



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCION DE POST GRADO



MAESTRÍA EN ENFERMERÍA SALUD REPRODUCTIVA

**ADOPCIÓN DEL ROL MATERNO
Y CARACTERÍSTICAS DE LAS MADRES DE LACTANTES
HOSPITALIZADOS EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO PÚBLICO.
VALENCIA - EDO. CARABOBO**

Tutora:

Dra. Milagros Varón.

Autora:

Lcda. Andreina Zerlin

Valencia, Octubre 2013



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCION DE POST GRADO
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA SALUD REPRODUCTIVA



**ADOPCIÓN DEL ROL MATERNO
Y CARACTERÍSTICAS DE LAS MADRES DE LACTANTES
HOSPITALIZADOS EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO PÚBLICO.
VALENCIA - EDO. CARABOBO**

AUTORA: Lcda. Andreina Zerlin
C.I. 17 314 293
TUTORA: Dra. Milagros Varón

Trabajo de Grado Presentado ante la
Dirección de Postgrado de la
Universidad de Carabobo para Optar
al Título de magíster de enfermería en
salud reproductiva.

Valencia, Octubre 2013



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCION GENERAL DE POSTGRADO
MAESTRIA EN ENFERMERIA EN SALUD REPRODUCTIVA



INFORME DE TUTORIA DE TRABAJO DE GRADO

ESTUDIANTE: Andreina Maria Zerlin Cazorla

C.I N°: 17314293

Título Del Trabajo: Adopción del rol materno y características de las madres de lactantes hospitalizados en un hospital pediátrico público. Valencia - Edo. Carabobo

TUTORA: MILAGROS VARON ARIAS.

LAPSO DE LA TUTORIA: JUNIO 2011A JULIO 2013

REUNIONES DE TRABAJO:

La asesoría se comenzó, en el mes de junio debido que a los primeros periodos lectivos la estudiante, estaba cursando asignaturas generales de la Maestría, y es a partir de ese mes cuando se inicia el seminario de Investigación I. Una vez identificado el tema de interés a investigar por parte de la estudiante, se elaboró conjuntamente un plan de asesorías con reuniones cada 60 días los primeros 12 meses, luego cada 45 días los otros 12 meses y después cada 15 días de acuerdo a la disponibilidad de tiempos tanto de la estudiante como de la tutora, con una duración aproximada de una a dos horas en cada encuentro; se realizaron un total de 15 reuniones. Durante las mismas fue posible hacer el planteamiento del problema, los objetivos de la investigación, la justificación y fuimos avanzando con la construcción del marco teórico, tanto en los antecedentes como en las bases teóricas, se operacionalizó las variables del estudio, se formularon las hipótesis y posteriormente se elaboró un instrumento de recolección de datos preliminar, el cual posteriormente fue sometido a validación de expertos, y la confiabilidad por el estadista.

OPINION DE LA TUTORA:

Durante todo el proceso de investigación, la participante demostró interés, y dedicación a su trabajo. Asumió con responsabilidad las exigencias que el estudio le planteo. El tema seleccionado para su trabajo de grado es de relevancia práctica, social y teórica para la Salud Materno Infantil de Carabobo y Venezuela.

El Trabajo de Investigación culminó el 10 de Julio de 2013, una vez que la tutoría se consideró que reúne los requisitos para ser presentado, defendido y evaluado por parte del jurado examinador.

Informe que presento según lo exigido por el programa de Maestría en Enfermería en Salud Reproductiva, en mi calidad de tutora.

Atentamente,

Dra. Milagros Varón Arias

C.I N° 7.018.366

TUTORA



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA
SALUD REPRODUCTIVA



AVAL DEL TUTOR

Dado al cumplimiento de lo establecido en el Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo en su artículo 133, quien suscribe Milagros Varón titular de la cedula de identidad N° 7 018 366, en mi carácter de tutor del trabajo de maestría titulado “Adopción del rol materno y su relación con las características de las madres de lactantes hospitalizados en un hospital pediátrico público. Valencia - Edo. Carabobo” presentado por la ciudadana Andreina María Zerlin Cazorla titular de la cedula de identidad N° 17314293, para optar al título de Maestría en Salud Reproductiva, hago constar que dicho trabajo reúne los requisitos y meritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se le designe.

En valencia a los 25 días del mes de julio del año 2013.

Firma del Tutor

C.I: 7 018 366

AGRADECIMIENTO

Agradezco ante todo a mi Dios que es el rey de mis días y es gracias a él que estoy en este mundo recibiendo en mi vida dicha y felicidad; de mas esta hacer mención a mi otra razón de vida, mis mayores soportes y ejes que no son más que mi amada hija, mi esposo y mis padres, que se encargan de brindarme el calor, soporte, apoyo incondicional ante todo momento y situación.

Quiero agradecer a la profesora Amarilis Guerra por ser mi profesora de los seminarios de investigación y amiga durante el tiempo de realización de este trabajo, a mi tutora la Dra. Milagros Varón y a todos aquellos docentes que de alguna u otra manera me ayudaron y asesoraron en el proceso de realización de esta investigación, les agradezco con mucho afecto y cariño.

De igual forma agradezco a esta preciada institución que me brinda día a día sus ilustres aulas para en ellas adquirir todos esos conocimientos que me hacen cada día mejor profesional de Enfermería.

La Autora.

ÍNDICE

PAG

ACTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DEL TRABAJO DE MAESTRÍA.	iii
INFORME DE TUTORIA DE TRABAJO DE GRADO.	iv
AVAL DEL TUTOR.	vi
AGRADECIMIENTO.	vii
ÍNDICE GENERAL.	viii
INDICE DE TABLAS.	xi
INDICE DE GRÁFICOS.	xii
RESUMEN.	xv
INTRODUCCIÓN.	1
CAPITULO I. EL PROBLEMA	3
1.1 Planteamiento del problema.	3
1.2 Objetivos.	6
1.3 Justificación.	7
CAPITULO II. MARCO TEÓRICO	9
2.1 Antecedentes Del Estudio.	9

2.1.1 Internacionales	9
2.1.2 Nacionales	12
2.2 Bases Teóricas	15
2.3 Aspectos Ético-Legales	40
2.4 Definición Operativa De Términos Básicos	49
2.5 Sistema De Hipótesis	51
2.6 Sistema De Variables	53
2.7 Operacionalización De Variables	54
CAPITULO III. MARCO METODOLÓGICO	55
3.1 Tipo De Investigación.	55
3.2 Diseño De La Investigación.	55
3.3 Población Y Muestra.	56
3.4 Procedimiento Para La Recolección De Datos.	56
3.5 Técnica De Recolección De Datos.	57
3.6 Técnica De Análisis De Los Resultados	58
CAPITULO IV. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.	60
4.1 Presentación De Resultados	59
4.2 Análisis E Interpretación De Los Resultados	89

CAPITULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	93
5.1 Conclusiones	93
5.2 Recomendaciones	94
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	
96	
ANEXOS 1	99
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	100
ANEXO 2	101
INSTRUMENTO	102
ANEXOS 3	107
INFORME DE LAS PRUEBAS DE CONFIABILIDAD REALIZADAS	108
AL INSTRUMENTO	
ANEXO 4	111
CARTA DE AUTORIZACIÓN DE LA INSTITUCION	112

INDICE DE TABLAS

Nº	TITULO	Pág.
1.-	Distribución de las madres y lactantes según edad con valores representativos y otros aspectos con relación al Estado civil de la madre y asistencia a planificación familiar. Servicios de medicina I, II y III del hospital pediátrico "Dr. Jorge Lizárraga". Valencia. Febrero a Marzo del 2012.....	61
2.-	Distribución de las madres según su edad y niveles de ocurrencia del factor vinculación con el niño. Servicios de medicina I, II y III del hospital pediátrico "Dr. Jorge Lizárraga". Valencia. Febrero a Marzo del 2012.....	67
3.-	Distribución de las madres según su edad y niveles de ocurrencia del factor competencia materna. Servicios de medicina I, II Y III del hospital pediátrico "Dr. Jorge Lizárraga". Valencia. Febrero a Marzo del 2012.....	72
4.-	Distribución de las madres según niveles de ocurrencia de los factores relación padre y madre y vinculación con el niño. Servicios de medicina I, II Y III Del Hospital Pediátrico "Dr. Jorge Lizárraga". Valencia. Febrero a Marzo del 2012....	76
5.-	Distribución de las madres según de ocurrencia de los factores relación padre y madre, y competencia materna. Servicios de medicina I, II y III del hospital pediátrico "Dr. Jorge Lizárraga". Valencia. Febrero a Marzo 2012.....	80
6.-	Características de madres de los lactantes hospitalizados y adopción del rol materno. Distribución de las madres según las variables en estudio. Servicios de medicina I, II y III del hospital pediátrico "Dr. Jorge Lizárraga". Valencia. Febrero a Marzo del 2012.....	83

INDICE DE GRÁFICAS

Nº	TITULO	Pág.
1a.-	Características de madres de lactantes hospitalizados y adopción del rol materno. Distribución de las madres según edad. Servicios de medicina I, II y III del hospital pediátrico "Dr. Jorge Lizárraga". Valencia. Febrero a Marzo del 2012.....	63
1b.-	Características de madres de lactantes hospitalizados y adopción del rol materno. Distribución de los lactantes hospitalizados según edad. Servicios de medicina I, II y III del hospital pediátrico "Dr. Jorge Lizárraga". Valencia. Febrero a Marzo del 2012.....	64
1c.-	Características de madres de lactantes hospitalizados y adopción del rol materno. Distribución de las madres según estado civil. Servicios de medicina I, II y III del hospital pediátrico "Dr. Jorge Lizárraga". Valencia. Febrero a Marzo del 2012.....	65
1d.-	Características de madres de lactantes hospitalizados y adopción del rol materno. Distribución de las madres según asistencia a consulta de planificación familiar. Servicios de medicina I, II y III del hospital pediátrico "Dr. Jorge Lizárraga". Valencia. Febrero a Marzo del 2012.....	66
2a.-	Características de madres de lactantes hospitalizados y adopción del rol materno. Distribución de las madres según niveles del factor edad materna. Servicios de medicina I, II y III del hospital pediátrico "Dr. Jorge Lizárraga". Valencia. Febrero a Marzo del 2012.....	69
2b.-	Distribución de las madres según niveles de ocurrencia del factor. Vinculación con el niño. Servicios de medicina I, II y III del hospital pediátrico "Dr. Jorge Lizárraga". Valencia. Febrero a Marzo del 2012.....	70
2c.-	Características de madres de los lactantes hospitalizados y adopción del rol materno. Distribución de las madres según su edad y niveles de ocurrencia del factor vinculación con el niño. Servicios de medicina I, II y III del hospital pediátrico "Dr. Jorge Lizárraga". Valencia. Febrero a Marzo del 2012.....	71

3a.-Características de madres de lactantes hospitalizados y adopción del rol materno. Distribución de las madres según niveles de ocurrencia del factor vinculación con el niño. Servicios de medicina I, II y III del hospital pediátrico "Dr. Jorge Lizárraga". Valencia. Febrero a Marzo del 2012.....74

3b.-Características de madres de los lactantes hospitalizados y adopción del rol. Distribución de las madres según su edad y niveles de ocurrencia del factor competencia materna. Servicios de medicina I, II y III del hospital pediátrico "Dr. Jorge Lizárraga". Valencia. Febrero a Marzo del 2012.....75

4a.-Características de madres de lactantes hospitalizados y adopción del rol materno. Distribución de las madres según niveles de ocurrencia del factor relación padre y madre. Servicios de medicina I, II y III del hospital pediátrico "Dr. Jorge Lizárraga". Valencia. Febrero a Marzo del 2012.....78

4b.- Características de madres de los lactantes hospitalizados y adopción del rol materno. Distribución de las madres según niveles de ocurrencia de los factores relación padre y madre y vinculación con el niño. Servicios de medicina I, II y III del hospital pediátrico "Dr. Jorge Lizárraga". Valencia. Febrero a Marzo del 2012.....79

5.-Características de madres de los lactantes hospitalizados y adopción del rol materno. Distribución de las madres según niveles de ocurrencia de los factores relación padre y madre y competencia materna. Servicios de medicina I, II y III del hospital pediátrico "Dr. Jorge Lizárraga". Valencia. Febrero a Marzo del 2012.....81

6a.-Características de madres de lactantes hospitalizados y adopción del rol materno. Distribución de las madres según niveles de ocurrencia de las variables características de la madre. Servicios de medicina I, II y III del hospital pediátrico "Dr. Jorge Lizárraga". Valencia. Febrero a Marzo del 2012.....86

6b.-Características de madres de lactantes hospitalizados y adopción del rol materno. Distribución de las madres según niveles de ocurrencia de la variable rol materno. Servicios de medicina I, II y III del hospital pediátrico "Dr. Jorge Lizárraga". Valencia. Febrero a Marzo del 2012.....87

6c.- Características de madres de los lactantes hospitalizados y adopción del rol materno. Distribución de las madres según niveles de ocurrencia de las variables en estudio. Servicios de medicina I, II y III del hospital pediátrico "Dr. Jorge Lizárraga". Valencia. Febrero a Marzo del 2012.....88



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
 DIRECCION DE POST GRADO
 MAESTRÍA EN ENFERMERÍA SALUD REPRODUCTIVA



**ADOPCIÓN DEL ROL MATERNO Y CARACTERÍSTICAS DE LAS
 MADRES DE LACTANTES HOSPITALIZADOS EN UN HOSPITAL
 PEDIÁTRICO PÚBLICO. VALENCIA - EDO. CARABOBO**

Autora: Lcda. Andreina Zerlin
 Tutora: Dra. Milagros Varón
 Año: 2013

RESUMEN

El presente trabajo de investigación se ubica en la línea N° 1 titulada: Cuidado Humano en la Experiencia Humana de la Salud Reproductiva de la Maestría en Enfermería Salud Reproductiva, cuyo objetivo general es relacionar la adopción del rol materno en sus dos factores: Vinculación con el niño y la competencia materna y las características maternas: edad y relación padre-madre, de lactantes hospitalizados en el servicio medicina I, II y III del Hospital Pediátrico Dr. Jorge Lizarrága, de la ciudad de Valencia, Edo. Carabobo. La metodología utilizada es la cuantitativa de diseño correlacional de campo. Sus bases teóricas fundamentales son: la teoría del género, de apego de los procesos evolutivos de Erickson, de los sistemas, de los roles y la teoría de enfermería de Ramona Mercer. La población y la muestra fueron 103 de las madres que asistieron en los meses febrero y marzo del año 2012, en los servicios antes mencionados. Se utilizó un instrumento tipo cuestionario para la recolección de los datos, los cuales fueron analizados por la estadística descriptiva e inferencial. La confiabilidad del instrumento fue dada por la prueba del Alfa de Cronbach dando como resultado para la primera variable I (adopción del rol materno) 0,81 y 0,79 para la variable II (características maternas). Como conclusión, el estudio demostró que no existe asociación significativa al establecer la relación entre las variables características de las madres y rol materno en el grupo investigado.

Palabras clave: Rol materno, vinculación madre hijo, enfermería.



UNIVERSITY OF CARABOBO
 FACULTY OF HEALTH SCIENCES
 POST GRADO'S DIRECTION
 MASTERY IN REPRODUCTIVE HEALTH NURSING



**ADOPTION OF THE MATERNAL ROLE AND CHARACTERISTICS OF
 MOTHERS OF INFANTS HOSPITALIZED IN A PEDIATRIC PUBLIC
 HOSPITAL.VALENCIA- EDO. CARABOBO**

Author: Lcda. Andreina Zerlin
 Tutor: Dra. Milagros Varón
 Year:2013

ABSTRACT

The present research work belongs to the line of research N ° 1 titled: Human Care in the Human Experience of the Reproductive Health of the Mastery in Reproductive Health Nursing, whose aim is to relate the adoption of the maternal role in his two factors: Entailment with the child and maternal competence, and maternal characteristics: age and father – mother relationship, of infants hospitalized in the service medicine I, II and III, of the Pediatric Hospital Dr. Jorge Lizárraga, Valencia, Edo. Carabobo. The methodology used is quantitative correlational field design. His theoretical fundamental bases are: the theory of the kind, of attachment of the evolutionary processes of Erickson, of the systems, of the roles and the Ramona Mercer's theory. The population and the sample were 103 of the mothers who represented in the months on February and March, 2012, in the services before mentioned. Was used an instrument type questionnaire for collecting data, which were analyzed by descriptive and inferencial statistics. The reliability of the instrument was given by the test of Cronbach's Alfa giving as result for the first variable (adoption of the maternal role) 0,81 and 0,79 for second variable (mother characteristics). The results showed that there is not significant association to establish the relation between the variables characteristics of the mothers and maternal role in the investigated group.

Key words: Maternal Role, Entailment Mother-son, Nursing.

INTRODUCCION

El presente estudio se ubica en la línea N° 1: Cuidado Humano en la Experiencia Humana de la Salud Reproductiva, de la Maestría en Enfermería: salud Reproductiva, que se refiere a la promoción del desarrollo de las capacidades que favorezcan la comprensión, el amor, la comunicación, el respeto y el desarrollo de los valores en las diferentes etapas del proceso reproductivo; así como la educación para el auto cuidado culturalmente congruente. Esta investigación tiene como objetivo: Relacionar la adopción el rol materno en sus dos factores: Vinculación con el niño y la competencia Materna y las características maternas: edad y relación padre-madre, de lactantes hospitalizados en los servicios Medicina I, II y III del Hospital Pediátrico Dr. Jorge Lizarrága, de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera (CHET), de Valencia, Edo. Carabobo.

La investigación planteada está sustentada por una metodología cuantitativa la cual afirma que entre los elementos del problema de investigación exista una relación cuya naturaleza sea lineal. Se aplicó un diseño de tipo descriptivo y correlacional, lo cual permitió establecer la interacción entre los objetivos y la realidad de la situación, cuyo universo lo constituyeron las madres de diferentes grupos etarios de lactantes hospitalizados en los servicios Medicinas I, II y III del Hospital Pediátrico Dr. Jorge Lizarrága, de la CHET de Valencia, Edo. Carabobo.

El trabajo está estructurado en cinco capítulos: Capítulo I se describe al planteamiento del problema, el objetivo general y los objetivos específicos, justificación del estudio de investigación. Capítulo II se realizó una revisión de los antecedentes y bibliográfica sobre la adopción del rol materno y las características maternas: edad y relación padre-madre, se plantean los aspectos ético-legales que sustentan la investigación, se hace definición a los términos básicos del trabajo, se presentan los sistemas de hipótesis, los sistemas de variables y la operacionalización de las variables. Capítulo III Marco metodológico en el cual se hace referencia al tipo y diseño de investigación, población estudiada, muestra, procedimientos y técnicas para la recolección de datos y técnica de análisis de los resultados. Capítulo IV Presentación, análisis e interpretación de los resultados, Capítulo V Conclusiones y recomendaciones, por último la Bibliografía y los Anexos de la investigación.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

En esta sección se expone de manera clara el planteamiento del problema, en la misma se formula el objetivo general, los objetivos específicos y la justificación del estudio.

1.1.-Planteamiento del Problema.

La adopción del rol maternal es un proceso interactivo y de desarrollo entre la madre con su hijo que trae como consecuencia la creación de un vínculo afectivo en un espacio y tiempo determinado. La mujer al asumir el papel de madre ejecuta las acciones del cuidado de su hijo y siente satisfacción al realizarlas. La teoría de la Adopción del rol maternal de Ramona Mercer (1), alude variables maternas como la edad, experiencia en partos, estrés social, apoyo social y el auto concepto. Para Mercer la adopción de rol materno es un proceso interactivo y evolutivo que se produce durante el embarazo y proceso del parto, en el cual la madre se va sintiendo vinculada a su hijo, adquiere competencia en la realización de sus cuidados asociados a su rol, experimenta placer y gratificación dentro de dicho rol. En su teoría se plantea que los factores como la cultura del individuo, la familia o red

de apoyo, la contribución por parte del cónyuge, son muy importantes para hacer a una mujer capaz de adoptar el papel de madre.

En cuanto a las características de la madre que influyen en el rol materno, dos de las más relevantes son la edad y la relación padre-madre; al hablar de edad se hace mención al grado de madurez que tiene la madre en el momento del embarazo, factor determinante en el proceso de adaptación del rol materno; y la relación padre-madre, afecta el estado emocional de esta gestante influyendo directamente en su conducta y afrontamiento de la situación. (1)

En relación a la edad como factor determinante en el rol materno, es la adolescencia donde se ve un mayor reto en la adopción del rol materno, en esta etapa se abre a los jóvenes un ancho campo de descubrimientos y a la vez de confusión, aparecen intereses y sentimientos nunca antes experimentados que llevan al adolescente a enfrentar conflictos para los cuales no está preparado. Uno de estos conflictos está la esfera sexual, donde existe un alto riesgo de embarazos precoces, tanto por la inmadurez como por la poca información recibida. (1)

La relación padre-madre es definida por Ramona Mercer como la percepción de la relación conyugal que incluye valores, objetivos acuerdos intencionales y reales entre los dos padres. Es por esto que la relación padre y madre es un factor de importancia a la hora de hablar de la adaptación del rol materno, ya

que la pareja en el momento del embarazo, parto y desarrollo del niño, constituye un soporte, un apoyo fundamental, que solidifica los lazos afectivos entre la triada madre- padre- hijo. (2)

Ramona Mercer en su teoría plantea que, las adolescentes, las madres añosas, las madres enfermas y madres de niños portadores de defectos, son familias que experimentan estrés ante el parto, madres de alto riesgo y madres con cesárea van a vivir un proceso de adopción del rol materno más complejo y diferente al de otras madres que no tuvieron algún tipo de problema. (2)

Con respecto a lo antes planteado se realizó el presente estudio en el Hospital Pediátrico Dr. Jorge Lizarrága, de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera, ubicado en la ciudad de Valencia del estado Carabobo; en los servicios de hospitalización pediátrica I, II y III se hospitalizan un total de 57 pacientes, con un total de 22 camas y 35 cunas, cuenta con un personal de enfermería de 16 enfermeras en el turno diurno, 11 en el turno de la tarde y 24 en los turnos nocturnos.

En esta área de atención, se ha podido observar, que algunas madres demuestran poco interés en el cuidado de los lactantes, esto lleva a aumentar el proceso de hospitalización y a la reincidencia de las enfermedades.

Por la situación antes planteada surge la siguiente interrogante:

¿Existe relación entre la adopción del rol materno y las características maternas de lactantes hospitalizados?

1.2.- Objetivo General.

Determinar la relación entre la adopción del rol materno en sus dos factores: Vinculación con el niño y la competencia Materna y las características maternas: edad y relación padre-madre, de lactantes hospitalizados en los servicios Medicinas I, II y III del Hospital Pediátrico Dr. Jorge Lizarrága, de la ciudad de Valencia, Edo. Carabobo.

Objetivos Específicos:

1. Determinar la relación entre la adopción del rol materno en su factor: Vinculación con el niño y la característica maternas: edad, de lactantes hospitalizados.

2. Determinar la relación entre la adopción del rol materno en su factor: Vinculación con el niño y la característica maternas: relación padre-madre, de lactantes hospitalizados.

3. Determinar la relación entre la adopción del rol materno en su factor: competencia Materna y las características maternas: edad, de lactantes hospitalizados.

4. Determinar la relación entre la adopción del rol materno en sus dos factores: competencia Materna y las características maternas: relación padre-madre, de lactantes hospitalizados.

1.3.- Justificación.

La teoría de la Adopción del rol maternal de Ramona Mercer afirma que la adopción del papel maternal es un proceso interactivo y evolutivo, en el cual la madre se va sintiendo vinculada a su hijo, adquiere competencias en la realización de los cuidados asociados a su papel y a su papel, experimenta placer y gratificación dentro del mismo. (1)

Esta investigación tiene relevancia social, ya que sus resultados servirán para diseñar programas educativos que propicien la adopción del rol materno efectivo, disminuyendo la incidencia de enfermedades, procurando una vida plena y feliz para la población infantil del estado Carabobo. La importancia institucional de la presente investigación, es buscar respuestas a una problemática que se presenta en la institución de salud donde se desarrolla la investigación y con esta respuesta se espera

incentivar al personal de enfermería a la búsqueda de soluciones en pro del paciente allí hospitalizado, y así, brindar una mejor calidad de atención.

La relevancia para enfermería, como profesión radica a nivel educativo, al utilizar como principal teorizante a Ramona Mercer, la enfermera se define como la principal responsables de proveer salud, dada la continua interacción con la gestante durante toda la maternidad, convirtiéndose en el ente fundamental de información y formación de la madre, desde el punto de vista contemporáneo se centra en la estrategia de la promoción de la salud paradigma importante de la política mundial y nacional de la salud en la actualidad.

Esta investigación servirá de antecedentes teóricos a todo aquel trabajo que busque conocer la relación entre la adopción del rol materno y las características maternas de una determinada población, profesionalmente este podrá ser un punto de partida para el desarrollo de nuevos proyectos relacionados al tema.

CAPITULO II

MARCO TEORICO REFERENCIAL

En este capítulo se señala el marco teórico el cual contiene los antecedentes de la investigación, las bases teóricas que sustenta la propuesta, el sistema de hipótesis, el sistema de variables, la operacionalización de la variable, los aspectos ético-legales y la definición de términos básicos.

2.1.- Antecedentes Del Estudio

La revisión de investigaciones previas relacionadas con la variable en estudio es un parámetro de gran importancia que permite encontrar la relación directa o indirecta con la investigación que se propone realizar, en este contexto que se relaciona en forma directa con la variable en estudio.

2.1.1.- Internacionales.

Amorim Da Silva y Col. En la ciudad de Sao Paulo- Brasil. (3). Desarrollaron un estudio titulado: Significados atribuidos por púerperas adolescentes a la maternidad: auto cuidado y el cuidado con el bebé. Los objetivos del estudio fueron: identificar los significados atribuidos por las madres adolescentes al cuidado

del bebé y de sí mismas; e identificar lo que reconocen como dificultad en el puerperio y en el cuidado del bebé. Fue un estudio cualitativo desarrollado de Enero a Marzo de 2005, en una maternidad que atiende a usuarias del Sistema Único de Salud. Participaron 22 puérperas adolescentes y primíparas. Los datos fueron recolectados por entrevistas parcialmente estructuradas, grabadas, con posterior análisis del contenido de tipo temático.

La maternidad es vista como un cambio psicológico, social y físico, y el cuidar del bebé es como un deber a ser ejecutado, como prioridad en relación al cuidado de sí. La falta de experiencia, información y la situación financiera fueron señaladas como las principales dificultades para el cuidado del niño, siendo la familia el apoyo. La sociedad subestima la capacidad de la adolescente para cuidar del hijo, debiendo crear estrategias para el desarrollo de autonomía para que la adolescente asuma las responsabilidades maternas.

Este trabajo se relaciona con la investigación por manejar el rol materno como variable pero con metodologías de investigación distintas al ser este antecedente un estudio cualitativo.

Igualmente, Martínez L. y Col. En la ciudad de Bogotá-Colombia (2) realizaron un estudio titulado: “vivencias de las madres adolescentes del programa madre canguro integral del Hospital Universitario San Ignacio frente a la adopción

del rol maternal en el segundo periodo 2008”; cuyo objetivo fue: identificar las vivencias de las madres adolescentes frente a la adopción del rol maternal del programa madre canguro del Hospital Universitario San Ignacio. Estudio descriptivo, ya que permitió indagar, identificar y analizar los datos dando significado al fenómeno estudio. Se realizo con 15 madres adolescentes, que desearon voluntariamente participar en la investigación. La recolección de información se llevo a cabo mediante entrevistas estructuradas, la cual fue aprobada por el grupo de investigación del programa madre canguro integral. Se evidencio que del total de la población el 40% tenía 17 años, actualmente el 60% había cursado hasta secundaria incompleta y 73,3% se dedicaba a las labores propias del hogar, un 20% se dedica a estudiar.

Al inicio del embarazo las adolescentes no pensaban en el rol materno pues su prioridad eran las consecuencias de su embarazo en su familia, algunas fantaseaban con su bebe, habían sentimientos de miedo angustia, temor, tristeza, pero con el transcurso del embarazo y de las fases de la adopción del rol materno ellas experimentaron alegría, gratificación, amor, culpa, placer, ira, los sentimientos negativos fueron cuando se enteraron que sus hijos eran prematuros y/o con bajo peso al nacer. La mayoría de las adolescentes recibieron apoyo de sus familias y su pareja durante todo el proceso de adopción del rol.

Ambos estudios se relaciona con la variable rol materno pero con distintas metodologías de investigación.

2.1.2.- Nacionales.

Morales H y Col. (4). Valencia – Venezuela. Realizaron un estudio titulado: Conocimiento que tienen las madres adolescentes sobre el cuidado del niño y su relación con el desempeño del rol materno; cuyo objetivo fue: establecer la relación que existe entre los conocimientos que poseen las madres adolescentes, que participan en el Programa de Prevención y Asistencia de Embarazos en Adolescentes (PASAE), sobre el cuidado del niño en sus factores: Nutrición, prevención de enfermedades y vínculo afectivo y el desempeño del rol materno en los mismos factores. Se realizó un estudio cuantitativo, de tipo correlacional y de corte transversal, con una población y muestra de 30 madres adolescentes que asistieron a la consulta de vigilancia de crecimiento y desarrollo del niño en el (PASAE), a quienes se les aplicó un instrumento tipo encuesta mediante entrevista dirigida.

Los resultados obtenidos fueron: Las madres adolescentes entrevistadas, demostraron mayor dominio en el conocimiento relativo a nutrición del niño, cuando se le compara con el ejercicio del rol materno en el mismo factor, con una probabilidad de ($P \leq 0.05$) asociada a la *t* de Student de 5,387, resultando significativa. En cuanto al factor prevención de enfermedades, las madres

adolescentes demostraron igual dominio en el conocimiento y en la práctica del rol materno siendo en este caso que la probabilidad ($P = 0.05$) que asociada a la t de Student de 2,079, no resultó significativa y en cuanto al factor vínculo afectivo, la probabilidad fue de ($P = < 0.05$) siendo esta significativa al asociarla a la t de Student de 2,753, por lo que se infiere que las madres adolescentes entrevistadas evidenciaron mayor dominio del conocimiento relativo al vínculo afectivo cuando se le compara con el rol materno en el mismo factor.

Se relaciona con la investigación ya que ambos estudian las variables rol materno y características maternas, siendo a su vez, ambos estudios cuantitativos, así que también manejan la misma metodología.

De igual manera, Contreras J. (5). Mérida – Venezuela. Elaboro una tesis doctoral titulada: “Investigación acción participativa: optimización del cuidado materno de los (as) niños (as) en el primer año de vida”, que tiene como propósito desarrollar un proyecto para optimizar el cuidado materno a sus hijos (as) menores de un año. Objetivos específicos: planificar cada etapa del mismo; visualizar un problema importante para las madres, comprender el significado que ellas le asignan al cuidado; formular cursos de acción factibles y consensuados; recolectar y sistematizar la información necesaria; desarrollar el plan de acción, y; generar una teoría a partir de la experiencia vivida, con utilidad en el campo disciplinar de enfermería.

Material y método: el método es la investigación acción participativa (IAP), en el que se usas técnicas cualitativas y cuantitativas para alcanzar el propósito de estudio. Resultados: las madres tiene una edad promedio de 25,2 años; casi 1/5 de ellas son adolescentes; son en su mayoría solteras; por lo menos la mitad llegaron a cursar el nivel de educación secundario, una de cada tres familias tiene un ingreso económico menor al sueldo mínimo; durante los primeros meses las madres se enfocan en cubrir las necesidades del bebe; los cuidados a la madre e hijo(a) son en gran parte aprendidos en la cultura local; los cuidados profesionales tienen un grado menor de impacto que los culturales y los mismos no son conocidos suficientemente por la madre; el padre participa activamente en el cuidado de su hija; la promoción de la salud familiar, no es considerada como un problema prioritario, y; algunos elementos de la dinámica social, actúan como barreras para integrar los cuidados profesionales a los cuidados culturales practicados. La relación que tiene ese trabajo con el estudio se encuentra en su variable rol materno, teniendo iguales metodologías.

Así mismo, Ferrer R. y Col. (6). Valencia – Venezuela. Elaboraron una investigación titulada: cuidado del hijo de la madre adolescente, paradigma cualitativo, la cual tiene como objeto crear un aporte teórico sobre el cuidado neonatal, de hijos de madres adolescentes, utilizando la teoría del cuidado humano de Watson; el nuevo paradigma que reconoce la relación simbólica entre la humanidad, tecnología, naturaleza y el universo. Propone una búsqueda hacia lo espiritual de nuestro ser, como también la salud y la curación. Las madres adolescentes que asisten

al programa, encuentran la prevención y asistencia en el embarazo, este programa funciona en el centro de medicina integral ambulatorio de la universidad de Carabobo.

Metodológicamente, se abordó bajo un enfoque fenomenológico con la utilización de las seis etapas de Spiegelberg. Los datos fueron obtenidos mediante entrevistas abiertas no estructuradas, madres adolescentes que deben cuidar a sus hijos en el hogar y ejecutar en la práctica cotidiana los cuidados: lactancia materna exclusiva, cura umbilical, estimulación motriz, baño y aseo, cambio de pañales, descanso y sueño, llevar al niño a las consultas de crecimiento y desarrollo en inmunizaciones. La validación es a través de análisis de experiencias, utilizando el método de triangulación de datos.

La relación que tiene ese trabajo con el estudio se encuentra en sus dos variables principales rol materno y características maternas, aplicando distinta metodología de investigación.

2.2.- Bases Teóricas.

A continuación se presentan los fundamentos teóricos que sustentan esta investigación: definición de adopción del rol materno, las características maternas, la teoría de Ramona Mercer, la teoría de los roles, la teoría del apego, y la teoría de los

sistemas, sustento científico de la teoría de Ramona Mercer, base fundamental de la investigación sobre rol materno.

2.2.1.- Adopción del Rol Materno.

El rol es un modo determinado por la posición que ocupa la persona en la sociedad, la cual establece las reglas que la gente usa en sus comportamientos individuales y le acompaña la necesidad de integridad social o de saber quién es uno con respecto a otros para poder actuar. (7)

Así mismo, Reva Rubin define la adopción del rol materno como un complejo proceso cognitivo y social que se aprende, recíproca e interactivamente; este proceso es necesario para la mujer a fin de desarrollar un sentimiento de capacidad en ser una madre para su niño (8). Para Ramona Mercer es un proceso interactivo y evolutivo que tiene lugar a lo largo de un cierto periodo de tiempo y durante el cual la madre establece un vínculo con el niño, adquiere competencia en la realización de los cuidados relacionados con su rol y expresa placer y gratificación en el cumplimiento del mismo. (9)

2.2.2.- Características Maternas.

El rol materno es un proceso donde la madre imagina el rol y su relación con el bebe, existen muchos factores que influyen en la adopción del rol materno, entre ellas están: la edad, la experiencia en el parto, el estrés, el apoyo, el estado de salud del bebe, la relación padre-madre, entre otros.

Si el primer embarazo se da en edad muy temprana la mujer no se siente capaz de desempeñar su rol maternal efectivamente. El embarazo y la maternidad tienen un impacto psicológico, cultural, social y biológico a cualquier edad y en la adolescencia supone mayores complicaciones tanto en la madre como en el hijo. La mayor repercusión se observa en la esfera personal y social de la adolescente, porque tiene que asumir el reto de desempeñar el rol de madre, enfrentarse a una nueva situación, debe ser responsable del cuidado, atención y educación de su hijo cuando aún no ha consolidado su formación y desarrollo, además atraviesa una crisis psicológica como expresión de la búsqueda de independencia, necesidad de autonomía y libertad.

Los estudios acerca de la adolescencia y las repercusiones del embarazo y la maternidad apuntan a señalar la presencia de un fracaso para constituir una familia estable por lo general matricéntrica y monoparental. (10)

Tomando en cuenta la relación padre-madre como factor influyente en la adopción del rol materno podemos mencionar que las familias con ambos padres o familias nucleares biparentales continúan siendo la forma más frecuente en que muchos niños nacen y crecen en América latina; la pertenencia a familias mono parentales y la presencia o no de una red social de apoyo pueden impactar la calidad de vincular, el desarrollo de un niño pequeño y el estado general de la madre. (11)

El estrés parental impacta la calidad de las interacciones madre-hijo, influyendo negativamente en la capacidad materna de adaptarse al niño, de aceptar sus particularidades, de percibirse competente en sus funciones y de responder de manera adecuada frente a sus señales y necesidades. (11)

En relación con la calidad vincular madre-hijo algunos estudios muestran que la crianza en un hogar mono parental afecta negativamente la capacidad materna para responder sensiblemente a las señales y necesidades de los hijos pequeños, es ahí donde radica la importancia del rol de la pareja en la crianza de los hijos, ya que el apoyo del padre a la madre afecta positivamente su adopción al rol materno (11)

2.2.3.- Teoría de Ramona Mercer

Ramona T. Mercer inicio su carrera profesional en enfermería en 1950, cuando se titulo en la Escuela De Enfermería De S.T Margaret, En Montgomery,

Alabama. (9) Obtuvo su título con el L.L Hill award for highest scholastic standing. Trabajó como enfermera, enfermera jefe e instructor en las áreas de pediatría, obstetricia y enfermedades contagiosas, antes de reanudar sus estudios especializados en 1960. Se licencio con distinciones en 1962, en el Bachelor Of Science In Nursing En La Universidad De Nuevo México, Albuquerque. Después obtuvo los grados de M.S.N. en enfermería sanitaria materno infantil, en 1964, en la Universidad De Emory y el PH.D en enfermería de maternidad, en la Universidad Pittsburgh en 1933. En 1964 fue distinguida con el Nursing Trainee, de los servicios de salud pública del departamento de salud Education And Welfare y fue admitida en Organización Sigma Theta Tau. Entre 1931 y 1964 colaboro como profesora auxiliar de enfermería en salud materno infantil en la Universidad de Emory. Fue de nuevo galardonada con el Nurse Trainee Award, y también con el Bixler Scholarship For Nursing Education And Research Del Southern Regional Board.

Mercer se traslado a california en 1973, y acepto el puesto de profesora auxiliar en el departamento de enfermería para la asistencia sanitaria familiar en la Universidad de California, San Francisco. Se mantuvo en el hasta 1977, cuando fue ascendida a profesora asociada. En 1983, acepto un puesto como profesora del mismo departamento, en la que permanecía hasta su jubilación en 1987. En la actualidad la doctora Mercer es profesora emérita en enfermería de salud familiar en la ciudad de california, San Francisco.

En sus primeros trabajos de investigación, Mercer se centro en las conductas y necesidades de las madres que daban pecho a sus hijos, las que sufrían enfermedades de post parto y a las que habían dado a luz a niños con problemas.

Dentro de sus principales fuentes teóricas se encuentra Reva Rubin, muy conocida por sus trabajos relativos a la identidad de rol maternal, fue profesora de Mercer y su mentor en la Universidad de Pittsburgh, donde esta obtuvo su doctorado. Las investigaciones de Rubin sirvieron como estímulo y también de base para las investigaciones de Mercer sobre las variables que influyen en la adopción del rol maternal.

Las teorías de los roles y evolutivas suministraron un marco básico a la teoría de adopción del rol maternal de Mercer.

Esta teoría se fundamenta particularmente en el enfoque interaccionista de la teoría de los roles, basado en los postulados de Mead sobre representación de roles y en la teoría de Turner acerca del (yo central). Al mismo tiempo, el proceso de adquisición de roles estudiados por Thornton y Nardi sirvió también para modelar la teoría de Mercer, así como los trabajos de Burr, Leigh, Day y Constantini. También cabe reseñar la influencia de las teorías del proceso evolutivo de Werner y Erickson. La obra de Mercer se basa además en la teoría de los sistemas de Ludwig Von Bertalanffy, como se evidencia en la descripción de la familia, como un sistema dinámico en el que influyen subsistemas individuales y duales. (9)

La complejidad de sus intereses de investigación condujo a Mercer a basar sus trabajos en muchas otras fuentes teóricas con el fin de identificar y estudiar las variables que influyen en la adopción del rol maternal. Aunque gran parte de su obra se basa en las teorías de Rubin, Mercer se declara también deudora de la investigación de Gottlieb sobre la vinculación y los roles del cuidado, así como de las más recientes investigación sobre las relaciones maternas infantiles. En su trabajo con familias de alto riesgo analizo los modelos evolutivos de tiempo de vida de Baltes, Reese y Lipsitt y la investigación sobre familias de Rankin y Weekes.

El modelo de los procesos de Gloger - Tippelt sobre el curso del embarazo también influyo en la consideración que Mercer tiene de la adopción del rol maternal como un proceso. Sobre esta base, definió cinco intervalos de recopilación de datos dentro de su estudio: puerperio, un mes, cuatro meses, ocho meses y un año. Mercer selecciono las variables maternas e infantiles de su investigación, basándose en una revisión amplia de las publicaciones y las conclusiones de numerosos investigadores. Entre las variables maternas se incluyen la edad en el primer parto, la experiencia en partos, la separación precoz de los niños, el estrés social, el apoyo social, los rasgos de personalidad, el auto concepto, las actitudes de seguimiento del niño y la salud. También se consideraban el temperamento del bebe y su estado de salud.

Mercer utilizo numerosos instrumentos de medidas para comprobar el valor de las variables de interés en la investigación del rol maternal. Para medir la vinculación en el puerperio y al cabo de un mes, utilizo la predicción D.R. Broussard y Hartner sobre la evolución las percepciones neonatales y más tarde aplico el cuestionario sobre el grado de irritación (Degree of BothersomeInventory) para medir el estrés relacionado con la conducta del niño. También adapto, junto con Marut, el instrumento de medida de Sanko y Schoenfeld para elaborar un cuestionario de 29 preguntas que pretendía valorar el efecto de la percepción de la experiencia del parto. Empleó el cuestionario de Leifer llamado ¿Qué siento hacia mi bebe? Para determinar el grado de vinculación en los meses 1, 4, 8 y 12, y la lista de Leifer sobre rasgos del bebe (child – traitchecklist) en el primer mes, ya que representa la conducta de demanda descrita por Gottlieb (1978), Robson y Moss (1970) y Rubin (1961-1972).

La gratificación obtenida del rol maternal se midió mediante una adaptación de la escala de gratificación de Russell (1974 Gratificationchecklist). La conducta maternal se valoró según Disbrow y Cols (1977-1982). Para discernir entre padres que cometían abusos y los que no lo hacían, se utilizo originalmente la escala de actuaciones paternas ante una conducta irritante (WaysparentshandleirritatingBehaviorscale).

La conducta de la madre tal como era observada por los allegados se determino a partir de una adaptación de la escala de Blank (1974). Para medir el

estrés social, Mercer utilizó el estudio sobre la experiencia vital diseñado por Sarason, Johnson y Siegel (lifeexperiencesurvey), (1978). Para reflejar el estrés del padre en la transición hacia la paternidad, aplico la lista de factores irritantes desarrolladas por Hows (check listo of bothersomefactors. 1965) quien la realizo en un estudio paralelo. (Hows y Cole, 1976) a partir de la lista de Hows relativa al cambio de la relación entre los cónyuges se obtuvo una sub escala de siete elementos que utilizo en los periodos de prueba del octavo mes. También se aplico una adaptación de la escala de tensión de rol de Burr Y Cols. (Scale of role strain, 1939). Para reflejar el estrés producido por el rol de padres en los meses 4, 8 y 12. Mercer aplico finalmente una escala de empatía de doce elementos extraídos de los 96 elementos de la escala de Stotland diseñada para la predicción de los malos tratos a los niños en el proyecto Disbrow. Para medir la rigidez materna, utilizo una escala de quince elementos elaborado por Larcen (1966).

El temperamento materno se midió con un cuestionario de 140 elementos sobre el temperamento en edades adultas tempranas, desarrollado por Thomas, Mittelman Y Chess (earlyadultlifetemperamentQuestionnaire, 1982). Se eligió este cuestionario por su gran analogía con el cuestionario sobre el temperamento infantil de Carey utilizado para medir este aspecto (infanttemperamanQuestionnaire, Carey, 1970 Carey Y McDevitt). Mercer seleccionó también la escala de auto concepto de Tennessee para medir el auto concepto materno, la integración de la personalidad y los trastornos de la personalidad en las mujeres de su estudio. Para estas variables

utilizo también otras dos medidas, la escala de actitudes de seguimiento del niño por parte de los padres, de Disbrow y Cols. (parentchild-rearingattitudescalses, 1977) y la actitud maternal desarrollada por Cohler y Cols. (Maternal actitudescale, 1970). En su investigación de los efectos del estrés previo al parto sobre el estado de salud de las madres y los padres las relaciones entre los cónyuges, la vinculación hacia los niños y la dinámica familiar, Mercer utilizo un enfoque evolutivo de la familia para estudiar los cambios que se daban desde el embarazo hasta ocho meses después del parto dentro del sistema y de los subsistemas familiares.

Las medidas utilizadas en este estudio fueron la escala de función familiar (familyfuntionscale) de Feetahm; la prueba de ajuste matrimonial (marital adjustment test) de Locke y Wallace; la escala de vinculación con el feto (fetal attachmentscale) de Cranley, la de sentimientos maternos hacia el bebe (how i feelaboutmybabyscale) de Leifer; el índice de salud (general healthindex) de Davies y Ware, las revisiones de los varemos de riesgo gestionalintraparto y neonatal (pregnancy, intrapartal, and newbornrisk scores) de Hobel; la revisión del estudio sobre experiencias vitales (lifeexperiencessurvey) de Norbeck, la escala del autoestima (self-esteemscale) de Rosenberg; el cuestionario sobre conductas con apoyo social (inventory of sociallysupportivebehaviors) de Barrera (apoyo recibido), el cuestionario sobre los sentimientos de apoyo (feelling of support) de McMillan y Wandersman (apoyo percibido), la lista sobre las personas de apoyo (checklist of supportivepersons) (red de apoyo); la sensación de dominio (sense of mastery) de Pearlyn; la escala de estado

y rasgos de ansiedad (trait and state anxiety scale) de Spielberg y Cols; la escala de depresión del Center For Epidemiologic Studies De Radloff y la escala sobre sensaciones de competencia de los padres (parental sense of competence scale) de Gilbaud-Wallston y Wandersman.

La teoría de Mercer se basa en las pruebas obtenidas en sus amplias investigaciones. Aunque fueron los trabajos de Reva Rubin sobre la adopción de rol maternal los que alentaron el interés inicial de Mercer en este campo, el ámbito de su obra trascendió al de su predecesora para abarcar el estudio de las madres adolescentes, de edad avanzada, enfermas y con niños con defectos, además de las familias que sufrían estrés previo al parto, los padres de alto riesgo, las madres que habían dado a luz a sus hijos mediante cesaria, la vinculación paterno filial y la competencia en el rol paternal.

Mientras que Rubin se centró en la adopción del rol maternal desde el momento de la aceptación de embarazo hasta un mes después del parto, Mercer amplió su estudio hasta un periodo de 12 meses posteriores al nacimiento.

Los supuestos principales de Ramona Mercer son:

- Un “sí misma” o “núcleo del sí misma” relativamente estable, adquirido en la socialización que tiene lugar a lo largo de la vida, determina el modo en que la

madre define y percibe los hechos, sus percepciones sobre las respuestas de sus hijos y de las demás personas con respecto a su maternidad, junto con su situación vital, constituyen el mundo real al que deben responder.

- Además de la socialización de la madre, en sus respuestas conductuales influye el nivel de desarrollo y las características innatas de su personalidad.

- El compañero en el rol, el hijo, refleja la competencia de la madre en el desempeño de su rol a través de su crecimiento y desarrollo.

- El niño se considera como un compañero activo en el proceso de adopción del rol maternal, que recibe la influencia del desempeño del rol e influye, a su vez, en dicho desempeño.

- La identidad materna se desarrolla al mismo tiempo que la vinculación y ambas son interdependientes. (9).

Ramona Mercer se refiere a la enfermería como una ciencia que está en evolución en un estado de adolescencia turbulenta hacia la fase adulta. Las enfermeras son los profesionales sanitarios que mantiene una interacción más intensa y sostenida con las mujeres en el ciclo de la maternidad. Las enfermeras son responsables de promover la salud de las familias y los niños. La enfermera

obstétrica, según Mercer, consiste en el diagnóstico y tratamiento de las respuestas de las mujeres y hombres a los problemas de salud reales o potenciales que surgen durante el embarazo, el parto y el periodo post parto.

Mercer no define a la persona de forma específica si no como independencia de los roles que desempeñe. A través de la individuación maternal, la mujer puede recuperar su condición de persona extrapolando su sí misma de la diada madre-hijo.

En su teoría, Mercer define estado de salud como la percepción que tiene la madre y el padre de su salud anterior y actual, su salud general, su resistencia-susceptibilidad a la enfermedad, su preocupación sobre las cuestiones de salud, su orientación de la enfermedad y su rechazo al rol de enfermo. El estado de salud del recién nacido es el grado de patología que presente, siempre en función de la idea que tiene los padres sobre el concepto de salud general. El estado de salud de la familia se ve influido negativamente por el estrés anterior al parto. El estado de salud ejerce una influencia indirecta importante sobre la satisfacción de las relaciones que se producen en familias que tienen hijos.

Mercer no define el entorno, en cambio describe la cultura individual, la pareja, la familia y/o red de apoyo y su dimensión como aspectos relacionados con la adopción del rol maternal. El amor, el apoyo y la participación por parte del cónyuge

son factores importantes que ayudan a una mujer a asumir el papel de madre. Las respuestas de los cónyuges, los padres, los parientes, y los amigos son valoradas muy intensamente por la persona que adopta un rol.

Sus afirmaciones teóricas son:

1.- El entorno inmediato donde tiene lugar la adopción del rol maternal es el microsistema, que incluye a la familia y factores tales como la dinámica familiar, la relación padre – madre, el apoyo social y el estrés. Las variables contenidas en el microsistema interaccionan con una o más de las otras variables que influyen en el rol maternal. El niño como individuo está integrado en el sistema familiar. La familia se concibe como un sistema semicerrado que mantiene unos límites de separación y controles de intercambio entre él y otros sistemas sociales.

2.- El exosistema engloba al microsistema, influye sobre él y delimita su marco de acción. La unidad madre-hijo no está contenida en el exosistema, si bien este puede determinar en parte lo que sucede en el rol maternal en formación y en el niño.

3.- El macro sistema se refiere a los prototipos generales que existen en una cultura en concreto o a los contenidos culturales que se transmiten.

La adopción del rol maternal es un proceso que se produce en las cuatro fases siguientes:

1.- Anticipatoria: comienza con la adaptación social y psicológica al rol mediante el aprendizaje de las expectativas que comportan. La madre fantasea sobre el papel que ha de adoptar, se relaciona con el feto en el útero e inicia su desempeño del rol.

2.- Formal: comienza con la asunción del rol en el nacimiento; las conductas del rol están orientadas por las expectativas formales consensuadas de otras personas del sistema social materno.

3.- Informal: se inicia cuando la madre desarrolla normas propias de asumir su rol con independencia del sistema social.

4.- Personal: la madre experimenta un sentimiento de armonía con la forma en que desempeña su papel; el rol maternal se considera alcanzado (9)

Mercer ha aplicado la lógica deductiva e inductiva en el desarrollo del marco teórico para estudiar los factores que influyen en la adopción del rol maternal durante el primer año de maternidad. La lógica deductiva se manifiesta en el uso hecho por Mercer de los trabajos de otros investigadores y disciplinas. Las teorías del

rol y evolutivas y la obra de R. Rubin sobre la adopción del rol maternal aportaron la base teórica de los trabajos de Mercer.

Esta autora utilizó la lógica inductiva en el desarrollo de su teoría. A través de la práctica y la investigación, observó la adaptación a la maternidad en circunstancias múltiples y variadas. Así, advirtió las diferencias que existen en esta adaptación cuando aparecían enfermedades en la madre en el periodo de postparto, cuando el niño nacía con defectos congénitos y en los casos de madres adolescentes. Estas observaciones encaminaron la investigación hacia tales situaciones, a raíz de las cuales se produjo el desarrollo del marco teórico. (9)

2.2.4.- Teoría de los Roles.

La teoría de los roles iniciada por Jacob Levy Moreno, plantea al hombre como un ser que se integra en la medida en que en un constante nosotros logra individuarse y diferenciarse lo suficiente como para crear nuevos nosotros o matrices que Moreno define como el “locus” o lugar de acontecerse que brinda continente a la acción creadora. Para Moreno un acto espontáneo, da origen a la vida en la matriz cósmica que se establece en una nueva forma, dentro de la cual se da el salto a la hominización, cuando en un posible nosotros una vinculación en un espacio-tiempo preciso origina la matriz genética humana. (12)

Un acto creador permitió el surgimiento de la vida en la matriz cósmica, es así mismo un acto creador de un nosotros el que transforma a un ser en potencia en el plasma germinativo de la matriz genética, en un existente que se alberga en la matriz materna y de la cual se desprenderá creadora y espontáneamente pero en una complementariedad vincular que le permita integrarse a una nueva forma de existencia. Pasará entonces a formar parte de la matriz de identidad constituida por la relación entre la madre y el niño, dónde se desarrollan los roles psicosomáticos que permiten la estructuración de un yo encarnado en un cuerpo relacional.

La matriz subsiguiente, la matriz familiar, formada por los vínculos existentes entre los miembros más próximos de una familia, posibilita el desarrollo de los roles originarios o creadores (madre-padre-hijo). Imbricada en estas dos matrices aparece la tercera matriz, la matriz social, poblada de otros significativos. En ella surgirán los roles sociales; los roles surgidos y desarrollados en estas tres matrices se complementan entre sí y logran la inserción personal en el mundo circundante. (12)

El hombre de acuerdo a la teoría de los roles es un ser relacional situado en un nosotros vivencial, encarnado y presente en un espacio- tiempo limitado en el cual como una mera diferenciación dentro de un todo transcurrirá su vida, como un ser simbólico, simbolizado y mítico existente en sucesivas matrices, finalmente se reintegrará modificado por la experiencia ineludibles de la vivencia y el nosotros, la vida, a aquella matriz cósmica de la cual partió. (12)

La teoría de los roles concibe al hombre como un ser en relación cuyas primeras vinculaciones van a establecerse a partir de su cuerpo, con su presencia encarnada en el mundo y su contacto con otros seres que lo complementan en el ejercicio de sus funciones corporales, las que en los comienzos de la vida de cada individuo se realizan únicamente con la complementación de otro. Un bebé sólo se alimenta si hay quién le dé de comer, es decir, si existe la posibilidad que le brinda el vínculo. (12)

En esta complementariedad se desarrollan los roles psicosomáticos que darán basamento a toda vinculación posterior. El proceso de estructuración de los roles psicosomáticos se cumple dentro del espacio-tiempo continente que constituye la matriz de identidad y corresponde fundamentalmente a la relación madre-hijo. (12)

En esta matriz cada rol posee una zona corporoespacial. En el rol de ingeridor, la boca, el pecho y sus acompañantes, en el rol del que ríe, la cara humana, la mirada y la sonrisa, forman esa zona-vínculo propia dentro de la que se desarrollarán. Es este concepto el que lleva a incluir la tercera dimensión, la espacial, en el trabajo psicoterapéutico utilizando el instrumento del escenario, espacio delimitado por consenso grupal como el área del “como-si”. (12)

Para la teoría de los roles, el yo se construye y diferencia en el proceso de desarrollo de los roles psicosomáticos concomitantemente con la adquisición y

diferenciación del cuerpo. Hasta el momento del nacimiento, el niño forma parte de una matriz total indiferenciada, donde el cuerpo de la madre brinda el oxígeno que el suyo utiliza. A partir del momento en que atraviesa el canal del parto, desaparece la unidad biológica y surge la necesidad imperiosa de una acción: la respiración independiente para poder sobrevivir y con la cual pasa a ser actor de su existencia, queda fundado aquí el rol psicossomático de respirador. Con esta primera respiración, respuesta espontánea frente a un mundo de cambio, comienza el largo proceso de diferenciación, la construcción de su yo y la adquisición de su cuerpo. (12)

2.2.5.- Teoría del Apego:

La teoría del apego, desarrollada por John Bowlby, postula una necesidad humana universal para formar vínculos afectivos estrechos. Como núcleo de la teoría se encuentra la reciprocidad de las tempranas relaciones, la que es una precondition del desarrollo normal probablemente en todos los mamíferos, incluyendo a los humanos. Las conductas de apego del infante humano son correspondidas con las conductas de apego del adulto (tocar, sostener, calmar), y estas respuestas refuerzan la conducta de apego del niño hacia ese adulto en particular. La activación de conductas de apego depende de la evaluación por parte del infante de un conjunto de señales del entorno que dan como resultado la experiencia subjetiva de seguridad o inseguridad. La experiencia de seguridad es el objetivo del sistema de apego, que es, por tanto, primera y por encima de todo, un regulador de la experiencia emocional. En este

sentido, se encuentra en el centro de muchas formas de trastornos mentales y de la totalidad de la tarea terapéutica. (13)

Nadie nace con la capacidad de regular reacciones emocionales. Un sistema regulador diádico se desarrolla en el que las señales de los niños de cambios en sus estados, momento a momento, son entendidos y respondidos por el cuidador/a permitiendo, por lo tanto, alcanzar la regulación de esos estados. El infante aprende que la activación neurovegetativa en presencia del cuidador/a no dará lugar a una desorganización que vaya más allá de sus capacidades de afrontar tal situación. El cuidador/a estará allí para restablecer el equilibrio. En estados de activación incontrolable, el infante irá a buscar la proximidad física con el cuidador con la esperanza de ser calmado y de recobrar la homeostasis. La conducta del infante hacia el final del primer año es intencional y aparentemente basada en expectativas específicas. Sus experiencias pasadas con el cuidador/a son incorporadas en sus sistemas representacionales a los cuales Bowlby denominó "modelos internos activos" o "modelos internos de trabajo". Por tanto, el sistema de apego es un sistema regulador bio-social homeostático abierto (13).

Bowlby propuso que los "modelos internos activos" del self y de los otros proveen prototipos para todas las relaciones ulteriores. Tales modelos son relativamente estables a lo largo del ciclo vital. Las tempranas experiencias de acceso flexible a los sentimientos propios son consideradas como formativas por los teóricos

del apego. El sentimiento autónomo del self emerge completamente a partir de relaciones seguras entre los padres y el infante. Más importante aún, el incrementado control que tiene el niño "seguro" le permite moverse hacia adueñarse de su experiencia interna, y hacia comprenderse a sí mismo y a los otros como seres intencionales cuya conducta está organizada por estados mentales, pensamientos, sentimientos, creencias y deseos. Coherente con esto, la investigación longitudinal prospectiva ha demostrado que los niños con historia de apego seguro son evaluados independientemente como con mayor capacidad de resistencia, auto confiado, orientados socialmente, empáticos para el malestar, y con relaciones más profundas (13).

La teoría del apego resulta fundamental en la investigación por su relación con la variable rol materno en su factor vinculación con el niño, ya que gracias a esta se evidencia que las conductas de apego del infante humano son correspondidas con las conductas de apego del adulto, fortaleciéndose así el vínculo afectivo y emocional de la madre con el niño.

2.2.6.- Teoría de los Sistemas:

Ludwig von Bertalanffy define la teoría general de sistemas como el conjunto de disciplinas que tratan de las propiedades y leyes generales de los sistemas (14). Esta teoría intenta explicar los principios aplicables de los sistemas en general,

sin importar la naturaleza de estos, de sus componentes y de las relaciones o fuerzas entre ellas.

Un sistema se define como un complejo de elementos inter actuantes, con las características siguientes:

Totalidad. Un sistema no solo se comporta como un simple conjunto de elementos independientes, sino como un todo inseparable y coherente.

Limites. Se refieren a aquella zona que divide a un subsistema de otro, cuya función es filtrar las entradas y salidas en el sistema.

Entradas y salidas. La primera se refiere a la energía, información, etc., absorbidas por el sistema; la segunda, a aquella energía, información que el sistema manda al exterior.

Retroalimentación. De la salida de un sistema alguna cantidad es devuelta, como información, a la entrada, de modo que regule esta y así equilibre al sistema o lo guie a la acción.

Diferenciación, crecimiento. El sistema se desarrolla mediante un proceso de diferenciación, es decir, desde una estabilidad relativa hasta una elaboración y diferenciación más complicada.

Equifinalidad. El sistema puede tener resultados idénticos aun cuando tenga distintos orígenes, porque lo decisivo es la naturaleza de la organización. (14)

Como sistema, la familia es una complejidad organizada formada por subsistemas en interacción mutua, el sistema familiar es más que solo la suma de sus partes individuales. Cuando la familia se estudia a partir de este enfoque, las características generales de los sistemas se aplican a ella.

Según el modelo estructural de Salvador Minuchin la familia es una unidad social que enfrenta una serie de tareas de desarrollo. Estas difieren de acuerdo con los parámetros de las diferencias culturales, pero poseen raíces universales. El nacimiento de un niño señala un cambio radical en la organización de la familia. Las funciones de los cónyuges deben diferenciarse para enfrentar a los requerimientos del niño, de atención y alimento y para encarar las restricciones así impuestas al tiempo de los padres. Por lo general, el compromiso físico y emocional con el niño requiere un cambio en las pautas transaccionales de los cónyuges. En la organización de la familia aparece un nuevo grupo de subsistemas, en el que los niños y los padres tienen diferentes funciones. (15)

Los subsistemas están divididos por límites y estos están formados por las reglas que determinan quienes participan y como:

El subsistema conyugal. Se forma cuando dos adultos de diferentes sexos se unen con la intención de formar una familia. Desempeña funciones vitales para el desarrollo de la familia.

El subsistema parental. Al nacer el hijo llega a un nuevo nivel de formación familiar. Se espera que los padres comprendan las necesidades de sus hijos y les expliquen las reglas que imponen, pero es importante que los padres protejan y guíen sin al mismo tiempo controlar y restringir.

El subsistema fraterno. Es el primer contacto social en el que los niños desarrollan relaciones con sus iguales. De este modo aprenden a negociar, competir, cooperar. Cuando se relacionan con el mundo de sus iguales extra familiares, tratan de actuar de acuerdo con las normas del subsistema fraterno. (14)

Las tensiones afectan al sistema familiar pueden presentarse como alteraciones de la organización o del modo en que funciona el sistema. El proceso normal del embarazo produce tensiones en la familia y hace que los miembros del sistema utilicen sus diversos recursos en el proceso de adaptación. En este periodo cuando se producen en el sistema interrupciones que tienen efectos físicos,

psicológicos o sociales, puede ocurrir que la capacidad de la familia para responder no sea adecuada para lograr la armonía del sistema homeodinámico. Lo que ocurre a continuación es una interrupción del estado de salud del sistema. (14)

Una buena intervención del personal de enfermería debe amoldarse a todo el sistema familiar. Es básica para el proceso la evaluación de los miembros de la familia y de la dinámica del sistema familiar. Es esencial identificar las tensiones que percibe la familia. Una vez reconocidas las tensiones, es importante reconocer la fuerza positiva y los recursos de que dispone el sistema familiar, para saber cómo enfrenta la situación cada uno de sus miembros. (16)

Esta teoría se relaciona con la investigación con su variable características maternas por el factor relación padre-madre, donde los cónyuges son un sistema abierto de reciprocidad para dar al hijo amor, seguridad, estabilidad, y así solidificar los lazos afectivos entre la triada madre- padre- hijo, elementos fundamentales para su desarrollo como ser en la sociedad, como bien lo explican los autores antes mencionados.

2.3.- Aspectos Ético-Legales:

2.3.1.- Consideraciones Éticas.

Las participantes en esta investigación suscribieron un consentimiento informado previa explicación del alcance de la investigación, se solicitó permiso por escrito a las autoridades directivas de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” donde autorizaran el desarrollo de la investigación dentro de la institución.

El consentimiento informado es el compromiso conjunto que establece el espacio comunicativo que se crea en la relación entre el investigador y el paciente. Su destino es informar en forma oral o escrita la naturaleza, los propósitos, la toma de aplicación de los instrumentos de recopilación de información o aplicación de los experimentales. Presentando los beneficios, los riesgos, alternativas y medios. El desarrollo del consentimiento informado conoció distintas etapas: consentimiento voluntario, consentimiento informado, consentimiento válido y el consentimiento auténtico se caracteriza por adecuarse al sistema de valores del paciente. (17)

2.3.2.- Consideraciones Legales:

Esta investigación se fundamenta en las bases legales de la República Bolivariana de Venezuela que toda mujer debe conocer para proteger la maternidad y favorecer la adopción del rol materno efectivo.

Estas leyes están amparadas en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela del 24 de Marzo del 2.000, la Ley Orgánica del Trabajo, Trabajadores y Trabajadoras (LOTTT), Gaceta Oficial N° 6.076 extraordinario del 30 de abril de 2012, Ley Orgánica para la Protección de Niños, Niñas y del Adolescente (LOPNNA) gaceta oficial N° 39.824 Extraordinario de fecha 20 de Diciembre de 2011; Ley para Protección de las Familias, La Maternidad y La Paternidad, Gaceta Oficial N° 38.773, de fecha 20 de septiembre de 2007 y por último se revisó la Ley de Promoción y Protección de la Lactancia Materna. Gaceta Oficial N° 38.763 de fecha 06 de Septiembre de 2007.

2.3.2.1.- LOTT:

Título VI. De La Protección Integral De La Familia

Se establece que el estado garantizara que el proceso social de trabajo y de educación se oriente a la creación de las condiciones materiales, sociales e intelectuales requeridas para el desarrollo integral de la familia.

El trabajador en estado de gravidez, gozara de protección especial de inmunidad desde el inicio del embarazo, y lo extiende de un año de la Ley Orgánica del Trabajo vigente a dos años después del parto. Extiende la inamovilidad de un año a dos años en los casos de adopción de niñas o niños menores de tres años.

Se establece que la trabajadora en estado de gravidez tendrá derecho a un descanso durante seis semanas antes del parto y veinte semanas después. Esto incluye a la madre que adopte a un hijo o hija menor de tres años.

Se extiende la inamovilidad del padre a dos años después de nacido el hijo o hija y se recoge la licencia de catorce días para el padre por nacimiento, ambas establecidas en la ley de protección a la familia, la maternidad y la paternidad. Se modifica el término de guardería por el centro de educación inicial y se reincorpora la obligación de que tengan salas de lactancia.

Se indica que la trabajadora o el trabajador que tenga un hijo, hija o más, con alguna discapacidad o enfermedad que le impida o dificulte valerse por sí misma o por sí mismo, estará protegida o protegido de inamovilidad laboral de forma permanente, conforme a la ley. (18)

2.3.2.2.- LOPNNA:

Artículo 5°. Obligaciones Generales de la Familia e igualdad de género en la crianza de los niños, niñas y adolescentes. La familia es la asociación natural de la sociedad y el espacio fundamental para el desarrollo integral de los niños, niñas y adolescentes. Las relaciones familiares se deben fundamentar con la igualdad de derechos y deberes, la solidaridad, el esfuerzo común, la comprensión mutua y el respeto recíproco entre sus integrantes. En consecuencia, las familias son responsables de forma prioritaria, inmediata e indeclinable, de asegurar a los niños, niñas y adolescentes el ejercicio y disfrute pleno y efectivo de sus derechos y garantías.

El padre y la madre tienen deberes, responsabilidades y derechos compartidos, iguales e irrenunciables de criar, formar, educar, custodiar, vigilar, mantener, y asistir material, moral y afectivamente a sus hijos.

El Estado debe asegurar políticas, programas y asistencia apropiada para que la familia pueda asumir adecuadamente estas responsabilidades, y para que el padre y la madre asuman, en igualdad de condiciones, sus deberes, responsabilidades y derechos. Así mismo, garantizara protección a la madre, al padre o a quien ejerzan la jefatura de la familia.

Artículo 25. Derecho a Conocer a su Padres y Madre y a ser Cuidados por Ellos. Todos los niños, niñas y adolescentes, independientemente de cuál fuere su filiación, tienen derecho a conocer a su padre y madre, así como a ser cuidados por ellos, salvo cuando sea contrario a su interés superior.

Artículo 26. Derecho a ser Criado en una Familia. Todos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a vivir, ser criados o criadas y desarrollarse en el seno de su familia de origen. Excepcionalmente, en los casos en que ello sea imposible o contrario a su interés superior, tendrán derecho a vivir, ser criados o criadas y desarrollarse en una familia sustituta, de conformidad con la Ley. La familia debe ofrecer un ambiente de afecto, seguridad, solidaridad, esfuerzo común, comprensión mutua y respeto recíproco que permita el desarrollo integral de los niños, niñas y adolescentes.

Párrafo Primero: Los niños, niñas y adolescentes sólo podrán ser separados de la familia en los casos en que sea estrictamente necesario para preservar

su interés superior. En estos casos, la separación solo procede mediante la aplicación de una medida de protección aplicada por la autoridad competente y de conformidad con los requisitos y procedimientos previstos en la Ley. Estas medidas de protección tendrán carácter excepcional, de último recurso y, en la medida en que sea procedente, deben durar el tiempo más breve posible.

Párrafo Segundo: no procede la separación de los niños, niñas y adolescente de su familia de origen por motivos de pobreza u otros supuesto de exclusión social, cuando la medida de abrigo, colocación en la familia sustituta o en la entidad de atención, recaiga sobre varios hermanos o hermanas, estos deben mantenerse unidos en un mismo programa de protección, excepto por motivos fundados en condiciones de salud. Salvo en los casos en que proceda la adopción, durante el tiempo que permanezcan los niños, niñas y adolescentes separados o separadas de su familia de origen, deben realizarse todas las acciones dirigidas a lograr su integración o reintegración en su familia de origen nuclear o ampliada.

Párrafo Tercero: El Estado, con la activa participación de la sociedad, debe garantizar programas y medidas de protección especiales para los niños, niñas y adolescentes privados o privadas temporal o permanentemente de la familia de origen.

Artículo 27. Derecho a Mantener Relaciones Personales y Contacto Directo con el Padre y la madre. Todos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a mantener, de forma regular y permanente, relaciones personales y contacto directo con su padre y madre, aun cuando exista separación entre éstos, salvo que ello sea contrario a su interés superior.

Artículo 44. Protección de la Maternidad. El Estado debe proteger la maternidad. A tal efecto, debe garantizar a todas las mujeres servicios y programas de atención, gratuitos y de la más alta calidad, durante el embarazo, el parto y la fase post natal. Adicionalmente, debe asegurar programas de atención dirigidos específicamente a la orientación y protección del vínculo materno-filial de todas las niñas y adolescentes embarazadas o madres.

Artículo 45. Protección del Vínculo Materno-Filial. Todos los centros y servicios de salud deben garantizar la permanencia del recién nacido junto a su madre a tiempo completo, excepto cuando sea necesario separarlos por razones de salud.

Artículo 46. Lactancia Materna. El Estado, las instituciones privadas y los empleadores o empleadoras proporcionarán condiciones adecuadas que permitan la lactancia materna, incluso para aquellos hijos o hijas cuyas madres estén sometidas a medidas privativas de libertad. (19)

2.3.2.3.- Ley para Protección de las Familias, La Maternidad y La Paternidad:

Capítulo I: Disposiciones Generales. Igualdad de derechos y deberes entre los y las integrantes de las familias

Artículo 5.- El principio de igualdad de derechos y deberes entre las y los integrantes de las familias constituye la base del ejercicio del principio de la responsabilidad compartida y la solidaridad familiar, y su cumplimiento contará con el apoyo del Estado y sus órganos; y promoverán políticas, programas, proyectos y acciones dirigidas a apoyar dichos principios.

Capítulo II: De la Protección Socio Económica

Artículo 9.- El padre disfrutará de un permiso o licencia de paternidad remunerada de catorce días continuos, contados a partir del nacimiento de su hijo o hija, a los fines de asumir, en condiciones de igualdad con la madre el acontecimiento y las obligaciones y responsabilidades derivadas en relación a su cuidado y asistencia.

A tal efecto, el trabajador deberá presentar ante el patrono o patrona el certificado médico de nacimiento del niño o niña, expedido por un centro de salud público o privado, en la cual conste su carácter de progenitor.

Capítulo V: De la Prevención de los Factores Generadores de Conflictos y Violencia Intrafamiliar. Protección integral de las familias

Artículo 32.- El Estado, en sus diversos niveles de gobierno, promoverá y ejecutará programas, proyectos y acciones dirigidos a proteger a las familias de factores generadores de conflictos y violencia intrafamiliar que afecten la convivencia pacífica, solidaria y respetuosa de sus integrantes. A tales efectos, el ministerio del poder popular con competencia en la materia de desarrollo y protección social, es el órgano responsable de coordinar los planes y programas de los diversos órganos del Poder Público dirigidos a la prevención de los conflictos intrafamiliares, para los cual podrá crear instancias de trabajo y mecanismos para el cumplimiento de tal propósito, convocando, cada vez que estime necesario, reuniones en todos los espacios del territorio nacional, con el fin de examinar, evaluar y unificar las acciones emprendidas por los diversos entes públicos sobre la materia.

El Consejo Nacional de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes, el Instituto Nacional de la Mujer, el Instituto Nacional de la Juventud, las misiones sociales y demás entes y programas adscritos a este Ministerio, constituyen la base institucional para el desarrollo de esta política de protección de las familias.(20)

2.3.2.4.- Ley de Promoción y Protección de la Lactancia Materna:

Capítulo I. Disposiciones Generales.

Artículo 2: Todos los niños y niñas tienen derecho a la lactancia materna en condiciones adecuadas que garanticen su vida, salud y desarrollo integral. Asimismo, las madres tienen derecho a amamantar a sus hijos e hijas, con el apoyo y colaboración de los padres.

Los padres y demás integrantes de las familias deben alentar y brindar todo el apoyo necesario para que las madres puedan ejercer el derecho humano previsto en este artículo en beneficio de sus hijos e hijas. (21)

2.4. Definición operativa de términos básicos:

Rol maternal. Papel que desempeña una mujer al ser madre.

Adopción del rol maternal. Proceso interactivo y evolutivo que tiene lugar a lo largo de un cierto periodo de tiempo y durante el cual la madre establece un vínculo con el niño, adquiere competencia en la realización de los cuidados relacionados con su rol y expresa placer y gratificación en el cumplimiento del mismo. (9)

Madre. Entidad independiente pero en interacción con el niño, padre u otra persona significativa. (9)

Características maternas. Cada uno de los valores o cualidades que definen intrínsecamente cada personaje.

Edad de la madre. Se refiere a la cronológica y a la evolutiva. (9)

Lactante. Período inicial de la vida extrauterina durante la cual el bebé se alimenta de leche materna. Niño mayor de 28 días de vida hasta los 2 años de edad. (22)

Autoestima. Percepción de cada persona sobre cómo le consideran los demás y auto aceptación de estas percepciones.

Autoconcepto. Percepción global del yo que incluye autosatisfacción, autoaceptación y concordancia o discrepancia entre el yo real y el ideal.

Estado de salud. Percepción que tiene la madre y el padre sobre su estado de salud anterior y actual, su salud general, su resistencia- susceptibilidad a la enfermedad, su preocupación por la salud, su orientación de la enfermedad y su rechazo del rol de enfermo.

Tensión de rol. Conflicto y dificultades que sufre la mujer en su esfuerzo de cumplir con sus obligaciones dentro del rol maternal.

Gratificación. La satisfacción, el gozo, la recompensa o el placer que experimenta una mujer en la interacción con su bebe, y en el cumplimiento de las tareas propias de la maternidad.

Vinculación. Componente del rol y la identidad de los padres. La vinculación se contempla como un proceso en el que se establece un lazo afectivo y emocional duradero.

Competencia. Aptitud o capacidad para llevar a cabo una tarea.

Temperamento infantil. La existencia de un temperamento difícil en vez de fácil se relaciona con el hecho de que el niño envíe mensajes difíciles de interpretar, que despierten sentimientos de incompetencia y frustración en la madre.

Estado de salud del niño. Se refiere a que las patologías del niño que producen separación con su madre, interfieren en la vinculación. (23)

Características de niño. Temperamento, apariencia y estado de salud.

Apoyo social. Magnitud de la ayuda que se recibe en la práctica, grado de satisfacción con dicha ayuda y con las personas que la suministran.

Relación Padre- Madre. Percepción de la relación conyugal que incluye los valores buscados y reales, los objetivos y los acuerdos entre ambos. (9)

2.5.- Sistema de Hipótesis

2.5.1.- Hipótesis General

Existen diferencias estadísticamente significativa entre la adopción del rol materno en sus dos factores: Vinculación con el niño, la competencia Materna, y las características maternas: edad y relación padre-madre, de lactantes hospitalizados en

los servicio Medicina I, II y III del Hospital Pediátrico Dr. Jorge Lizarrága, de la CHET, de Valencia, Edo. Carabobo.

2.5.2.- Hipótesis Específicas:

1. Existen diferencias estadísticamente significativa entre la adopción del rol materno en su factor: Vinculación con el niño y la característica maternas: edad, de lactantes hospitalizados.
2. Existen diferencias estadísticamente significativa entre la adopción del rol materno en su factor: Vinculación con el niño y la característica maternas: relación padre-madre, de lactantes hospitalizados.
3. Existen diferencias estadísticamente significativa entre la adopción del rol materno en su factor: competencia Materna y las características maternas: edad, de lactantes hospitalizados.
4. Existen diferencias estadísticamente significativa entre la adopción del rol materno en sus dos factores: competencia Materna y las características maternas: relación padre-madre, de lactantes hospitalizados.

2.6.-Sistema de Variables

2.6.1.- Definición Conceptual:

Variable 1: Rol maternal: papel que desempeña una mujer al ser madre.

Variable 2: Características maternas: cada uno de los valores o cualidades que definen intrínsecamente cada personaje.

2.6.2.- Definición Operacional:

Variable 1: Rol maternal: Respuestas dadas por las madres sobre el cumplimiento del rol materno.

Variable 2: Características maternas: Respuestas dadas por las madres sobre sus características edad y relación padre-madre.

2.7.- Operacionalización de las Variables:

VARIABLE	FACTORES	INDICADORES	SUB-INDICADORES	ÍTEM N°
Variable 1: ROL MATERNO: se refiere a las respuestas dadas sobre el papel desempeñado por las madres donde existe una vinculación con el niño y desarrollo de competencias maternas.	Vinculación con el niño: se refiere a las respuestas dadas sobre como es el proceso en el que se establece un apego emocional duradero con el lactante.	Apego emocional	<ul style="list-style-type: none"> Planificación del embarazo Compartir Jugar Contacto físico 	09, 10, 11 12 13 14, 15, 16, 17
	Competencia materna: Se refiere a las respuestas dadas sobre la aptitud o capacidad para llevar a cabo los cuidados al lactante, en cuanto a la alimentación, conocimiento de los cuidados y el cumplimiento de los mismos.	Alimentación del lactante hospitalizado Conocimientos sobre cuidados Cumplimiento de los cuidados	<ul style="list-style-type: none"> Lactancia materna Fórmulas lácteas Leche completa Comida completa Higiene y confort Alimentación complementaria Inmunizaciones Quien realiza los cuidados Se cumple esquema de inmunizaciones Se cumplen las consultas médicas mensuales 	18, 19, 20, 21 22 23 24 25, 26 27 28
Variable 2: CARACTERÍSTICA MATERNAS: Se refiere a las respuestas dadas sobre los valores o cualidades que definen intrínsecamente cada madre específicamente en edad y la relación padre- madre.	Edad: Se refiere a la cronológica y evolutiva de la madre.	Edad cronológica	<ul style="list-style-type: none"> Años 	1
	Relación padre y madre: Se refiere a las respuestas sobre la percepción materna de la relación conyugal que incluye estado civil, tipo de familia,	Estado civil Tipo de Familia Dinámica familiar Desempeño de roles	<ul style="list-style-type: none"> Casada, soltera, viuda, concubinato. Unidos o separa; Nuclear o extendida Funcional o disfuncional Sostén económico Apoyo en los 	6 29, 30 31, 32 33 34

	desempeño de roles y dinámica familiar.		cuidados	
--	---	--	----------	--

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

En este capítulo se presenta el tipo de investigación, diseño de la investigación, seguido de la población, muestra, procedimiento para la recolección de datos y técnica de recolección de datos.

3.1 Tipo de Investigación

Esta investigación es de tipo cuantitativa, que es aquella que parte de los marcos teóricos aceptados por la comunidad científica; los cuales permiten formular hipótesis o preguntas sobre relaciones esperadas entre las variables que hacen parte del problema estudiado. Desde el punto de vista de la investigación cuantitativa se deben obtener medidas numéricas, de tal forma que sus resultados sean objetivos y sean comprensibles para diferentes públicos. (24)

3.2 Diseño de la Investigación.

El diseño de esta investigación se encuentra enmarcado dentro del diseño correlacional, no experimental y de campo; según Tamayo y Tamayo, refiere a que una investigación es correlacional cuando se persigue fundamentalmente determinar el grado en el cual las variables en uno o varios factores son concomitantes con la variable en otro u otros factores, y el estudio es de campo cuando los datos se recogen directamente de la realidad, por lo cual se denominan primarios, su valor radica en que permiten cerciorarse de las verdaderas condiciones en que se han obtenido los datos, lo cual facilita su revisión o modificación en caso de surgir dudas.(25)

3.3 Población y Muestra.

La muestra fue el 100% de la población 103 madres de lactantes hospitalizados en los servicios de pediatría I, II y III del Hospital pediátrico “Dr. Jorge Lizarrága” de la CHET, durante los meses febrero y marzo del 2012. Tamayo y Tamayo define la población como la totalidad del fenómeno a estudiar en donde las unidades de población poseen una característica común, la cual se estudia y dan origen a los datos de la investigación y la muestra sería la selección de los elementos con la intención de averiguar algo sobre la población de la cual están tomados. (25)

3.4 Procedimiento para la recolección de datos

Para proceder a la recolección de datos se envió en primer lugar una solicitud de permiso correspondiente a las autoridades directivas de la CHET solicitando su autorización y colaboración en la ejecución de la investigación. Se solicitó el consentimiento informado a las participantes para colaborar en el estudio como elementos muestrales.

3.5.- Técnica de Recolección de Datos.

En el estudio, se utilizó un instrumento tipo cuestionario (ver anexos 1) el cual está estructurado por una primera parte, que contiene un total de 08 ítems, donde se establecen los datos demográficos y una segunda parte conformado por 26 ítems dividido en 20 ítems para valorar el factor rol materno y 6 ítems para valorar el factor características maternas, con una escala de Likert de cuatro alternativas: Siempre - casi siempre - Algunas veces - Nunca. El cual se aplicó en forma individual a las madres que conforman la muestra en estudio; y este instrumento se elaboro en base a los objetivos de estudio.

La validez del instrumento, se logró a través del juicio de cuatro expertos en el tema, los cuales emitieron su opinión en relación a los siguientes aspectos: correspondencia entre los ítems y la dimensión de las variables a medir, claridad y redacción, y presentación.

Es importante resaltar que la validez se refiere al grado en que la prueba está midiendo lo que en realidad se desea medir y la confiabilidad se refiere a la exactitud y a la precisión de los procedimientos de medición. (26)

Para determinar la confiabilidad del instrumento se aplicó la prueba del Alfa de Cronbach que tiene la siguiente fórmula: $ALFA: (n/n-1) * (1 - (\text{suma varianza ítems} / \text{varianza test}))$. Dando como resultado para la primera variable I (adopción del rol maternal) 0,81 y 0,79 para la variable II (características maternas) siendo estos valores buenos pudiendo, por lo tanto, aplicar el instrumento para la recolección de la información al grupo de estudio.

3.6.- Técnica para el análisis de datos.

Se analizaron resultados mediante la codificación, tabulación y análisis estadístico de la información, utilizándose las siguientes pruebas: frecuencia absoluta y relativa (números y porcentaje), medidas de tendencia central (promedio aritmético y desviación estándar) y la prueba de Chi cuadrado para conocer si hay o no relación entre los factores y variables, en cuanto los niveles de ocurrencia elaborados para realizar las asociaciones.

CAPITULO IV

PRESENTACION, ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

En este capítulo se dan a conocer los resultados obtenidos de la aplicación de los instrumentos de recolección de datos; así mismo el análisis e interpretación de los mismos.

4.1 Presentación de Resultados.

A continuación se presentan los resultados obtenidos en la investigación. Los datos fueron analizados con el paquete estadístico SPSS ver 17.0 para ambiente Windows. La información analizada se encuentra en tablas de distribución de frecuencias y de asociación se exponen las características de edad de las madres y los lactantes, y de otros aspectos, como también las relaciones entre factores y variables en estudio.

En las tablas de frecuencia se dan a conocer frecuencias absolutas y porcentajes de las distribuciones de las categorías de edad, estado civil y asistencia a

consultas de planificación familiar, incluyendo los valores descriptivos de las edades mencionadas. En las tablas de asociación se cruzan los factores y las variables, según los objetivos de la investigación, utilizando también frecuencias absolutas y porcentajes, y empleando a la vez la prueba de Chi cuadrado para conocer si hay o no relación entre los factores y variables, en cuanto los niveles de ocurrencia elaborados para realizar las asociaciones.

Como información adicional debe decirse que la edad materna se dividió en dos grupos: menores de 25 años, dándose a esta clasificación cero puntos y para 25 años o más se le otorgó tres puntos; si eran casadas o vivían en concubinato se le otorgó también tres puntos y a las otras categorías de estado civil cero puntos; por haber asistido a consultas de planificación familiar se le dio tres puntos y en caso contrario cero puntos. Esto se hizo para poder construir los niveles de ocurrencia, pues la mayoría de los ítems tenían escala de Likert que iba de Siempre (tres puntos), Casi Siempre (dos puntos), Algunas veces (un punto) y nunca (cero puntos). Una vez sumadas las puntuaciones por factores y variables, se obtuvo el promedio de ocurrencia y se clasificó este resultado de la siguiente forma: de 0 puntos a 1,49 se consideró baja ocurrencia, de 1,50 a 2,49 puntos ocurrencia media y de 2,50 a 3 puntos ocurrencia alta. Todos los resultados de las significaciones estadísticas son en base a un error de azar de menor del 5% ($P < 0,05$).

La información tabulada en cuadros se complementa con gráficas estadísticas correspondientes a gráficos de torta y barras proporcionadas.

Tabla N° 1

Distribución de las madres y lactantes según edad con valores representativos y otros aspectos con relación al Estado civil de la madre y asistencia a planificación familiar.

Servicios de medicina I, II y III del hospital pediátrico "Dr. Jorge Lizárraga".
Valencia. Febrero a Marzo del 2012.

Características	F (%)*	MÍNIMO - MÁXIMO	X ± S	MEDIANA	MODA
Edad materna (años)		15 – 51	25,4 ± 7,7	23	20 y 21
15 – 19	19 (18,4)				
20 – 24	38 (36,9)				
25 – 34	32 (31,1)				
35 o más	14 (13,6)				
Edad lactantes (años)		0,06 – 3	0,87 ± 0,7	0,75	1
Menos de 1	55 (53,4)				
1	34 (33,0)	---	---	---	---
2	14 (13,6)				
Estado civil					
Soltera	39 (37,9)				
Concubina	37 (35,9)				
Casada	20 (19,5)	---	---	---	---
Separada	6 (5,8)				
Viuda	1 (0,9)				
Asistencia a planificación familiar					

No	73 (70,9)	---	---	---	---
Si	30 (29,1)	---	---	---	---
Total	103 (100,0)	---	---	---	---

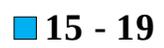
* Porcentajes en base a 103 pacientes y lactantes hospitalizados
 FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO (ZERLIN, 2012)

En la tabla N° 1 y gráficos 1A, 1B, 1C y 1D, de ciento tres madres investigadas, se encontró que la de menor edad tenía 15 años y la de mayor edad fue de 51 años, con una media de 25,4 años y desviación estándar de 7,7 años, presentando una mediana de 23 años, y un valor bimodal de 20 y 21 años. En cuanto a la distribución, las edades entre 20 a 24 años fue el grupo de mayor representación con un 36,9%, seguido por el de 25 a 24 años con 31,1%, luego las adolescentes de 15 a 19 años con 18,4% y, por último, las 35 años o más con un 13,6%.

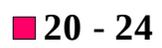
Respecto a los lactantes, el menor tuvo una edad de 0,06 años (siete meses) y el mayor fue de 3 años, la media fue de 0,87 años (diez meses) con desviación estándar de 0,7 años (ocho meses), mediana de 0,75 años (nueve meses) y moda de 1 año. Predomina los menores de un año pues fueron el 53,4%, seguidos por de un año que son el 33,0% del grupo y con dos años el 13,6%.

Un 37,9% de las madres son solteras, mientras que el 35,9% viven en concubinato, 19,5% están casadas, 5,8% se encuentran separadas y sólo hay una viuda (0,9%)

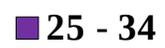
En relación a la asistencia a consultas de planificación familiar sólo el 29,1% fue a este tipo de orientación, mientras que el resto 70,9% nunca acudió.



■ 15 - 19



■ 20 - 24



■ 25 - 34



■ 35 O MÁS

■ MENOS DE 1

■ 1

■ 2

■ SOLTERA ■ CONCUBINA ■ CASADA ■ SEPARADA ■ VIUDA

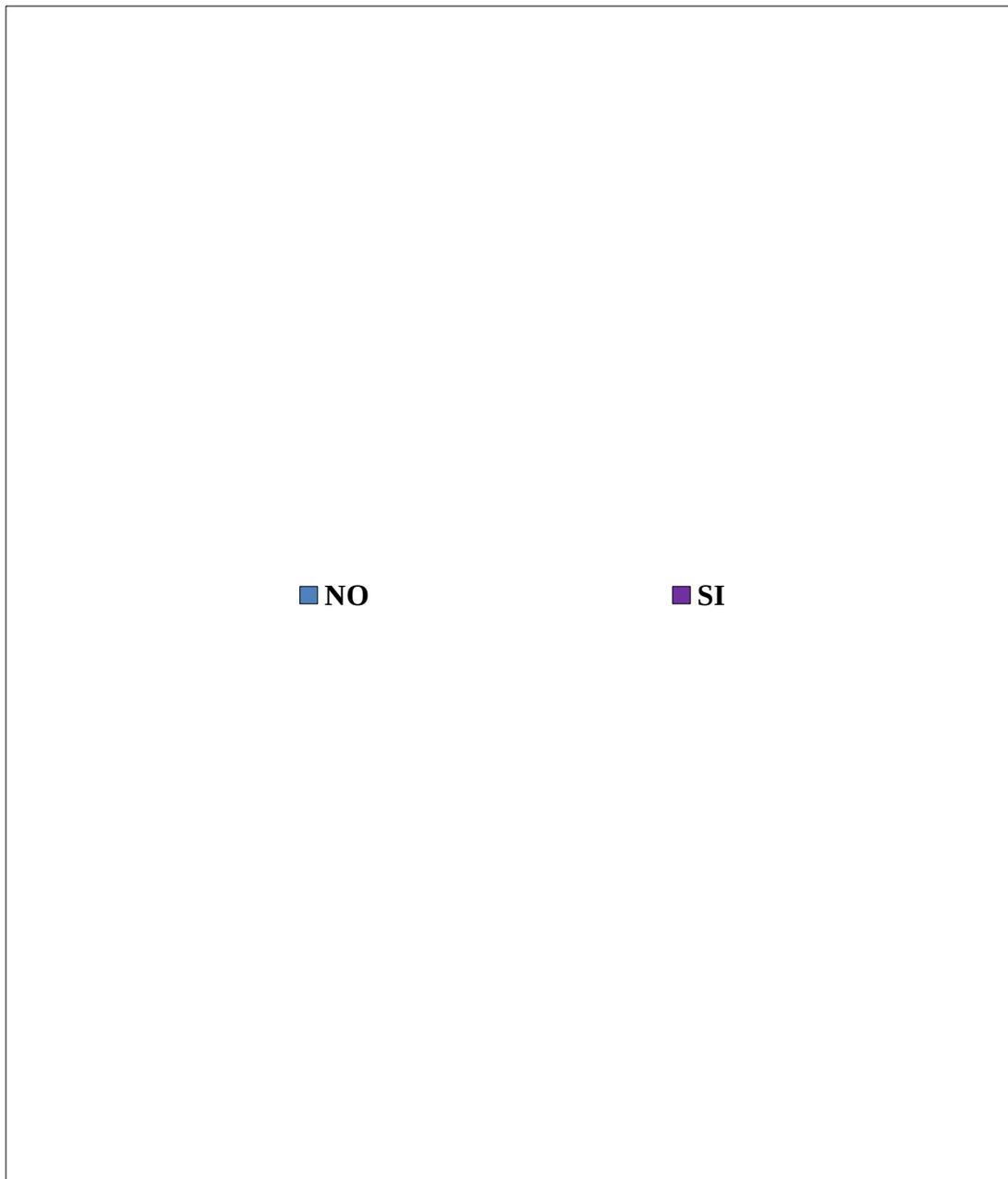


Tabla No. 2

Distribución de las madres según su edad y niveles de ocurrencia del factor vinculación con el niño.

Servicios de medicina I, II y III del hospital pediátrico "Dr. Jorge Lizárraga".
Valencia. Febrero a Marzo del 2012.

EDAD (AÑOS)	NIVELES DE OCURRENCIA DEL FACTOR VINCULACIÓN CON EL NIÑO		
	MEDIA F (%)*	ALTA F (%)*	TOTAL (%)
Menos de 25	29 (50,9)	28 (49,1)	57 (55,3)
25 o MÁS	23 (50,0)	23 (50,0)	46 (44,7)
Total	52 (50,5)	51 (49,5)	103 (100,0)

* Porcentajes en base a sub totales horizontales

$\text{CHI}^2 = 0,00$; g.l. = 1; $P < 1,00$

FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO (ZERLIN, 2012)

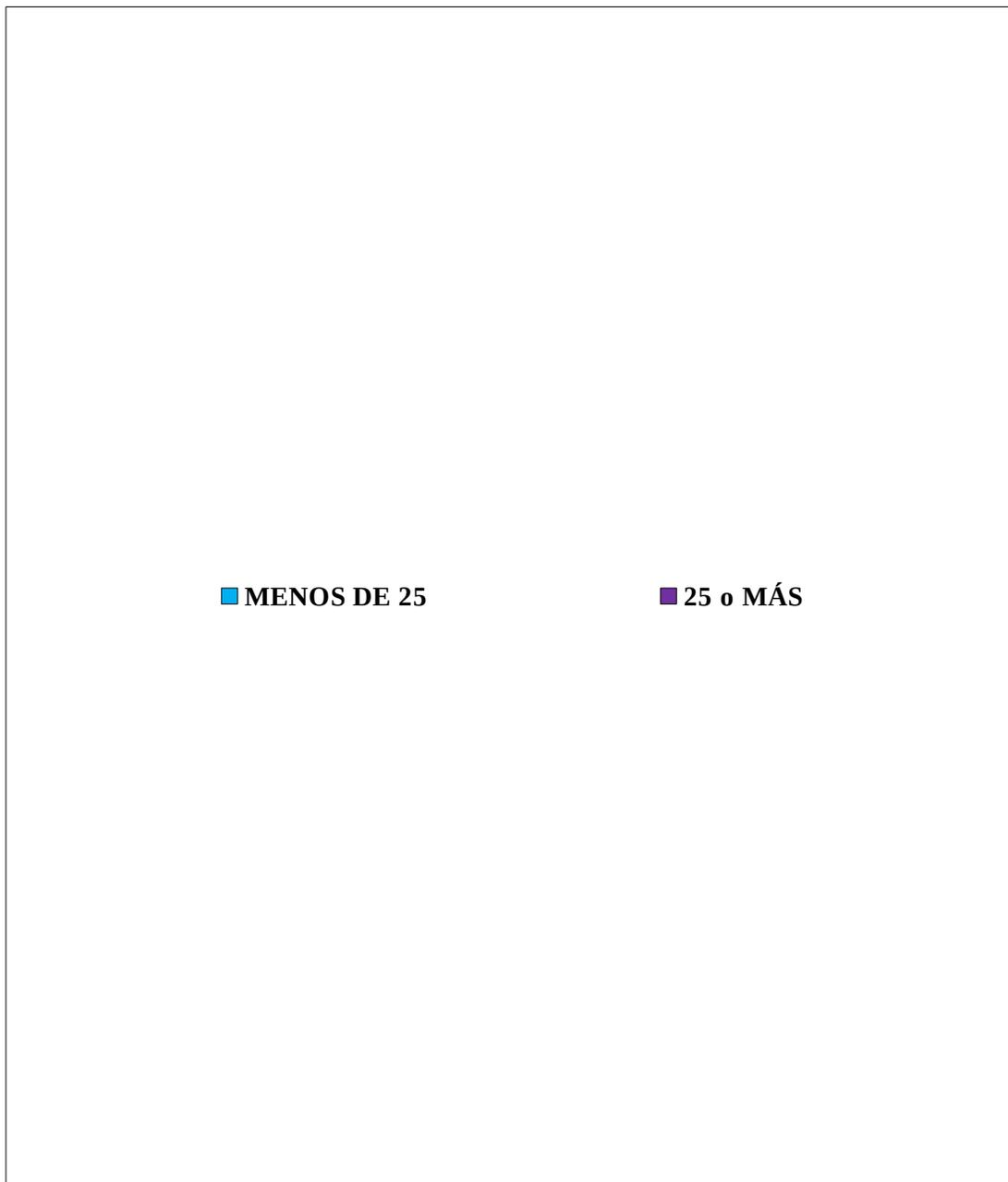
En la tabla 2 y gráficos 2A 2B y 2C, el 55,3% de las madres tenían menos de 25 años y 44,7% 25 años o más. Con relación a los niveles de ocurrencia del factor vinculación con el niño, no hubo nivel de baja ocurrencia, mientras que a nivel de ocurrencia media, el 50,5% del grupo se ubicó en este nivel, siendo el restante grupo de 49,5% de nivel de ocurrencia alta.

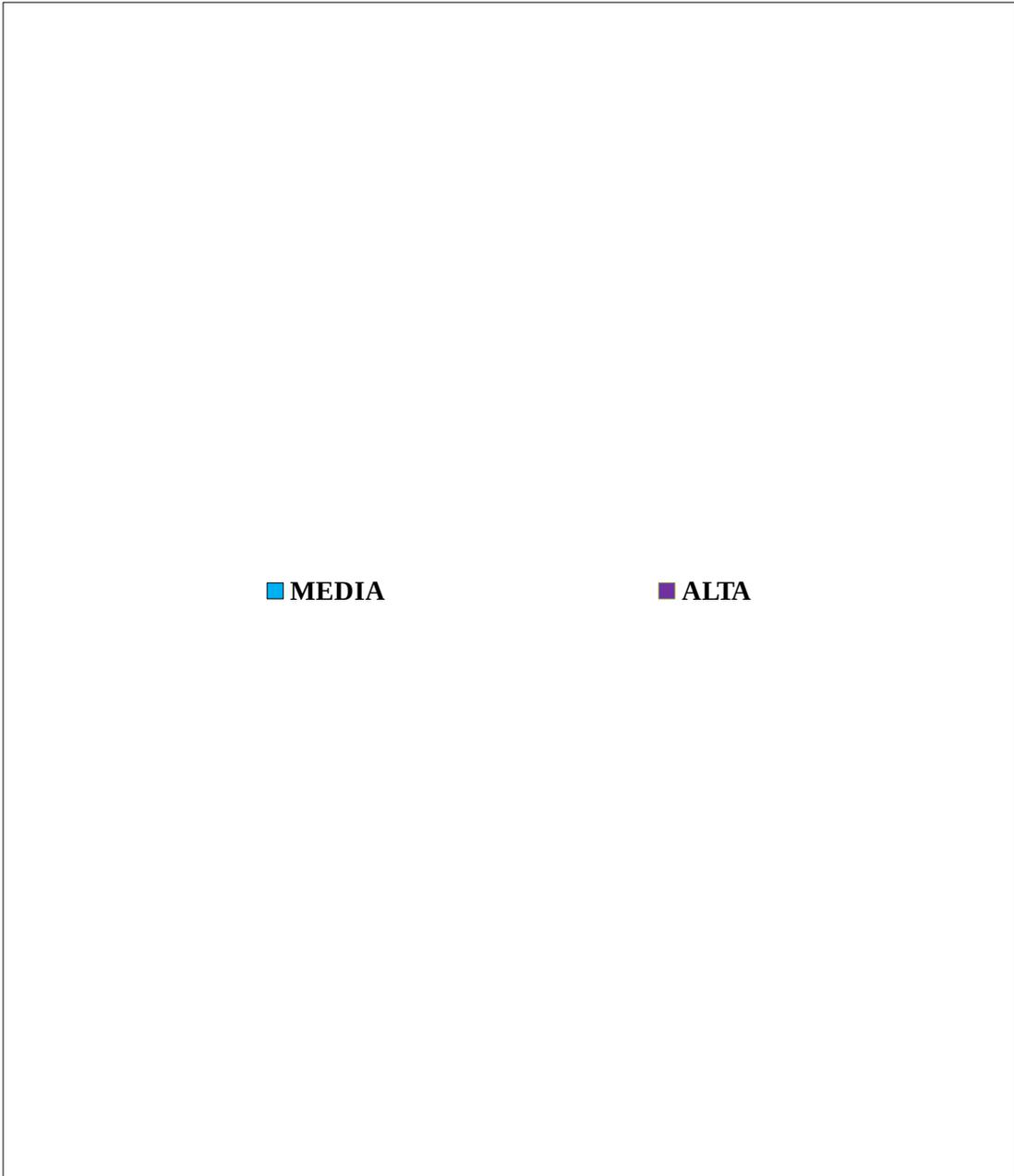
En el grupo de madres de menos de 25 años, el nivel de ocurrencia media del factor vinculación con el niño, tuvo una representación del 50,9%, siendo para la alta ocurrencia del mismo factor el 49,1%.

Por su parte en el grupo de madres de 25 años o más, los niveles de ocurrencia media y alta tuvieron la misma (50,0%) representación del factor vinculación con el niño.

Por lo tanto, no se encontró que exista una relación entre la edad según los grupos elaborados y los niveles de ocurrencia del factor vinculación con el niño, ya que como se pudo apreciar la distribución de éstos no difiere en cuanto a los grupos de edad. Al aumentar la edad, no hay un incremento correspondiente en el nivel de alta ocurrencia con respecto al nivel de ocurrencia media. Más bien hay una muy pequeña disminución al pasar de 50,9% a 50,0%.

La interpretación anterior se confirma con el valor obtenido de la prueba del Chi cuadrado, que dio un valor igual a 0,00, con un grado de libertad, para una probabilidad menor de 1, lo que resulta que no hay asociación significativa a menos del 5% ($p < 0,05$) entre los grupos de edad y el factor vinculación con el niño





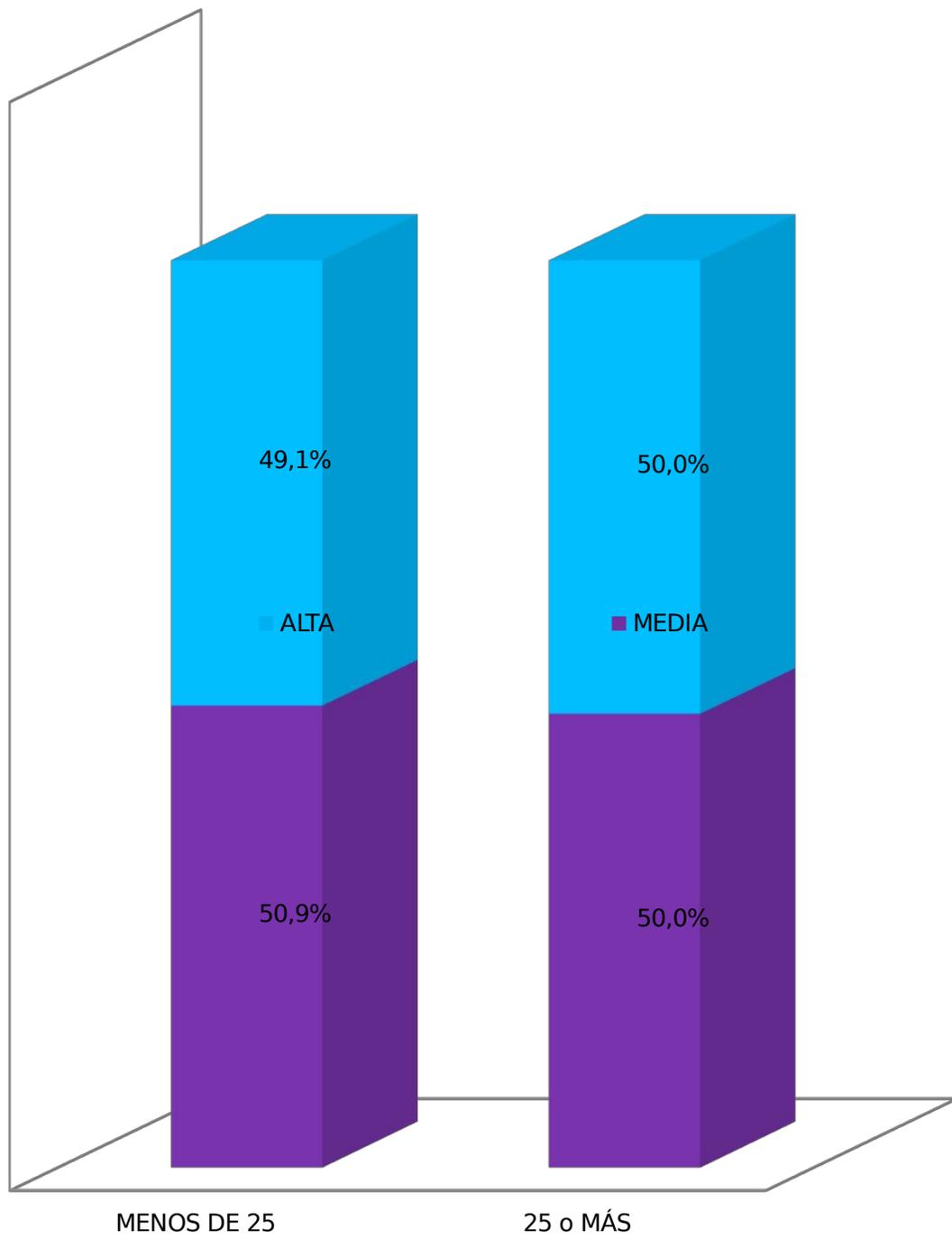


Tabla No. 3

Distribución de las madres según su edad y niveles de ocurrencia del factor competencia materna.

Servicios de medicina I, II Y III del hospital pediátrico
"Dr. Jorge Lizárraga". Valencia. Febrero a Marzo del 2012.

EDAD (AÑOS)	NIVELES DE OCURRENCIA DEL FACTOR COMPETENCIA MATERNA			TOTAL (%)
	BAJA F (%)*	MEDIA F (%)*	ALTA F (%)*	
MENOS DE 25	8 (14,0)	41 (71,9)	8 (14,0)	57 (55,3)
25 o MÁS	7 (15,2)	31 (67,4)	8 (17,4)	46 (44,7)
TOTAL	15 (14,6)	72 (69,9)	16 (15,5)	103 (100,0)

* Porcentajes en base a sub totales horizontales

$\text{CHI}^2 = 0,28$; g.l. = 2; $P < 0,87$

FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO (ZERLIN, 2012).

En la tabla N° 3 y gráficos 3ª y 3B, se observa que los niveles de ocurrencia del factor competencia materna se distribuyeron entre las ciento tres madres, en 14,6% para el nivel de baja, 69,9% en media y 15,5% en la categoría de alta ocurrencia.

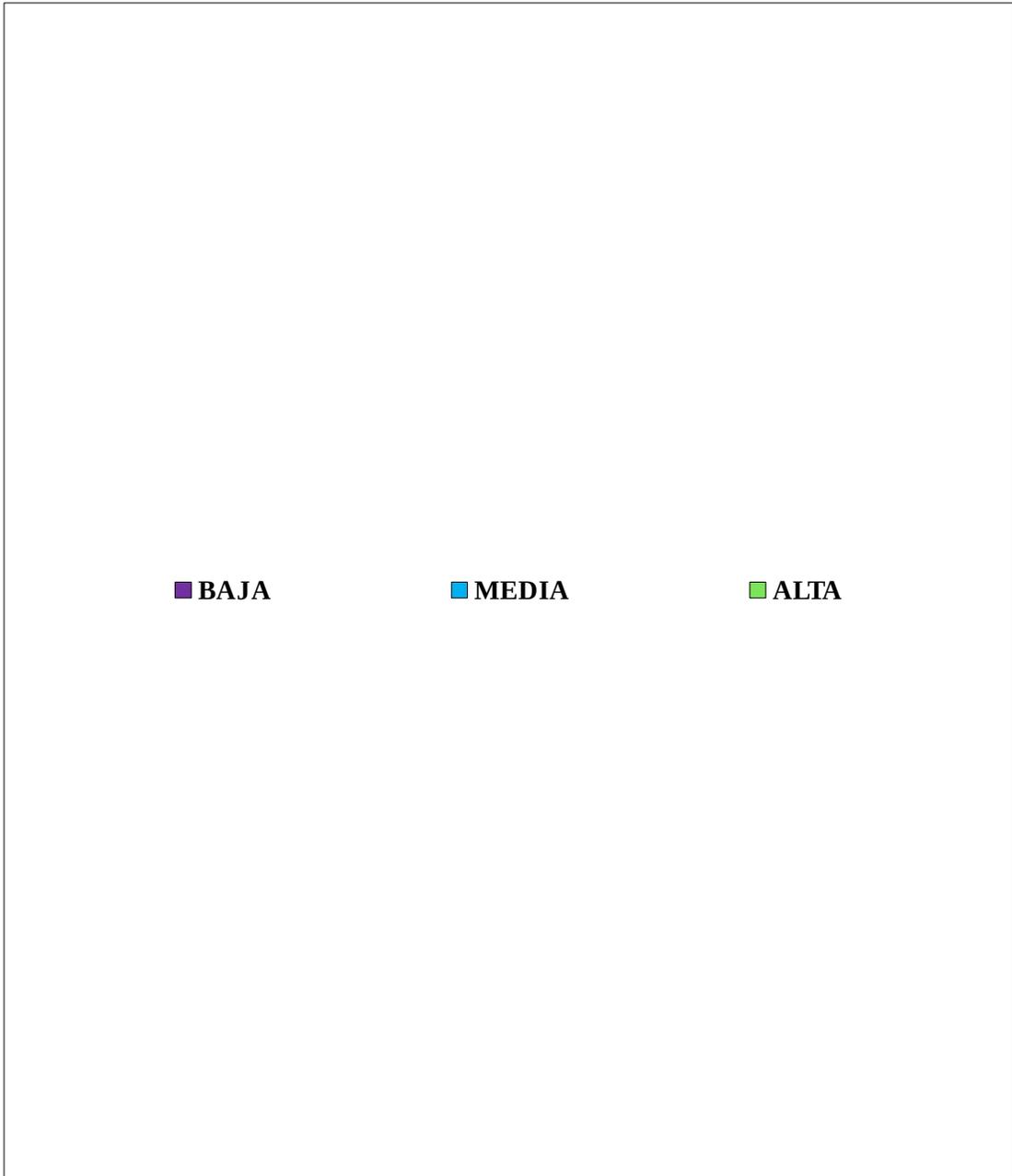
En la relación a la asociación entre los grupos de la edad y el factor competencia materna, se obtuvo que en las madres de menos de 25 años, éstas se

distribuyeran en un 14,0% en el nivel de baja ocurrencia del factor competencia materna, un 71,9% en ocurrencia media y un 14,0% igualmente en el nivel de ocurrencia alta.

En el grupo de madres de 25 años o más, el nivel de ocurrencia baja del factor competencia materna tuvo una representación del 15,2%, siendo para la ocurrencia media de este factor el 67,4% y para la ocurrencia alta del 17,4%.

Por lo tanto, se determinó que no hay una relación entre la edad según los grupos elaborados y los niveles de ocurrencia del factor competencia materna, ya que como se puede ver, las distribución de éstos no difiere en cuanto a los grupos de edad, ya que cuando se incrementa la edad, no hay una relación que demuestre un aumento correspondiente en los tres niveles de ocurrencia. Para empezar no hubo ni nivel bajo de ocurrencia y, aún más, si se comparan las distribuciones de los tres niveles en cada uno de los grupos de edad, se observará que los porcentajes de nivel similar, tienden a ser muy similares, con pequeñas diferencias porcentuales.

Lo expresado anteriormente es refrendado por el valor obtenido de la prueba del Chi cuadrado, que dio un valor igual a 0,28, con dos grado de libertad, para una probabilidad menor de 0,87, por lo que resulta que no hay asociación significativa a menos del 5% ($p < 0,05$) entre la edad y el factor competencia materna.



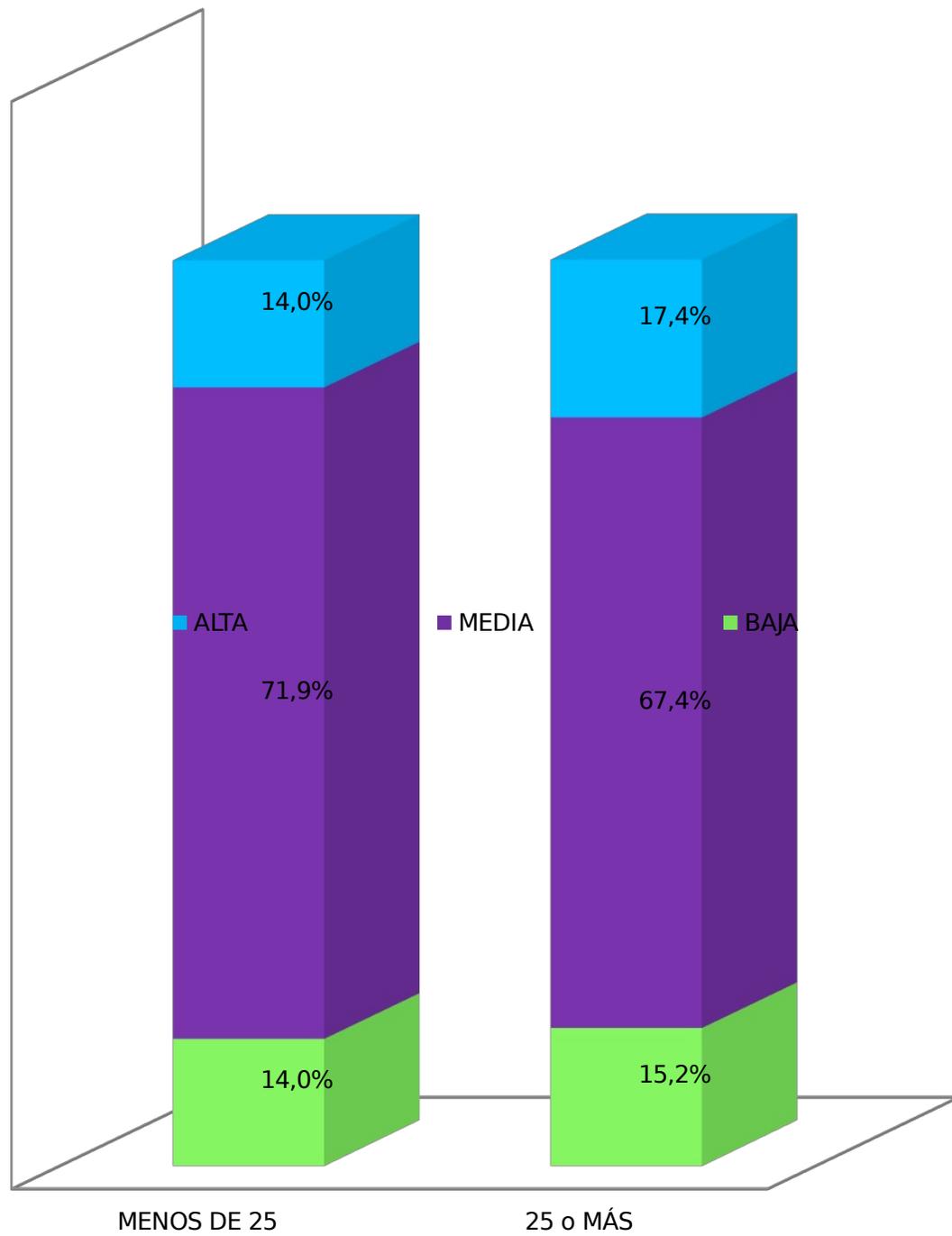


Tabla No. 4

Distribución de las madres según niveles de ocurrencia de los factores relación padre y madre y vinculación con el niño.

Servicios de medicina I, II Y III Del Hospital Pediátrico "Dr. Jorge Lizárraga".
Valencia. Febrero a Marzo del 2012.

NIVELES DE OCURRENCIA DEL FACTOR RELACIÓN PADRE Y MADRE	NIVELES DE OCURRENCIA DEL FACTOR VINCULACIÓN CON EL NIÑO		
	MEDIA F (%)*	ALTA F (%)*	TOTAL (%)
Media	34 (54,0)	29 (46,0)	63 (61,2)
Alta	18 (45,0)	22 (55,0)	40 (38,8)
Total	52 (50,5)	51 (49,5)	103 (100,0)

* Porcentajes en base a sub totales horizontales

$\text{CHI}^2 = 0,47$; g.l. = 1; $P < 0,49$

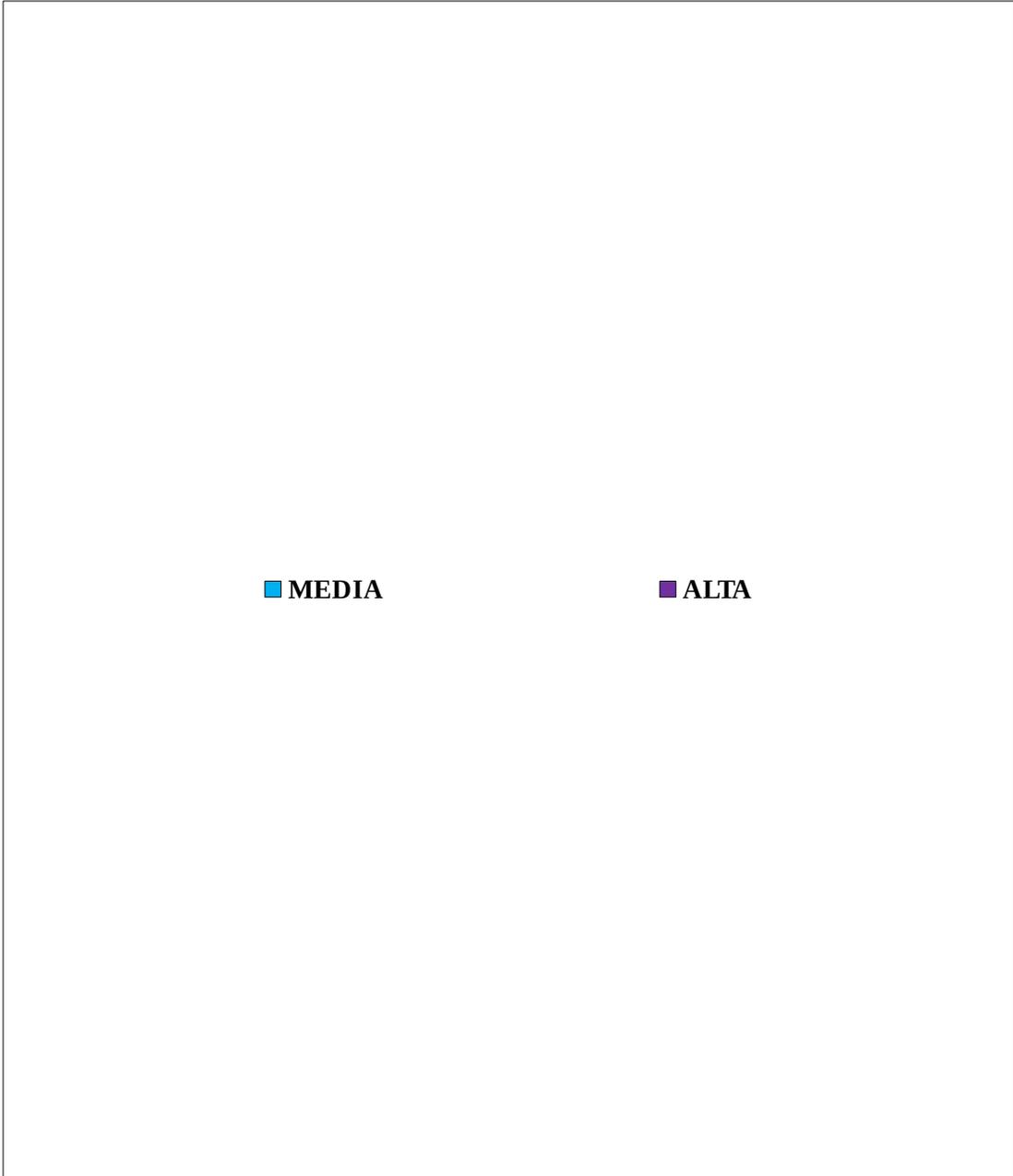
FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO (ZERLIN, 2012)

En la tabla N° 4 y gráficos 4^a y 4B, el factor relación padre y madre, no hubo el nivel de baja ocurrencia, mientras que el 61,2% de las madres se ubicó en el nivel de ocurrencia media y el 38,8% restante en el nivel de alta ocurrencia de este factor. En el grupo de madres ubicadas en el nivel de ocurrencia media del factor relación padre y madre, se encontró que un 54,0% de ellas se están posicionadas en el

mimo nivel de ocurrencia media del factor vinculación con el niño, siendo para esta asociación un porcentaje del 54,0%, y correspondiendo el resto 46,0% al nivel de ocurrencia alta del factor relación padre y madre. Por otra parte, en el grupo de madres que se encuentran el nivel de alta ocurrencia del factor relación padre-madre, se distribuyeron en 45,0% el nivel de ocurrencia media y 55,0% en el nivel de alta ocurrencia del factor vinculación con el niño.

De acuerdo a lo anterior, no hay una relación entre las ocurrencias de los factores relación padre y madre y vinculación con el niño, pues se puede apreciar que la distribución entre estos factores no generan diferencia notables entre ellas, de manera que al aumentar el nivel de ocurrencia de un factor se vea incrementado la ocurrencia del otro. Las diferencias que se observan en los porcentajes son apenas de un uno por ciento (54,0% y 55,0%).

El análisis precedente viene a ser confirmado con el valor obtenido de la prueba del Chi cuadrado, que dio un valor igual a 0,47, para un grado de libertad, y una probabilidad menor de 0,47, por lo que resulta que no hay asociación significativa a menos del 5% ($p < 0,05$) entre los dos factores.



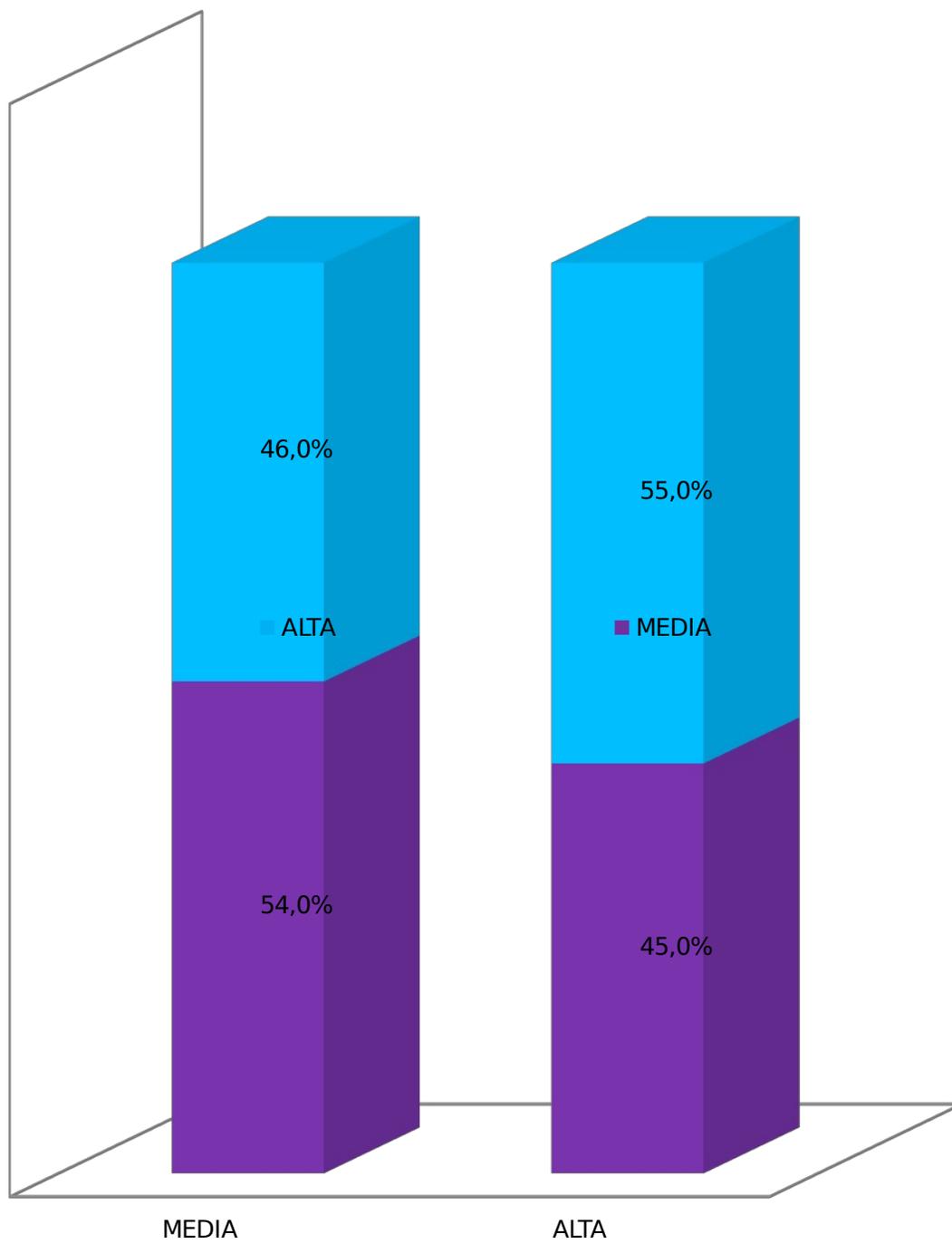


Tabla No. 5

Distribución de las madres según de ocurrencia de los factores relación padre y madre, y competencia materna.

Servicios de medicina I, II y III del hospital pediátrico "Dr. Jorge Lizárraga".
Valencia. Febrero a Marzo 2012.

NIVELES DE OCURRENCIA DEL FACTOR RELACIÓN PADRE Y MADRE	NIVELES DE OCURRENCIA DEL FACTOR COMPETENCIA MATERNA			TOTAL (%)
	BAJA F (%)*	MEDIA F (%)*	ALTA F (%)*	
Media	8 (12,7)	47 (74,6)	8 (12,7)	63 (61,2)
Alta	7 (17,5)	25 (62,5)	8 (20,0)	40 (38,8)
Total	15 (14,6)	72 (69,9)	16 (15,5)	103 (100,0)

* Porcentajes en base a sub totales horizontales

$\text{CHI}^2 = 1,74$; g.l. = 2; $P < 0,42$

FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO (ZERLIN, 2012)

En la tabla N°5 y grafico 5, al relacionar en el grupo de las ciento tres madres que respondieron para el nivel, de ocurrencia media del factor relación padre-madre, se encontró que un 12,7% de ellas respondieron para estar en el nivel de

ocurrencia baja del factor competencia materna, un 74,6% se ubicaron en el nivel de ocurrencia media y el 12,7% restante en el nivel de ocurrencia alta.

Dentro del factor relación padre-madre, en el nivel de alta ocurrencia, los porcentajes para los niveles de ocurrencia baja, media y alta del factor competencia materna, fueron 17,5%, 62,5% y 20,0%.

En vista de lo expresado en los párrafos anteriores, no hay relación entre las ocurrencias de los factores relación padre-madre y competencia materna, ya que se aprecia que las distribuciones de las categorías de ocurrencia de ambos factores son similares para los dos niveles del primer factor, es decir, relación padre-madre.

Si se considera, además, el valor obtenido de la asociación entre los factores al utilizar la prueba de Chi cuadrado, que fue igual a 1,74, para dos grados de libertad, con una significación de 0,42, se notará que no hay relación de orden significativa ($P < 0,05$).

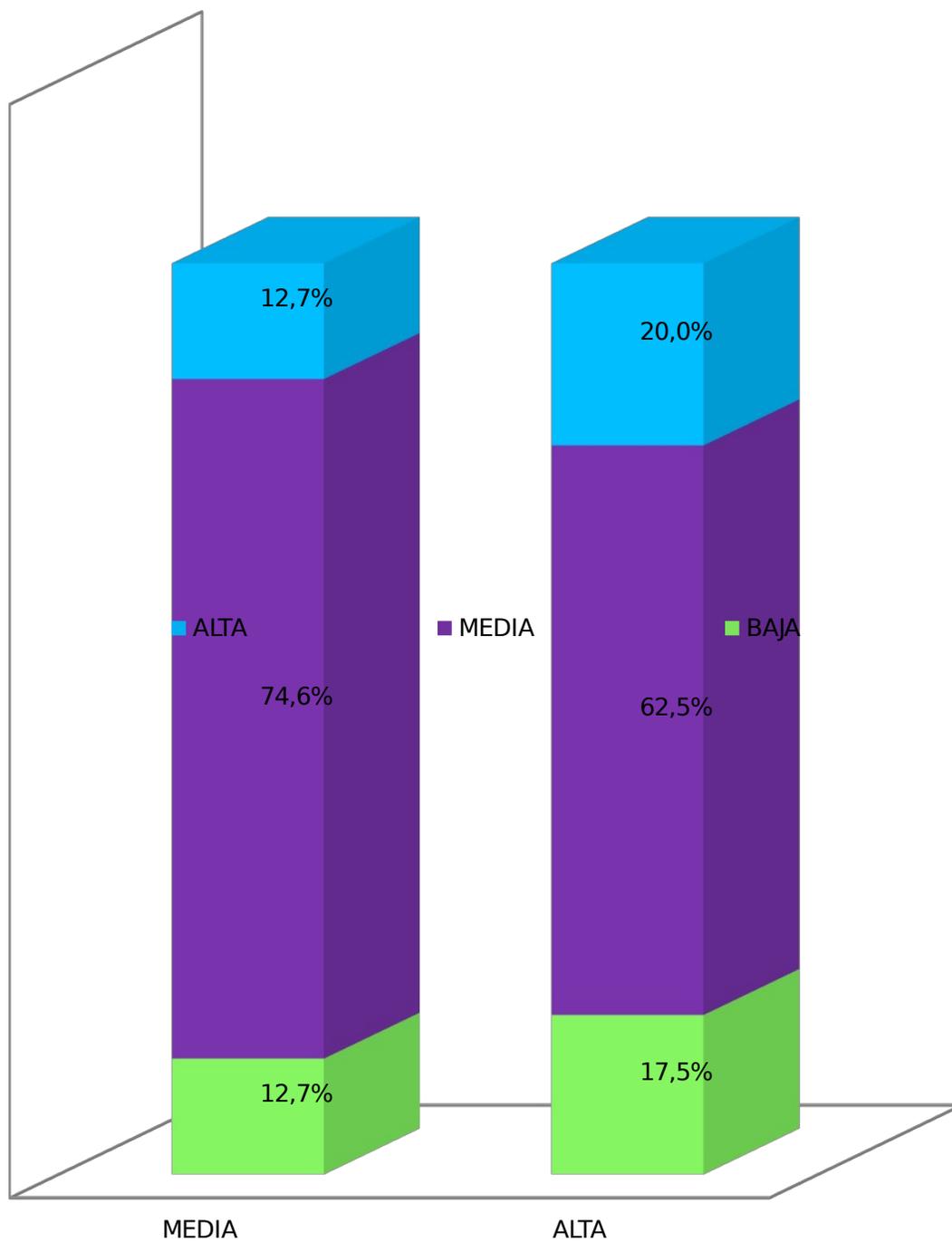


Tabla No. 6

Características de madres de los lactantes hospitalizados y adopción del rol materno

Distribución de las madres según las variables en estudio

Servicios de medicina I, II y III del hospital pediátrico "Dr. Jorge Lizárraga".
Valencia. Febrero a Marzo del 2012.

CARACTERÍSTICAS DE MADRES DE LOS LACTANTES HOSPITALIZADOS	NIVELES DE OCURRENCIA DEL ROL MATERNO		
	MEDIA F (%)*	ALTA F (%)*	TOTAL (%)
Baja	14 (70,0)	6 (30,0)	20 (19,4)
Media	51 (81,0)	12 (19,0)	63 (61,2)
Alta	15 (75,0)	5 (25,0)	20 (19,4)
Total	80 (77,7)	23 (22,3)	103 (100,0)

* Porcentajes en base a sub totales horizontales

$\text{CHI}^2 = 1,15$; g.l. = 2; $P < 0,56$

FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO (ZERLIN, 2012)

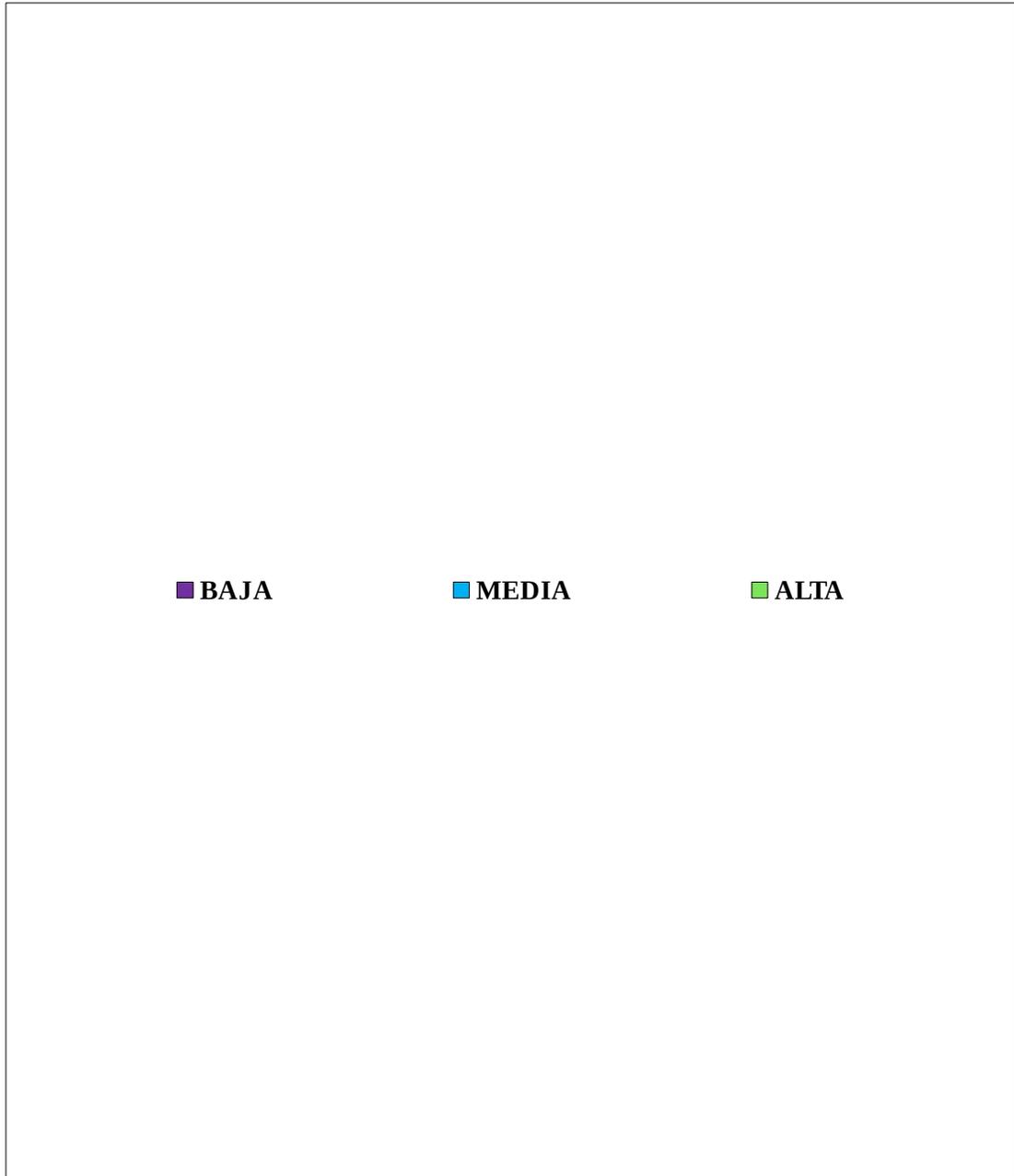
Al consolidar los factores que conforman las variables en la tabla N° 6, y gráficos 6A, 6B y 6C, se obtuvo que en características de las madres de los lactantes hospitalizados el 19,4% de las madres se ubicaron por igual en los niveles de baja y alta ocurrencias y el restante 61,2% en ocurrencia de nivel media.

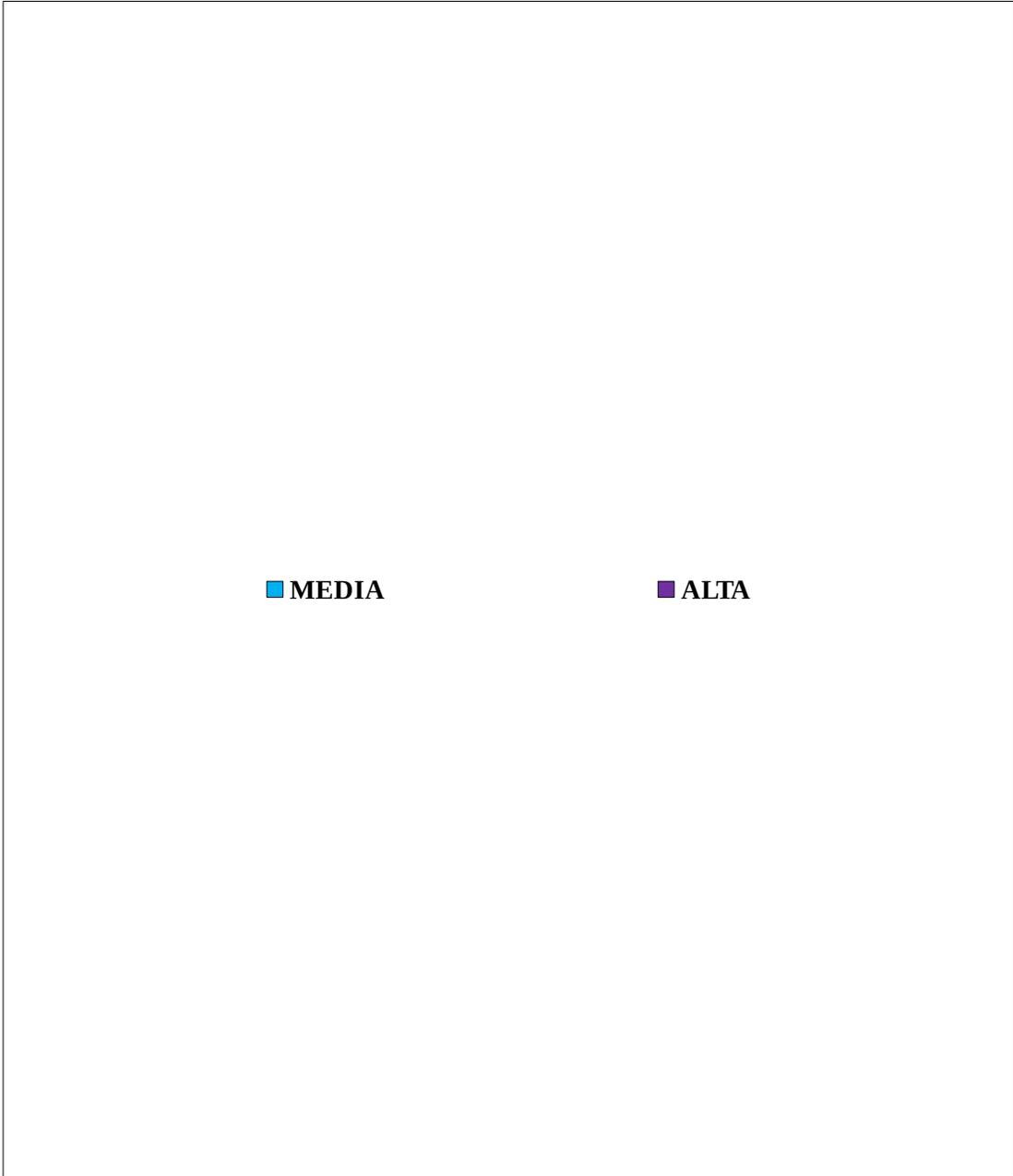
Por su parte, para la variable rol materno, predominó el nivel de ocurrencia media con una representación de un 77,7% de las madres investigadas, siendo el 22,3% para el nivel de alta ocurrencia. Estableciendo la relación entre las dos variables, se puede apreciar que en el nivel de baja ocurrencia de la variable características de las madres, predomina el nivel de ocurrencia media de la variable rol materno al presentar un 70,0%, siendo un 30,0% restante para el nivel de ocurrencia alta. En el nivel de ocurrencia media de la variable características de las madres, se encontró para el mismo nivel de la variable rol materno, un porcentaje del 81,0% y para el nivel de alta ocurrencia el 19,0% de esta variable.

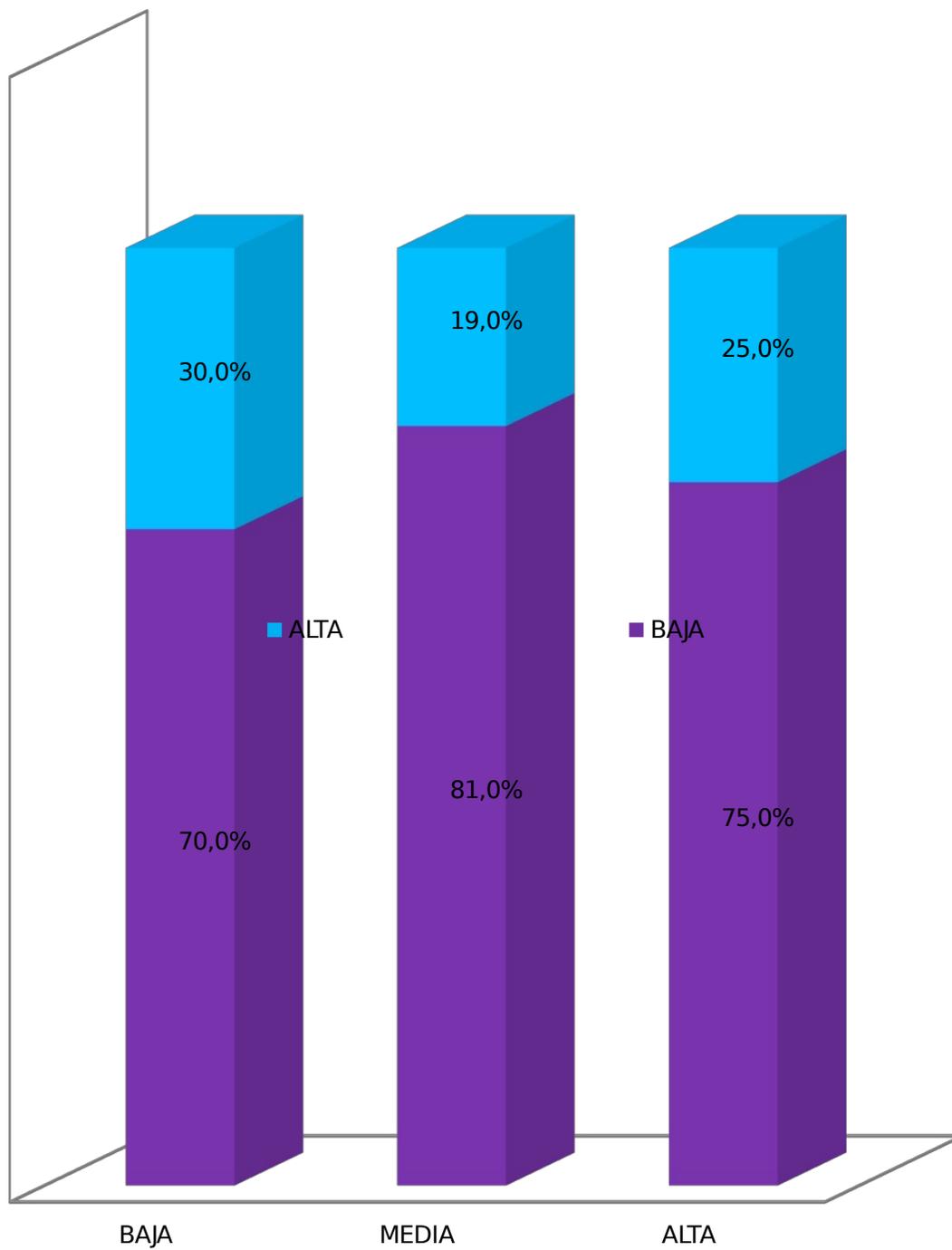
Para el nivel de ocurrencia alta de la variable características de las madres, vuelve a predominar con un porcentaje del 75,0% el nivel de ocurrencia media de la variable rol materno, quedando el 25,0% que resta para el nivel de alta ocurrencia.

Tal como fue expresado en los resultados mencionados, en los tres niveles de ocurrencia de la variable características de las madres, hay un predominio absoluto del nivel de ocurrencia media, por lo que no existe relación entre ambas variables, ya que si se incrementa el nivel de ocurrencia de la variable características de las madres, surtirá igual efecto en la ocurrencia de la variable rol materno, siendo posible de verificar, dado el resultado del valor de la prueba de Chi cuadrado que fue igual a

1,15 para dos grados de libertad y una significación mayor a 0,05, pues el valor del error de azar fue de 0,56.







4.2. Análisis e interpretación de los Resultados.

En este estudio el 36,9% de las madres tenían edades comprendidas entre 20 y 24 años. Con respecto a los lactantes el 53,4% eran menores de 1 año. Estos resultados demuestran que las madres no eran de alto riesgo para un bajo desempeño en el rol materno, tal como lo señalan los estudios de Mercer sobre la socialización de la madre, en sus respuestas conductuales influye el nivel de desarrollo y las características innatas de su personalidad, sólo un 18,4% eran adolescentes(1). En esta etapa de la vida existe un mayor reto en la adopción del rol materno, se abre a las jóvenes un ancho campo de descubrimientos y a la vez de confusión, aparecen intereses y sentimientos nunca antes experimentados que llevan a la adolescente a enfrentar conflictos para los cuales no está preparado. La mayoría de las madres del estudio eran solteras. Lo que pudiera original que falte el apoyo fundamental, que solidifica los lazos afectivos entre la triada madre- padre- hijo. (2)

Los resultados arrojaron que la edad de las madres no se relaciona significativamente con el nivel de ocurrencia del factor vinculación con el lactante en el grupo de madres investigadas. Asimismo se encontró iguales resultados con el factor competencia materna. Se demuestra que la madre de cualquier edad tiene capacidad para vincularse con el lactante y competencia en su rol materno. Estos resultados se relacionan con la teoría del apego, creada por John Bowlby, quien enfatiza ciertas nociones teóricas clave respecto a los vínculos tempranos entre el

bebé y sus cuidadores, siendo los elementos teóricos más importantes que el bebé nace con una predisposición a vincularse a sus cuidadores, que éste organizará su comportamiento y pensamiento en función de la mantención de sus relaciones de apego, y que tenderá a mantener aquellas relaciones incluso si esto implica un alto costo de su propio funcionamiento (13). La competencia materna reflejada en estos resultados señalan las respuestas sensibles de las madres quienes respondieron con conductas de cuidado a las demandas del bebé, incluyendo la capacidad de notar sus señales, poder interpretarlas adecuadamente y responder afectiva y conductualmente de manera apropiada y rápida (27). Los resultados obtenidos coinciden con Aisworth y col. Los cuales revelaron que los hijos de madres con mayores niveles de sensibilidad, tendían a mostrar un comportamiento de apego seguro en la Situación Extraña a los 12 meses de edad, instalando la centralidad de la sensibilidad materna en el primer año de vida como clave para el desarrollo de un apego seguro (28).

No fue posible establecer que haya una relación entre las ocurrencias de los factores relación padre-madre y vinculación con el lactante. Por lo que no se pudo demostrar que la relación padre-madre se relacione significativamente con el nivel de ocurrencia del factor vinculación con el lactante en el grupo de madres investigadas. Asimismo la ocurrencia de la relación padre-madre no se vincula significativamente con la ocurrencia del factor competencia materna en el grupo de madres investigadas.

Por consiguiente, no se encontró una asociación significativa al establecer la relación entre las variables características de las madres y rol materno en el grupo investigado. Estos resultados son similares con los de Morales H y Col. quienes estudiaron la relación que existe entre los conocimientos que poseen las madres adolescentes, que participan en el Programa de Prevención y Asistencia de Embarazos en Adolescentes (PASAE), sobre el cuidado del niño en sus factores: nutrición, prevención de enfermedades y vínculo afectivo y el desempeño del rol materno en los mismos factores.

Los resultados obtenidos fueron: Las madres adolescentes entrevistadas, demostraron mayor dominio en el conocimiento relativo a nutrición del niño, cuando se le compara con el ejercicio del rol materno en el mismo factor, con una probabilidad de ($P \leq 0.05$) asociada a la t de Student de 5,387, resultando significativa. En cuanto al factor prevención de enfermedades, las madres adolescentes demostraron igual dominio en el conocimiento y en la práctica del rol materno siendo en este caso que la probabilidad ($P = 0.05$) que asociada a la t de Student de 2,079, no resultó significativa y en cuanto al factor vinculo afectivo, la probabilidad fue de ($P = < 0.05$) siendo esta significativa al asociarla a la t de Student de 2,753, por lo que se infiere que las madres adolescentes entrevistadas evidenciaron mayor dominio del conocimiento relativo al vínculo afectivo cuando se le compara con el rol materno en el mismo factor (4).

Igualmente estos resultados coinciden con Martínez L. y Col. E. quienes realizaron el estudio sobre la identificación de las vivencias de las madres adolescentes frente a la adopción del rol maternal del programa madre canguro del Hospital Universitario San Ignacio - Bogotá. Se evidencio que al inicio del embarazo las adolescentes no pensaban en el rol materno pues su prioridad eran las consecuencias de su embarazo en su familia, algunas fantaseaban con su bebe, habían sentimientos de miedo angustia, temor, tristeza, pero con el transcurso del embarazo y de las fases de la adopción del rol materno ellas experimentaron alegría, gratificación, amor, culpa, placer, ira, los sentimientos negativos fueron cuando se enteraron que sus hijos eran prematuros y/o con bajo peso al nacer. La mayoría de las adolescentes recibieron apoyo de sus familias y su pareja durante todo el proceso de adopción del rol (2).

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En el presente capítulo se presentan las conclusiones y recomendaciones del trabajo de investigación.

5.1 Conclusiones

- No hubo diferencias estadísticamente significativas al comparar la edad con el nivel de ocurrencia del factor vinculación con el niño en el grupo de madres investigadas.
- No hubo diferencias estadísticamente significativas al comparar la relación padre-madre con el nivel de ocurrencia del factor vinculación con el niño en el grupo de madres investigadas.
- No hubo diferencias estadísticamente significativas al comparar la edad con el nivel de ocurrencia del factor competencia materna en el grupo de madres investigadas.

- No hubo diferencias estadísticamente significativas al comparar la relación padre-madre con la ocurrencia del factor competencia materna en el grupo de madres investigadas.
- No existe asociación significativa al establecer la relación entre las variables características de las madres y rol materno en el grupo investigado, rechazándose la hipótesis general de la investigación.

5.2 Recomendaciones

- Dar a conocer los resultados de esta investigación a los directivos del Hospital Pediátrico Dr. Jorge Lizarrága, de la ciudad de Valencia, Edo. Carabobo, para crear programas de educación para la salud que sirvan para la promoción del vínculo afectivo madre-hijo y adopción del rol maternal.
- Informar a los docentes de la Maestría en Enfermería sobre los resultados obtenidos, con el objetivo de implementar actividades en el plan de estudio donde se le brinden herramientas al estudiante para, una vez en el área laboral, reforzar la adopción del rol materno de las madres a su cargo.

- Informar a los administradores regionales del programa materno-infantil, sobre los resultados de la presente investigación, a fin de que se introduzcan programas educativos para padres, donde se fortalezcan las debilidades de estos en cuanto al conocimiento y correcto afrontamiento de los deberes del padre y derechos del niño, en las normas de atención prenatal.
- Desarrollar cursos de atención en servicio, para capacitar al personal de enfermería a todo lo referente a la estimulación del proceso de la vinculación afectiva madre hijo, tanto a nivel prenatal como en el parto y post parto.
- Fomentar en la madre la importancia de fortalecer el rol materno, a través de talleres, sesiones educativas entre otros por parte del personal de salud de la institución.
- Promocionar la lactancia materna exclusiva desde la etapa prenatal.
- Reforzar el programa de promoción, protección y apoyo de la lactancia materna, a nivel hospitalario y comunitario.
- Crear un comité Pro-lactancia materna con la finalidad de trabajar en función de la Iniciativa Hospital amigo de la niño/a para proteger, promover y apoyar la lactancia materna.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- González Varela D. Factores asociados al embarazo en la adolescencia. Portales médicos.com. 2011. Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/3046/1/Factores-asociados-al-embarazo-en-la-adolescencia>

- 2.- Martínez C. y Rodríguez M. Vivencias de las madres adolescentes del programa madre canguro integral del hospital universitario san Ignacio frente a la adopción del rol maternal en el segundo periodo 2008. Disponible en: <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/2008/DEFINITIVA/Tesis10.pdf>

- 3.- Da Silva A; Luciane, Spanó N; Azevedo F, Stefanello J. Significados atribuidos por puérperas adolescentes a la maternidad: auto cuidado y el cuidado con el bebé. Texto & Contexto Enfermería. 2009, Vol. 18, N° 1; p. 48-56

- 4.- [Morales](#) H. Conocimiento que tienen las madres adolescentes sobre el cuidado del niño y su relación con el desempeño del rol materno. Portales médicos.com. 2008. Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1126/2/Conocimiento-que-tienen-las-madres-adolescentes-sobre-el-cuidado-del-ni%C3%B1o-y-su-relacion-con-el-desempe%C3%B1o-del-rol-materno>.

- 5.- Contreras J. Investigación acción participativa: optimización del cuidado materno de los (as) niños (as) en el primer año de vida”. I Congreso internacional, II Congreso nacional en cuidado humano. Primera edición. Edit. Ediciones Delforn, C.A. 2009; p. 93.

- 6.- Ferrer Díaz R y Figuera E. Cuidado del hijo de la madre adolescente. Memorias de los congresos en cuidado humano. Primera edición. Edit. Ediciones Delforn. 2010; p. 109.

- 7.- Ostiguin R. Rol funcional de la adolescente después del nacimiento del primer hijo. 1997. Disponible en: eprints.uanl.mx/1563/1/1080071206.PDF

- 8.-Nurses.Info, Reva Rubin. Teoría de la identidad de la madre. 2010. Disponible en: www.nurses.info/nursing_theory_midrange_theories_reva_rubin.htm

9. - Marrier-Tomey A. y Alligood M. Modelos y teorías de enfermería. Teoría de Ramona Mercer. Cuarta edición. Edit. HarcourtBrace. España 1999; p. 407-417.

- 10.- Ibarra L. adolescencia y maternidad. Impacto psicológico en la mujer. 2003. Disponible en: pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0257-43222003000100006&script=sci_arttext
- 11.- Olhaberry M. y Col. Estrés materno y configuración familiar: estudio comparativo en familias chilenas mono parentales y nucleares de bajos ingresos. 2012. Disponible en: revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/download/1047/3360
- 12.- Vidal M. Teoría De Los Roles. 2010. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/29035695/Teoria-de-Los-Roles>.
- 13.- Fonagy P. Persistencias trans-generacionales del apego: una nueva teoría. Aperturas psicoanalíticas. Rev. N° 003. Disponible en: <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000086&a=Persistencias-transgeneracionales-del-apego-una-nueva-teoria>.
- 14.- Cueli J, Reidl L, Marti C, Lartigue T. y Michaca P. Teorías de la personalidad. Teoría de los Sistemas. Octava edición. Edit. Trillas. México 2003; p. 485-494.
- 15.- Minuchin S. Familias y terapia familiar. Octava edición. Edit. Gedisa. Barcelona 2003; p. 40-41.
- 16.- Anderson B.A, Camacho M.E, Stark J. Trastornos de la Salud Familiar Durante el Embarazo. Primera Edición. Edit. Trillas. México. 1980; p. 41-46.
- 17.- Blank A. y Rodríguez E. Derechos Humanos y consentimiento informado en las investigaciones biomédicas en Colombia. Revista Colombia Médica. 2004; p. 224-230.
- 18.- Ley Orgánica del Trabajo, Trabajadores y Trabajadoras. Gaceta oficial de la Republica Bolivariana de Venezuela. LOTTT 2007. Disponible en: www.lottt.gob.ve/wp-content/uploads/2012/05/LOTTT-Gaceta-6.076.pdf
- 19.- Ley Orgánica para la Protección de Niños, Niñas y Adolescentes. LOPNNA 2007. Disponible en: www.trabajoinfantilvenezuela.org.ve/fotos/file/LOPNNA-2007.pdf
- 20.- Ley para la Protección de las Familias, la Maternidad y la Paternidad. Gaceta Oficial de la Republica Bolivariana de Venezuela. 2007. Disponible en: www.oas.org/dil/esp/Ley_proteccion_familia_maternidad_paternidad_Venezuela.pdf

- 21.- Ley de Promoción y Protección de la Lactancia Materna. 2007. Disponible en: www.ilo.org/dyn/travauil/docs/1911/breastfeeding-Gaceta%20Oficial%20N%2038.pdf
- 22.- Montero L. Lactante. 2010. Disponible en: http://www.portalesmedicos.com/diccionario_medico/index.php/Lactante
- 23.- Mancilla L. y Col. adopción del rol materno-convertirse en madre. Disponible en: teoriasintermedias2013.blogspot.com/2013/05/adopción.del.rol.materno.convertirse-en.html
- 24.- Toro I. y Parra R. Metodología de la Investigación. Fondo Editorial Universidad Eafit. México. 2006; p. 19-26.
- 25.- Tamayo y Tamayo M. El Proceso De La Investigación Científica. Cuarta edición. Edit. Limusa. México 1995; p. 71-114.
- 26.- Namakforoosh M. Metodología De La Investigación. Segunda edición. Edit. Limusa. México 2005; p. 227.
- 27.- Repetur K y Quezada A. Vínculo y desarrollo psicológico: la importancia de las relaciones tempranas. Revista Digital Universitaria. Noviembre 2005. Vol. 6 N° 11. ISSN: 1067-6079.
Disponible en: http://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art105/nov_art105.pdf
- 28.- Besoain C. y Santelices M. Transmisión inter generacional del apego y función reflexiva materna: una revisión. 2009.
Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082009000100011>.

ANEXO 1

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____, Cédula de Identidad N° _____, por medio de la presente hago constar que la Lcda. Andreina Zerlin, titular de la Cédula de Identidad N° 17 314 293, me ha solicitado que participe en su trabajo de investigación titulado “Adopción del rol materno y su relación con las características de las madres de lactantes hospitalizados en un hospital pediátrico público. Valencia - Edo. Carabobo”. De igual forma doy fe que la Lcda. Zerlin me ha explicado detalladamente cual es el objetivo de la investigación, que tipo de colaboración espera de mí, al formar parte de la muestra de su estudio, me ha leído y entregado por escrito los derechos que tengo como informante y me ha garantizado la confidencialidad y el anonimato de los datos que yo le estoy proporcionando. Por todo lo antes señalado, le estoy dando mi consentimiento para participar en el estudio, en Valencia, a los _____ días del mes de _____ de _____.

Firma del Entrevistado

Firma del Entrevistador

ANEXO 2

UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCION DE POST GRADO
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA SALUD REPRODUCTIVA

**ADOPCIÓN DEL ROL MATERNAL Y SU RELACION CON LAS
CARACTERÍSTICAS DE LAS MADRES DE LACTANTES
HOSPITALIZADOS EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO PÚBLICO.
VALENCIA - EDO. CARABOBO**

Tutor Metodológico:
Dra. Amarilis Guerra

Tutor Académico:
Dra. Milagros Varón

Autoras:
Lcda. Andreina Zerlin

Valencia, 2013

INSTRUCCIONES

Buen día.

Estoy desarrollando una investigación sobre el rol materno y su relación con las características de las madres de los lactantes hospitalizados, la misma es parte de los requisitos para optar a título de Magister en Enfermería en Salud Reproductiva.

Instrucciones

Por favor:

1. Lea detenidamente cada una de las preguntas
2. Marque con una X en el espacio correspondiente a la respuesta que usted considere adecuada a su estilo de vida,
3. No deje preguntas sin contestar
4. No marque más de una respuesta en una misma pregunta
5. Conteste el cuestionario con la mayor sinceridad,
6. No hay respuestas correctas o incorrectas.
7. Sus respuestas serán confidenciales y anónimas

Solicito su apoyo en cuanto a responder unas preguntas, las cuales no requerirán de mucho tiempo, sus respuestas son confidenciales y anónimas.

Las personas que fueron seleccionadas fueron elegidas al azar; las opiniones de todos los encuestados serán consideradas en la investigación, pero no se consideran datos individuales.

Muchas gracias por su colaboración...

ENCUESTA PARA LAS MADRES**I Parte**

Instrucciones: Marque con datos numéricos las tres primeras preguntas y la número nueve (9) y las siguientes marque con una X en el espacio correspondiente.

Datos Demográficos:

1. Edad de la madre: _____
2. Edad del niño: _____
3. Número de hijos: _____
4. Trabaja: Si _____ No _____.
5. Estudia: Si _____ No _____.
6. Estado Civil: Soltera _____ Casada _____ Divorciada _____
Viuda _____ Concubina _____ Otro _____
7. Nivel Educativo: Primaria Completa: _____ Primaria Incompleta: _____
Secundaria Completa: _____ Secundaria Incompleta: _____
Técnico Superior: _____ Universitario: _____
8. ¿Antes de quedar embarazada, asistió a consultas de planificación familiar?
Si _____ No _____

II Parte

Instrucciones: Lea detenidamente cada una de las preguntas y marque con una X en el espacio correspondiente a la respuesta que considere usted adecuada a su estilo de vida, no marque más de una respuesta y conteste el cuestionario con la mayor sinceridad, no hay respuestas correctas o incorrectas.

	ITEMS	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Nunca
09	¿Utilizaba algún método anticonceptivo antes de quedar en estado?				
10	¿Deseaba tener hijos?				
11	De tener pareja, ¿Usted y su pareja deseaban tener hijo?				
12	¿Dedica las 24 horas del día al cuidado de su bebe?				
13	¿Juega con su bebe?				
14	¿Amamantó a su bebe inmediatamente después del parto?				
15	¿Acaricia a su bebe con frecuencia?				
16	¿Besa a su bebe?				
17	¿Abraza a su bebe?				
18	¿Alimenta a su bebe con lactancia materna exclusiva?				
19	¿Alimenta a su bebe con fórmulas lácteas?				
20	¿Alimenta a su bebe con leche completa?				
21	¿Alimenta a su bebe con los mismos alimentos que come usted?				
	ITEMS	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Nunca
22	¿La higiene de su bebe afectara				

	positivamente su salud?				
23	¿La alimentación de su hijo con leche materna exclusiva es hasta los 6 meses?				
24	¿El personal de salud (enfermeras o médicos), le ha hablado sobre el esquema de vacunación?				
25	Desde el nacimiento de su bebe ¿usted lo ha bañado?				
26	Desde el nacimiento de su bebe ¿usted lo ha alimentado?				
27	¿Ha vacunado a tu bebe según el esquema de vacunación?				
28	¿Lleva a su bebe al control de niño sano mensualmente desde su nacimiento?				
29	¿El padre de su bebe, su bebe y usted viven juntos?				
30	¿Además de ustedes hay otros miembros de la familia viviendo en la misma casa?				
31	¿El padre de su bebe estuvo con usted durante el embarazo?				
32	¿El padre de su bebe está con usted actualmente?				
33	¿El padre de su bebe se responsabiliza de los gastos diarios, incluyendo gastos médicos?				
34	¿El padre de su bebe se responsabiliza de los cuidados propios del niño?				