiene que comportarse, su función social, su identidad, y concibe al cuerpo femenino desde lo especular, es decir, como un reflejo en un espejo. Y por lo tanto la imagen de la mujer es concebida como un reflejo de la imagen de lo masculino, es decir, un reflejo que el hombre/varón proyectó de sí mismo al verse reflejado en la mujer.

A partir de esto, la mujer entonces es entendida como *una ausencia*, como *un error*, por no poseer el falo y no encajar con la imagen modelo. Desde este discurso, por lo tanto, se promueve la indiferencia sexual, es decir, la existencia de un solo sexo, por lo que el cuerpo de la mujer es entendido como un *no-sexo*, se presenta un *no-cuerpo femenino*, y lo que hay según la autora, son “soportes materiales” (cuerpos de mujeres) moldeados, a los que la sexualidad masculina les impone una función. (Irigaray, 1977).

Hasta aquí se ha descrito a través de algunos autores lo concerniente al género y al sexo, lo que nos permite volver a lo que aquí compete, a la pregunta inicial ¿Qué es la maternidad?

La Real Academia Española RAE define la *Maternidad* como: estado o cualidad de madre. De igual manera, define *Madre* como:

- Mujer o animal hembra que ha parido a otro ser de su misma especie.
- Mujer o animal hembra que ha concebido. Cuidan la salud del feto y de la madre

---

<sup>8</sup> **Luce Irigaray**, lingüista, filósofa y psicoanalista feminista francesa de origen belga

- Mujer que ejerce las funciones de madre.

(Real Academia Española)

La idea de maternidad y su función fue y es parte de una construcción socio-histórica y contextual. En la historia de nuestra cultura occidental las mujeres se han hecho cargo del cuidado de los niños, y no solo fueron destinadas a encargarse de los procesos llamados naturales (embarazo, parto, lactancia), sino también de la crianza, la educación, los cuidados básicos, la afectividad y la socialización.

De este modo, mencionamos a Yvonne Knibiehler<sup>9</sup>, en su ensayo “La construcción social de la maternidad”, señala momentos básicos de la historia de la maternidad en Occidente (Palomar Vereá, 2005) Citando a Yvonne Knibiehler.

En primer lugar, durante la Antigüedad, la palabra maternidad no existía, pero la autora sostiene que la función materna estaba muy presente en todas las mitologías.

En las sociedades rurales y artesanales se parían muchos hijos con el fin de compensar la elevada mortalidad que existía producto de las numerosas enfermedades que acechaban en esos tiempos.

Luego, el Siglo XII aparece el término *maternitas*, al mismo tiempo que se inventa el término *paternitas* usado para denominar a la Iglesia y su función normatizadora durante la expansión del Culto Mariano aquel que expresa la alabanza y el reconocimiento de la Madre María debido a su dignidad de ser madre de Dios. Con el término *maternitas*, lo que se quiso lograr según Yvonne, era reconocer a la maternidad en su dimensión espiritual.

Además, la iglesia comienza determinar el papel educativo de la madre, es decir, ella tenía que hacerse cargo de la educación de sus hijos además de la crianza.

Durante la Ilustración se formula un modelo terrenal de la *buena madre*, valorizada por la crianza de sus hijos, sin embargo, tenía que permanecer siempre sumisa al padre. Es en esta época que, según la autora, comienza a tomar forma e importancia la relación afectiva de la madre con sus hijos y la noción del tan llamado *amor maternal*, el cual fue glorificado durante el Siglo XIX hasta los años 60 de Siglo XX.

La salud del cuerpo era tan importante como la salud espiritual, por lo tanto, este amor materno se convierte en un valor de la civilización y en un código de buena conducta para la madre.

Aquí es, cuando la individualidad de la mujer es absorbida por la función materna y comienza a darse la separación de los roles de la madre/mujer y el padre/hombre, donde la mujer

---

<sup>9</sup> Yvonne Knibiehler, historiadora y feminista francesa, quien trabajó para mostrar el carácter histórico y polisémico de la maternidad.

además de la crianza y educación de los hijos debió quedar relegada en el hogar y asumir toda la responsabilidad doméstica, mientras que, el hombre por el desarrollo industrial se ocupaba del mantenimiento de la familia y la vida profesional fuera del hogar.

A medida que transcurre el Siglo XX comienzan a desarrollarse políticas familiares con el fin de controlar la natalidad, definiendo a la maternidad como un deber patriótico, por lo que a través de estas políticas se impulsa a las mujeres a parir, condenando además la anticoncepción y principalmente el aborto. El éxito de estas políticas se confirmaría luego con el llamado *baby boom*, siendo este un fenómeno demográfico ocurrido entre 1946 y 1964 luego de la Segunda Guerra Mundial, caracterizado por un considerable aumento de la natalidad.

De igual modo, la Modernidad se caracterizó por un triunfo de la medicina y por un gran impacto del poder político sobre la sociedad, lo que llevó a la maternidad a entrar en conflicto y turbulencia, fundamentalmente por los movimientos feministas que comenzaron a disociar a la mujer de la madre, siendo la principal precursora Simone de Beauvoir introduciendo la noción de la maternidad elegida.

Igualmente, recién en los años 60 con la invención de la píldora anticonceptiva se logra verdaderamente la emancipación femenina permitiendo con ello que cada una se afirme como sujeto autónomo.

En el umbral de Siglo XXI, la maternidad comienza a posicionarse entre lo privado y lo público, siendo un punto crucial de los debates feministas. Por un lado, algunas feministas de la segunda ola querían preservar la privatización de la maternidad, pidiendo además por el control de la fecundidad, denunciando la noción de maternidad-deber y posicionándola como una opción. Por el otro lado, se ve a la maternidad como un asunto público ya que fueron las mismas condiciones socioeconómicas que la empujaron a la desprivatización, por el crecimiento de las ciencias biológicas y por las exigencias del mundo laboral que hicieron que el cuidado de los niños pasara a institucionalizarse.

Otra historiadora, Elisabeth Badinter<sup>10</sup>, estudió las prácticas maternas en Francia en los siglos XVII al XX y aborda el concepto de *instinto maternal*. En su libro afirma que el instinto maternal no existe y que el amor maternal no es innato, sino que la mujer lo va adquiriendo a medida que pasan los días junto al bebé y a partir de los cuidados que le brinda.

Además, contradice la creencia de que la maternidad y el amor que la acompaña están inscriptas desde siempre en la naturaleza femenina, así como también, que las mujeres estén hechas para ser madres e incluso, “buenas” madres. (Badinter, 1980)

---

<sup>10</sup> Elisabeth Badinter, filósofa e historiadora feminista francesa

En palabras de la autora:

*“Hemos concebido durante tanto tiempo el amor maternal en términos de instinto, que de buena gana creemos que se trata de un comportamiento arraigado en la naturaleza de la mujer... Creemos que al convertirse en madre la mujer encuentra en ella misma todas las respuestas a su nueva condición. Como si se tratara de una actividad preformada, automática y necesaria”* (Badinter, 1980, pág. 12)

A propósito, sostiene que la madre es un personaje *relativo y tridimensional*; relativo porque se concibe como tal sólo en relación al padre y al hijo, tridimensional porque además es también una mujer, es decir, un sujeto con aspiraciones propias, las cuales muchas veces nada tienen que ver con la maternidad, o con las aspiraciones de su marido o los deseos del hijo.

De este modo, las funciones del padre, la madre y el hijo son determinadas por las necesidades y valores dominantes de una sociedad, así, por ejemplo, cuando el faro ideológico iluminó al hombre-padre dándole todos los poderes, la mujer-madre quedó en la sombra y su condición se asoció al hijo. En cambio, en el momento que la sociedad se interesó por el hijo, el faro iluminó a la madre, convirtiéndose ésta en un personaje esencial. (Badinter, 1980, págs. 15-16)

Esto, para demostrar que, en cualquiera de los dos casos, la conducta de la mujer siempre cambió en torno al hijo y el marido, por lo tanto será una madre más o menos buena según la sociedad valore o desprecie la maternidad.

Por otro lado, la autora se apoya en la afirmación de que el ser humano, en este caso, las mujeres, son seres históricos, y son los únicos que tienen la capacidad de simbolizar, lo cual los distingue de la esfera animal, es por esto que sostiene, que no se puede hablar de un instinto maternal.

Pero, aunque en la historia se haya terminado por rechazar el término instinto, la noción de maternidad que aún se conserva igualmente, se sigue confundiendo con el concepto de instinto, ya que, se cree que el amor de la madre por el hijo es el más poderoso y generalizado por lo tanto algo de naturaleza debe tener. En suma, se abandona el instinto por el amor, pero siguen atribuyéndoles las mismas características.

Badinter, concluye que, aunque el amor maternal pueda existir desde el origen de los tiempos, no es posible afirmar que exista en todas las madres ni incluso que la especie sobreviva gracias a este amor, tal es así, que a partir de su estudio de las maternidades y las actitudes maternas en la historia, no se ha encontrado ninguna conducta universal y necesaria de la madre. Y por el contrario, los sentimientos de las madres son realmente variables de acuerdo con la

cultura, las ambiciones y frustraciones. No obstante, el amor maternal es solo un sentimiento humano, contingente, frágil, incierto que puede presentarse o no, puede darse y luego desaparecer.

Por lo tanto, sostiene que no es el amor lo que determina que una mujer “cumpla” con sus *deberes maternales*, sino la moral, los valores sociales o religiosos, la cultura, confundidos con el deseo nada transparente de la madre. (Badinter, 1980)

Así, se puede afirmar que la maternidad es una construcción cultural que está multideterminada, definida y organizada por normas las cuales, son establecidas por un grupo social específico y en una época definida de su historia, según sus necesidades y valores, y que, a la vez son fuente y efecto del género.

Según Silvia Tubert<sup>11</sup>, en la mayoría de las culturas con orden patriarcal se identifica a la feminidad con la maternidad, y a partir de su capacidad reproductora y biológica se establece el “deber ser” en las mujeres desde normas que controlan tanto su sexualidad como su fecundidad. Estas normas, dice la autora, no se presentarían de formas explícitas sino como estrategias y distintos discursos que hablan de lo femenino, construyéndolo y limitándolo, de esta manera la mujer desaparece tras la función materna... *“No se trata de una legalidad explícita sino de un conjunto de estrategias y prácticas discursivas que, al definir la feminidad, la construyen y la limitan, de manera tal que la mujer desaparece tras su función materna, que queda configurada como su ideal”*(Tubert, 1999)

Para Tubert las condiciones biológicas de la reproducción sexuada, junto con las condiciones sociales, económicas y políticas de la reproducción de la vida social van construyendo la función materna, donde, gracias a la división sexual del trabajo, la mujer queda relegada a la concepción, gestación, parto, lactancia y crianza de los hijos, no siendo reconocido esto como un trabajo social.

Y a la vez que, se impone un orden simbólico/cultural desde representaciones, imágenes o figuras que están atravesadas por relaciones de poder, donde, un colectivo social hombres/padres se posiciona por sobre otro colectivo mujeres/ madres. Es decir, se presenta una dominación frente a las prácticas y desde este orden simbólico se logran naturalizar. (Tubert, 1999)

Sostiene, que la mujer es un sujeto y no un simple sustrato corporal de la reproducción, o ejecutora de un mandato social, criticando así, que las representaciones que configuran el imaginario de la maternidad establecen un poder reductor y unificador, ya que todos los deseos de las mujeres son sustituidos por uno solo, el de tener hijos, y por lo tanto se crea una identidad

---

<sup>11</sup> Silvia Tubert, psicoanalista y escritora argentina

homogénea en todas las mujeres, la cual no da lugar a posibles diferencias individuales con respecto a lo que puede ser y desear cada una de ellas.

Como se puede ver, la función y el rol de la maternidad se naturalizó socialmente como expresión del género y como bien lo afirma Yanina Ávila se generó la creencia de que la maternidad es un deseo innato de las mujeres, restando importancia a la influencia que tiene la sociedad y la cultura con respecto a esta creencia (Ávila González, 2005)

Esta autora, en su estudio, le da la voz a las mujeres que eligieron voluntariamente no ser madres como así también, contextualiza el momento histórico bajo el cual fue posible que las mujeres pudieran tener acceso a este derecho reproductivo.

Así plantea que, a partir de los cuestionamientos que se generaron hacia el sistema de creencias, surgió la idea sobre la maternidad como una decisión propia y no una imposición por parte de las creencias sociales o familiares.

Fue la presión económica de los años 70, la política mundial, los movimientos feministas de la segunda ola con acciones y consignas como “*dueñas de nuestros cuerpos, dueñas de nuestras vidas*” así como el empoderamiento femenino los que permitieron cuestionar los roles de género y crear nuevas identidades para la mujer modificando sus prioridades.

Volviendo a citar a Badinter, esta autora describió que antes de los años setenta, el hijo era la consecuencia natural del matrimonio y toda mujer apta para procrear lo hacía sin plantearse preguntas. Es decir, se daba por sentado que toda mujer *normal* deseaba hijos, y que el deseo del hijo era universal.

Sin embargo, desde que una gran mayoría de mujeres comenzó a utilizar anticonceptivos, surgió una *ambivalencia maternal*, donde el deseo de hijos no es ni constante ni universal. Algunas quieren, otras ya no quieren y finalmente hay otras, que no han querido nunca. (Badinter, La mujer y la madre. Un libro polémico sobre la maternidad como nueva forma de esclavitud, 2010) Sostiene que:

“*Desde que existe la posibilidad de escoger, existe la diversidad de opciones y ya no se puede hablar de instinto o de deseo universal*” (pág. 19)

La maternidad como bien se mencionó con anterioridad, es un proceso psicobiológico (Oberman, 2005) y otras autoras desde la corriente psicoanalítica resaltan la importancia de considerar el aspecto psíquico teniendo en cuenta que el deseo o no de ser madre o de tener un hijo se juega en un nivel psicológico.

Por un lado, Silvia Tubert, menciona que el deseo del hijo y por lo tanto de ser madre, no se relaciona con una supuesta esencia femenina sino que, tiene que ver con las relaciones que la mujer estableció con sus padres en su infancia, primordialmente con respecto a la triangulación edípica y a la identificación que la mujer de niña tuvo con su madre, por tanto ese deseo es un producto de la historia psíquica y familiar de la persona en particular. (Tubert, 1999)

En este mismo marco de reflexión psicoanalítica, Mabel Burín estableció el concepto de *deseo hostil* de la maternidad, refiriéndose a las mujeres en las cuales su deseo no se inscribe en ser madres o tener hijos.

Explica que es un deseo que surge en la infancia temprana y es diferenciador, ya que su despliegue permite que surjan nuevos deseos en la mujer, como el deseo de saber o el de poder. Como así también, es un deseo que siempre ha tenido un destino de represión por dejar a un lado los condicionamientos y deseos heteronormativos relacionados a la mujer y la maternidad, por lo que implicaría un peligro para estos ordenamientos culturales. (Burín Mabel, 1996)

Por otra parte, Nora García Colomé encuentra que este posicionamiento psíquico de algunas mujeres se debe a una identificación con el ideal del yo paterno, o con lo que el padre en su función da como *don* a la hija.

La autora siguiendo a Freud, señala que en la relación edípica, la mujer de niña pasa del amor a la madre, al amor por el padre, por lo tanto la función del padre marca el corte de la relación con la madre, y en palabras de Lacan señala, que este padre al ejercer su función de corte y separación, le da un *don* a la hija, el don de separarse de la madre y convertirse en sujeto deseante, de ubicarse en la diferencia, el don de la vida; y actualmente, supone la autora, que además de estos dones mencionados, hay otros que el padre envía a su hija, encontrando con esto varias posibilidades diferentes sobre el *ser mujer*, y no sólo la posibilidad de ser madre.

Por lo tanto, la mujer va a encontrar otras formas de obtener el *falo* y no necesariamente a través de un hijo, como sostiene la teoría psicoanalítica de Freud. Podrá entonces, acceder a un ideal del *yo* que conlleve las insignias que el padre le dio como dones, tales como la inteligencia, capacidad artística e intelectual, entre otros, y será capaz de cuestionar la cultura que le dijo que debía ser madre para ser reconocida, valorada e identificada como mujer.

La autora, concluye entonces, que el deseo de ser o no ser madre es estructural, se constituye en el inconsciente, permeado por el deseo del Otro (su madre) y además forma parte de un imaginario social. Al igual que Tubert, sostiene que se forma al interior de la relación edípica con sus padres. (García Colomé, 2004)

Como se mencionó con anterioridad, en las últimas décadas el binomio mujer=madre perdió fuerzas, en el sentido de que muchas mujeres se cuestionan este mandato ligado a su biología y género. Estas mujeres, por lo tanto, han comenzado a posponer o poner en primer plano otros proyectos de vida antes que la maternidad, reflexionan sobre su vida, sus habilidades, necesidades e intereses y buscan responder también a las demandas económicas y sociales, decidiendo así, si ser madres o no, cuándo y cómo serlo.

Ahora bien, la relación de las mujeres con la maternidad esta tan naturalizada y mitificada, que tener la posibilidad de cuestionarse si ser madre o no, y primordialmente elegir voluntariamente no ejercerla, se convierte en un factor de tensión, que se expresa en la estigmatización y la presión social que sufren estas mujeres que eligen no ser.

Como explica Badinter, la mujer (y en menor medida un hombre) o una pareja sin hijos, siempre son vistos como una anomalía y dan lugar a la problemática. La mujer que continúa sin ser madre tiene pocas posibilidades de escapar a los suspiros de sus padres (a quienes prohíbe ser abuelos), a la incomprensión de sus amigas quienes desean que haga lo mismo que ellas y a la hostilidad de la sociedad y del Estado, defensores de la natalidad, que disponen de múltiples y sutiles formas de castigos por no haber cumplido con su deber de ser madre. (Badinter, *La mujer y la madre. Un libro polémico sobre la maternidad como nueva forma de esclavitud*, 2010)

Podríamos concluir mencionando algunas de las múltiples estigmatizaciones y presiones que sufren las mujeres que deciden o decidieron desde hace tiempo no ser madres, desde diferentes ámbitos.

Uno de ellos el *lenguaje*, a través del cual se refieren a estas mujeres desde el prefijo adjetivado que resalta la falta, la ausencia, ya que se refieren a ellas como *mujeres sin hijos o mujeres no madres*, todas las mujeres que ejercen la maternidad son llamadas madres, mientras que aquellas que no tienen hijos/as no tienen nombre propio y quedan reducidas y tratadas desde el no ser.

Por otro lado, comúnmente se dice que una mujer que no quiere tener hijos es incompleta, egoísta, inmadura, fría, que no le gustan los niños, que se está perdiendo del amor más grande de la vida, que se va a arrepentir, que se va a quedar sola, que sufre el típico síndrome de la mujer profesional moderna.

Este tipo de presiones son expresadas tanto en las opiniones que se dan al interior del entorno de la mujer, como así también en las opiniones profesionales etiquetadas como objetivas y científicas de los expertos. (Ávila González, 2005)



Así desde *la clínica* las mujeres que deciden no ser madres también son intimidadas y tienen dificultades cuando asisten a los servicios de atención médica. Ante esto, Judith Daniluk afirmó que los médicos aún siguen promoviendo el embarazo y el amamantamiento como curas para un gran número de malestares y enfermedades, entre ellos trastornos menstruales, apoplejía, varias formas de cáncer y enfermedades cardíacas, así como también la maternidad ayudaría a alcanzar la madurez emocional y psíquica. (Ávila González, 2005) Citando a Judith Daniluk.

Así como también, en cualquier espacio donde la mujer se halle inserta, generalmente durante una conversación casual surge la pregunta ¿Sos casada? ¿Cuántos hijos tienes? O ¿cuándo pensas tener hijos?, la incomodidad surge si la mujer expresa que no tuvo hijos o no desea tener hijos y allí viene la estigmatización. Aún en la actualidad las mujeres que no tienen hijos y no lo quieren hacer, son etiquetadas como raras.

## Material y Métodos

### Tipo de estudio

Será un estudio de abordaje Cuantitativo, Observacional, Transversal, Descriptivo y Prospectivo.

Cuantitativo, porque se parte de una idea o un fenómeno del cual se desea medir y estimar su magnitud, se plantea ese problema, surgen los objetivos y se realiza una revisión exhaustiva de la literatura para determinar qué se sabe acerca de ese tema y hasta donde han llegado estudios previos, se construye un marco teórico a partir del cual surgirán nuestras hipótesis y se delimitarán las variables a medir que nos permitirán estudiar el problema. Estas hipótesis serán sometidas a prueba a través del desarrollo de un diseño de investigación apropiado.

Este tipo de abordaje es un conjunto de procesos, es secuencial, tiene pasos que cumplir y el orden es riguroso, conlleva el diseño de un plan de investigación y, es aquel que utiliza la recolección de datos para probar hipótesis a través de, la medición numérica y análisis estadístico (Hernández Sampieri, Méndez Valencia, & Mendoza Torres, 2014, págs. 4-5)

Observacional, es decir, es no experimental porque no existirá manipulación de las variables independientes para ver su efecto en las variables dependientes, por lo tanto se observarán los fenómenos en su contexto natural para analizarlos. (Hernández Sampieri, Méndez Valencia, & Mendoza Torres, 2014, pág. 152)

Transversal, porque se recolectarán los datos en un solo momento, según lo que menciona Hernández Sampieri “el propósito es describir las variables y analizar incidencias e interrelación en un momento dado”. En éste caso se medirán las percepciones de las mujeres sobre la maternidad y la conducta de éstas hacia sus hijos recién nacidos hospitalizados, abarcará la medición en varios grupos de binomios, pero siempre en un momento único. (págs. 154-155)

Descriptivo para brindar una descripción comparativa de la ocurrencia de los fenómenos, es decir, para indagar y describir la incidencia que tienen sobre la población las variables definidas para el estudio. A su vez, este diseño permite aportar información para futuras investigaciones que busquen profundizar la temática y evaluar relaciones causales. (Hernández Sampieri, Méndez Valencia, & Mendoza Torres, 2014, págs. 155-156)

Prospectivo porque se registrará la información según vayan ocurriendo los fenómenos. Es decir, se hará la recolección de los datos luego de dar por terminada la formulación del plan de investigación.

Se observará a las madres y su accionar en el contexto de la UTIN, como así también se obtendrá datos a partir de un cuestionario que ellas tendrán que responder, para luego determinar si las hipótesis planteadas se corroboran o se refutan.

### **Sitio o contexto de la investigación**

El contexto de estudio será el Servicio de Terapia Intensiva Neonatal de una maternidad pública perteneciente a la red Municipal de la ciudad de Rosario. La misma cuenta con 26 camas útiles destinadas todas a la atención y cuidados de recién nacidos hospitalizados más frecuentemente por prematuridad y cirugías abdominales ya que se considera centro de cirugías de la provincia de Santa Fe. Cuenta con un giro cama bajo (2 pacientes) y un promedio día de estada alto (14 días) y un porcentaje ocupacional de 87%.

La institución hace más de diez años que viene trabajando como Maternidad Segura y Centrada en la Familia, y es Maternidad Amiga de la Madre y el Niño, por lo cual se permite la internación conjunta ya que cuenta con una residencia para madres y el horario de visitas es libre, es decir las madres pueden ingresar y permanecer el tiempo que deseen junto a sus hijos. También se aplica la Técnica Mamá Canguro, solo en recién nacidos prematuros.

El criterio de elegibilidad de esta institución, es porque contiene las variables definidas de interés para ser investigadas y además posee las unidades de análisis necesarias para el desarrollo del estudio. Se debió realizar una guía de convalidación, la cual fue el primer control de validez interna, para determinar este criterio. En el Anexo I se podrá encontrar el formulario utilizado para recoger los datos del estudio exploratorio y en el Anexo III los resultados completos de éste estudio.

### **Población y muestra**

La población de estudio será todas las diadas Mamá- Recién Nacido que se encuentren hospitalizadas en la UTIN de la maternidad pública de la ciudad de Rosario entre los meses de junio a diciembre de 2021.

Se calculó la población total de diadas a partir de los datos obtenidos del estudio exploratorio, los cuales arrojaron que el servicio cuenta con un giro cama de 2 y un promedio día de estada de 14 días. Sobre estos, se calculó que en un mes por cada cama se encuentran internados dos neonatos, multiplicando por 26 camas disponibles, da como resultado que 52 niños son atendidos por mes. Luego, multiplicando esa cifra por un período de seis meses, el cual es el tiempo

que se estimó para llevar a cabo el estudio, da como resultado una población aproximada de 312 niños atendidos.

Por lo tanto, la muestra estará compuesta por 173 diadas, calculada a través de un muestreo probabilístico de azar simple, utilizando un margen de error del 5% y un nivel de confianza de 95%.

Teniendo en cuenta los Criterios de inclusión/ exclusión las unidades de análisis quedarán determinadas de la siguiente manera:

Cada una de las madres cuyo hijo RN se encuentre internado en la UTIN que se encuentren cursando un postparto normal y hasta diez días de internación.

Se tendrán en cuenta los controles pertinentes sobre la población mencionada, a través de los controles de Validez Interna como la Mortalidad, tomando la posible amenaza de que parte de las unidades de análisis seleccionadas abandonen o se rehúsen a participar, por lo tanto, será necesario y pertinente contar con un margen mayor de unidades de análisis que las previstas.

Como así también se considerará la presencia de variables extrañas o enmascaradas, una posible variable interviniente sería el tiempo de internación, el cual podría influir en la Maduración, otra fuente de invalidación interna, ya que probablemente a mayor tiempo de internación mayor y mejor será el desarrollo de las conductas maternas y el apego entre mamá y bebé, por lo tanto para controlarla, se propondrá como un criterio de inclusión diadas con no más de diez días de internación, de esta forma evitar sesgos en los resultados. Si no es posible controlarla, procederemos a incluirla como variable independiente.

En cuanto a la Validez Externa la cual tiene que ver con cuan generalizable pueden ser los resultados de la investigación, al ser un estudio descriptivo se hará una aproximación de cómo actúan las variables estudiadas en el contexto de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, por lo tanto, se considera que los mismos serán generalizables sólo en la población en estudio.

## **Técnicas e Instrumentos de recolección de datos**

### **Operacionalización de las variables**

Conducta maternal: cualitativa- compleja dependiente

Definición operacional: proceso interactivo y de desarrollo comprendido por distintas conductas de la madre hacia el bebé, y en el cual ésta adquiere principalmente la sensibilidad y la

responsabilidad que le darán la capacidad de sintonizar con las emociones del niño y percibir sus necesidades.

**Dimensión 1: Alimentación:** comprensión de la madre de la necesidad de alimentar al bebé a través de la lactancia materna o mamadera.

Indicadores:

- Si está amamantando, la madre no hace ningún esfuerzo para ofrecer el pecho al bebé.
- Si la alimentación es con mamadera, no se mostrará ningún interés en cuanto a cuándo se alimentará al bebé.
- No tiene idea de las necesidades de alimentación del bebé.
- Si amamanta, la madre intentará ofrecer el pecho al bebé, pero puede requerir mucha ayuda y apoyo para hacerlo
- Si se alimenta con mamadera, la madre puede preguntar sobre el régimen de alimentación y a qué hora se alimentará al bebé; ella puede requerir mucha ayuda y apoyo en esto.
- La higiene de la madre no es buena - no se lava manos.
- Soporta la alimentación y entiende las necesidades de alimentación del bebé.
- La madre reconocerá y podrá satisfacer las necesidades de alimentación del bebé con una supervisión mínima o nula.
- Buena higiene (en relación con el bebé y la alimentación).

**Dimensión 2: Interés:** atención general en todos los niveles, de las necesidades del bebé.

Indicadores:

- La madre no está interesada y no reconoce al bebé verbalmente, visualmente o tácticamente.
- La madre pasa mucho tiempo en la residencia para madres y no vuelve a comprobar que el bebé está bien.
- No hace ningún comentario sobre el bebé
- La madre comenta sobre la apariencia del bebé - color de pelo, ojos cerrados, piel seca, tamaño, o comportamiento, p.ej. llanto
- La madre sólo se preocupa por patrones de alimentación satisfactorios o insatisfactorios
- Tendrá un gran interés general en el bienestar y desarrollo del bebé, p.ej. aumento de peso, mediciones del bebé, heces, salida urinaria, patrón de sueño.
- Puede estar interesada por ejemplo en la vacunación para el bebé.

**Dimensión 3: Respuesta:** es la reacción de la madre y la forma en que responde a las necesidades de su bebé.

Indicadores:

- La madre no reacciona al llanto del bebé.
- No mira al bebé en la incubadora.
- Pasa mucho tiempo lejos de la incubadora
- La madre sólo atenderá al bebé si llora.
- La madre responde al llanto del bebé con expresiones calmantes.
- Puede sugerir que el bebé tiene hambre.
- La madre puede pasar algún tiempo fuera de la sala, pero regresa periódicamente para comprobar que todo está bien
- La madre interpreta todo el llanto como hambre.
- La madre confía en su respuesta al bienestar del bebé.
- Es realista y lógica en su enfoque de las necesidades del bebé.
- Reconoce varios gritos, p.ej. hambre o dolor, pero permite un tiempo razonable para que el bebé se asiente después de alimentarse o cambiarse.

**Dimensión 4: Lenguaje:** comunicación verbal y no verbal, incluido el contacto visual.

Indicadores:

- No intenta el contacto visual.
- El bebé es mantenido en una posición que hace el contacto visual con su madre sin sentido/ imposible.
- No habla con el bebé.
- El bebé es mantenido en una posición haciendo posible el contacto ojo a ojo.
- La madre puede sonreír al bebé.
- Ella puede estar inhibida de hablar con el bebé.
- La madre sostiene al bebé en la cara y le habla.
- Generalmente trata al bebé como si fuera capaz de entender la conversación e interpretar las expresiones faciales.
- La madre pasa tiempo hablando y/o cuidando al bebé después o entre los alimentos.

**Dimensión 5: Tacto:** tocar al bebé durante el baño y/o cambio de pañal y ropa.

Indicadores:

- No ha hecho ningún intento de tocar la cara, las manos, el cuerpo o los pies del bebé, cuando se le da al bebé para que lo sostenga.
- Toque mínimo del bebé al cambiar el pañal, bañar al bebé o al darle de comer.
- La madre toca la cara, las manos, el cuerpo o los pies del bebé.
- La madre anima al bebé a "sujetar el dedo".
- La madre hace contacto prolongado tocando, acariciando, besando o abrazando al bebé después o entre las comidas.
- La madre sostiene al bebé ventralmente, permitiendo que su mejilla toque la cara del bebé.

Creencias sobre la maternidad: variable cualitativa compleja- independiente.

Definición operacional: es la representación de la maternidad para cada mujer, es decir, qué representa para sus vidas la idea de convertirse en madres.

**Dimensión 1: Maternidad como sentido de vida**: ser madre es lo que da significado a la existencia de una mujer, lo que las hace sentirse felices y realizadas.

Indicadores:

- Lo más importante para una mujer es ser madre
- Lo que más desea una mujer es tener uno o más hijos
- Una mujer es más feliz si es madre
- Para una mujer, ningún logro se compara con ser madre
- Una mujer está completa cuando es madre
- Una mujer se realiza cuando tiene un hijo
- La vida vale la pena si tienes hijos

**Dimensión 2: Maternidad como deber social**: obligación ante la sociedad que tiene la mujer de ser madre.

Indicadores:

- Si una mujer no tiene hijos merece el rechazo de los demás
- Para una mujer vale la pena vivir sólo si tiene hijos
- El valor de una mujer depende de que sea madre
- El deber de una mujer es tener hijos
- Los hombres respetan más a la mujer cuando es madre

Edad y número de hijos: variables cuantitativas – independientes.

Ambas serán medidas a partir de las respuestas de un cuestionario entregado a cada madre participante, con el fin de obtener los datos socio demográficos de éstas.

Estado civil: variable cualitativa simple – independiente.

Al igual que las variables sexo y número de hijos, será medida a través del cuestionario que se confeccionará para obtener los datos socio-demográficos.

Indicadores:

- Soltera
- Casada
- Unión libre
- Divorciada

Los datos serán obtenidos mediante dos técnicas e instrumentos. Mediante la técnica de encuesta se aplicará como instrumento un cuestionario, el cual la primera parte constará de preguntas cerradas para recolectar los datos correspondientes a las variables socio demográficas Edad, Número de Hijos, Estado Civil. Tendrá una introducción donde se hará la presentación del autor de la investigación, los objetivos del estudio, la solicitud de participar de forma voluntaria y carácter anónimo de esta participación.

La segunda parte del cuestionario constará de una escala de opinión o tipo Likert, con el fin de medir la variable Creencias sobre la Maternidad. Esta “Escala de Creencias” es un instrumento desarrollado y validado por Mota González Cecilia, Calleja Nazira, Sánchez Bravo Claudia y Carreño Meléndez Jorge en el año 2018 en México, con el objetivo de medir las creencias sobre la maternidad que tienen las mujeres mexicanas, y que puede ser utilizada y aplicada en diversos contextos y estudios de varias disciplinas (Mota González, Calleja, Sánchez Bravo, & Carreño Meléndez , 2018). Constará de doce ítems con cinco opciones de respuesta cada uno (1 al 5) de dirección favorable. Los primeros siete ítems representarán los indicadores de la dimensión “Maternidad como sentido de vida”, y los cinco ítems restantes representarán los indicadores de la dimensión “Maternidad como deber social”.

**1= Totalmente en desacuerdo**

**2=En desacuerdo**

**3=Neutral**

**4=De acuerdo**



**5=Totalmente de acuerdo**

Mediante la técnica de observación se utilizará como instrumento una lista de cotejo con el fin de medir la variable Conducta Maternal a través del instrumento FIRST, una escala numérica para medir diferentes aspectos preestablecidos en la prestación de cuidados de la madre hacia su hijo recién nacido hospitalizado. Desarrollado y validado en el año 1984 por Salariya Ellena y Cater John, se trata de un sistema de puntuación que pretende medir aspectos de la prestación de cuidados en el postparto por parte de la madre hacia el recién nacido. (Salariya & Cater, 1984). Las categorías estudiadas (dimensiones) serán cinco:

F (feeding – alimentación)

I (interest – interés)

R (response – respuesta)

S (speech – lenguaje)

Siguiendo los criterios definidos en el estudio original de la escala Mother-Child Relationship FIRST Score, la lista de cotejo estará dividida por cada categoría con sus ítems correspondientes que representan los indicadores de cada dimensión, los ítems estarán a la vez, divididos según el índice asignado 0, 1 o 2:

- Para la categoría **alimentación** 0 representa baja comprensión; 1 moderada comprensión; 2 alta comprensión.
- Para la categoría **interés** 0 poco interés; 1 moderado interés; 2 mucho interés.
- Para la categoría **respuesta** 0 mala reacción; 1 moderada reacción; 2 buena reacción.
- Para la categoría **lenguaje** 0 mala comunicación; 1 moderada comunicación; 2 buena comunicación.
- Para la categoría **tacto** 0 nada de contacto; 1 poco contacto; 2 prolongado contacto.

El observador deberá marcar tantos indicadores como haya observado. La suma de los puntajes de cada categoría dará la puntuación total.

**Cuidados éticos y controles de validez interna en la recolección de los datos**

El rigor ético del estudio estará orientado por la ley 25.326 promulgada en el año 2000, la cual se encarga de regular todos los aspectos que conciernen a la protección de datos en investigaciones y por los siguientes principios bioéticos:

**Autonomía/ Respeto a la dignidad humana:** se contará con una participación totalmente voluntaria de las madres con sus recién nacidos y se harán firmar los consentimientos informados necesarios para su participación, sin coerción o influencia indebida. De este modo se les brindará toda la información necesaria y pertinente sobre el estudio en el que participarán.

**Beneficencia/ No maleficencia:** los enunciados del cuestionario no producirán daños psicológicos ni emocionales a las madres participantes del estudio; así mismo, la información será confidencial. De igual modo se establecerá un ambiente de total confianza y seguridad para que su participación sea óptima.

**Justicia:** se brindará un trato justo a cada madre participante, no se hará discriminación alguna, y les se asegurará que los datos obtenidos serán totalmente confidenciales y utilizados solo con fines académicos e investigativos.

Se solicitará la aprobación del Comité de Ética Institucional como así también, el permiso de ejecución al Director de la Maternidad. Luego, se coordinará con la jefatura de Enfermería y de la UCIN para hacerles conocer la finalidad del estudio, las fechas de ejecución y pedir permiso para acceder a la identificación de las participantes al estudio.

Se convocará a las madres seleccionadas para participar del estudio con la finalidad de informarles sobre el objetivo y propósito del proyecto. Se les entregará el consentimiento informado, confirmándoles su participación libre y voluntaria en el estudio, que sus respuestas serán de carácter anónimo y los resultados obtenidos serán totalmente confidenciales.

Se brindará un tiempo prudencial para que las participantes naturalicen la presencia del observador y por ende se sientan cómodas, con el fin de asegurar un ambiente seguro y de no alterar las actitudes y actividades de las madres en el momento del contacto con su hijo.

Se iniciará con la aplicación del cuestionario a las madres, en una sala aparte asegurando un ambiente confiable y seguro y de este modo evitar desconcentración al contestar las preguntas, se les otorgará un tiempo aproximado de 20 minutos, despejando cualquier inquietud, considerando en todo momento los principios éticos informándoles que pueden dejar de contestar o retirarse en cualquier momento si se sintieran incómodas o inseguras.

Al término de la aplicación del cuestionario, se procederá con la observación de cada binomio en la sala de UTIN en el momento que las madres visiten a su hijo recién nacido, se determina un tiempo de observación aproximado de 40 minutos para cada diada. El rol del observador será desde afuera, es decir, sin intervenir en el momento del contacto entre mamá-recién nacido.

Por último, con el fin de asegurar la pertinencia de los instrumentos de recolección de datos, es decir, verificar si todos los aspectos o ítems son claros, si pueden ser correctamente interpretados por las participantes, si la lista de cotejo en la técnica de observación puede aplicarse de manera óptima o deberá tener modificaciones, se aplicó una prueba piloto en una población similar a la población en estudio, con similares características, y en condiciones ambientales similares, las pruebas fueron equivalentes entre sí y confiables, para evitar sesgos en los resultados.

### **Personal a cargo de la recolección de datos**

Para la tarea de recolección de datos se requerirá la colaboración de dos personas, para tan fin se hará una capacitación permitiendo así que conozcan los objetivos del estudio, el protocolo y los instrumentos que se utilizarán para recoger los datos de la misma manera, como así también la unificación de los criterios.

Se realizará durante una semana entrenamiento sobre:

- Utilización de la escala FIRST
- Utilización de la escala de creencias de tipo Likert
- Indicadores, codificación, reconstrucción de las variables medidas
- Las conductas y comportamientos de las madres que suelen presentarse o no en el desarrollo del apego, de acuerdo con la teoría y la práctica clínica.
- Qué puede suceder con el vínculo mamá- recién nacido en el contexto de la UTIN: sentimientos de las madres, miedo de cuidar a su bebé, culpa, etc.
- ¿Qué es ser mujer? ¿Qué es ser madre? Creencias, mitos, relación mujer=madre.
- Se capacitará en materia de los principios bioéticos y cuidados que se deberán cumplir al recolectar los datos como son:
  - La firma del consentimiento informado por parte de las participantes, que sin él no puede hacerse posible la recolección de datos.
  - La importancia de que las participantes reciban toda la información necesaria y pertinente sobre el estudio.
  - Cuenten con instrucciones precisas de lo que deben hacer.
  - Sepan que su participación es voluntaria y anónima

## Plan de Análisis

Las escalas de medición de las variables son las siguientes:

- Conducta materna: variable dependiente, cualitativa compleja **Nominal**
- Creencias sobre la maternidad: variable independiente, cualitativa compleja **Nominal**
- Estado civil: variable independiente, cualitativa simple **Nominal**
- Número de hijos: variable independiente, cuantitativa **Razón**
- Edad: variable independiente, cuantitativa **Razón**

### Reconstrucción de la variable Conducta Maternal

La suma de los puntajes de cada categoría observada a través de la lista de cotejo dará la puntuación total. Se debió readecuar la escala de reconstrucción ya que, al modificar la posibilidad de marcar más de un indicador, la puntuación que se podrá obtener cambiará. Puntaje máximo 24 – media 15 – mínimo 0. Los mismo se interpretará en una escala numérica donde:

**0-7**= la madre no mostró o mostró mínimamente las actitudes y comportamientos óptimos durante el contacto con su hijo.

**8-15**= la madre mostró moderadamente las actitudes y comportamientos óptimos durante el contacto con su hijo.

**16-24**= la madre mostró totalmente las actitudes y comportamientos óptimos durante el contacto con su hijo.

### Reconstrucción de la variable Creencias sobre la Maternidad

El mínimo de puntaje que se puede obtener de la escala Likert es de 12 puntos y el máximo de 60 puntos.

De ésta escala se desprenden dos sub escalas (que representan las dimensiones de la variable), una evalúa la percepción de la maternidad como Sentido de Vida, y la otra como un Deber Social. Los resultados para ambas sub escalas se analizarán es una escala de actitud donde se ubicará la puntuación obtenida por cada unidad de análisis:

**12-27** =Actitud Desfavorable

**28-44**= Actitud Parcialmente Favorable

**45-60= Actitud Favorable**

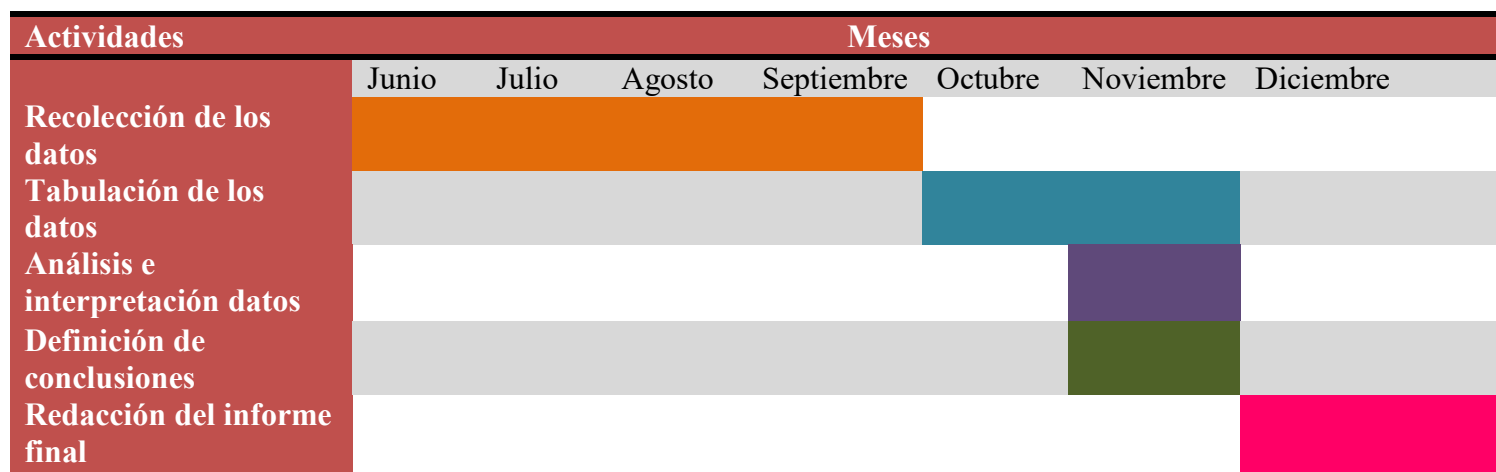
Se aplicarán medidas estadísticas descriptivas. Para la variable cualitativa Conducta Maternal, se aplicará el cálculo de frecuencias absolutas y relativas, el total de las puntuaciones de la evaluación de las conductas se distribuirán en grupos de **0-12** puntos para las madres con apego en riesgo y de **13 y más** puntos para las madres con apego sano, según los criterios definidos por la escala Motherchild relationship — FIRST score. Los resultados se presentarán en una tabla de doble entrada.

Para la variable cualitativa Creencias sobre la Maternidad, se aplicará el cálculo de Media con Desviación Estándar. Los resultados se presentarán en Histogramas

Para la variable cualitativa Estado Civil, se aplicará el cálculo de Frecuencias con su determinado Porcentaje. Los resultados se presentarán en una tabla y en un Histograma.

Para las variables cuantitativas Edad y Número de hijos se aplicará el cálculo de Media con su Desviación Estándar. Se presentarán en tablas y gráficos de torta.

## Plan de trabajo



Actividades	Recursos	Tiempo empleado
Adiestramiento de los colaboradores	2 personas, material pertinente para capacitación, hojas, birome.	1 semana
Recolección de los datos	3 personas, instrumentos pertinentes, biromes	4 meses
Tabulación de los datos	1 persona, computadora, papel, birome	2 meses
Análisis e interpretación de los datos	1 persona, computadora, material de referencia	1 mes
Definición de conclusiones	1 persona, computadora, material pertinente	1 mes
Redacción de informe final	1 persona, computadora.	1 mes

# **Anexos**

## Anexo I -Guía de Convalidación de Sitio

- 1- ¿La institución permite que se realice la investigación?
- 2- ¿La institución autoriza que se publiquen los resultados de la investigación?
- 3- ¿Qué cantidad de camas útiles hay en el servicio?
- 4- ¿Cuál es el giro cama? ¿Y el promedio día de estada?
- 5- ¿Cuál es el promedio de binomios por año?
- 6- ¿Todas las camas útiles son ocupadas por recién nacidos?
- 7- ¿Actualmente, todas las camas están ocupadas?
- 8- ¿Qué tipo de patologías son las que más frecuentemente provocan la internación de los recién nacidos en el servicio?
- 9- ¿Cómo es la relación entre los/las enfermeros/as y las madres?
- 10- ¿Se realiza educación sobre los cuidados de su bebé a las madres?
- 11- ¿Se permite la internación conjunta?
- 12- ¿Qué horarios están fijados para el sistema de visitas?
- 13- ¿En cuanto a las madres, se encuentran acompañadas y apoyadas por marido, cónyuge, familia?
- 14- ¿Cuentan con algún programa de ayuda y acompañamiento por parte del servicio del hospital?
- 15- ¿En promedio, se evidencian madres muy jóvenes o más bien de mediana edad?
- 16- ¿Del mismo modo, se evidencian más cantidad de madres primerizas o con dos o más hijos?
- 17- ¿Se aplica la técnica Mamá Canguro? ¿Se la conoce?



## Anexo II – Instrumentos de recolección de datos

### Consentimiento informado

Mi nombre el Romero Lucía, mediante el siguiente documento, quiero invitarla a participar en la investigación “*Desarrollo de la Conducta Maternal en madres de Recién Nacidos hospitalizados*”

El objetivo es determinar la relación que existe entre la conducta maternal y las creencias sobre la maternidad, según la edad, número de hijo y estado civil, en madres con recién nacidos hospitalizados

Los resultados serán útiles para la práctica de enfermería porque contribuirán a mejorar la calidad de la misma a partir de la ejecución de planes de cuidados de enfermería, tomando en cuenta el fortalecimiento del vínculo afectivo madre y bebé hospitalizado. Además, los resultados de esta investigación contribuirán al avance en el conocimiento para el cuidado de enfermería.

Para la recolección de la información, se realizará la aplicación de un cuestionario que le tomará aproximadamente 20 minutos completar, en el que en ninguna parte aparecerá su nombre, el cual será reemplazado por un código de identificación, lo que garantiza el mantenimiento de la intimidad y el anonimato. Una vez contestado el cuestionario, se llevará a cabo la observación por parte de los investigadores, tanto a usted como a las demás madres que deseen participar, en el momento que se encuentren con sus hijos que tomará aproximadamente 45 minutos.

La participación en el estudio es completamente voluntaria, por lo tanto, usted elegirá libremente participar en la recolección de los datos como así también dejar de hacerlo en cualquier momento, sin recibir ningún tipo de sanción por su decisión, no tendrá ningún beneficio económico. Se aclara que si decide participar no padecerá de ningún tipo de riesgo o lesión física, emocional o psicológica

Todos los datos recolectados para esta investigación, se utilizarán con fines académicos e investigativos. Serán totalmente anónimos y confidenciales.

Si está de acuerdo con los objetivos y la finalidad del estudio, la invito a firmar el consentimiento.

Acepto voluntariamente participar sin más beneficios que los pactados anteriormente

FIRMA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

## Cuestionario auto administrado

### Presentación

Me llamo Lucía Romero, estudiante de la Licenciatura en Enfermería de la Universidad Nacional de Rosario. Los datos requeridos en este instrumento necesitarán de su participación totalmente libre y voluntaria, se preservará el anonimato y la privacidad de los datos recolectados ya que se utilizarán solo para fines investigativos y académicos. Agradezco desde ya su gentil participación.

### I – Datos socio demográficos

Edad.....

Estado civil:

- Soltera
- Casada
- Unión libre
- Divorciada

Número de hijos (incluido el niño recién nacido).....

### II- Creencias sobre la maternidad

Instrucciones: Lea con detenimiento las siguientes declaraciones respecto a las creencias sobre la maternidad. Marque con una cruz (X) la opción que más se asemeje a su forma de pensar, actuar y sentir.

#### 1. Lo más importante para una mujer es ser madre

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

**2. Lo que más desea una mujer es tener uno o más hijos**

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

**3. Una mujer es más feliz si es madre**

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

**4. Para una mujer, ningún logro se compara con ser madre**

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

### 5. Una mujer está completa cuando es madre

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

### 6. Una mujer se realiza cuando tiene un hijo

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

### 7. La vida vale la pena si tienes hijos

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

**8. Si una mujer no tiene hijos merece el rechazo de los demás**

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

**9. Para una mujer vale la pena vivir sólo si tiene hijos**

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

**10. El valor de una mujer depende de que sea madre**

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

### 11. El deber de una mujer es tener hijos

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

### 12. Los hombres respetan más a la mujer cuando es madre

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

### Lista de cotejo – Conducta Maternal

La siguiente lista de cotejo estará dividida por cada categoría con sus ítems correspondientes que representan los indicadores de cada dimensión, los ítems estarán a la vez, divididos según el puntaje 0, 1 o 2. Realice la observación pertinente a los binomios en el momento de su interacción, y marque tantos ítems como haya observado. A continuación, se presenta la codificación asignada para cada puntaje.

- Para la categoría alimentación **0** representa baja comprensión; **1** moderada comprensión; **2** alta comprensión.
- Para la categoría interés **0** poco interés; **1** moderado interés; **2** mucho interés.
- Para la categoría respuesta **0** mala reacción; **1** moderada reacción; **2** buena reacción.
- Para la categoría lenguaje **0** mala comunicación; **1** moderada comunicación; **2** buena comunicación.

- Para la categoría tacto **0** nada de contacto; **1** poco contacto; **2** prolongado contacto.

<b>Alimentación</b>		
<b>0</b>	Si está amamantando, la madre no hace ningún esfuerzo para ofrecer el pecho al bebé	
	Si la alimentación es con mamadera, no se mostrará ningún interés en cuanto a cuándo se alimentará al bebé.	
	No tiene idea de las necesidades de alimentación del bebé.	
<b>1</b>	Si amamanta, la madre intentará ofrecer el pecho al bebé, pero puede requerir mucha ayuda y apoyo para hacerlo	
	Si se alimenta con mamadera, la madre puede preguntar sobre el régimen de alimentación y a qué hora se alimentará al bebé; ella puede requerir mucha ayuda y apoyo en esto.	
	La higiene de la madre no es buena - no se lava manos.	
	Soporta la alimentación y entiende las necesidades de alimentación del bebé.	
<b>2</b>	La madre reconocerá y podrá satisfacer las necesidades de alimentación del bebé con una supervisión mínima o nula.	
	Buena higiene (en relación con el bebé y la alimentación).	
<b>Interés</b>		
<b>0</b>	La madre no está interesada y no reconoce al bebé verbalmente, visualmente o tácticamente.	
	La madre pasa mucho tiempo en la residencia para madres y no vuelve a comprobar que el bebé está bien.	
	No hace ningún comentario sobre el bebé	
<b>1</b>	La madre comenta sobre la apariencia del bebé - color de pelo, ojos cerrados, piel seca, tamaño, o comportamiento, p.ej. llanto	
	La madre sólo se preocupa por patrones de alimentación satisfactorios o insatisfactorios	
<b>2</b>	Tendrá un gran interés general en el bienestar y desarrollo del bebé, p.ej. aumento de peso, mediciones del bebé, heces, salida urinaria, patrón de sueño.	



	Puede estar interesada por ejemplo en la vacunación para el bebé.	
<b>Respuesta</b>		
<b>0</b>	La madre no reacciona al llanto del bebé	
	No mira al bebé en la incubadora	
	Pasa mucho tiempo lejos de la incubadora	
	La madre sólo atenderá al bebé si llora	
<b>1</b>	La madre responde al llanto del bebé con expresiones calmantes	
	Puede sugerir que el bebé tiene hambre	
	La madre puede pasar algún tiempo fuera de la sala, pero regresa periódicamente para comprobar que todo está bien	
	La madre interpreta todo el llanto como hambre.	
<b>2</b>	La madre confía en su respuesta al bienestar del bebé.	
	Es realista y lógica en su enfoque de las necesidades del bebé.	
	Reconoce varios gritos, p.ej. hambre o dolor, pero permite un tiempo razonable para que el bebé se asiente después de alimentarse o cambiarse.	
<b>Lenguaje</b>		
<b>0</b>	No intenta el contacto visual.	
	El bebé es mantenido en una posición que hace el contacto visual con su madre sin sentido/ imposible.	
	No habla con el bebé.	
<b>1</b>	El bebé es mantenido en una posición haciendo posible el contacto ojo a ojo.	
	La madre puede sonreír al bebé.	
	Ella puede estar inhibida de hablar con el bebé	
<b>2</b>	La madre sostiene al bebé en la cara y le habla.	

	Generalmente trata al bebé como si fuera capaz de entender la conversación e interpretar las expresiones faciales.	
	La madre pasa tiempo hablando y/o cuidando al bebé después o entre los alimentos.	
<b>Tacto</b>		
<b>0</b>	No ha hecho ningún intento de tocar la cara, las manos, el cuerpo o los pies del bebé, cuando se le da al bebé para que lo sostenga.	
	Toque mínimo del bebé al cambiar el pañal, bañar al bebé o al darle de comer.	
<b>1</b>	La madre toca la cara, las manos, el cuerpo o los pies del bebé	
	La madre anima al bebé a "sujetar el dedo".	
<b>2</b>	La madre hace contacto prolongado tocando, acariciando, besando o abrazando al bebé después o entre las comidas.	
	La madre sostiene al bebé ventralmente, permitiendo que su mejilla toque la cara del bebé.	

### **Anexo III – Resultados del estudio exploratorio**

Se llevó a cabo el estudio exploratorio, con el propósito de conocer las características de la institución que permitió asegurar la validez interna del sitio elegido. Las preguntas del estudio exploratorio fueron contestadas por un enfermero referente que trabaja en la maternidad seleccionada para llevar a cabo la investigación. Se realizó la presentación formal mediante un permiso emitido por la actividad académica Tesina de la Licenciatura en Enfermería de la UNR.

La institución permite tanto la realización de la investigación, como que se publiquen los resultados de la misma, siempre y cuando tanto el comité de docencia y la dirección de la institución otorguen el permiso, para poder relevar los datos.

El servicio cuenta con 26 camas útiles, destinadas todas para la atención de recién nacidos de alto riesgo, donde las patologías más prevalentes son prematuridad y cirugías abdominales por gastroquiasis y píloro, esto último por ser centro de derivación de cirugías de la provincia de Santa Fe. Cuenta con un giro cama bajo (2 días) y un promedio día de estada alto (14 días), lo que denota el grado de complejidad tanto del servicio como de los pacientes que se atienden. Actualmente, octubre de 2020, se encuentran ocupadas 20 camas.

Con respecto al trabajo de enfermería, se realiza la educación correspondiente para cada momento de internación del neonato, y se dan las pautas de cuidados para ambos, mamá y bebé en el momento del alta. La relación de los/las enfermeros/as con las madres es muy buena, ya que hace más de diez años que trabajan como Maternidad Segura y Centrada en la Familia y son Maternidad Amiga de la Madre y el Niño. Además, se aplica la Técnica Mamá Canguro, en los recién nacidos prematuros.

La institución permite la internación conjunta y cuenta con una residencia para madres, pero ésta no tiene capacidad para todas las madres. Además, el horario de visitas es libre, por lo tanto, las madres pueden permanecer el tiempo que deseen en la sala. Hoy los padres no cuentan con este beneficio por la situación actual.

En este momento las madres tienen un acompañamiento más limitado ya que en la maternidad no dejan ingresar a otra persona que no sea la madre, y es por esto que las mismas deben salir de la institución para estar con sus familias. De igual manera, la institución cuenta con el grupo de psicología y asistencia social que acompañan a las madres en cada una de sus necesidades.

En promedio se observa más mujeres jóvenes, madres primerizas y con dos hijos.

## **Anexo IV – Resultados de la prueba piloto del instrumento**

Previo firma del correspondiente Consentimiento Informado, se aplicaron los instrumentos de medición mediante una prueba piloto en una población con similares características a la población del estudio, en una institución privada de la ciudad de Rufino, Santa Fe, lugar de residencia de la autora en el momento de la planificación del proyecto de investigación.

La población estuvo compuesta por 5 binomios mamá- recién nacido que se encontraban hospitalizados en la UTIP de la institución antes mencionada. Se llevó a cabo a lo largo de diez días, que comprendió también los días de autorización por parte de la institución, firma del consentimiento informado a las madres y el tiempo prudencial para naturalizar la presencia de la observadora con el fin de no generar incomodidades en las madres y por ende sesgos en los datos recabados. La aplicación del cuestionario llevó aproximadamente un tiempo de 15 minutos, fue aplicado al mismo tiempo para todas las madres y luego se comenzó a llevar a cabo las observaciones a cada binomio, que llevó un tiempo aproximado de 40 minutos por cada uno.

Se puede mencionar que no hubo dificultad alguna en la aplicación de los instrumentos. Los doce ítems del cuestionario auto administrado para medir las variables socio demográficas y las creencias acerca de la maternidad fueron comprendidos correctamente y contestados todos positivamente.

Respecto a la observación de las interacciones de los binomios para medir la conducta maternal, la aplicación de la lista de cotejo resultó dificultosa por la imposibilidad de marcar más de un indicador, en algunos casos a la observación aparecían varios indicadores y había que elegir entre estos teniendo que recurrir a la subjetividad sesgando así los resultados.

Por lo tanto, se considerará pertinente reformular la escala de reconstrucción de la variable, la lista de cotejo quedará sin modificaciones, pero se modificará la posibilidad de marcar tantos indicadores como observe el investigador. Esta reformulación se podrá ver en Plan de Análisis.

Puedo concluir que la aplicación de esta prueba piloto resulto muy favorable, permitiendo determinar la utilidad de ambos instrumentos de medición.

## Nota de permiso para llevar a cabo la prueba piloto



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
Universidad Nacional de Rosario

-----Quien suscribe, Esp. Rosana Nores, Profesora Titular de la Actividad Académica Tesina de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Cs. Médicas de la Universidad Nacional de Rosario, certifica que ROMERO LUCÍA es estudiante de la carrera Licenciatura en Enfermería.

El/la mismo/a deberá relevar datos de la Institución de Salud con el objeto de concretar su proyecto de finalización de la carrera de grado.

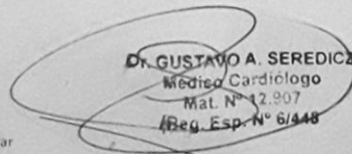
La identidad de la institución no será divulgada, en dicho proyecto, los datos solicitados sólo contribuirán a la planificación de los aspectos metodológicos requeridos, en esta actividad académica.

Esperamos contar con su valiosa participación, en la formación de nuevos profesionales. Saluda a Ud. muy atentamente.

P/D: A pedido del interesado, se expide la presente constancia en la ciudad de Rosario, Provincia de Santa Fe, a los 14 Octubre 2020

Nores, Rosana

Santa Fe 3100  
Rosario s2000ktr  
Tel. 341 4804558  
Fax 341 4804569  
www.fmedic.unr.edu.ar



## Bibliografía

- Academia Americana de Pediatría. (2015). *Clasificación del Recién Nacido*. Obtenido de [http://www.saludinfantil.org/guiasn/Guias\\_PMontt\\_2015/Generalidades/Clasificaciones\\_Recien\\_nacido.htm](http://www.saludinfantil.org/guiasn/Guias_PMontt_2015/Generalidades/Clasificaciones_Recien_nacido.htm)
- Alonso Allende , L., González Fuente, L. J., Pérez Rivera, F. J., & Fernández García, D. (2017). Apego en el postparto precoz: comparación entre madres de neonatos ingresados en el Servicio de Obstetricia y en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. *Enfermería Global*.
- Aranque Hontangas, N. (2010). Karen Horney: una doctora que revolucionó el mundo de la psiquiatría durante la primera mitad del Siglo XX . 111-135.
- Asociación Española de Pediatría. (2009). Efecto analgésico de la lactancia materna en la toma sanguínea del talón en el recién nacido. *Anales de Pediatría*.
- Asociación Española de Pediatría. (2009). Recomendaciones para el cuidado y atención del recién nacido sano en el parto y en las primeras horas después del nacimiento. *Anales de Pediatría*.
- Ávila González, Y. (2005). Mujeres frente a los espejos de la maternidad: las que eligen no ser madres. *Desacatos*, 107-126.
- Badinter, E. (1980). *¿Existe el instinto maternal? Historia del amor maternal SigloS XVII al XX*.
- Badinter, E. (2010). *La mujer y la madre. Un libro polémico sobre la maternidad como nueva forma de esclavitud*. La esfera de la libros.
- Bascañán, M. (2006). El apego temprano de madre e hijo. *Medwave*.
- Benavides, G. M. (2017). Percepción del personal de enfermería sobre la efectividad del programa Madre Canguro en recién nacidos prematuros de bajo peso al nacer, Hospital Delfina.
- Burín Mabel. (1996). *Género, Psicoanálisis y Subjetividad*. Paidós.
- Butler , J. (1990). *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. Paidós.
- Butler, J. (2006). *Deshacer el género* . Paidós.
- Cátedra Cuidado Enfermero a la Embarazada y Recién Nacido. Escuela de Enfermería, Universidad Nacional de Rosario. (2020). Recepción del Recién Nacido en el Marco de la Maternidad Segura y Centrada en la Familia.
- De Beauvoir , S. (1949). *El segundo sexo*. Siglo Veinte.
- De Beauvoir, S. (1949). Parte Cuarta : Formación , Infancia. En *El segundo sexo* (pág. 109). Siglo Veinte.

- Errázuriz, P. (2009). *La sujeción de la mujer: feminidad ideal*.
- Ferreira Santos , L., Alfonso de Souza, I., Flores Mutti, C., de Sousa Silva Santos , N., & Malagoni de Almeida Cavalcante Oliveira, L. (2017). Fuerzas que interfieren en el proceso de maternidad en Unidad de Terapia Intensiva Neonatal.
- Fonagy, P. (1999). Persistencias transgeneracionales del apego: una nueva teoría.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2011). *Derechos de los Recién Nacidos Prematuros. Derecho número 9*.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2012). *Maternidad Segura y Centrada en la Familia con enfoque intercultural. Conceptualización e Implementación del modelo*.
- Freud, S. (1905). Tres ensayos de teoría sexual.
- García Colomé, N. (2004). El deseo de la mujer de no ser madre.
- Giraldo Montoya , D. I., Castañeda Palacio, H. L., & Mazo Álvarez, H. M. (2017). Factores demográficos relacionados con el apego materno infantil.
- González Gómez, A. J., Rojano Ballesteros, R., Fernández Arjona, J., Salido, M. C., Montes Colorado, M. P., Del Moral Chaneta, M. V., y otros. (2017). Mantenimiento del vínculo madre-hijo/a en recién nacidos hospitalizados a través del alojamiento conjunto. Puesta en marcha y experiencia en Hospital Virgen de la Victoria . *Enfermería Docente*.
- Grupo de Trabajo de Dolor en Neonatología. Comité de Estudios Feto-Neonatales (CEFEN). (2019). Manejo del Dolor en Neonatología. *Archivos Argentinos de Pediatría. Sociedad Argentina de Pediatría*, 180-194.
- Grupo de Trabajo de Seguimiento de Recién Nacido de Alto Riesgo, Comité de Estudios Feto-neonatales (CEFEN). (2018). Recomendación para el proceso del alta hospitalaria en pacientes recién nacidos de alto riesgo. *Archivos Argentinos de Pediatría. Sociedad Argentina de Pediatría*, Supl:4 S77-S81.
- Hauser, M. P., & Milán, T. A. (2012). Observaciones de interacciones madre-bebé en neonatología. . *Tesis Psicológica*.
- Hauser, M. P., Milán, T. A., González, M. C., & Oiberman, A. (2017). Incidencia del tiempo de internación en la terapia neonatal sobre las interacciones madre-bebé de alto riesgo. *Estudios de Psicología*.
- Hernández Sampieri, R., Méndez Valencia, S., & Mendoza Torres, C. (2014). *Metodología de la Investigacion*.
- Herrera Santi, P. (2000). Rol de género y funcionamiento familiar. 568-573.
- Irigaray, L. (1977). *Ese sexo que no es uno*. Akal.

- Ley Nacional N° 23.849 Convención de los Derechos del Niño. (27 de Septiembre de 1990). Boletín Nacional. *Derechos del Niño Hospitalizado*. Argentina.
- Ley Nacional N° 25.929 De Derechos de Madres, Padres e Hijos durante el Proceso de Nacimiento. (25 de Agosto de 2004). Boletín Nacional. Argentina.
- Ministerio de Salud Pública de la Nación. Dirección de Estadísticas e Información de Salud . (2018). *Estadísticas Vitales. Información Básica- Argentina*.
- Montes Bueno, M., Quiroga, A., Rodríguez, S., & Sola, A. (2015). Acceso de las familias a las unidades de internación de Neonatología en Iberoamérica: una realidad a mejorar. *Anale de Pediatria*, 95-101.
- Mota González, C., Calleja, N., Sánchez Bravo, C., & Carreño Meléndez , J. (2018). Escala de Creencias sobre la Maternidad: Construcción y Validación en Mujeres Mexicanas.
- Muñoz, M., Poo, A. M., Baeza, B., & Bustos, L. (2015). Riesgo relacional madre- recién nacido. Estudio de prevalencia y variables asociadas. *Revista Chilena de Pediatria*.
- Oiberman, A. J. (2001). La palabra en las maternidades: una aproximación a la psicología perinatal.
- Oiberman, A. J. (2005). Historia de las madres en occidente: repensar la maternidad .
- Oiberman, A. J. (2005). *Nacer y después. Aportes a la psicología Perinatal* .
- Oiberman, A. J. (2008). *Observando a los bebés. Técnicas vinculares madre-bebé, padre-bebé*.
- Organización Mundial de la Salud . (2004). *Método Madre Canguro. Guía Práctica*.
- Organización Mundial de la Salud . (2015). *Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto* .
- Organizacion Mundial de la Salud . (2018). *Nacimientos Prematuros*.
- Organización Mundial de la Salud . (s.f.). *Nutrición. Lactancia Materna Exclusiva*. Recuperado el 19 de Noviembre de 2020, de [https://www.who.int/nutrition/topics/exclusive\\_breastfeeding/es/](https://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/)
- Organización Mundial de la Salud. (5 de Abril de 2019). *Alimentación de lactantes con bajo peso al nacer*. Recuperado el 17 de Noviembre de 2020, de [https://www.who.int/elena/titles/supplementary\\_feeding/es/](https://www.who.int/elena/titles/supplementary_feeding/es/)
- Organización Panamericana de la Salud. (s.f.). *Lactancia materna y alimentación complementaria*. Recuperado el 18 de Noviembre de 2020, de <https://www.paho.org/es/temas/lactancia-materna-alimentacion-complementaria>
- Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. (2013). *Vigilancia de Crecimiento Fetal*.
- Palomar Vereá, C. (2005). Maternidad: historia y cultura. 35-67.



- Raile Alligood, M., & Marriner Tomey, A. (2011). Modelos y teorías de enfermería. Séptima edición.
- Real Academia Española. (s.f.). *Conceptos de maternidad y madre*. Recuperado el 26 de Octubre de 2020, de <https://dle.rae.es/madre?m=form>
- Red Nacional de Anomalías Congénitas de Argentina. (2018). *Análisis Epidemiológico sobre las Anomalías Congénitas en Recien Nacidos*.
- Rodríguez Pereira, C. (2010). Resaña de la obra de Daniel Stern "La constelación maternal". *Psicoterapia Relacional* , 270-312.
- Rossato, N. (2015). En busca de un modelo de atención del recién nacido normal y de bajo riesgo. *Archivos Argentinos de Pediatría. Sociedad Argentina de Pediatría*, 290-291.
- Salariya, E., & Cater, J. (1984). Mother-child relationship FIRST Score. *Revista de Enfermería Avanzada*, 589-595.
- Santos, L. F., Afonso de Souza, I., Flores Mutti, C., de Sousa Silva Santos, N., & Almeida Cavalcante Oliveira, M. (2017). Fuerzas que interfieren en la maternidad en la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal.
- Sau , V. (2004). De la identidad de sexo a la identidad de género. En V. Sau, & M. Jayme, *Psicología diferencial del sexo y el género. Segunda edición* (págs. 60-63).
- (2004). En V. Sau, & M. Jayme, *Psicología diferencial del sexo y el género- Segunda edición* (págs. 58-63).
- Sroufe, A. (2000). El apego: la regulación diádica de la emoción . En *Desarrollo emocional: la organización de la vida emocional en los primeros años* (págs. 210-236).
- Stern, D. (1995). *La constelación maternal. La psicoterapia en las relaciones entre padres e hijos*.
- Stern, D. (1995). *La constelación maternal. La psicoterapia en las relaciones entre padres e hijos*. Paidós Ibérica.
- Tubert, S. (1999). *Maculino/Femenino; Maternidad/Paternidad*. Recuperado el 23 de Octubre de 2020, de Psicomundo: <https://www.psicomundo.com/foros/genero/tubert.htm>
- Winnicott, D. (1951). *Las necesidades del niño y el papel de la madre en las primeras etapas*. Recuperado el 23 de Noviembre de 2020, de <https://www.psicofisis.org/winnicott/>
- Winnicott, D. (1956). *Preocupación maternal primaria*. Recuperado el 23 de Noviembre de 2020, de <https://www.psicofisis.org/winnicott/>
- Winnicott, D. (1960). *La pareja madre-lactante*. Recuperado el 23 de Noviembre de 2020, de <https://www.psicofisis.org/winnicott/>
- Winnicott, D. (1961). *La teoría de la relacion entre progenitores-infante*. Recuperado el 23 de Noviembre de 2020, de <https://www.psicofisis.org/winnicott/>