



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Facultad de Ciencias Médicas

Carrera de Estimulación Temprana en Salud

**EFICACIA DEL VÌNCULO MATERNO FILIAL DE LAS PUÉRPERAS
PRIMÍPARAS DURANTE LA LACTANCIA EXCLUSIVA DEL NEONATO.
HOSPITAL GENERAL HOMERO CASTANIER CRESPO. AZOGUES, 2019.**

Proyecto de Investigación previo a
la obtención del título de
Licenciado en Estimulación
Temprana en Salud.

Autoras:

Elizabeth Lucia López Gualpa

CI: 0104970181

lizluci21@gmail.com

Susana Isabel Reinoso Cartagena

CI: 0105865893

estimulacion.susanareinoso@gmail.com

Directora:

Mgst. Miriam Alexandra Lucio Bravo

CI: 0103073441

Cuenca, Ecuador.

09-Marzo-2020



RESUMEN:

ANTECEDENTES: El vínculo materno filial de la madre al niño a través de la lactancia materna es fundamental para potenciar el neurodesarrollo biopsicosocial del neonato, a la vez que satisface sus necesidades y la adaptación a su entorno. La presente investigación evaluó a puérperas primíparas del Hospital General Homero Castanier Crespo a través de la Escala de Autoeficacia de la Lactancia Materna Abreviada.

OBJETIVO DE INVESTIGACIÓN: Determinar la eficacia del vínculo materno filial de las puérperas primíparas durante la lactancia exclusiva del neonato en el Hospital General Homero Castanier Crespo. Azogues, 2019.

METODOLOGÍA: Investigación descriptiva, prospectiva y transversal. Se realizó evaluaciones a puérperas primíparas del Hospital General Homero Castanier Crespo de Azogues, a través de la Escala de Autoeficacia de la Lactancia Materna Abreviada. Los datos fueron ingresados y analizados mediante el programa SPSS 22, representados en estadísticos de frecuencia y tabulación de datos con porcentajes.

RESULTADOS: Las 108 mujeres participantes, obtuvo como resultado un nivel de eficacia materno filial Alto con 81.5%. Siendo la edad predominante entre 18 a 35 años con 74.1%, su estado civil de unión libre el 46.3%, nivel de educación secundaria 57.4%, residencia en la zona urbana 51.9%, presentando parto eutócico en un 56.5% y la lactancia inmediata se realizó en un tiempo inferior a una hora 86.1%. Además solo el 5.5% de la población total obtuvo un nivel de eficacia materno filial bajo.

PALABRAS CLAVES: Neonato. Vínculo materno filial. Lactancia materna. Puérperas. Primíparas.



ABSTRACT:

BACKGROUND: The filial maternal link between the mother and her child through breastfeeding is essential is to enhance the biopsychosocial neurodevelopment of the newborn while satisfying their needs and adapting to the environment. The present research evaluated primiparous puerperal women of Hospital General Homero Castanier Crespo through the Breastfeeding Self Efficacy Scale – Short Form.

OBJECTIVE: To determine the effectiveness of the maternal filial link of primiparous puerperal women during exclusive breastfeeding of the newborn in Hospital General Homero Castanier Crespo. Azogues, 2019.

METHODOLOGY: Descriptive, prospective and transversal research. Evaluations were carried out on primiparous puerperal women of the Hospital General Homero Castanier Crespo in Azogues, through the Breastfeeding Self Efficacy Scale – Short Form. Data were entered and analyzed using the SPSS 22 program, represented in frequency statistics and data tabulation with percentages.

RESULTS: The 108 women participated in the investigation, obtained as results: a high level of maternal efficiency with 81.5%. Being the age predominant between 18 to 35 years with 74.1%, the marital status of unmarried couple 46.3%, high school level education 57.4%, residence in the urban area 51.9%, eutocic birth with 56.5% and immediate or late breastfeeding in less than an hour 86.1%. Also only 5.5% obtained a low level of filial maternal link.

KEYWORDS: Neonate. Filial maternal link. Breastfeeding. Puerperal. Primiparous.



ÍNDICE DEL TRABAJO

| | |
|---|----|
| CAPITULO I | 14 |
| 1.1. INTRODUCCIÓN:..... | 14 |
| 1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA: | 15 |
| 1.3. JUSTIFICACION: | 16 |
| CAPITULO II | 19 |
| FUNDAMENTO TEÓRICO..... | 19 |
| 2.1. NEUROFISIOLOGÍA DEL VÍNCULO:..... | 19 |
| 2.1.1. Neurofisiología de la lactancia materna..... | 19 |
| 2.1.2. Aspectos neurofisiológicos involucrados en el vínculo: | 20 |
| 2.1.3. Como favorece el desarrollo de la senso-percepción en el vinculo . | 21 |
| 2.1.4. Desarrollo del niño a nivel cerebral como respuesta a la lactancia materna..... | 22 |
| 2.2. TEORÍAS DEL DESARROLLO DEL NIÑO EN BASE AL APEGO | 23 |
| 2.2.1. Teoría Cognoscitiva..... | 23 |
| 2.2.2. Teoría Psicosexual | 25 |
| 2.2.3. Teoría Madurativa del Desarrollo Infantil..... | 26 |
| 2.3. VÍNCULO Y APEGO MATERNO FILIAL | 27 |
| 2.3.1. Concepto | 27 |
| 2.3.2. Antecedentes | 28 |
| 2.3.3. Teoría del desarrollo psicosocial de Erik Erikson | 29 |
| 2.3.4. Otros autores que hablan sobre el desarrollo del vínculo..... | 29 |
| 2.3.5. El apego | 30 |
| 2.3.6. Patrones de apego entre infante y cuidador..... | 31 |
| 2.3.7. El vínculo materno filial y factores maternos | 32 |
| 2.4. LACTANCIA MATERNA Y LA INFLUENCIA PSICOSOCIAL | 34 |
| 2.4.1. LACTANCIA MATERNA..... | 34 |
| 2.4.2. Aspectos psicosociales de la madre..... | 38 |
| 2.5. ESCALA DE AUTOEFICACIA DE LA LACTANCIA MATERNA | 40 |
| 2.5.1. Objetivo | 41 |



| | |
|---|----|
| 2.5.2. Baremos | 41 |
| 2.5.3. Variables | 41 |
| 2.5.4. Ítems a evaluar | 41 |
| 2.5.5. Calificación | 42 |
| 2.5.6. Resultados | 42 |
| CAPITULO III: | 44 |
| OBJETIVOS | 44 |
| 3.1. OBJETIVO GENERAL..... | 44 |
| 3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 44 |
| CAPITULO IV: | 45 |
| DISEÑO METODOLÓGICO | 45 |
| 4.1. TIPO DE ESTUDIO | 45 |
| 4.2. ÁREA DE ESTUDIO..... | 45 |
| 4.3. UNIVERSO..... | 45 |
| 4.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN | 45 |
| 4.5. VARIABLES | 46 |
| 4.5.1. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES | 46 |
| 4.6. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS | 47 |
| 4.8. TABULACIÓN Y ANÁLISIS | 48 |
| 4.9. ASPECTOS ÉTICOS..... | 48 |
| CAPITULO V: | 49 |
| ÁNÁLISIS DE RESULTADOS: | 49 |
| CAPITULO VI: | 58 |
| DISCUSIÓN | 58 |
| CAPITULO VII: | 62 |
| 7.1. CONCLUSIONES..... | 62 |
| 7.2. RECOMENDACIONES | 64 |
| CAPITULO VIII: | 65 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 65 |
| CAPITULO IX | 74 |
| ANEXOS | 74 |



Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio Institucional

Elizabeth Lucía López Gualpa, en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación **“Eficacia del vínculo materno filial de las puérperas primíparas durante la lactancia exclusiva del neonato. Hospital General Homero Castanier Crespo. Azogues, 2019.”** , de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN, reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asi mismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este proyecto de investigación en el Repositorio Institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 09 de Marzo de 2020.

Elizabeth Lucía López Gualpa

CI: 0104970181



Cláusula de Propiedad Intelectual

Elizabeth Lucía López Gualpa, autora del proyecto de investigación **“Eficacia del vínculo materno filial de las puérperas primíparas durante la lactancia exclusiva del neonato. Hospital General Homero Castanier Crespo. Azogues, 2019.”**, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 09 de Marzo de 2020.

Elizabeth Lucía López Gualpa

CI: 0104970181



Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio Institucional

Susana Isabel Reinoso Cartagena, en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación **“Eficacia del vínculo materno filial de las puérperas primíparas durante la lactancia exclusiva del neonato. Hospital General Homero Castanier Crespo. Azogues, 2019.”**, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN, reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Así mismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este proyecto de investigación en el Repositorio Institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 09 de Marzo de 2020.

Susana Isabel Reinoso Cartagena

CI: 0105865893



Cláusula de Propiedad Intelectual

Susana Isabel Reinoso Cartagena, autora del proyecto de investigación **“Eficacia del vínculo materno filial de las puérperas primíparas durante la lactancia exclusiva del neonato. Hospital General Homero Castanier Crespo. Azogues, 2019.”**, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 09 de Marzo de 2020.

Susana Isabel Reinoso Cartagena

CI: 0105865893



AGRADECIMIENTO

Un sincero agradecimiento,

A mis queridos maestros, docentes de la escuela de la carrera de Estimulación Temprana en Salud, por compartir junto a mí, gratas experiencias que han enriquecido mi vida de valores y humanidad, su motivación fue el principal ingrediente para mi formación profesional.

A nuestra querida profesora, asesora y directora de tesis, Mgts. Miriam Lucio, le agradezco por su tiempo e interés para culminar con éxito este proyecto de tesis, usted ha sido mi mano derecha, dando como resultado un excelente proyecto de investigación, gran parte del desarrollo de este excelente trabajo se lo debo a usted. Que Dios le colme de bendiciones.

A mis amigas y compañeras de estudio, quienes formaron parte de mi camino, les agradezco porque cada uno tuvo una labor esencial en mi vida.

Elizabeth Lucía López Gualpa



DEDICATORIA

Mi tesis la dedico con todo mi amor y cariño:

A Dios, por ser la luz que guía mi vida cada mañana al despertar, inspirando mis días de esperanza para continuar.

A mis hijas, Camila y Romina por su comprensión y amor incondicional, por estar a mi lado con cada sonrisa, cada lágrima, cada palabra de dulzura, son las principales detonantes de mi felicidad llenando de luz mi corazón, para con alegría cumplir con este logro que ahora también será de ustedes mis adorables hijas.

Madre, tus esfuerzos son impresionantes y tu amor para mi es invaluable. Junto con mi padre me han educado, me han brindado calor, tiempo, comprensión, cada día aplico lo que me han enseñado, de verdad que tengo mucho por agradecerles. Su infinita pasión porque yo sea feliz me hace amarlos incondicionalmente. Gracias querida madrecita por creer fielmente en mí. A mi hermana Alexandra, le agradezco por tu tiempo y amor infinito.

A mi esposo, Fernando Corella por ser mi compañero durante este largo camino, fue difícil pero no imposible, como el amor que te tengo, al recordar que la fuerza de voluntad lo puede todo, las barreras no existen cuando sientes amor por lo que haces.

A mi tía Mercedes Gualpa, madre protectora durante este largo camino que he recorrido, gracias por ser siempre mi fuerza para no desistir en momentos difíciles de mi vida, eres la luz de mis ojos.

Elizabeth Lucía López Gualpa



AGRADECIMIENTO

Le agradezco a Dios y a la Virgen de Guadalupe, por guiarme a lo largo del camino, por bendecirme y permitirme cumplir un anhelo más. Por presentarme a las personas correctas para acompañarme en la travesía y sobretodo me pongo a su servicio a través de mi profesión.

A mis padres Tania y Fredy, por apoyarme cada día, por confiar y alentarme a lograr de lo que me proponga, por formarme con valores para la vida profesional y de familia, y por los esfuerzos realizados para nosotros sus hijos.

A mi compañero de vida Oscar, por acompañarme e impulsarme a subir cada peldaño, por entregarme su amor y paciencia, te agradezco por encajar en mi vida a la perfección y estar dispuesto a soportar conmigo las adversidades que se nos presenten.

A la Mgts. Miriam Lucio, por su confianza y dedicación a lo largo de la carrera, por su acompañamiento y guía que permitieron culminar este proyecto, junto con mi compañera Elizabeth por ser un equipo, amigas y colegas.

Susana Isabel Reinoso Cartagena



DEDICATORIA

A mis padres Fredy Reinoso Merchán y Tania Cartagena Banegas, quienes desde pequeña me inculcaron a perseverar en lo que me proponga, por hacerme luchadora ante cada batalla, por sus esfuerzos para brindarme la mejor educación y por estar presente en mi vida, que con su amor me han fortalecido para ser la mujer que soy.

De manera especial le dedico al pilar de mi vida, quien siempre ha estado junto a mí, me has hecho crecer como persona, pues tu amor, locura, tolerancia y respeto me han fortalecido en momentos malos y celebrado en momentos buenos, que Dios nos permita preparar el camino para llegar a ser ese hogar que anhelamos

A mi hermano Francisco, que a pesar de las diferencias, forma parte esencial de mi vida y siempre quiero lo mejor para la suya.

Dedicado a cada niño que ha estado presente a lo largo de mi carrera, pues su alegría y su inocencia me han impulsado a seguir formándome como profesional con vocación.

Susana Isabel Reinoso Cartagena



CAPITULO I

1.1. INTRODUCCIÓN:

De acuerdo a estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), aproximadamente 7,6 millones de niños no se alimentan por amamantamiento; lo cual perjudica la salud del niño, siendo propenso a enfermedades inmediatas e incluso la muerte, debido que la primera leche producida por la madre se la conoce como la primera vacuna del niño, por su alto contenido de anticuerpos y nutrientes que permiten su sobre vivencia (1-3).

La lactancia materna es una práctica generalizada en el 96.7% de todos los recién nacidos. La continua mejoría de los servicios de maternidad, contribuyen en el manejo inmediato de lactancia materna exclusiva brindando bienestar al niño. Es de vital importancia que el sistema de salud apoye a la madre durante este proceso para que sea continuo, 1 de cada 10 mujeres lo abandonan recurriendo a la lactancia artificial (4).

Para hablar del vínculo materno filial durante la lactancia materna, mencionaremos a Bowlby quien nos dice que el vínculo establecido entre el bebé y la madre, se basa en la constitución temprana de una relación íntima, cálida y permanente. Ese vínculo o relación íntima, el autor lo considera esencial para la salud mental tanto de la madre como del bebé, permitiéndoles satisfacción y gozo; además considera de vital importancia para la supervivencia del lactante y su desarrollo neuronal (5).

En un estudio realizado en España en el año 2014 a 949 mujeres, se aplicó la Escala de Autoeficacia de Lactancia Materna, encontrando que las madres adolescentes representaban el 0,8 % de la población, las mujeres entre 19 a 34 años el 68%, y las mayores a 35 años el 30%. También dentro de esta investigación se determinó que el 54.7% de la población son primíparas y el 45.3% corresponde a multíparas (6). En nuestro país, específicamente en la zona urbana, se observa un incremento del número de madres adolescentes.



Existen ciertos factores externos que provocan desequilibrio en las condiciones de la madre como: edad, número de gestas, lugar de residencia, nivel de instrucción, etc., lo cual afecta en la relación de apego materno-infantil durante la lactancia materna (7).

El neonato dentro de sus primeros días de vida, debe ser atendido con cuidados específicos, requiere adaptación al entorno, porque los factores de riesgo son mayores que en lactantes y preescolares. Es importante que la madre conozca cuales son las conductas del niño, como debe alimentarlo, cuales son las señales de hambre del recién nacido y que hacer en caso de presentar complicaciones (8).

La madre debe estar lo suficientemente informada para cuidar de su niño y prevenir enfermedades o complicaciones por factores de riesgo en casa.

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

El vínculo materno filial a través de la lactancia materna juega un papel importante en el desarrollo físico y mental del niño, la madre cumple el medio de sustento alimenticio.

En la investigación se aplicó un cuestionario sobre el conocimiento que tienen las púerperas primíparas sobre el vínculo materno-filial mediante la lactancia exclusiva del neonato, con el fin de determinar si a través del amamantamiento se está fomentando el vínculo madre-hijo; así como las indicaciones que se debe dar a las mujeres durante el embarazo, en puerperio y durante la lactancia del niño hasta su culminación. Los resultados de la investigación se entregaron al departamento estadístico de la institución, con el propósito de que dicha información sea utilizada para un mejor manejo en relación a la lactancia materna y sus beneficios, tanto en la madre como en el niño, en ámbitos nutricionales, emocionales, afectivos, entre otros, debido a que el Hospital General Homero Castanier Crespo brinda atención de consultas en ginecología y hospitalaria para el parto, sin embargo no dispone de club para madres embarazadas, ni talleres de



preparación para el parto, cuidado del niño o lactancia materna, únicamente mediante su estadía en el lugar las madres recibieron información generalizada de su estado de salud y preguntas que surgen por su iniciativa en los controles prenatales y después en puerperio durante el pase de visita médica.

Por lo tanto, las madres en su primer parto presentaron inquietudes, confusiones o ausencias sobre el conocimiento de la lactancia materna, debido que no se tomó en cuenta la condición del niño y de la madre como: los recursos que dispone, el nivel de educación, la zona de residencia, aspectos socio culturales o enfermedades.

La OMS recomienda a las madres que la lactancia materna sea exclusiva hasta los seis meses de vida del niño, ya que los beneficios se pueden observar de acuerdo al momento de inicio, a la duración y calidad de la madre al realizarlo; sin embargo, menos del 40% de la población cumple con esta disposición, debido a que se desconocen los beneficios a corto y largo plazo tanto para la madre y el niño (9-10).

Por lo tanto, nos planteamos la siguiente pregunta: **¿Cuál es la eficacia del vínculo materno filial de las puérperas primíparas durante la lactancia exclusiva del neonato en el Hospital General Homero Castanier Crespo?**

1.3. JUSTIFICACION:

El incumplimiento de normas y/o protocolos de atención y la falta de relevancia de la lactancia materna, predispone a que los neonatos de peso bajo se alimenten inadecuadamente del seno materno, recurriendo a lactancia artificial, y consecuente a esto posibles complicaciones como hipoglicemia, desnutrición, etc. Pese a algunas limitaciones en su práctica debido a múltiples factores sociales, de género e institucionales, entre el 26 y el 35% de recién nacidos recibió amamantamiento en la primera hora al cuarto mes de vida; también podemos decir que solo el 41% de madres recibió consejería sobre lactancia materna antes



de iniciarla y un 19% desconocen del tema de lactancia materna exclusiva antes de iniciarla (11).

El parto marca transcendentamente en el ámbito emocional de la madre, por el lazo que se establece con el niño. El parto vaginal o natural permite que la madre pueda apreciar cada momento, facilitando el apego y la lactancia inmediata; mientras que las madres a quienes se les realiza cesárea no inician de inmediato la lactancia y el apego hasta después de la primera hora de vida e incluso hasta las seis horas, además que requieren ayuda para facilitar la técnica, posicionamiento y esfuerzo físico por lo que no es satisfactorio totalmente. Durante la primera lactancia exclusiva o también llamado calostro, se fomentó el contacto piel a piel de la madre hacia su hijo proporcionando seguridad emocional, el aporte nutricional y de anticuerpos, factores de crecimiento y hormonas que aseguran un desarrollo armónico (12-13).

A nivel mundial la tasa de natalidad pertenece a 18,5 nacimientos por cada 1000 habitantes de acuerdo al año 2017 (14). En el Ecuador durante el año 2015 se dio 273.280 nacimientos, lo que corresponde a una tasa de natalidad del 16.79 por cada 1000 habitantes, para el año 2017 incrementó a 18 nacidos por 100 habitantes (14-15).

En la provincia de Cañar durante el año 2014 se dio el nacimiento de 3.337 niños y niñas (16); por lo que en la ciudad de Azogues se registraron 1.847 nacimientos (17).

Otro factor que influye en la lactancia materna recae sobre la situación familiar emocional de pareja en la que se encuentra la madre, en un estudio sistemático de publicaciones en los últimos 10 años en diversas poblaciones, se consideró que las mujeres que reciben apoyo de su conyugue sienten mayor seguridad durante el proceso de lactancia; las madres de unión libre tienen un nivel promedio de lactancia, mientras que las madres solteras y divorciadas presentan una



eficacia de lactancia irregular y muchas no se encargan del cuidado del niño, debido a que son el sustento del hogar y muchas de ellas trabajan (18).

En un estudio realizado en Perú a 328 mujeres señala que el nivel de educación materno influye en los controles prenatales, lactancia materna y cuidados del niño, recalcando que tener un nivel de educación bajo incide en el abandono de la lactancia, mientras que aquellas mujeres con niveles de bachillerato y estudios universitarios conocen mejor sobre la importancia de la lactancia materna exclusiva, y técnicas para la extracción de leche con la finalidad de que el niño reciba su alimento. Además se observó que los controles prenatales no son continuos, debido a actividades domésticas, laborales, otros hijos que atender, servicios incompletos o limitados de casas de salud, su accesibilidad, gastos para la consulta y exámenes complementarios, entre otras; por lo que no acceden a la información necesaria sobre lactancia materna, el apego materno-infantil y cuidados del neonato. Sin embargo, solo el 9,1% de la población participante desconocía que debía realizarse controles continuos brindados por el estado de forma gratuita o sea por su cultura (19).

Estos y otros factores permitieron determinar la realidad de las puérperas primíparas del Hospital General Homero Castanier Crespo, como se sienten durante la lactancia materna y si la información recibida durante su estadía en la casa de salud facilitó la lactancia materna exclusiva.



CAPITULO II

FUNDAMENTO TEÓRICO

2.1. NEUROFISIOLOGÍA DEL VÍNCULO:

2.1.1. Neurofisiología de la lactancia materna

Durante el proceso de la lactancia, la madre está sometida a experimentar sensaciones nuevas por lo que su cerebro también sufre modificaciones. La alimentación inicia a partir de la primera succión que realiza el niño, debido a las terminaciones nerviosas ubicadas en el pezón y areola del seno materno, las cuales se encargan de enviar la orden al hipotálamo, ubicado en el cerebro para la producción y expulsión de la leche materna (20).

La prolactina se libera por la adenohipófisis, cumpliendo la función de producir la leche provocando la lactogénesis o galactogénesis, la cual esta modulada por la succión del lactante; mientras que la oxitocina es liberada por la neurohipófisis provocando la eyección de la leche debido que realiza contracciones musculares en los alveolos, permitiendo el mantenimiento de producción de la leche materna, es decir la lactopoyesis o galactopoyesis (20-22).

Proceso de la producción celular de la leche:

- Etapa 1: Durante el periodo gestacional las glándulas secretoras de leche se preparan para la producción del alimento del neonato, estas se encuentran en sus niveles mínimos, aumentando desde el segundo trimestre gestacional. Los alveolos mantienen almacenado el precalostro, permitiendo que inmediatamente después del parto el recién nacido pueda alimentarse con el calostro durante las primeras horas de vida (20,21).
- Etapa 2: A partir de las 48 horas hasta el quinto mes de vida del bebé, se da la disminución del calostro, produciendo la leche materna propiamente de acuerdo a las necesidades y capacidad nutricional del niño (20,21).



- Etapa 3: Después de iniciar la lactancia, es necesario mantener su producción durante el periodo de desarrollo del lactante, por lo que los niveles de prolactina se elevan, de acuerdo a la cantidad de leche que succiona el niño, permitiendo su producción constante, la cual dependerá de la cantidad y calidad del amamantamiento al niño, número de tomas, duración de la toma, si es lactancia exclusiva o mixta, entre otros factores (20,21).

2.1.2. Aspectos neurofisiológicos involucrados en el vínculo:

El ser humano desarrolla experiencias tempranas desde el nacimiento a lo largo de su vida, activando las conexiones cerebrales mediante los sentidos; una de ellas son las emociones como alegría, miedo, temor, etc., aparecen de forma espontánea en los primeros seis meses de vida; posteriormente se dan las emociones conscientes, basándose en los estándares, normas sociales, factores externos que influyen en el comportamiento del ser humano (23).

El niño interactúa con sus padres a través del llanto o la risa recordándolos y diferenciándolos de extraños, por lo que el recién nacido usa el llanto como mecanismo de comunicación, incluso se observa que los padres son capaces de diferenciar si el llanto es motivo de hambre, dolor o enojo. Es importante la reacción que tiene la madre ante el llanto del niño, desarrollando confianza y apego, según Ainsworth esta reacción influye a largo plazo en el vínculo materno-filial. Además la sonrisa en el recién nacido se puede dar durante el sueño sin la necesidad de la presencia de un estímulo y también presenta sonrisa como respuesta a estímulos de los padres, la voz, sonrisa, abrazo, etc (23).

Por lo tanto, ante los estímulos presentes en el ambiente el cerebro desarrolla respuestas recíprocas, debido que esta información llega a través de la corteza cerebral hasta el sistema límbico. Este sistema junto con la amígdala procesan el estímulo para integrarlo al cerebro e interpretar la conducta social de la madre; durante la lactancia materna se producen respuestas endocrinas, motoras y



periféricas en el niño como contacto visual, sonrisa con la madre, la caricia del niño al seno materno, etc., las cuales el niño relaciona con el vínculo materno estableciendo una relación a largo plazo. Se ha comprobado que individuos sometidos a estímulos ambientales desarrollaron un cerebro de mayor masa, capas cerebrales gruesas, conexiones neuronales numerosas y altos niveles de actividad neuroquímica; mientras que los individuos con menos estímulos y recursos limitados manifiestan menor actividad cerebral (23).

2.1.3. Como favorece el desarrollo de la senso-percepción en el vínculo

La sensación ocurre cuando la información interactúa con los receptores sensoriales, se encuentran estimulados en el bebé a través de la voz de su madre, el calor al contacto piel con piel, el olor característico materno, el sabor del alimento que le proporciona la leche materna y la silueta de su rostro; todo esto ayuda al bebé a desarrollar la senso-percepción. La percepción es la interpretación de sensaciones, debido a que el mundo perceptual del recién nacido es un mundo que viene con cierto orden de sonidos e imágenes (23).

Durante los dos últimos meses del embarazo el feto ya puede oír la voz de su madre y al nacer muestra preferencias por ciertos sonidos emitidos por su madre, al relacionar estos sonidos con el tono de voz de su madre nos muestra como la lengua materna tiene un efecto sobre la percepción del habla en el bebé. Al hablar de preferencias, los recién nacidos desarrollan el sentido olfativo relacionando el olor de la almohadilla de su madre y son capaces de diferenciar de otros olores, por la expresión de su rostro podemos saber que les gusta o disgusta, pero para hacer esta diferenciación se necesitan varios días de experiencia para reconocer olores. Consideramos así fundamental la presencia de la madre en el desarrollo sensorio-perceptivo del bebé para complementar con su desarrollo emocional. El desarrollo del cerebro del bebé se comprueba por el desarrollo de las neuronas del hipocampo cerebral; importante estructura para la memoria, el cual permite recordar objetos y sucesos específicos. Según Nelson, Thomas y de Haan en investigaciones realizadas a través de experimentos con electrodos en el cuero



cabelludo de un lactante, observaron cómo se producen distintas ondas cerebrales al escuchar la voz de su madre, incluso mientras duermen o al ver su rostro. La mielinización empieza antes del nacimiento y continúa después de este, experimentando el cerebro un enorme aumento de conexiones sinápticas, las cuales se producen en exceso y después disminuyen (23).

Expertos en la infancia sobre la eficacia del vínculo como M. Ainsworth, en uno de sus estudios con bebés identificaron que las madres que respondían con rapidez al llanto a los 3 meses, los niños lloraban menos posteriormente y durante su primer año de vida. Mientras Bowlby considera que la respuesta rápida y tranquilizante ante el llanto es un ingrediente importante en el desarrollo de un vínculo fuerte entre el niño y su madre, creando una sensación de confianza y apego seguro con el cuidador (23).

2.1.4. Desarrollo del niño a nivel cerebral como respuesta a la lactancia materna

Desde la vida intrauterina se desarrolla el cerebro en el ser humano, por lo tanto, al nacer el niño ya posee 100 mil millones de neuronas; el cerebro del niño aumenta sus capacidades conforme evolucionan las conexiones neuronales para cumplir funciones corporales, de acuerdo a experiencias adquiridas debido a la plasticidad cerebral, es decir, la capacidad del cerebro para aprender nuevos conceptos, almacenar, procesar la información y emitir respuestas relacionadas a estímulos experimentados (24).

Durante la lactancia materna el niño presenta diversas respuestas, por lo que mencionamos la corteza motora y el cerebelo, encargados de producir movimientos corporales y mantener el equilibrio durante el amantamiento; el sistema límbico encargado de representar emociones involucrando al hipotálamo, hipocampo y amígdala. Además la amígdala junto a la corteza temporal están relacionadas en la cognición social, es decir la relación con la madre y su cuidado, como la alimentación, el idioma, cultura, normas, etc.; mientras que el hipocampo



se involucra en el desarrollo de la memoria a largo plazo, es decir, aprende experiencias que serán persistentes a lo largo de su vida (25).

El área de Broca y Wernike están encargadas de la comprensión y emisión del lenguaje, es decir, el bebé responde a la voz de la madre, a las canciones, ruidos fuertes, y es capaz de responder con sonidos o el llanto (25).

2.2. TEORÍAS DEL DESARROLLO DEL NIÑO EN BASE AL APEGO

2.2.1. Teoría Cognoscitiva

La teoría cognoscitiva de Jean Piaget se basa en la importancia de los pensamientos conscientes que adquiere el niño, es decir, el desarrollo cognoscitivo; este autor manifiesta que los niños comprenden su entorno de manera activa, requieren organización y adaptación de las experiencias para assimilarlas y acomodarlas a la realidad de cada individuo, creando estructuras mentales que las ajustan a las demandas ambientales (23).

El proceso de desarrollo que tiene el cerebro del niño, se realiza a través de esquemas, es decir, acciones y representaciones mentales de nuevos conocimientos. Habla de esquemas conductuales, acciones, en la infancia y esquemas mentales, cogniciones, en la niñez (23).

La asimilación es cuando el niño incorpora nueva información a sus conocimientos existentes, mientras que la acomodación es cuando el niño ajusta los conocimientos para incorporar información y nuevas experiencias (23,26).

La teoría de Piaget abarca cuatro etapas, la sensoriomotora que va desde el nacimiento hasta los 24 meses de vida, la etapa pre-operacional de los 2 a 7 años, la etapa de operaciones concretas desde los 7 a los 11 años de edad y la etapa de operaciones formales desde los 11 hasta los 15 a 20 años (26).



Etapa sensoriomotora:

La etapa sensoriomotora que abarca desde el nacimiento hasta los primeros 24 meses de vida, periodo donde los niños manifiestan la comprensión del mundo mediante experiencias sensoriales con acciones físicas, motoras o perceptivas mediante los sentidos con respuestas motoras (23).

Ejemplo:

Un niño nombra a todos los animales “guaguu”, posteriormente aprenderá a llamarlos perros, así sea una vaca o un gato, y cuando comprende la diferencia entre cada animal los llamará por su nombre, perro, gato y vaca según corresponda. Es decir, el niño asimiló el conocimiento y posteriormente lo adaptó de acuerdo a los esquemas creados.

La etapa sensorio motora tiene subdivisiones, en este caso hablaremos de la etapa de Reflejos simples.

Etapa sensorio motora de Reflejos Simples:

Corresponde al primer mes de vida, en la cual las sensaciones y acciones se encuentran coordinadas mediante los reflejos propios del recién nacido, como la succión. Inicialmente el niño realiza la respuesta únicamente ante la presencia del estímulo, posteriormente lo esquematiza y finalmente lo interioriza. En un recién nacido los esquemas serán estructurados por acciones sencillas como succionar, observar, agarrar y escuchar (23).

Ejemplo:

En los recién nacidos un ejemplo sería la succión, ya que succionan cualquier objeto que se acerca a sus labios y boca, integrando patrones del sabor, textura, temperatura, etc. Posteriormente diferencian al succionar el seno materno, el dedo pulgar o su mano; de otros como un sonajero, la manga de la ropa, etc, interioriza y relaciona el seno materno con la succión y el efecto de alimentarse, por lo que,



al colocarlo en posición de amamantar o cerca del pecho materno el niño sabrá que al succionar obtendrá su alimento.

2.2.2. Teoría Psicosexual

La teoría psicosexual de Sigmund Freud plantea que el desarrollo del niño se basa en las emociones que experimenta a temprana edad, lo cual determina la personalidad de cada individuo, esta se da en tres elementos: el ello, el yo y el súper yo. El “ello” consiste en instintos, es inconsciente y no tiene contacto con la realidad. El “yo” se basa en conductas de la personalidad del niño que se enfrenta en su realidad, usa el razonamiento para tomar decisiones. Y el “super yo” es la conducta que se encarga de aspectos morales, de decidir conscientemente lo correcto de lo incorrecto (23).

Manifiesta etapas del ser humano, en las que experimenta placer en una parte del cuerpo, de acuerdo al proceso, depende el avance del ser humano o si se estanca a largo plazo (23).

Las etapas descritas corresponden a la Etapa Oral que abarca los primeros 18 meses de vida, la Etapa Anal desde el fin de la etapa anterior hasta los 3 años, la Etapa Fálica desde los 3 a los años, la Etapa de Latencia desde 7 años hasta el inicio de la pubertad y la Etapa Genital que desde la pubertad en adelante (27).

Etapa Oral:

La etapa relacionada con el desarrollo del neonato, se conoce como etapa oral, la cual abarca desde el nacimiento hasta los primeros 18 meses de vida del niño. Indica que el placer que experimenta el niño está centrado en la boca, las principales fuentes de placer o satisfacción se da al succionar, masticar y morder. El niño experimenta sensaciones a través de su boca buscando estímulos agradables y rechazando aquellos que desagradables (27).



Ejemplo:

Un recién nacido que se encuentra llorando sea por hambre, sueño, etc., cuando la madre lo coloca cerca del seno materno se calma debido que satisface su necesidad a través de la succión; sin embargo, si no hay una respuesta inmediata de la madre el bebé empieza a buscar un objeto cercano a su boca para calmarse, ya sea sus manos, una cobija e incluso objetos a su alcance, por lo que, el niño satisface su necesidad experimentando un placer similar al colocarlo en el seno materno; si se amarga al niño, se cambia el pañal o abriga aun continua llorando ya que no ha sido satisfecho por la principal fuente, que es su boca acorde a la etapa que atraviesa. Si observamos que un niño de 8 años continua succionando el pulgar nos indica que su etapa oral no ha sido sana, por lo que requiere experimentas sensaciones con su boca.

2.2.3. Teoría Madurativa del Desarrollo Infantil

El propósito de la teoría de Arnold Gesell, es establecer normas en el desarrollo del niño desde su nacimiento hasta los 6 años, todo ello basado en la observación directa de la conducta. Nos afirma que la conducta motriz, que comprende la postura, locomoción y prensión tiene una gran importancia en la forma y velocidad de la madurez del niño. Por ello nos conduce a la creación de niveles de madurez partiendo desde la concepción hasta los 5 años de edad, otorgándole una gran importancia al periodo prenatal que tiene influencia crucial en el fuerte vínculo que desempeñara con su madre (28).

A demás indicó que los niños tienen patrones de desarrollo de acuerdo a un orden en común y comportamientos similares. Esta teoría se manifiesta en áreas de conducta que tienen comportamientos de acuerdo a cada edad (29-30):

- Conducta motriz: Abarca movimientos corporales, la postura adquirida, patrón de sedestación, gateo, bipedestación y motricidad fina.
- Conducta adaptativa: Involucra aspectos en los que el niño se adapta a situaciones nuevas buscando soluciones, orientación de tiempo y espacio, , realizar conductas nuevas, buscar otras perspectivas.



- Conducta de lenguaje: Incluye la comunicación visual y auditiva sea de forma comprensiva y expresiva, puede imitar acciones, palabras, gestos, palabras propias de su jerga, etc.
- Conducta personal – social: Comprende conductas propias del niño en relación a su cuerpo, esfínteres, alimentación, es decir necesidades, y como las maneja con sus pares, su entorno familiar y la sociedad.

Las etapas se subdividen por edades, los primeros 12 meses de vida se organizan por trimestres y en años hasta los 5 años (29).

Primer Trimestre:

Es la etapa corresponde a los tres primeros meses de vida del niño, involucrando reflejos del niño y como adquiere el control de sus músculos, movimientos oculares, funciones vegetativas, adaptación y lenguaje. En esta edad la conducta motriz presenta reflejo tónico-cervical, presión palmar, control cefálico mínimo; las conductas adaptativas son el observa a su alrededor, movimiento de los músculos oculares; las conductas de lenguajes es emitir sonidos guturales, responde a la voz de la madre, se manifiesta mediante el llanto y conductas sociales como observa el rostro de la madre y cercanos, sonrisa durante el sueño (29-30).

Ejemplo:

Un recién nacido que se encuentra llorando al escuchar la voz de la madre se inmoviliza, inmediatamente busca con la vista y conforme la madre le habla se calma, inmediatamente la madre acerca su dedo hacia la mano del neonato a lo que responde con el reflejo de presión palmar.

2.3. VÍNCULO Y APEGO MATERNO FILIAL

2.3.1. Concepto

Es la relación o unión que se establece afectivamente entre dos personas, con el fin de buscar protección y bienestar (31).



2.3.2. Antecedentes

El apego es un vínculo emocional cercano entre dos personas, según Freud los bebés se apegan a la persona u objeto que les proporciona satisfacción oral, en la mayoría de los casos se trata de la madre ya que es la persona que proporciona el alimento, pero el alimento no es la parte más importante sino establecer un contacto confortable con la madre para que el apego en este caso sea efectivo. Erickson por su parte señala que la comodidad física tiene un papel importante en la perspectiva del desarrollo infantil, según este autor la comodidad física y el cuidado delicado son fundamentales para establecer la confianza básica en los bebés. La sensación de confianza, es la base del apego y de la expectativa de que el mundo será un lugar bueno y agradable (31,32).

John Bowlby también destaca la importancia del apego durante el primer año de vida y la sensibilidad del cuidador. Argumenta que el bebé está equipado biológicamente para provocar conductas de apego. El apego no surge de manera repentina, sino que se va desarrollando en base a las experiencias que se forman en el bebé, desde la preferencia general por los seres humanos hasta una sociedad de cuidadores primarios, estas bases del apego se desarrollan en 4 fases según Bowlby (31):

Fase 1: (del nacimiento a los 2 meses): los bebés dirigen instintivamente su apego a las figuras humanas o cuidadores primarios.

Fase 2: (de los 2 a los 7 meses): el apego se enfoca en una sola figura, generalmente es su madre, hasta que aprenda a distinguir a figuras conocidas de las desconocidas.

Fase 3: (de los 7 a los 14 meses): Se desarrollan apegos específicos con mayores habilidades de locomoción, los bebés buscan activamente el contacto con los cuidadores regulares: madre o padre.

Fase 4: (de los 24 meses en adelante). Los niños en esta fase ya se encuentran conscientes de los sentimientos, metas y planes de los demás y empieza a tomarlos en cuenta para formar sus propios actos.



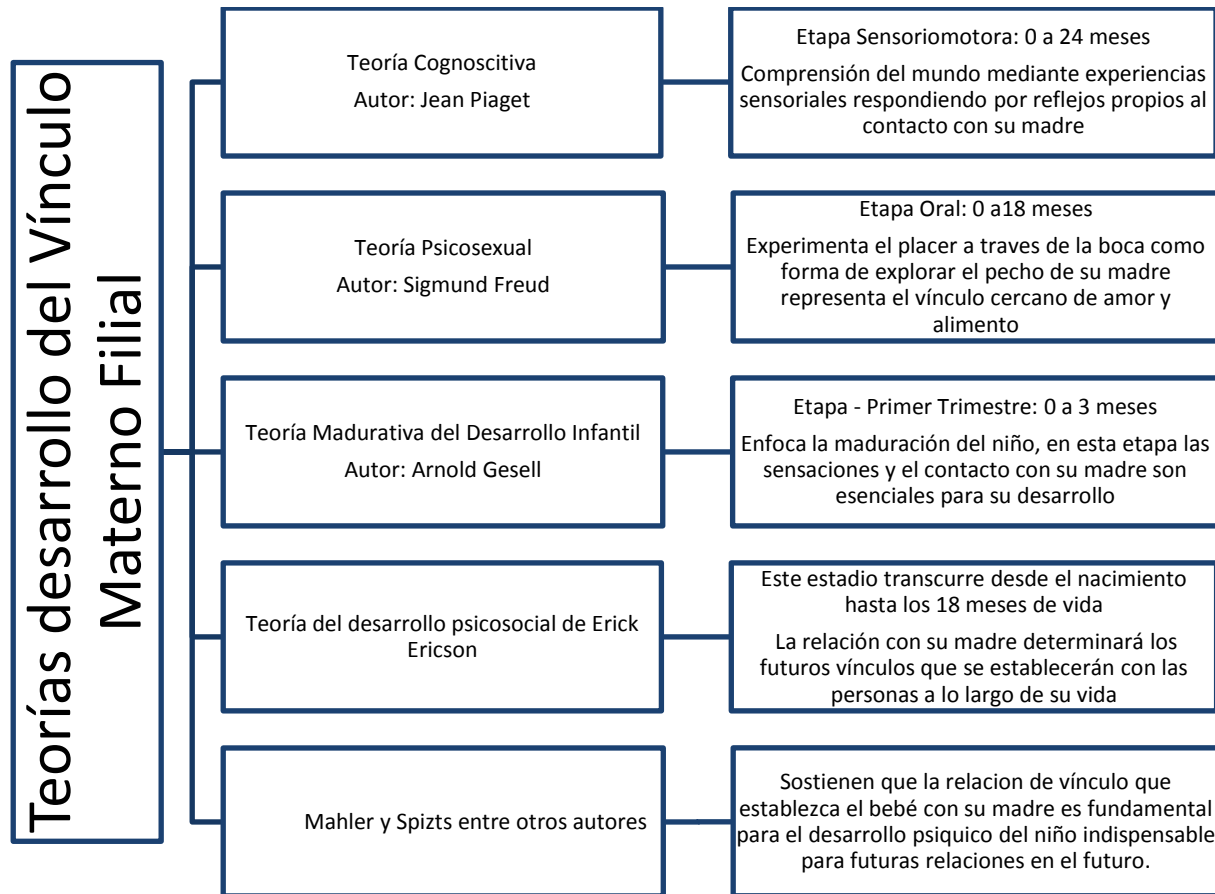
2.3.3. Teoría del desarrollo psicosocial de Erik Erikson

Manifiesta que en el primero de los 8 estadios psicosociales, que comprende el primer año de vida, se da la confianza vs la desconfianza. La comodidad física y el cuidado que se brinda al bebé fomentarán la confianza, la misma que será la base del apego. Este estadio transcurre desde el nacimiento hasta los 18 meses, la relación con su madre determinará los futuros vínculos que se establecerán con las personas a lo largo de su vida. Es las sensaciones de confianza, vulnerabilidad, frustración, satisfacción, seguridad las que pueden determinar la calidad de las relaciones (33).

2.3.4. Otros autores que hablan sobre el desarrollo del vínculo

Mahler indica que el psiquismo se forma a través de un proceso continuo y progresivo cuyo resultado es la relación objetal intrapsíquica que el niño logra consolidar aproximadamente a los 3 años y siendo necesario el vínculo con la madre para la supervivencia. Las representaciones mentales del objeto y del propio yo, se construyen progresivamente durante en el desarrollo de las relaciones con los objetos, requiriendo actividad emocional con la madre para asimilar su presencia y significado a lo largo de su vida; la relación mutua da como resultado que el niño tenga una figura materna (33).

R. Spizts indica que el crecimiento y desarrollo psicológico, es influenciado por el establecimiento de las relaciones significativas. En el primer año del niño intenta desenvolverse mediante la adaptación y evolución en el medio. El neonato es incapaz de satisfacer sus propias necesidades, por lo que la madre le proporciona todo lo que carece, a esta situación el autor la denomina *díada*. A medida que el infante se desarrolla en su primer año de vida, se independiza al medio que lo rodea (33).



Autoras: López E., Reinoso S.

Fuente: Santrock J. *Desarrollo infantil*. 11va Edición. Empresa McGraw-Hill Interamericana ISBN: 9701060598 México 2007 / Universidad nacional mayor de San Marcos. Vol 13. Perú, 2010.

Disponibile:

<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3751599.pdf>

2.3.5. El apego

El Apego es un vínculo formado entre dos personas, en este caso el bebé y el cuidador que generalmente son los mismos padres o una persona significativa, cuya función es brindar estabilidad y satisfacer las necesidades que pueden aparecer a lo largo de cada una de las etapas del desarrollo biológico del niño, proporcionando protección para la supervivencia y psicológica esta presta a la seguridad del mismo. Es un vínculo afectivo asimétrico debido a que no es una relación de igualdad, sino una dependencia emocional hasta cierta etapa de la



vida, después la persona desarrollará una autonomía personal con ayuda de la educación y las personas que lo rodean. Sigmund Freud afirma que los bebés se apegan a las personas u objetos que les proporciona satisfacción oral, sin embargo, Harry Harlow mediante un experimento descarta que la alimentación es importante para formar un apego y el contacto con una persona (34).

2.3.6. Patrones de apego entre infante y cuidador

Gracias a M. Ainsworth, creadora de la situación extraña, una técnica de laboratorio que fue diseñada con la finalidad de evaluar patrones de apego entre el infante y el cuidador. Se pueden diferenciar los siguientes tipos de apego (34):

Apego seguro:

- El cuidador funciona como una base segura para que el niño explore.
- Fomenta la confianza en sí mismo.
- Habilidad para acoplarse en su entorno y explorarlo.
- Mayor grado de empatía.
- Mayor nivel de estabilidad emocional.

Apego elusivo/evasivo:

- Manifiestan inseguridad evitando al cuidador.
- Muestra poca integración con el cuidador.
- Inseguridad de sí mismos y de lo que los rodea.
- No se sienten solos.
- Conducta independiente en la situación.

Apego resistente/ambivalente:

- Se aferran con ansiedad al cuidador, se da una oscilación entre búsqueda y rechazo al cuidador.
- Dependencia emocional
- Inseguridad en quienes lo rodean.
- Necesidad de aprobación.
- La exploración del mundo externo les provoca ansiedad.



Apego desorganizado/desorientado:

- Manifiestan un temor extremo cuando tienen al cuidador cerca. Hay una desorganización entre búsqueda y evitación.
- Reacciones impulsivas.
- Rechazan las relaciones, aunque las deseen, se apegan, se desapegan para volver apegarse a otro.
- Alta carga de frustración y de ira.

2.3.7. El vínculo materno filial y factores maternos

2.3.7.1. Vínculo materno filial y edad materna

La edad es el tiempo cronológico de vida transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha actual de la madre.

El vínculo materno filial está relacionado con la edad materna de la madre, un estudio realizado en Brasil compara el nivel de autoeficacia durante la lactancia materna entre adolescentes y adultas; recalcando que mujeres adultas tienen un nivel alto de eficacia y mantienen la lactancia materna prolongada, mientras que las mujeres adolescentes obtuvieron un nivel de eficacia bajo (35).

2.3.7.2. Vínculo materno filial y estado civil

“El estado civil es la situación legal de un individuo determinada por sus relaciones familiares, específicamente del cónyuge, sea determinado por matrimonio o parentesco”.

Un estudio realizado en Perú evidencia que las mujeres que obtuvieron un puntaje alto de eficacia materna refieren tener pareja sea por matrimonio o convivencia, mientras que una aquellas mujeres solteras obtuvieron un nivel de eficacia medio (36), recalcando que influye en los aspectos emocionales de la madre.

2.3.7.3. Vínculo materno filial y nivel de instrucción

El nivel de instrucción se refiere al grado más elevado de educación aprobado o en curso de una persona.



Un estudio aplicado en México con el fin de diseñar un instrumento para medir la autoeficacia para lactar, aplicó un cuestionario a 369 gestantes, en el que se observó que existe diferencia de acuerdo al nivel de educación; aquellas mujeres que obtuvieron puntajes altos tienen estudios de tercer nivel y superior. Además las mujeres con puntajes bajos son aquellas con educación primaria o nula (37).

2.3.7.4. Vínculo materno filial y residencia

La residencia es el área residencial determinada donde habita un individuo sea urbana o rural, siendo urbana la población de capitales provinciales y la rural la población de la periferia.

Una investigación realizada en el 2017 a 242 mujeres, se determina que uno de los factores asociados al abandono de la lactancia materna es la residencia, puesto que mujeres de la zona urbana conocen que durante la lactancia se genera apego con el niño, recurren a la lactancia artificial. Mientras que aquellas de la zona rural mantienen la lactancia materna exclusiva, debido a ser su única fuente de alimento para el niño, aunque desconocen del vínculo que se genera (38).

2.3.7.5. Vínculo materno filial y tipo de parto

El parto es la expulsión del feto desde la cavidad uterina hacia el exterior; el parto eutócico es espontáneo y no presenta alteraciones, el parto distócico requiere intervención médica.

El estudio aplicado en Chile a 242 madres atendidas, señala que el parto influye en el éxito de la lactancia materna exclusiva, cuando una mujer presenta parto eutócico o vaginal, su recuperación es inmediata y no presenta dolor, por lo que la satisfacción de amamantar es espontánea; mientras que en mujeres con parto distócico o cesárea se interrumpe el apego y la lactancia inmediata debido a la intervención médica, además de presentar disconfort (36).

2.3.7.6. Vínculo materno filial y lactancia inmediata o tardía

La lactancia inmediata o tardía, comprende el tiempo transcurrido desde el parto hasta la primera alimentación del neonato por seno materno.



El estudio realizado por el grupo NEOVITA, recalca que la lactancia inmediata en un tiempo inferior a la primera hora de vida del niño potencia el desarrollo y beneficios que recibe del calostro, aumenta el vínculo afectivo con la madre e infiere en disminuir el riesgo de mortalidad infantil; además indica que a mayor tiempo se prolongue la primera toma los factores de riesgo en el niño aumentan (39).

2.4. LACTANCIA MATERNA Y LA INFLUENCIA PSICOSOCIAL

2.4.1. LACTANCIA MATERNA

2.4.1.1. Concepto

Es el alimento proporcionado por la madre para el niño desde su nacimiento hasta el destete, aportando a su nutrición, crecimiento y desarrollo siendo su única fuente de alimento durante los primeros seis meses de vida, la mitad de su alimentación de los 6 – 12 meses y un tercio total de su alimentación hasta los 2 años de vida. La lactancia materna ayuda a la prevención de muerte infantil alrededor de 1.3 millones al año (40-41).

2.4.1.2. La lactancia y el parto

Actualmente el tipo de parto influye en la lactancia exitosa que puede tener el niño, debido que es importante al contacto piel con piel. Decimos que cuando se da un parto normal o eutócico la madre se encuentra consciente y capaz de realizar el apego precoz con su niño e inmediatamente dar de la lactar en los minutos posteriores, ya que requiere menor cantidad de intervenciones médicas por lo que será más favorable; sin embargo, en el caso del parto distócico o cesárea, debido a la condición clínica de la madre esta requiere mayor tiempo transcurrido entre el nacimiento y la primera lactancia del neonato, se observa también que la baja de leche es precoz y la duración es corta; debido que se administra analgésicos, puede ser un parto prolongado, hemorragias (42).



La primera hora de vida, o también conocida como la hora sagrada, es de vital importancia para el recién nacido, inicia al momento que el neonato es colocado sobre el pecho de la madre inmediato al parto, el recién nacido es capaz de reconocer a la madre por olor, explora con las manos las mamas e inicia la primera succión por instinto. Esto produce resultados favorables como la calma de la madre y el niño permitiendo la producción del calostro y alimentación del niño, alivia el estrés neonatal nivelando su temperatura, frecuencia cardíaca, respiración, y crea vínculos entre la madre y el niño (42).

De acuerdo a un estudio realizado por el grupo NEOVITA, entre la relación del momento de inicio de la lactancia y la morbilidad infantil, se evidencia que de los 99.938 niños inscritos, solo el 52,7% inicio la lactancia materna en un tiempo inferior a una hora de vida, el 38,2% de 2 horas hasta 24 horas de vida y 4,6% inicio posterior al primer día de vida. Observando que la tasa de mortalidad aumenta mientras mayor tiempo de demora se da ante la primera lactancia, y solo el 5,1% de los recién nacidos que amamantados antes de la primera hora de vida han fallecido entre 1-3 meses de edad (39,43).

Los cambios que la mujer experimenta después del parto le conduce a una readaptación relacionada con las molestias puerperales, su nueva función de madre, el ajuste con su pareja y familia, así como su imagen corporal, esta adaptación evoluciona hacia la normalidad a medida que el tiempo transcurre. Inmediatamente después del parto se interesa por su autocuidado y por el cuidado de su hijo (42).

Durante el puerperio se dan situaciones y cambios tan bruscos que desembocan en el desequilibrio emocional y aparece la llamada tristeza puerperal, ocurre episodios de desánimo, trastornos de humor, estudios revelan que entre cincuenta a ochenta por ciento padecen de esta condición, lo fundamental sería la comprensión de su pareja y su familia (44).



Rubín, en su estudio sobre logro maternal, identifico la conducta después del parto en tres etapas (44):

- Etapa de aceptación o periodo de conducta dependiente: La madre se manifiesta pasiva y dependiente, no toma iniciativa y tiene muchas dudas sobre lo que le está aconteciendo.
- Etapa del apoyo o de transición de dependencia a independencia: Se preocupa de sí misma y de su hijo y empieza asumir sus nuevas responsabilidades y espera que le reconozcan su capacidad para asumir el papel de madre.
- Etapa del abandono o de adopción de nuevas responsabilidades: La mujer se siente en su entorno familiar viendo al recién nacido menos dependiente, la relación de padres, de pareja pasará por un proceso de evolución, así como el del resto de los miembros de la familia.

2.4.1.3. Lactancia Exclusiva

Lactancia materna exclusiva significa que el alimento que recibe el niño desde el nacimiento hasta los 6 meses es únicamente el seno materno, sea de la madre, extraída o de nodriza; no incluyendo alimentos sólidos, bebidas o agua, excepto por jarabes (45-46).

En Brasil se realizó un estudio con la finalidad de implementar un portafolio de guía "Puedo amamantar a mi hijo", para proporcionar información y promover la lactancia materna exclusiva adecuada ;se aplica la Escala de Autoeficacia de la Lactancia Materna Abreviada a 201 madres en tres etapas la primera antes del alta hospitalaria, la segunda en el control posterior al parto y finalmente por vía telefónica, obteniendo que la mediana de duración de la lactancia materna exclusiva es menor del 40% , debido que esta solo dura los dos primeros meses de vida del niño (47).



2.4.1.4. La lactancia y el desarrollo del vínculo madre-neonato

El primer encuentro ha de ser el más esperado para el bebé ya que será con su madre, y ella a su vez sea recíproca en abrazarlo y besarlo, es ahí cuando se inicia el vínculo, el reconocimiento mutuo y el inicio de una relación que perdurará en el tiempo y que tiene una gran importancia el cómo se establezca desde el momento inicial. El establecimiento del vínculo es crucial para la supervivencia y desarrollo del niño.

La lactancia materna es la mejor opción para alimentar al niño durante el primer año de vida, las ventajas para el lactante son múltiples contando con el beneficio nutricional y emocional que se manifiesta en el niño. La preparación adecuada de la madre y su grupo familiar es muy importante para que desde el primer momento se establezca un vínculo eficaz entre madre e hijo, en este proceso la participación del equipo de salud es imprescindible para el fomento y promoción de la lactancia materna. Las estimuladoras tempranas como parte del equipo de salud constituyen una parte vital en el manejo del niño al momento de la lactancia, así como son quienes promueven la estimulación de succión en el bebé para que no presenten dificultades al momento de alimentarse. La succión al tensar el frenillo labial y friccionar el pre maxilar, estimula el desarrollo de la base ósea de la boca (41,47).

2.4.1.5. Beneficios de la lactancia materna

La lactancia materna se considera como un alimento esencial en la vida del neonato. Los principales beneficios para el lactante es potenciar el sistema inmunológico disminuyendo el riesgo de infecciones, la leche materna contiene los nutrientes necesarios para cumplir las necesidades requeridas por el niño y son adecuadas para su metabolismo evitando obesidad o desnutrición. Influye en el neurodesarrollo del niño al proporcionar estímulos adecuados como son el afecto y calor de su madre al amamantar (45,48).



Entre los beneficios para la madre y la sociedad consideramos que no requiere preparación ni almacenamiento en envases desechables como ayuda al medioambiente; no representa un gasto económico para la familia o el estado, durante la lactancia la madre reduce riesgo de cáncer de mama o de ovario, reduce la cantidad de hemorragia en postparto, es un beneficio para la salud de la madre y del niño (45,48).

Los principales riesgos de no amamantar son las alteraciones en la cavidad oral debido al uso de chupones y tetinas que incrementan el riesgo de posibles alteraciones de la deglución, de la fono articulación o en las piezas dentarias, además de otras alteraciones pueden ser en los signos vitales del niño debido a que la lactancia materna ayuda a la termorregulación, frecuencia respiratoria y cardíaca, por lo que disminuye el riesgo de mortalidad infantil (45,48). Freud afirma que las primeras experiencias del niño son asimiladas por su sistema nervioso que al ser procesadas van creando sus propias estructuras mentales (48,49) fundamental e importante es el contacto con su madre en esta etapa para crear vínculos más estrechos.

2.4.2. Aspectos psicosociales de la madre

La experiencia del parto en una primípara puede estar influenciado por cierto factores positivos o negativos que a largo y corto plazo influyen en el estado físico y emocional de la madre, repercutiendo en la alimentación del neonato (50).

Un estudio aplicado a 1010 madres en diferentes hospitales de Turquía, se recopiló datos como el tipo de parto, intervenciones y experiencias durante el parto; el cual determinó que 51,7% de las madres tenía entre 25 a 34 años, el 38% eran menores de 24 años y el 8% eran madres mayores a los 35 años; el 62,7% indicó su economía como media, el 27,5% tenían ingresos económicos altos y menos del 10% eran población de ingresos bajos; el 44% eran primíparas y el 56% multíparas; el 68,6% tuvieron parto vaginal y el 31,4% por cesárea, casi el 50% de las mujeres valoraron como la experiencia del parto bueno y el otro 50% entre moderado, malo y muy malo; y solo el 59,1% de las mujeres fueron



capacitadas por el personal de salud previo al parto. Estos factores influyen para que las experiencias satisfactorias que experimenta la mujer a través de la lactancia sean positivas para el niño, y si la madre presenta experiencias negativas puede conducir a problemas como complicaciones en embarazos futuros, sentimientos negativos, alteración del apego con el niño, dificultades en la lactancia, entre otras (51-52).

2.4.2.1. Trastornos generados a partir de un vínculo mal establecido

La interacción que existe entre las madres y su bebé al amantar y su conducta expresada en signos de satisfacción y contento cuenta muchísimo al momento de establecer el vínculo materno filial. Las respuestas de las madres y sus bebés no serán las mismas, pues el nivel de ansiedad que la madre experimenta durante la crianza incide en el desarrollo del vínculo. Las características temperamentales de los niños influyen directamente en las actitudes que la madre brinda a su bebé. Los niños fáciles y sociables acentúan las reacciones positivas de la madre, por lo que el medio ambiente en el que se desarrolla el bebé es un factor determinante para su desarrollo emocional posterior (28).

Al hablar de vínculo, podemos enfatizar que durante los primeros meses de vida del niño, la carencia de cuidado y afecto por parte de la madre son el punto de inicio para la aparición de diversas alteraciones a nivel psíquico y físico del bebé. Según R. A. Spitz esta carencia afectiva se produce a partir de la separación que el bebé y su madre experimentan tras un período mínimo de seis meses de establecer una relación íntima y estrecha, que en un inicio aparecen con llanto y una urgente demanda de contacto materno. El niño empieza a perder peso y el desarrollo global tiende a estancarse, abandonando las demandas de contacto con su madre y continuando con trastornos en el sueño y con una clara disposición a contraer enfermedades debido a que su sistema inmunológico se encuentra debilitada consecuencia del estado emocional que se encuentra atravesando (28).



La carencia del vínculo materno filial estrecho imposibilita al bebé a expresar su descarga de impulsos agresivos y lo resuelve haciendo que estos se reviertan sobre sí mismo. Esta autoagresión que el bebé experimenta se agudiza progresivamente, mientras el insomnio va deteriorando su salud emocional hasta dar lugar a situaciones irreversibles que llevan al bebé al marasmo, condición que deteriora completamente el desarrollo integral del niño y que lo puede llevar a la muerte (28).

Recibir estímulos adecuados del exterior no es garantía de que el bebé responda a ellos satisfactoriamente, cada bebé es diferente de acuerdo con los distintos temperamentos, así satisface sus necesidades a través de la succión y de los componentes emocionales y relacionales que este acto comprende; contacto corporal piel a piel con su madre, olor, temperatura y seguridad de estar sostenido en brazos, todo esto unido al acto de amantar, es por ello, que juega un papel fundamental en este proceso la participación de la madre, esto exige una constante estimulación para que funcione adecuadamente. Si la madre prescinde de estos factores que incluyen al niño y a sus necesidades individuales, su seguridad se verá amenazada y provocará en él un estado de ansiedad, podemos decir sobre esto que la inestabilidad emocional de la madre, las separaciones prolongadas o una pérdida total ponen en riesgo el equilibrio psíquico del niño, por lo tanto, durante el período en que se da una unidad biológica entre ambos, el niño reacciona con sufrimiento y con estados de intranquilidad. Esta angustia de separación que percibe el bebé solo puede aliviarse en el momento en el que su madre lo acoja. Durante la lactancia materna la relación que adquiere madre e hijo es tan íntima, como la forma de ofrecer y de recibir el niño el pecho es un medio de gratificación mutuo que se proporciona a través del alimento (28).

2.5. ESCALA DE AUTOEFICACIA DE LA LACTANCIA MATERNA

La Escala de Autoeficacia de la Lactancia Materna se considera una prueba psicométrica, creada por la Doctora Cindy-Lee Dennis en el año 1999,



actualmente contamos con la versión abreviada modificada en el año 2003, conocida como BSES-SF por sus siglas en inglés (Breastfeeding Self Efficacy Scale – Short Form). La fiabilidad de acuerdo al Coeficiente Alfa de Cronbach es de 0,92 (6, 10, 53-54).

2.5.1. Objetivo

Esta escala tiene como objetivo demostrar la percepción que experimenta la madre y su capacidad de amamantar durante la lactancia materna, esta puede estar por factores externos que influyen en la exclusividad, vínculo y calidad alimentaria para el bebé (55).

2.5.2. Baremos

La evaluación está calificada por tres baremos: “Segura” con un valor de 5 puntos, “Casi Segura” con valor de 3 puntos y “No Segura” con valor de 1 punto (10,55).

2.5.3. Variables

La escala consta de 14 ítems, estos se subdividen en ocho ítems de acuerdo a la técnica usada (TU), como posicionamiento, alimentación adecuada, buena succión del recién nacido, entre otros; y seis ítems de aspectos intrapersonales (AI) de la madre como el deseo de amamantar, satisfacción de la madre, experiencias emocionales (56).

2.5.4. Ítems a evaluar

1. Siempre sé que mi bebé está tomando suficiente leche.
2. Siempre me apaño bien con la lactancia, igual que con otros retos de mi vida.
3. Siempre puede amamantar a mi bebé sin utilizar leche artificial o en polvo como complemento.
4. Siempre estoy segura de que mi bebé agarra bien el pecho durante la toma.



5. Siempre puedo manejar la situación de la lactancia de forma satisfactoria para mí.
6. Siempre puedo dar de amamantar, incluso cuando mi bebé está llorando.
7. En todo momento sigo manteniendo las ganas de amamantar a mi bebé
8. Siempre me siento cómoda cuando doy el pecho en presencia de otros miembros de mi familia.
9. Dar el pecho es siempre una experiencia satisfactoria para mí.
10. Siempre llevo bien el hecho de que la lactancia consuma parte de mi tiempo.
11. Siempre puedo acabar de amamantar con un pecho antes de cambiar al otro.
12. En cada toma siempre creo que mi pecho es suficiente para alimentar a mi bebé.
13. Soy capaz de amamantar a mi bebé cada vez que me lo pide.
14. Siempre que alguien me pregunta si i bebé ha terminado de mamar, sé responder so lo ha hecho o no

2.5.5. Calificación

La calificación se realiza sumando todos los puntajes de los ítems obtenidos, la calificación mínima posible obtenida es de 14 puntos y 70 puntos corresponde al mayor puntaje posible a obtener (55-56).

2.5.6. Resultados

Los resultados de la calificación total determina la perspectiva de vínculo que experimenta la madre durante la lactancia materna a través de la escala aplicada.

Si el puntaje se encuentra entre 14 a 32 puntos indica nivel de eficacia baja, si la puntuación esta entre 33 a 51 puntos se conoce como eficacia media, y si la puntuación supera los 52 puntos hasta el límite máximo de 70 puntos indica un nivel de eficacia alta (55,56).



Las madres con puntajes altos tienen mayor probabilidad de mantener una lactancia exclusiva continua, mientras que las madres de puntajes bajos podrían tener un destete prematuro. Un estudio realizado en Sao Paulo – Brasil a 650 madres, aplicando la escala de autoeficacia de amamantamiento abreviada, determinando que aquellos niños que recibieron lactancia materna adecuada tienen mayor probabilidad de que su lactancia exclusiva sea prolongada hasta los tres meses de edad y en lactantes mayor probabilidad de continuar la lactancia hasta los 12 meses, sugieren además que se debería aplicar la escala posterior al parto para que madres inexpertas, que no reciban la información adecuada y con dificultad durante el amamantamiento reciban ayuda y sean guiadas por el personal de salud para proporcionar mejores resultados a largo plazo (54,56).



CAPITULO III: OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la eficacia del vínculo materno filial de las puérperas primíparas durante la lactancia exclusiva del neonato en el Hospital General Homero Castanier Crespo. Azogues, 2019.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a la población según la edad de la madre, estado civil, nivel de instrucción, residencia, tipo de parto y lactancia inmediata o tardía
- Identificar el nivel de vínculo madre-neonato mediante la Escala de Autoeficacia de la Lactancia Materna Abreviada.
- Determinar el nivel de vínculo madre-neonato según la edad de la madre, estado civil, nivel de instrucción, residencia, tipo de parto y lactancia inmediata o tardía.



CAPITULO IV: DISEÑO METODOLÓGICO

4.1. TIPO DE ESTUDIO

Estudio descriptivo, prospectivo y transversal aplicado a puérperas primíparas del Hospital General Homero Castanier Crespo, Azogues 2019.

4.2. ÁREA DE ESTUDIO

La investigación se realizó a puérperas primíparas ingresadas al área de Gineco-Obstetricia del “Hospital General Homero Castanier Crespo”, ubicado en la parroquia, distrito 03D01 del cantón Azogues, provincia de Cañar; con dirección Avenida Andrés F Córdova y Luis Manuel Gonzáles.

4.3. UNIVERSO

La población total de puérperas primíparas hospitalizadas del área de Gineco-Obstetricia del Hospital General Homero Castanier Crespo correspondió a 150 mujeres. Se utilizó muestreo probabilístico aleatorio simple, con el 95% de confianza y un nivel de error del 5%, la muestra estuvo conformada por 108 mujeres ingresadas al hospital en el período Junio - Agosto del año 2019. (Ver anexo Protocolo)

4.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Criterios de inclusión: puérperas primíparas que hayan firmado el consentimiento informado, que hayan aceptado participar en la investigación, y acudan al Hospital General Homero Castanier Crespo, en el área de gineco-obstetricia, Junio – Septiembre del 2019.

Criterios de exclusión: mujeres multíparas, mujeres en periodo de gestación, discapacidad intelectual.



4.5. VARIABLES

4.5.1. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

| VARIABLE | DEFINICIÓN | DIMENSION | INDICADOR | ESCALA |
|--------------------------------|---|-----------|------------------|--|
| Edad | Tiempo de vida transcurrido desde el nacimiento. | Tiempo | Historia clínica | Menor a 18 años Entre 18 a 35 años Mayor a 35 años |
| Estado civil | Situación legal de un individuo en el registro civil, en relación a si tiene o no pareja. | Legal | Historia clínica | Soltera Casada Unión libre Divorciada Viuda |
| Nivel de instrucción educativa | Es el nivel de educación de una población determinada | Tiempo | Historia clínica | Educación primaria Educación secundaria Superior |
| Residencia | Lugar determinado donde la persona habita | Lugar | Historia clínica | Urbano Rural |
| Tipo de parto | Es la culminación del embarazo humano hasta el periodo de la salida del bebé del útero | Tiempo | Historia clínica | Eutócico o normal Distócico o cesárea |
| Lactancia inmediata o tardía | Tiempo transcurrido desde el parto hasta la primera toma del neonato por el seno materno. | Tiempo | Madre | Menor a una hora De una a tres horas |



| | | | | |
|------------------------------|--|---------|--|--|
| Eficacia del vínculo materno | Apego emocional y afectivo que tiene la madre y el hijo entre sí | Puntaje | Escala de Autoeficacia de la Lactancia Materna Abreviada | Eficacia alta: 52 a 70 puntos Eficacia media: 33 a 51 puntos Eficacia baja: 14 a 32 puntos |
|------------------------------|--|---------|--|--|

4.6. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Método: Se aplicó el método descriptivo cualitativo y cuantitativo.

Técnicas: Recolección de datos personales a partir historia clínica y cuestionario Escala de Autoeficacia de la Lactancia Materna Abreviada.

Instrumentos: Los instrumentos utilizados fueron el consentimiento informado, asentimiento informado, formulación de recolección de datos personales y Escala de Autoeficacia de la Lactancia Materna Abreviada.

Procedimientos: Se obtuvo la autorización del Hospital General Homero Castanier Crespo, mediante el Dr. Vicente Carreño, Coordinador de docencia e investigación. Se realizó visitas diarias para la recolección de datos. Se solicitó la firma del consentimiento informado a las mujeres participantes, y asentimiento informado en caso de menores de edad. Se recolectó datos personales mediante la historia clínica como edad, estado civil, nivel de instrucción, residencia, tipo de parto y lactancia inmediata o tardía. Se aplicó la escala de autoeficacia de la lactancia materna abreviada a las participantes. Se calificó escala para obtener el nivel de eficacia del vínculo materno filial y se corroboró los datos con el departamento estadístico de la institución. Se creó la base de datos con el programa SPSS 22, procediendo a su tabulación y representación gráfica.



4.8. TABULACIÓN Y ANÁLISIS

Los datos obtenidos fueron ingresados en el programa SPSS versión gratuita 22.0, Windows Microsoft Excel 2010 para el diseño de tabulación, representando los resultados cuantitativos en porcentajes y los resultados cualitativos mediante la frecuencia presentada.

4.9. ASPECTOS ÉTICOS

Autorización del Hospital General Homero Castanier Crespo, firmado y aceptado por el Dr. Vicente Carreño R., Coordinador de docencia e investigación.

Se realizó visitas diarias de lunes a viernes en el área de Gineco-Obstetricia del hospital, observando en la historia clínica mujeres con características de puerperio y primíparas.

Las madres que aceptan participar en la investigación, firmaron el consentimiento informado, y aquellas menores de edad firmaron el asentimiento informado.

Se procedió a la entrega del cuestionario de la Escala de Autoeficacia de la Lactancia Materna Abreviada (15 a 20 minutos) a una población de 108 mujeres; en caso de no comprender preguntas se les explico con ejemplos o consejos de lactancia materna, sin afectar su bienestar físico, emocional o del niño.

Los datos personales como edad, estado civil, nivel de instrucción, residencia, tipo de parto, tiempo de lactancia inmediata o tardía; fueron obtenidos de la historia clínica.

Los datos obtenidos de la historia clínica fueron corroborados con el departamento estadístico del hospital.



CAPITULO V: ÁNÁLISIS DE RESULTADOS:

Tabla 1.

Distribución de las 108 puérperas primíparas según: edad, estado civil, nivel de instrucción, residencia, tipo de parto y lactancia inmediata o tardía. Hospital General Homero Castanier Crespo, Azogues 2019.

| | | |
|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| EDAD | Menos de 18 años | 23.1 % 25 |
| | Entre 18 a 35 años | 74.1 % 80 |
| | Mayor a 35 años | 2.8 % 3 |
| ESTADO CIVIL | Soltera | 31.5 % 34 |
| | Casada | 22.2 % 24 |
| | Unión libre | 46.3 % 50 |
| NIVEL DE INSTRUCCIÓN | Educación primaria | 31.5 % 34 |
| | Educación secundaria | 57.4 % 62 |
| | Superior | 11.1 % 12 |
| RESIDENCIA | Urbana | 51.9 % |



| | | |
|---|--------------------------|---------------|
| | | 56 |
| | Rural | 48.1 % |
| | | 52 |
| TIPO DE PARTO | Eutócico | 56.5 % |
| | | 61 |
| | Distócico | 43.5 % |
| | | 47 |
| LACTANCIA INMEDIATA O TARDÍA | Menos de una hora | 86.1 % |
| | | 93 |
| | De una a tres horas | 13.9 % |
| | | 15 |

Fuente: Base de datos

Elaborado: López E., Reinoso S.

Interpretación: de la población estudiada, los mayores porcentajes se encuentran en: la edad entre 18 a 35 años con 74.1%, unión libre con 46.3%, nivel de instrucción secundaria 57.4%, la residencia es urbana con 51.9%, parto eutócico con 56.5% y lactancia inmediata o tardía con menos de una hora 86.1%.

Tabla 2.

Nivel de eficacia del vínculo materno filial de las 108 puérperas primíparas.
Hospital General Homero Castanier Crespo, Azogues 2019.

| NIVEL DE EFICACIA DEL VÍNCULO MATERNO FILIAL | |
|---|---------------|
| ALTO | 81.5 % |
| | 88 |
| MEDIO | 13 % |
| | 14 |
| BAJO | 5.5 % |
| | 6 |
| TOTAL | 100 % |
| | 108 |

Fuente: Base de datos

Elaborado: López E., Reinoso S.

Interpretación: de la 108 puérperas primíparas, el 81.5% obtuvo un nivel alto de eficacia del vínculo materno filial y en el 5.5% de mujeres se encontró un nivel de eficacia bajo en relación a su vínculo materno filial.

Tabla 3.

Nivel de eficacia del vínculo materno filial según la edad de las 108 púerperas primíparas. Hospital General Homero Castanier Crespo, Azogues 2019.

| EDAD | NIVEL DE EFICACIA DEL VINCULO MATERNO FILIAL | | |
|----------------------|--|--------------|--------------------------|
| | ALTO | MEDIO | BAJO |
| Menor a 18 años | 20.4 % 22 | 1.9 % 2 | 0.9 % 1 |
| Entre 18 a 35 años | 58.3 % 63 | 11.1 % 12 | 4.6 % 5 |
| Mayor a 35 años | 2.8 % 3 | | |
| Total General | 81.5 % 88 | 13.0 % 14 | 5.5 % 6 |

Fuente: Base de datos

Elaborado: López E., Reinoso S.

Interpretación: en relación al nivel de eficacia del vínculo materno filial y la edad, se encontró el 58.3% de las 108 mujeres investigadas entre 18 a 35 años se encuentra con nivel de eficacia alto, mientras que en el 4.6% obtuvieron un nivel de eficacia bajo.

Tabla 4.

Nivel de eficacia del vínculo materno filial según el estado civil de las 108 puérperas primíparas. Hospital General Homero Castanier Crespo, Azogues 2019.

| ESTADO CIVIL | NIVEL DE EFICACIA DEL VINCULO MATERNO FILIAL | | |
|--------------|--|--------------|--------------------------|
| | ALTO | MEDIO | BAJO |
| SOLTERA | 25.9 % 28 | 3.7 % 4 | 1.9 % 2 |
| CASADA | 22.2 % 24 | | |
| UNIÓN LIBRE | 33.3 % 36 | 9.3 % 10 | 3.7 % 4 |
| TOTAL | 81.5 % 88 | 13.0 % 14 | 5.5 % 6 |

Fuente: Base de datos

Elaborado: López E., Reinoso S.

Interpretación: según el nivel de eficacia y el estado civil, el 33.3% de la población estudiada que se encuentra en unión libre tiene un nivel alto de eficacia del vínculo materno filial, mientras que el 3.7% obtuvo un nivel bajo.

Tabla 5.

Nivel de eficacia del vínculo materno filial según el nivel de instrucción de las 108 puérperas primíparas. Hospital General Homero Castanier Crespo, Azogues 2019.

| NIVEL DE INSTRUCCIÓN | NIVEL DE EFICACIA DEL VÍNCULO MATERNO FILIAL | | |
|----------------------|--|--------------|--------------------------|
| | ALTO | MEDIO | BAJO |
| EDUCACIÓN PRIMARIA | 22.2 % 24 | 7.4 % 8 | 1.9 % 2 |
| EDUCACIÓN SECUNDARIA | 49.1 % 53 | 5.6 % 6 | 2.8 % 3 |
| SUPERIOR | 10.2 % 11 | | 0.9 % 1 |
| TOTAL | 81.5 % 88 | 13.0 % 14 | 5.5 % 6 |

Fuente: Base de datos

Elaborado: López E., Reinoso S.

Interpretación: en relación al nivel de eficacia del vínculo materno filial y el nivel de instrucción, se evidencia en el 49.1% de las mujeres que tienen educación secundaria poseen un nivel de eficacia alto, mientras que únicamente en el 2.8% de las mismas su nivel de eficacia es bajo.

**Tabla 6.**

Nivel de eficacia del vínculo materno filial según la residencia de las 108 púerperas primíparas. Hospital General Homero Castanier Crespo, Azogues 2019.

| RESIDENCIA | NIVEL DE EFICACIA DEL VÍNCULO MATERNO | | |
|--------------|---------------------------------------|--------------|------------|
| | ALTO | MEDIO | BAJO |
| URBANA | 47.2 % 51 | 2.8 % 3 | 1.9 % 2 |
| RURAL | 34.3 % 37 | 10.2 % 11 | 3.7 % 4 |
| TOTAL | 81.5 % 88 | 13.0 % 14 | 5.5 % 6 |

Fuente: Base de datos

Elaborado: López E., Reinoso S.

Interpretación: de acuerdo al nivel de eficacia del vínculo materno filial y la residencia, el 47.2% de la población investigada que habita en la zona urbana tuvo un nivel de eficacia alto de su vínculo materno filial, mientras que el 1.9% obtuvo un nivel bajo.

Tabla 7.

Nivel de eficacia del vínculo materno filial según el tipo de parto de las 108 puérperas primíparas. Hospital General Homero Castanier Crespo, Azogues 2019.

| TIPO DE PARTO | NIVEL DE EFICACIA DEL VÍNCULO MATERNO FILIAL | | |
|---------------|--|--------------|------------|
| | ALTO | MEDIO | BAJO |
| EUTÓCICO | 42.6 % 46 | 10.2 % 11 | 3.7 % 4 |
| DISTÓCICO | 38.9 % 42 | 2.8 % 3 | 1.9 % 2 |
| TOTAL | 81.5 % 88 | 13.0 % 14 | 5.5 % 6 |

Fuente: Base de datos

Elaborado: López E., Reinoso S.

Interpretación: de las 108 puérperas primíparas el 42.6% de las madres que presentaron tipo de parto eutócico obtuvieron un nivel alto de eficacia del vínculo, mientras que el 3.7% de ellas el vínculo obtenido fue bajo.

Tabla 8.

Nivel de eficacia del vínculo materno filial según la lactancia inmediata o tardía de las 108 puérperas primíparas. Hospital General Homero Castanier Crespo, Azogues 2019.

| LACTANCIA INMEDIATA O TARDÍA | NIVEL DE EFICACIA DEL VÍNCULO MATERNO FILIAL | | |
|------------------------------|--|--------------|--------------------------|
| | ALTO | MEDIO | BAJO |
| MENOR A UNA HORA | 69.4 % 75 | 12 % 13 | 4.6 % 5 |
| DE UNA A TRES HORAS | 12 % 13 | 0.9 % 1 | 0.9 % 1 |
| TOTAL | 81.5 % 88 | 13.0 % 14 | 5.5 % 6 |

Fuente: Base de datos

Elaborado: López E., Reinoso S.

Interpretación: según el nivel de eficacia y la lactancia inmediata o tardía, el 69.4% obtuvo un nivel de eficacia alto en relación a un tiempo menor a una hora, desde el parto hasta la primera toma del neonato por seno materno; mientras que en el 4.6% de estas mujeres el nivel de eficacia es bajo.



CAPITULO VI:

DISCUSIÓN

El vínculo materno filial durante el periodo de la lactancia es esencial para el desarrollo y crecimiento del niño, por lo que debemos implementar la valoración del nivel de eficacia de la lactancia materna durante la estancia hospitalaria de la mujer en puerperio para fomentar la lactancia exclusiva continua del neonato. Por este motivo, la investigación realizada en el Hospital General Homero Castanier Crespo, Azogues, tuvo como objetivo principal determinar el vínculo materno filial de las puérperas primeras durante la lactancia materna exclusiva del neonato.

En el presente estudio se aplicó la Escala de Autoeficacia de la Lactancia Materna Abreviada a 108 mujeres. Con respecto a la **edad**, según un estudio realizado en España “*Valores de referencia españoles para la versión reducida de la escala de autoeficacia para la lactancia materna*”, la mayor población se encuentra entre 18 años a 35 años (6). En nuestro estudio se obtuvo resultados similares, pues en el 74.1% se encuentra en esta edad.

Con respecto al **estado civil**, en el artículo científico “*El entorno familiar y social de la madre como factor que promueve o dificulta la lactancia materna*” se encontró que las mujeres que brindar mejor manejo materno son aquellas que tienen conyugue o pareja estable, a diferencia de las mujeres solteras la población es menor y son propensas al abandono de la lactancia exclusiva (18). En nuestro estudio el mayor porcentaje de mujeres esta en union libre, lo que reflejaría una mayor posibilidad de que estas mujeres al tener pareja estable continuen con la lactancia exclusiva.

De acuerdo al **nivel de instrucción** según un estudio realizado en Colombia por Borre *et al.*, señalan que las mujeres con niveles educativos secundarios o superiores tienen mayor interés en continuar con la lactancia exclusiva hasta los 6



meses de edad del niño (18). En nuestra investigación encontramos que el 57.4% tiene educación de nivel secundario y el 11.1% de nivel superior.

En relación a la **residencia**, según la investigación *“Factores biopsicosociales influyentes en el abandono de la lactancia materna exclusiva, Centro de salud Carlos Elizalde, 2018”* señala que el 67.5% residen en la zona urbana y el 32.5% en la zona rural (57), coincidiendo con nuestra investigación en que la mayoría de la población pertenece al área urbana.

En cuanto a la variable **tipo de parto**, en nuestro estudio encontramos que el 56.5% de mujeres presentaron parto eutócico, coincidiendo con el artículo *“El tipo de parto ¿podría condicionar el éxito en la lactancia materna exclusiva”* en España por Silva P, et al (58), donde señala que al presentar parto eutócico o normal, la satisfacción de amamantar y relacionarse con el niño tiene mejores resultados.

En nuestra investigación de acuerdo a **lactancia inmediata o tardía** encontramos que 86.1% de la población brindó lactancia materna en la primera hora de vida; encontrando similitud con el estudio realizado por *NEOVITA*, evidenciando que la mayor parte de la población se alimentó por seno materno en el tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la primera toma del neonato (39).

El estudio *“Comparison of breastfeeding self-efficacy between adolescent and adult mothers at a maternity hospital in Ribeirao Preto, Brazil”* aplicado a 400 mujeres indica la mayor parte de la población obtuvo resultados favorables en el **nivel de eficacia** alto (35); coincidiendo que 81.5% de la población de nuestro estudio obtuvo resultados similares.

Según la **edad y el nivel de eficacia del vínculo materno** en nuestra investigación la población de mayor frecuencia con nivel alto de eficacia del vínculo materno tiene entre 18 años a 35 años, relacionando con el estudio



realizado por Guimaraes C, *et al.*, aplicando a 400 mujeres la escala determinando un nivel alto de eficacia de lactancia materna en mujeres adultas (35).

De acuerdo al **estado civil y nivel de eficacia del vínculo materno** en el artículo *“Lactancia materna exitosa en puérperas de menos de 48 horas en el Hospital de Apoyo María Auxiliadora”* se evidenció que la mujer presenta un mejor amamantamiento ante la presencia del esposo o en una relación estable con el conyugue, el 74% de la población estaba casada obteniendo un nivel de eficacia alto (36); obteniendo datos similares en nuestra investigación.

Según el **nivel de instrucción y nivel de eficacia del vínculo materno**, en nuestro estudio se encontró un alto porcentaje de mujeres con estudios secundarios obtuvieron un nivel alto de eficacia, relacionado con el estudio *“Diseño y validación de un instrumento para medir la autoeficacia para lactar de mujeres embarazadas mexicanas”* donde la mayor población con resultados de nivel alto fue de educación secundaria al aplicar la escala de lactancia exclusiva (37).

De acuerdo a la investigación realizada por Méndez E y Chacha L *“Características del abandono de la lactancia materna en madres que acuden al Centro de Salud Pumapungo, Cuenca, 2017”* según la **residencia y el nivel de eficacia del vínculo materno**; concuerda con nuestra investigación en que la población urbana tiene un nivel alto de lactancia materna y conocimientos actualizados en relación a la lactancia (38).

Por el **tipo de parto y el nivel de eficacia del vínculo materno** en nuestra investigación obtuvimos un mayor número de partos eutócicos, relacionado con el estudio de Basadre C, *et al.* (36); evidenciando que no influye como variable pues ambas categorías presentan nivel alto de eficacia del vínculo materno.



Según la **lactancia inmediata o tardía y el nivel de eficacia del vínculo materno** en el artículo *“Timing of initiation, patterns of breastfeeding, and infant survival: prospective analysis of pooled data from three randomised trials”* y nuestra investigación señalamos que el nivel de eficacia alto se obtiene en madres que dieron de lactar dentro de la primera hora de vida, debido que el niño experimenta el vínculo con la madre (39).



CAPITULO VII:

7.1. CONCLUSIONES

En nuestra investigación a 108 puérperas primíparas del Hospital General Homero Castanier Crespo de Azogues que brindaron lactancia exclusiva al recién nacido se encontró:

- La edad predominante es entre 18 a 35 años representando el 74.1%, mientras que la población menos presente es de mayores a 35 años con un 2.8%.
- Según el estado civil el 46.3% hace referencia a mujeres en unión libre siendo la población mayoritaria y la población menor es soltera con 31.5%.
- Por el nivel de instrucción el 57.4% de mujeres tiene educación secundaria y en menor porcentaje de educación superior con 11.1%.
- En referencia a la residencia de la población estudiada el 51.9% viven en la zona urbana y el 48.1% en la zona rural.
- En cuanto al tipo de parto el 56.5% de ellas presentó parto eutócico y el 43.5% parto distócico.
- En relación a la lactancia inmediata o tardía, el 86.1% lo realizó en un tiempo inferior a la primera hora y el 13.9% lo realizó de una a tres horas posterior al nacimiento.
- Por el nivel de eficacia del vínculo materno filial, es alto en un 81.5% y bajo en el 5.5% de la población.
- De acuerdo al nivel de eficacia del vínculo materno según la edad, el 58.3% de mujeres entre 18 a 35 años obtuvo un nivel alto, y 4.6% del mismo grupo de edad un nivel bajo.
- Por el nivel de eficacia del vínculo materno según el estado civil, el 33.3% de mujeres en unión libre obtuvo un nivel alto, y el 3.7% de la misma categoría un nivel bajo.
- En relación al nivel de eficacia del vínculo materno según el nivel de instrucción, el 49.1% de las mujeres tienen educación secundaria con un



nivel alto de eficacia, y solo el 2.8% del mismo nivel educativo obtuvo un nivel de eficacia bajo.

- De acuerdo al nivel de eficacia del vínculo materno según la residencia, el 47.2% es de zona urbana con nivel alto de eficacia, y solo el 1.9% de obtuvo un nivel bajo.
- Por el nivel de eficacia del vínculo materno según el tipo de parto, de acuerdo al parto eutócico el 42.6% obtuvo un nivel alto de eficacia y el 3.7% nivel bajo de eficacia.
- En relación al nivel de eficacia del vínculo materno según la lactancia inmediata o tardía, las mujeres que lo realizaron dentro de la primera hora de vida del neonato, el 69.4% obtuvo un nivel alto de eficacia y el 4.6% un nivel bajo.



7.2. RECOMENDACIONES

- Implementar la aplicación de la Escala de autoeficacia de la lactancia materna abreviada por estimuladores tempranos de salud para fomentar el vínculo a través de la lactancia materna.
- Capacitar al personal de salud para el manejo de información única y veraz de la lactancia materna y puericultura.
- Realizar seguimientos continuos a través de talleres con la población vulnerable y adolescentes para evitar el abandono de la lactancia materna exclusiva.
- Incluir personal de estimulación temprana en salud en servicios hospitalarios para orientar a las gestantes, puérperas y madres en general sobre el desarrollo del vínculo a través de la lactancia materna y otros beneficios.



CAPITULO VIII:

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Normas y protocolos para el manejo del Banco de leche humana y para la Implementación de la Iniciativa del Hospital Amigo del niño. MSP. Ecuador. [Internet]. 2015. Disponible en: <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/LA%20LACTANCIA%20MATERNA%20A%20NIVEL%2>
2. Sidhu S, Garwood P. Tres de cada cinco bebés no toman leche en la primera hora de vida. UNICEF. New York-Ginebra. [Internet]. 2018. Disponible en: <https://www.unicef.org/es/comunicados-prensa/tres-de-cada-cinco-beb%C3%A9s-no-toman-leche-materna-en-la-primera-hora-de-vida>
3. Sidhu S. En el Día de la Madre, UNICEF pide que se reduzcan las “brechas en la lactancia materna” que hay entre ricos y pobres en todo el mundo. UNICEF. New York. [Internet]. 2018. Disponible en: <https://www.unicef.org/es/comunicados-prensa/en-el-d%C3%ADa-de-la-madre-unicef-pide-que-se-reduzcan-las-brechas-en-la-lactancia>
4. Salas B, Sevilla F, et al. Plan nacional de reducción acelerada de mortalidad materna y neonatal. MSP. Ecuador. [Internet]. 2008; 1:20-26. Disponible en: http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D589.pdf
5. Marín M. Neurobiología del vínculo materno-filial: aplicaciones para la lactancia materna y/o artificial. AEPap. Madrid. [Internet]. 2014; 11:29-39. Disponible en: <http://cursosaepap.exlibrisediciones.com/files/49-239-fichero/Neurobiolog%C3%ADa%20del%20v%C3%ADnculo.pdf>
6. Martínez D, Muñoz M, Sayas I, Oliver-Roig. Valores de referencia españoles para la versión reducida de la escala de autoeficacia para la lactancia materna. Anales Sis San Navarra. Pamplona. [Internet]. 2014; 37(2):203-211. Disponible en:



http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272014000200003

7. Aguilar C. Promoviendo vínculos saludables entre madres adolescentes y sus bebés una experiencia de intervención. Revista de Psicología. Perú. [Internet]. 2016; 28(2):261-280. ISSN: 1609-7211. Disponible en: <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/1462/1409>
8. Tello B, Gutiérrez P. Paso a paso por una infancia plena de 0 a 5 años. MSP. Ecuador. [Internet]. 2015; 16-18. Disponible en: http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/varios/paso_a_paso_por_una_infanciaPlena.pdf
9. Marín J, Jiménez A, Villamarín E. Influencia de la lactancia materna en la formación del vínculo y en el desarrollo psicomotor. Colección Academia de Ciencias Sociales. Colombia. [Internet]. 2016; 3(2):2-8. ISSN: 2422-0477. Disponible en: <https://revistas.upb.edu.co/index.php/cienciassociales/article/view/6639/6121>
10. Muñoz R, Rodríguez M. Autoeficacia de la lactancia materna en mujeres primíparas. Enfermería: cuidados humanizados. España. [Internet]. 2017; 6(1):19-24. ISSN 1688-8375. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ech/v6n1/2393-6606-ech-6-01-00019.pdf>
11. Borre Y, Cortina C, Gonzales G. Lactancia maternal exclusive: ¿la conocen las madres realmente?. Rev Cuid. Colombia. [Internet]. 2014; 5(2):723-730. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3595/359533181003.pdf>
12. Urquizo R. Lactancia materna exclusiva ¿siempre?. Rev Per Gine Obst. Perú. [Internet]. 2014; 171-176. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v60n2/a11v60n2.pdf>
13. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Lactancia materna y alimentación complementaria. MSP-ENSANUT. Ecuador. [Internet]. 2012; 146-148. ISBN: 978-9942-07-659-5. Disponible en: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web->



- inec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/MSP_ENSANUT-ECU_06-10-2014.pdf.
14. Central Intelligence Agency. Birth rate. CIA. Estados Unidos de America. [Internet]. 2017. Disponible en: <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/fields/2054.html>
 15. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Anuario de nacimientos y defunciones 2015. INEC. Ecuador. [Internet]. 2016. Disponible en: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/inec-publica-anuario-de-nacimientos-y-defunciones-2015/>
 16. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Anuario de estadísticas vitales – nacimientos y defunciones 2014. INEC. Ecuador. [Internet]. 2014. Disponible en: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/Publicaciones/Anuario_Nacimientos_y_Defunciones_2014.pdf
 17. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Conozcamos Cañar a través de sus cifras. INEC. Ecuador. [Internet]. 2017. Disponible en: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/conozcamos-cuenca-a-traves-de-sus-cifras/>
 18. Becerra F, Rocha L, Fonseca D, Bermúdez L. El entorno familiar y social de la madre como factor que promueve o dificulta la lactancia materna. Rev Fac Med. Colombia. [Internet]. 2015; 63(2):217-227. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v63n2/v63n2a06.pdf/>
 19. Munare O. Factores asociados al abandono al control prenatal en un hospital del ministerio de salud. Rev Perú Epidemiol. Perú. [Internet]. 2013; 17(2):1-8. ISSN: 1609-7211. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/2031/203129458007.pdf>
 20. Salais-López H, Lanuza E, Agustín-Pavón C, Martínez-García F. Sintonizando el cerebro para la maternidad: señalización central similar a la prolactina en ratones hembras vírgenes, gestantes y lactantes. Brain Struct Funct. [Internet]. 2017; 222(2):895-921. ISSN1863-2661.



- Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00429-016-1254-5#citeas>
21. Casado M. Fisiología de la lactancia. Instituto Chileno de Medicina Reproductiva. Chile. [Internet]. 2010. Disponible en: https://www.icmer.org/documentos/lactancia/fisiologia_de_la_lac.pdf
 22. Juez J, Moya R, et al. Manual de lactancia maternal, contenidos técnicos para profesionales de la salud. MINSAL. Chile. [Internet]. 2010; 3:77-83. Disponible en: https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2015/10/2010_Manual-de-Lactancia-Materna.pdf
 23. Santrock J. Desarrollo Infantil. 11va Edición. Empresa McGraw-Hill Interamericana. México, 2007. ISBN: 9701060598
 24. Sibaja J, Sanchez T, Rojas M, Fornaguera J. De la neuroplasticidad a las propuestas aplicadas: estimulación temprana y su implementación en Costa Rica. Rev Costarricense de Psicología. Costa Rica. [Internet]. 2017; 35(2):159-177. ISSN 0257-1439. Disponible en: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/rcp/v35n2/1659-2913-rcp-35-02-00094.pdf>
 25. Woodhead M, Oates J, Karmiloff A, Jhonson M. El cerebro en desarrollo. La primera infancia en perspectiva. Reino Unido. [Internet]. 2012; 7:2-14,48. ISBN 978-78007-446-7. Disponible en: <https://bernardvanleer.org/app/uploads/2016/03/El-cerebro-en-desarrollo-0131.pdf>
 26. Saldarriaga P, Bravo G, Loor M. La teoría constructivista de Jean Piaget y su significación para la pedagogía contemporánea. Dom Cien. Ecuador. [Internet]. 2016; 2(núm esp):127-137. ISSN: 2477-8818. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5802932.pdf>
 27. Acuña E. La infancia desde la perspectiva del psicoanálisis: un breve recorrido por la obra clásica de Freud y Lacan; Klein y los vínculos objetales. Tempo Psicoanalítico. Brasil. [Internet]. 2018; 50(1): 325-353. ISSN: 0101-4838. Disponible en: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tpsi/v50n1/v50n1a16.pdf>



28. Gsiper C. Consultor de psicología infantil y juvenil: trastornos del desarrollo. 1era Edición. Volumen 1. Ed. Oceano. 1985.
29. Briolotti A. Desarrollo psicológico, naturaleza y cultura en la teoría de Arnold Gesell: un análisis de la psicología como disciplina del saber-poder. Memorándum. Argentina. [Internet]. 2015; 28:55-70. ISSN: 1676-1669. Disponible en: <http://www.fafich.ufmg.br/memorandum/wp-content/uploads/2015/05/briolotti01.pdf>
30. Gobierno de Chile. Análisis de instrumentos para la evaluación del desarrollo infantil de niños(as) de 0 a 4 años en Chile. Medwave Estudios Limitada. Chile. [Internet]. 2017; 3:10-16. Disponible en: http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2018/10/Informe-Final-Estudio-Analisis-de-instrumentos-para-la-evaluacio%CC%81n-del-desarrollo-_Fase-Levantamiento-de-Base-de-Datos.pdf
31. Pérez B, Arrázola E. Vínculo afectivo en la relación parento-filial como factor de calidad de vida. Tend Ret. Colombia. [Internet]. 2013; 18(1):17-32. ISSN 0122-9729. Disponible en: <https://repository.ucatolica.edu.co/bitstream/10983/1712/1/Fortalecimiento%20del%20v%C3%ADnculo%20afectivo%20y%20corresponsabilidad%20en%20padres%20y%20madres%20y%20cuidadores%20Jardin%20I.pdf>
32. Chamorro L. El apego, su importancia para el pediatra. Pediatr. Asunción-Paraguay. [Internet]. 2012; 39(3):199-206. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4221475>
33. Ramírez N. Las relaciones objetales y el desarrollo del psiquismo: una concepción psicoanalítica. Rev IIPSI. Perú. [Internet]. 2010; 3(2):221-230. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3751599.pdf>
34. Garrido F, et al. Programa de salud infantil y adolescente de Andalucía: desarrollo afectivo. Junta de Andalucía. España. [Internet]. 2014. Disponible en: http://si.easp.es/psiaa/wp-content/uploads/2014/07/cuidadores_apego.pdf
35. Guimaraes C, Germano R, et al. Comparison of breastfeeding self-efficacy between adolescent and adult mothers at a maternity hospital in Ribeirao



- Preto, Brazil. Texto Contexto Enferm. Brasil. [Internet]. 2017; 26(1). Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n1/1980-265X-tce-26-01-e4100015.pdf>
36. Basadre C, Bello H, Benavides J, Bravo M, Carranza E. Lactancia materna exitosa en puérperas de menos de 48 horas en el Hospital de Apoyo María Auxiliadora. Rev Horiz Med. Perú. [Internet]. 2013; 13(2):28-39. ISSN: 1727-558X. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=371637129005>
37. Juárez M, Rojas M, et al. Diseño y validación de un instrumento para medir la autoeficacia para lactar de mujeres embarazadas mexicanas. Psychologia. México. [Internet]. 2018; 12(1):25-34. Disponible en: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/2972/297258161002/html/index.html>
38. Méndez E, Chacha L. Características del abandono de la lactancia materna en madres que acuden al Centro de salud Pumapungo. Universidad de Cuenca. Ecuador. [Internet]. 2018. Disponible en: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/29354/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION%20N.pdf>
39. Neovita. Timing of initiation, patterns of breastfeeding, and infant survival: prospective analysis of pooled data from three randomised trials. Lancet Glob Health. Norway. [Internet]. 2016; 4(4):266–275. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(16\)00040-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(16)00040-1/fulltext)
40. Organización Mundial de la Salud. Lactancia materna. OMS. [Internet]. 2015. Disponible en: <https://www.who.int/topics/breastfeeding/es/>
41. Melo R, Silva E, Aquino P, et al. An experimental study of an educational intervention to promote maternal self-efficacy in breastfeeding. Rev Lat Am Enfermagem. Brasil. [Internet]. 2015; 23 (4):725-732. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4623736/>
42. Strain H, Orchard F, Fuentealba L. Acompañando tu lactancia: manual operativo de lactancia materna. Grupo LAM. Chile. [Internet]. 2017; 7p-9u. Disponible en: <http://www.crececontigo.gob.cl/material/acompanando-tu-lactancia/>



43. Unicef. Desde la primera hora de vida: abogar por una mayor alimentación de lactantes y niños pequeños en todas partes. UNICEF. [Internet]. 2016; 30-38. ISBN 987-92-806-4852-2. Disponible en: https://www.unicef.org/publications/index_93027.html
44. Gonzales G, Morales M, et al. Depresión maternal postnatal y su repercusión en el neurodesarrollo infantil: estudio de cohorte. Rev Chil Pediatr. Chile. [Internet]. 2017; 88(3):360-366. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0370-41062017000300008&lng=es&nrm=iso
45. Torrens R. Enfermería Obstétrica y Ginecológica. DAE grupo paradigma. Barcelona, 2012.
46. Ferrer L. Lactancia materna: ventajas, técnica y problemas. Pediatr Integral. Barcelona. [Internet]. 2015; 19(4):243-250. Disponible en: https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2015/xix04/02/n4-243-250_Laia%20de%20Antonio.pdf
47. Sanka M, Shinca B, et al. Optimal breastfeeding practices and infant and child mortality: a systematic review and meta-analysis. Acta Paediatrica. [Internet]. 2015; 104(467):3-13. ISSN 0803-5253. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/apa.13147>
48. Cerda P, Ibáñez P. Fisiología perinatal: lactancia materna. Ed. Mediterráneo. Chile, 2008.
49. Brahm P, Valdés V. Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar. Rev Chil Pediatr. Chile. [Internet]. 2017; 88(1):07-14. ISSN 0370-4106. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062017000100001
50. Miranda A, Olhaberry M, Morales I. Intervención grupal en embarazadas: respuestas diferenciales de acuerdo al tipo de depresión y patrón de apego. PSYKHE. Chile. [Internet]. 2017; 26(1):1-17. ISSN 0717-0297. Disponible en: <http://www.psykhe.cl/index.php/psykhe/article/view/916>



51. Rendón E, Rodríguez R. La importancia del vínculo en la infancia: entre el psicoanálisis y la neurobiología. *Rev Cienc Salud*. [Internet]. 2015; 14(2): 261-280. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/recis/v14n2/v14n2a11.pdf>
52. Unsal S, Ozturk R, Gulec D, et al. Relation between mothers' types of labor, birth interventions, birth experiences and postpartum depression: a multicenter follow-up study. *Sex Reprod Healthc*. Turquía. [Internet]. 2018; 18:13-18. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30420081>
53. Tuthill E, MaGrath J, Graber M, et al. Breastfeeding Self-efficacy: a critical review of available instruments. *Hum Lac*. Estados Unidos de America. [Internet]. 2016; 32(1):35-45. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4882127/pdf/nihms-787512.pdf>
54. Nanishi K, Green J, Taguri M, Jimba M. Determining a Cut-Off Point for Scores of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale - Short Form: Secondary Data Analysis of an Intervention Study in Japan. *PloS One*. Japón. [Internet]. 2015; 10(6):1-12. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4480881/>
55. Minharmo M, Carvalhaes M, Parada C, Ferrar A. Breastfeeding self-efficacy and its relationship with breastfeeding duration. *Cognitare enferm*. Brasil. [Internet]. 2019; 24. Disponible en: https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/57490/pdf_en
56. Boateng G, Martin S, Dennis C, et al. Adaptation and psychometric evaluation of the breastfeeding self.efficacy scale to assess exclusive breastfeedin. *BMC Pregnancy and Childbirth*. [Internet]. 2019; 19(73):1-14. Disponible en: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12884-019-2217-7>
57. Coronel T, Díaz A. Factores biopsicosociales influyentes en el abandon de la lactancia maternal exclusiva, Centro de Salud Carlos Elizalde. Universidad de Cuenca. Ecuador. [Internet]. 2018. Disponible en:



<https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/32106/1/PROYECTO%20DE%20INVETIGACION.pdf>

58. Silva P, Nicolas V, et al. El tipo de parto, ¿podría condicionar el éxito en la lactancia materna exclusiva?. Rev Esp Nutr Comuni. Chile. [Internet]. 2018; 24(2). Disponible en: http://www.renc.es/imagenes/auxiliar/files/RENC_2018_2_1._S_Duran-Aguero._Tipo_de_parto_y_lactancia.pdf



CAPITULO IX

ANEXOS

UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA



**“EFICACIA DEL VINCULO MATERNO FILIAL DE LAS
PUÉRPERAS PRIMÍPARAS DURANTE LA LACTANCIA EXCLUSIVA DEL NEONATO,
HOSPITAL GENERAL HOMERO CASTANIER CRESPO. AZOGUES, 2019”**

El siguiente cuestionario será de utilidad para la investigación mencionada, después de firmar el consentimiento informado proceda a contestar las preguntas, con honestidad, a conciencia y responsabilidad.

Agradezco anticipadamente su participación.

No. de Codificación:

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

Cuestionario:

DATOS GENERALES:

Edad:

Menor a 18 años

Entre 18 a 35 años

Mayor a 35 años

Estado civil:

Soltera

Casada

Unión libre

Divorciada

Viuda

Nivel de instrucción:

Educación primaria

Educación secundaria

Superior

Residencia:

Urbana

Rural

Tipo de parto:

Vaginal o eutócico

Cesárea o distócico

**Usted alimento a su hijo
inmediatamente al parto:**

En menos de una hora

De una hora a tres horas

Mayor a tres horas

**ESCALA DE AUTOEFICACIA DE LA LACTANCIA MATERNA:**

| FACTOR | No. | PREGUNTA | PUNTAJE | | |
|--------|-----|--|----------------|---------------------|------------------|
| | | | Segura (5 pts) | Casi segura (3 pts) | No segura (1 pt) |
| | 1. | Siempre sé que mi bebé esté tomando suficiente leche | | | |
| | 2. | Siempre me apaño bien con la lactancia, igual que con otros retos de mi vida | | | |
| | 3. | Siempre puedo amamantar a mi bebé sin utilizar leche artificial o en polvo como complemento | | | |
| | 4. | Siempre estoy segura de que mi bebé agarra bien el pecho durante la toma | | | |
| | 5. | Siempre puedo manejar la situación de la lactancia de forma satisfactoria para mi | | | |
| | 6. | Siempre puedo dar de amamantar, incluso cuando mi bebé está llorando | | | |
| | 7. | En todo momento sigo manteniendo las ganas de amamantar a mi bebé | | | |
| | 8. | Siempre me siento cómoda cuando doy el pecho en presencia de otros miembros de mi familia | | | |
| | 9. | Dar el pecho es siempre una experiencia satisfactoria para mi | | | |
| | 10. | Siempre llevo bien el hecho de que la lactancia consuma parte de mi tiempo | | | |
| | 11. | Siempre puedo acabar de amamantar con un pecho antes de cambiar al otro | | | |
| | 12. | En cada toma siempre creo que mi pecho es suficiente para alimentar a mi bebé | | | |
| | 13. | Soy capaz de amamantar a mi bebé cada vez que me lo pide | | | |
| | 14. | Siempre que alguien me pregunta si mi bebé ha terminado de mamar, sé responder si lo ha hecho o no | | | |



UNIVERSIDAD DE CUENCA
COMITÉ DE BIOÉTICA EN INVESTIGACIÓN DEL ÁREA DE LA SALUD / COBIAS-UCuenca

Oficio Nro. UC-COBIAS-2019-0197

Cuenca, 15 de abril de 2019

Estimada
Elizabeth Lucía López Gualpa
Investigadora Principal

De mi consideración:

El Comité de Bioética en Investigación del Área de la Salud de la Universidad de Cuenca, le informa que su solicitud del protocolo de investigación **2019-033EO-TM: "EFICACIA DEL VÍNCULO MATERNO FILIAL DE LAS PUÉRPERAS PRIMÍPARAS DURANTE LA LACTANCIA EXCLUSIVA EL NEONATO. HOSPITAL MUNICIPAL DE LA MUJER Y EL NIÑO. CUENCA, 2019"** ha sido **APROBADO** en la sesión ordinaria N° 60 con fecha 15 de abril de 2019.

El protocolo se aprueba, en razón de que cumple con los siguientes parámetros:

- Los objetivos planteados en el protocolo son de significancia científica con una justificación y referencias.
- Se establecen procedimientos para minimizar los riesgos de los participantes y/o los riesgos son razonables en relación a los beneficios anticipados del estudio.
- La selección de los participantes fue diseñada en función de los principios de beneficencia, equidad, justicia y respeto a los demás (detallados en el Informe Belmont).
- La selección de los participantes se sustenta en criterios de inclusión/exclusión, se detalla el número y procedimientos de reclutamiento.
- En el proyecto se definen medidas para proteger la privacidad y confidencialidad de los participantes del estudio en sus procesos de recolección, manejo y almacenamiento de datos.
- En el protocolo se detallan las responsabilidades de la investigadora.
- La investigadora principal del proyecto ha dado respuesta a todas las dudas y realizado todas las modificaciones que este Comité ha solicitado.

Los documentos que se revisaron y que sustentan este informe incluyen:

- Anexo 1. Solicitud de aprobación.
- Anexo 2. Protocolo.
- Anexo 3. Confidencialidad del manejo de la información.
- Formato de consentimiento informado.
- Formato de asentimiento informado.

Esta aprobación tiene una duración de un año (365 días) transcurrido el cual, se deberá solicitar una extensión si fuere necesario. En toda correspondencia con el Comité de Bioética favor referirse al siguiente código de aprobación: **2019-033EO-TM**. Los miembros del Comité estarán dispuestos durante el desarrollo del estudio a responder cualquier inquietud que pudiere surgir tanto de los participantes como de los investigadores.

Av. El Paraíso s/n. junto al Hospital Vicente Corral Telf: 593-7-4051000 Ext.: 3153 Contacto:
cobias@ucuenca.edu.ec
Cuenca - Ecuador



Es necesario que se tome en cuenta las siguientes responsabilidades:

1. El Comité no se responsabiliza por cualquiera de los posibles eventos adversos como consecuencia de su estudio, los cuales son de entera responsabilidad de la investigadora principal; sin embargo, es requisito informar a este Comité sobre cualquier novedad, dentro de las siguientes 24 horas.
2. El Comité no se responsabiliza por los datos que hayan sido recolectados antes de la fecha de esta carta; dichos datos no podrán ser publicados o incluidos en los resultados.
3. El Comité de Bioética ha otorgado la presente aprobación con base en la información entregada y el solicitante asume la veracidad, corrección y autoría de los documentos entregados.
4. De igual forma, el solicitante de la aprobación es el responsable de la ejecución correcta y ética de la investigación, respetando los documentos y condiciones aprobadas por el Comité, así como la legislación vigente aplicable y los estándares nacionales e internacionales en la materia.

Se le recuerda que se debe informar al COBIAS-U Cuenca, el inicio del desarrollo de la investigación aprobada y una vez que concluya con el estudio debe presentar un informe final del resultado a este Comité.

Atentamente,


Dr. José Ortiz, PhD.
Presidente del COBIAS-U Cuenca

Comité de Bioética en
Investigación del Área de
la Salud
Universidad de Cuenca
APROBADO

Fecha: 15 ABR 2019



UNIVERSIDAD DE CUENCA
COMITÉ DE BIOÉTICA EN INVESTIGACIÓN DEL ÁREA DE
LA SALUD

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la investigación: *Eficacia del vínculo materno filial de las puérperas primíparas durante la lactancia exclusiva del neonato. Hospital General Homero Castanier Crespo. Azogues, 2019.*

Datos del equipo de investigación:

| | Nombres completos | # de cédula | Institución a la que pertenece |
|----------------------------|---------------------------------|-------------|--------------------------------|
| Investigadoras Principales | Elizabeth Lucia Lopez Gualpa | 0104970181 | Universidad de Cuenca |
| | Susana Isabel Reinoso Cartagena | 0105865893 | Universidad de Cuenca |

¿De qué se trata este documento?

Usted está invitada a participar en este estudio que se realizará en el Hospital General Homero Castanier Crespo. En este documento llamado "consentimiento informado" se explica las razones por las que se realiza el estudio, cuál será su participación y si acepta la invitación. También se explica los posibles riesgos, beneficios y sus derechos en caso de que usted decida participar. Después de revisar la información en este Consentimiento y aclarar todas sus dudas, tendrá el conocimiento para tomar una decisión sobre su participación o no en este estudio. No tenga prisa para decidir. Si es necesario, lea este documento con sus familiares u otras personas que son de su confianza.

Introducción

Nosotras, **ELIZABETH LUCIA LÓPEZ GUALPA y SUSANA ISABEL REINOSO CARTAGENA**, estudiantes de la carrera de Estimulación Temprana en Salud de la Universidad de Cuenca, nos dirigimos a usted cordialmente para solicitar su participación dentro del *Trabajo de titulación: Eficacia del vínculo materno filial de las puérperas primíparas durante la lactancia exclusiva del neonato. Hospital General Homero Castanier Crespo. Azogues, 2019.*

Debido que usted está dentro de las primeras horas posteriores a su primer parto y al usted brindar lactancia materna a su hijo recién nacido mantiene una relación de contacto piel con piel con su bebé, se le considera como candidata a participar en este estudio.

Objetivo del estudio

El objetivo de esta investigación, es determinar la eficacia del apego madre e hijo durante la lactancia exclusiva del recién nacido; mediante la aplicación de un cuestionario sobre su experiencia durante la lactancia materna.

Descripción de los procedimientos

Si usted acepta participar de la investigación, deberá firmar este consentimiento informado, para proceder a entregarle un cuestionario que contiene preguntas personales como su edad, estado civil, nivel de instrucción y residencia, además un cuestionario de 14 preguntas de opción múltiple sencillas en relación al apego madre e hijo durante la lactancia materna posterior al parto. El tiempo de intervención será de 15 a 20 minutos, a una población de 150 mujeres.

Riesgos y beneficios

Los riesgos posibles de este estudio sería que la madre al ser aplicada el test sienta incomodidad e inseguridad debido que el recién nacido no se alimenta correctamente y la madre no está satisfecha con el amamantamiento. La evaluación no involucra riesgos físicos para la participante, ya que procede a responder las preguntas escritas sin necesidad de contacto físico con la investigadora. El beneficio que se le brindara será

Versión 11/4/2018/1/2



UNIVERSIDAD DE CUENCA
COMITÉ DE BIOÉTICA EN INVESTIGACIÓN DEL ÁREA DE LA SALUD

Derechos de los participantes

Usted tiene derecho a:

- 1) Recibir la información del estudio de forma clara;
- 2) Tener la oportunidad de aclarar todas sus dudas;
- 3) Tener el tiempo que sea necesario para decidir si quiere o no participar del estudio;
- 4) Ser libre de negarse a participar en el estudio, y esto no traerá ningún problema para usted;
- 5) Ser libre para renunciar y retirarse del estudio en cualquier momento;
- 6) Recibir cuidados necesarios si hay algún daño resultante del estudio, de forma gratuita, siempre que sea necesario;
- 7) Tener acceso a los resultados de las pruebas realizadas durante el estudio, si procede;
- 8) El respeto de su anonimato (confidencialidad);
- 9) Que se respete su intimidad (privacidad);
- 10) Recibir una copia de este documento, firmado y rubricado en cada página por usted y el investigador;
- 11) Tener libertad para no responder preguntas que le molesten;
- 12) Estar libre de retirar su consentimiento para utilizar o mantener el material biológico que se haya obtenido de usted, si procede;
- 13) Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

Información de contacto

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al contacto de las investigadoras Elizabeth López, teléfono: 0992637921, o al correo electrónico: lizluci21@gmail.com
Susana Reinoso, teléfono: 0987516107, o al correo electrónico: estimulacion.susanareinoso@gmail.com

Consentimiento informado

Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

| | | |
|---|---------------------------|-------|
| Nombres completos del/a participante | Firma del/a participante | Fecha |
| Nombres completos del testigo (si aplica) | Firma del testigo | Fecha |
| Elizabeth Lucia Lopez Gualpa | Firma de la investigadora | Fecha |
| Susana Isabel Reinoso Cartagena | Firma de la investigadora | Fecha |

Versión 11/4/2018

Comité de Bioética en
Investigación del Área de
la Salud
Universidad de Cuenca
APROBADO
Fecha: 15 ABR 2019

2/2



UNIVERSIDAD DE CUENCA
COMITÉ DE BIOÉTICA EN INVESTIGACIÓN DEL ÁREA DE
LA SALUD

FORMULARIO DE ASENTIMIENTO INFORMADO

Título de la investigación: *Eficacia del vínculo materno filial de las puérperas primíparas durante la lactancia exclusiva del neonato. Hospital General Homero Castanier Crespo. Azogues, 2019.*

Datos del equipo de investigación:

| | Nombres completos | # de cédula | Institución a la que pertenece |
|----------------------------|---------------------------------|-------------|--------------------------------|
| Investigadoras Principales | Elizabeth Lucia Lopez Gualpa | 0104970181 | Universidad de Cuenca |
| | Susana Isabel Reinoso Cartagena | 0105865893 | Universidad de Cuenca |

¿De qué se trata este documento?

Usted está invitada a participar en este estudio que se realizará en el Hospital General Homero Castanier Crespo. En este documento llamado "asentimiento informado" se explica las razones por las que se realiza el estudio, cuál será su participación y si acepta la invitación, con la autorización de su representante. También se explica los posibles riesgos, beneficios y sus derechos en caso de que usted decida participar. Después de revisar la información en este Asentimiento y aclarar todas sus dudas, tendrá el conocimiento para tomar una decisión sobre su participación o no en este estudio. No tenga prisa para decidir. Si es necesario, lea este documento con sus familiares u otras personas que son de su confianza.

Introducción

Nosotras, ELIZABETH LUCIA LOPEZ GUALPA y SUSANA ISABEL REINOSO CARTAGENA, estudiantes de la carrera de Estimulación Temprana en Salud de la Universidad de Cuenca, nos dirigimos a usted cordialmente para solicitar su participación dentro del *Trabajo de titulación: Eficacia del vínculo materno filial de las puérperas primíparas durante la lactancia exclusiva del neonato. Hospital General Homero Castanier Crespo. Azogues, 2019.* Debido que usted está dentro de las primeras horas posteriores a su primer parto y al usted brindar lactancia materna a su hijo recién nacido mantiene una relación de contacto piel con piel con su bebé, se le considera como candidata a participar en este estudio.

Objetivo del estudio

El objetivo de esta investigación, es determinar la eficacia del apego madre e hijo durante la lactancia exclusiva del recién nacido; mediante la aplicación de un cuestionario sobre su experiencia durante la lactancia materna.

Descripción de los procedimientos

Si usted acepta participar de la investigación, usted y su representante deberá firmar este asentimiento informado debido que al ser menor de edad se requiere dicha autorización para su participación, para proceder a entregarle un cuestionario que contiene preguntas personales como su edad, estado civil, nivel de instrucción y residencia, además un cuestionario de 14 preguntas de opción múltiple sencillas en relación al apego madre e hijo durante la lactancia materna posterior al parto. El tiempo de intervención será de 15 a 20 minutos, a una población de 150 mujeres.

Riesgos y beneficios

Los riesgos posibles de este estudio sería que la madre al ser aplicada el test sienta incomodidad e inseguridad debido que el recién nacido no se alimenta correctamente y la madre no está satisfecha con el amamantamiento. La evaluación no involucra riesgos físicos para la participante, ya que procede a responder las preguntas escritas sin necesidad de contacto físico con las investigadoras. El beneficio que se le brindara será que las investigadoras procedan a dar indicaciones necesarias sobre la lactancia materna adecuada, sus beneficios y preguntas sobre los cuidados del recién nacido en relación a la lactancia materna.

Versión 11/4/20181/2



UNIVERSIDAD DE CUENCA
COMITÉ DE BIOÉTICA EN INVESTIGACIÓN DEL ÁREA DE LA SALUD

| |
|---|
| Otras opciones si no participa en el estudio |
| En caso que usted no desee participar en la investigación, puede retirarse del procedimiento en el momento deseado, sin que ello afecte los beneficios que le ofrece la institución de salud. |
| Derechos de los participantes |
| Usted tiene derecho a: 1) Recibir la información del estudio de forma clara; 2) Tener la oportunidad de aclarar todas sus dudas; 3) Tener el tiempo que sea necesario para decidir si quiere o no participar del estudio; 4) Ser libre de negarse a participar en el estudio, y esto no traerá ningún problema para usted; 5) Ser libre para renunciar y retirarse del estudio en cualquier momento; 6) Recibir cuidados necesarios si hay algún daño resultante del estudio, de forma gratuita, siempre que sea necesario; 7) Tener acceso a los resultados de las pruebas realizadas durante el estudio, si procede; 8) El respeto de su anonimato (confidencialidad); 9) Que se respete su intimidad (privacidad); 10) Recibir una copia de este documento, firmado y rubricado en cada página por usted y el investigador; 11) Tener libertad para no responder preguntas que le molesten; 12) Estar libre de retirar su consentimiento para utilizar o mantener el material biológico que se haya obtenido de usted, si procede; 13) Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio. |
| Información de contacto |
| Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al contacto de las investigadoras Elizabeth López, teléfono: 0992637921, o al correo electrónico: lizluci21@gmail.com Susana Reinoso, teléfono: 0987516107, o al correo electrónico: estimulacion.susanareinoso@gmail.com |
| Asentimiento informado |
| Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación, además cuento con la autorización de mi representante para participar en la investigación. |

| | | |
|--------------------------------------|---------------------------|-------|
| Nombres completos del/a participante | Firma del/a participante | Fecha |
| Nombres completos del/la tutor/a | Firma del/la tutor/a | Fecha |
| Elizabeth Lucia Lopez Gualpa | Firma de la investigadora | Fecha |
| Susana Isabel Reinoso Cartagena | Firma de la investigadora | Fecha |

Versión 11/4/2018

Comité de Bioética en
Investigación del Área de
la Salud
Universidad de Cuenca
APROBADO
Fecha: 15 ABR 2019

2/2



Hospital General "HOMERO CASTANIER CRESPO"
COORDINACION DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

**AUTORIZACION PARA LA REALIZACIÓN DE TRABAJOS
OBSERVACIONALES DE INVESTIGACIÓN**

La Coordinación de Docencia e Investigación del Hospital Homero Castanier Crespo, luego de la recepción y análisis del protocolo de Investigación titulado: **"EFICACIA DEL VINCULO MATERNO FILIAL DE LAS PUERPERAS PRIMIPARAS DURANTE LA LACTANCIA EXCLUSIVA DEL NEONATO . HOSPITAL HOMERO CASTANIER CRESPO, AZOGUES 2019"** presentado por las Srtas: LOPEZ GUALPA ELIZABETH LUCIA con CI: 0104970181 y REINOSO CARTAGENA SUSANA ISABEL con CI: 0105865893 estudiantes egresadas de la Carrera de Estimulación Temprana en Salud de la Universidad Estatal de Cuenca, informa que:

Esta investigación, cumple con los requerimientos ético-metodológicos necesarios, por lo que esta coordinación autoriza su realización.

Azogues, 12 de Julio de 2019.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
Hospital Homero Castanier Crespo
COORDINACIÓN DE DOCENCIA
E INVESTIGACIÓN

Dr. Vicente Carreño R

COORDINADOR DE DOCENCIA E INVESTIGACION

Andres F. Cordova y Luis M. Gonzalez
Teléfonos: 593 (7) 2240104 - 593 (7) 2240502 - 593 (7) 2245255 ext.:759
www.hhcc.gob.ec

GRÁFICOS ESTADÍSTICOS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS

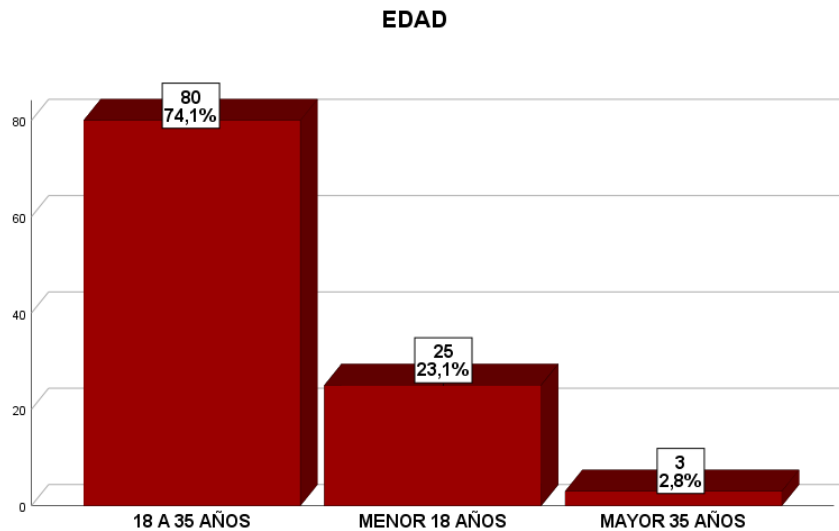


Gráfico 1. Edad

Autores: López E., Reinoso S.

Fuente: Base de Datos

Interpretación: De la población aplicada (108 mujeres), en relación a la edad el 74.1% (80) corresponde entre 18 a 35 años, el 23.1% (25) corresponde a menores de 18 años y el 2.8% (3) correspondiente a mujeres mayores de 35 años.

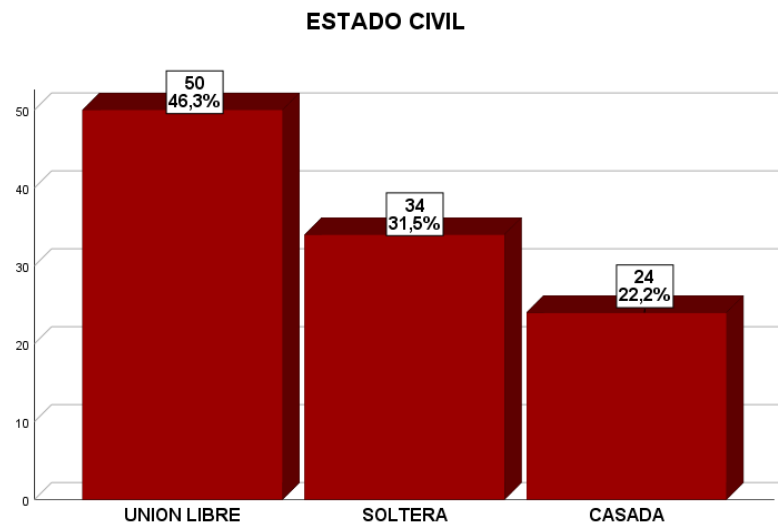


Gráfico 2. Estado Civil

Autores: López E., Reinoso S.

Fuente: Base de Datos

Interpretación: De la población aplicada (108 mujeres) en relación al estado civil el 46.3% (50) corresponde a unión libre, el 31.5% (34) corresponde a solteras y el 22.2% (24) correspondiente a mujeres casadas.

NIVEL DE INSTRUCCIÓN

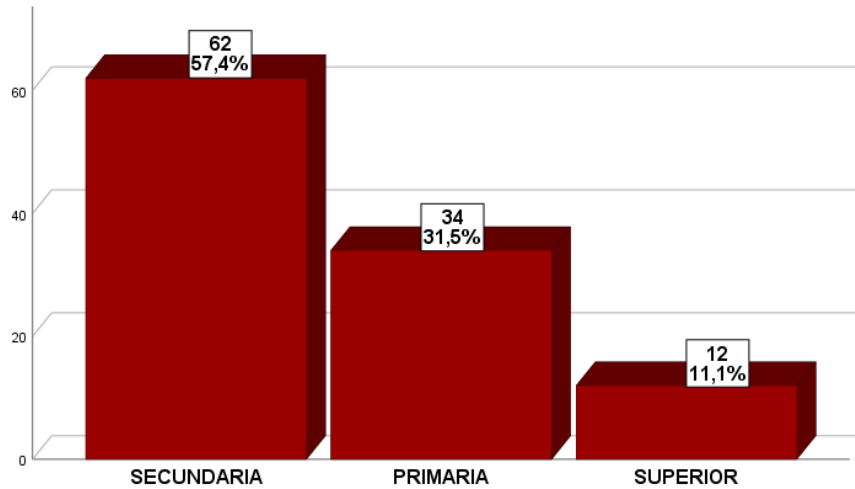


Gráfico 3. Nivel de Instrucción

Autores: López E., Reinoso S.

Fuente: Base de Datos

Interpretación: De la población aplicada (108 mujeres), en relación al nivel de instrucción el 57.4% (62) corresponde al nivel secundario, el 31.5% (34) al nivel de primaria y el 11.1% (12) al nivel superior.

RESIDENCIA

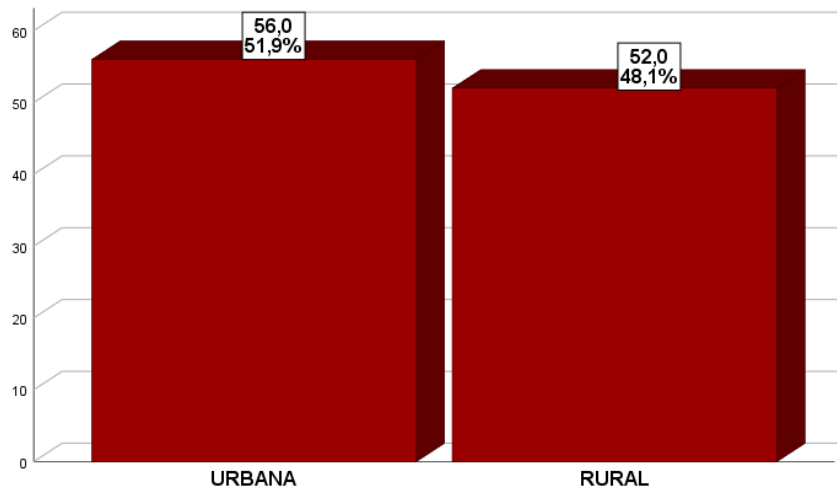


Gráfico 4. Residencia

Autores: López E., Reinoso S.

Fuente: Base de Datos

Interpretación: De la población aplicada (108 mujeres), en relación a la residencia el 51.9% (56) pertenecen a la zona urbana y el 48.1% (52) a la zona rural.

TIPO DE PARTO

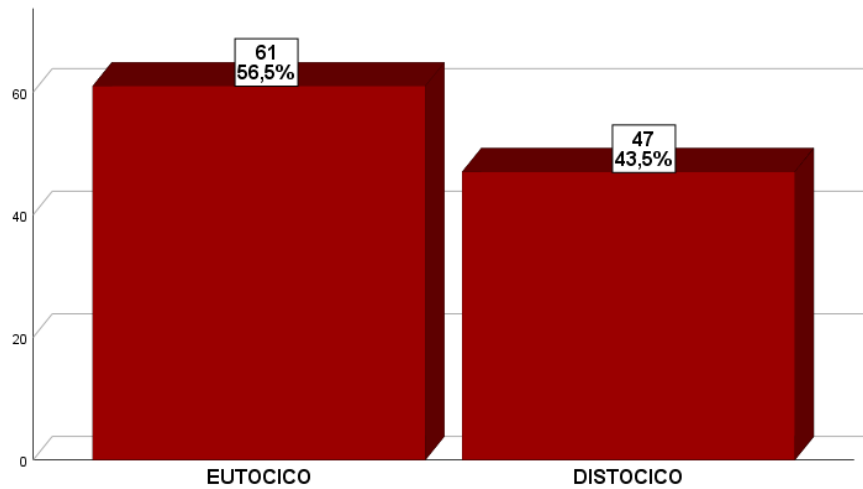


Gráfico 2. Tipo de Parto

Autores: López E., Reinoso S.

Fuente: Base de Datos

Interpretación: De la población aplicada (108 mujeres), en relación al tipo de parto el 56.5% (61) son por parto eutócico y el 43.5% (47) a parto distócico.

LACTANCIA INMEDIATA O TARDÍA

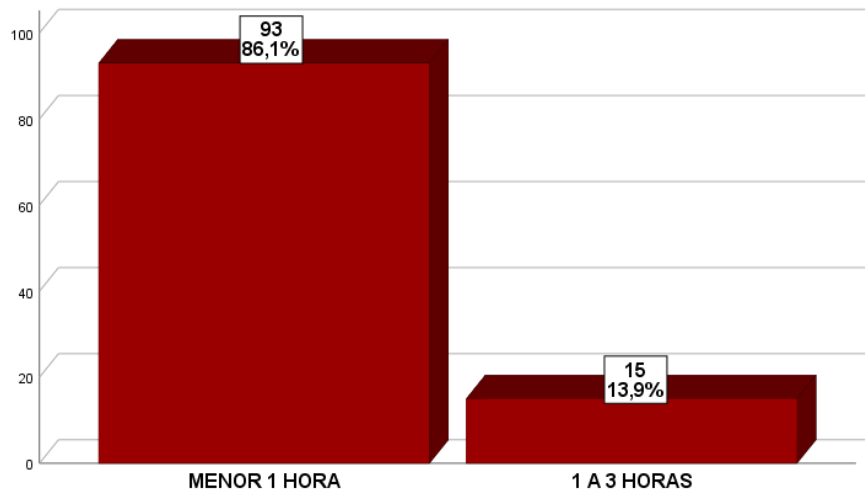


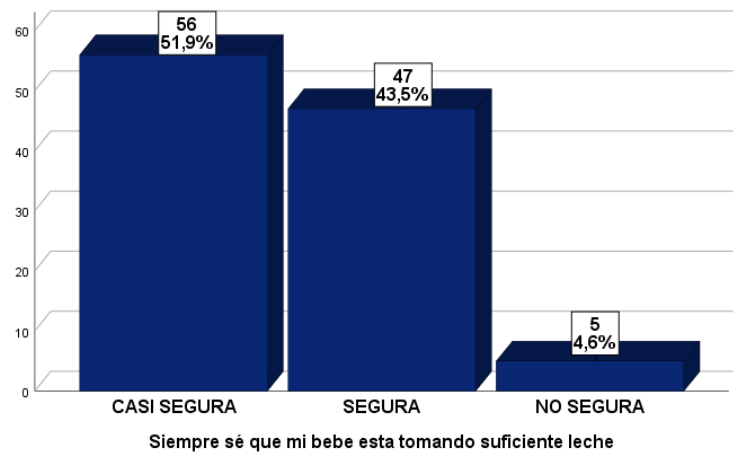
Gráfico 3. Lactancia Inmediata o tardía

Autores: López E., Reinoso S.

Fuente: Base de Datos

Interpretación: De la población aplicada (108 mujeres) en relación la lactancia inmediata o tardía, es decir el tiempo de apego posterior al parto, el 86.1% (93) fue menor a una hora y el 13.9% (15) es entre una a tres horas.

PREGUNTA 1

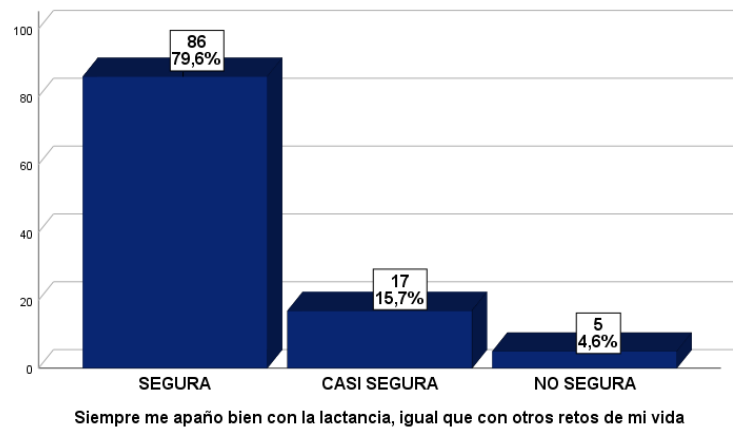
**Gráfico 4. Siempre sé que mi bebé está tomando suficiente leche.**

Autores: López E., Reinoso S.

Fuente: Base de Datos

Interpretación: De la población aplicada (108 mujeres), el 51.9% (56) está casi segura de que su bebé está tomando suficiente leche, el 43.5% (47) está segura y el 4.6% (5) no está segura.

PREGUNTA 2

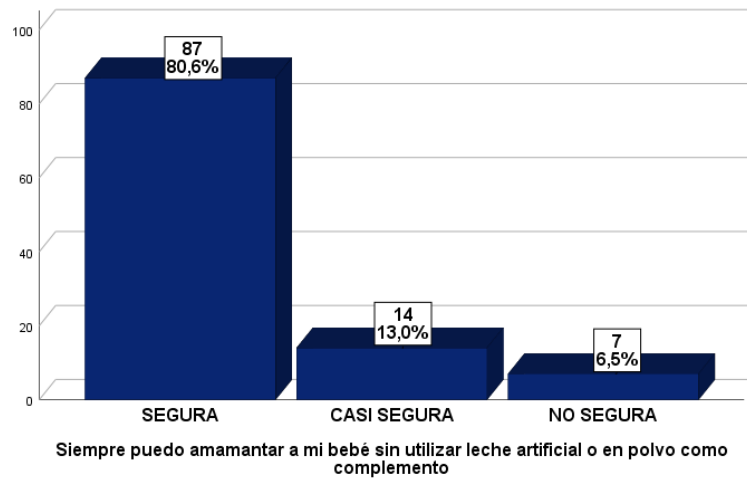
**Gráfico 5. Siempre me apaño bien con la lactancia, igual que con otros retos de mi vida.**

Autores: López E., Reinoso S.

Fuente: Base de Datos

Interpretación: De la población aplicada (108 mujeres), el 79.6% (86) está segura de superar la lactancia al igual que otros retos de su vida, el 15.7% (17) está casi segura y el 4.6% (5) no está segura de realizarlo.

PREGUNTA 3

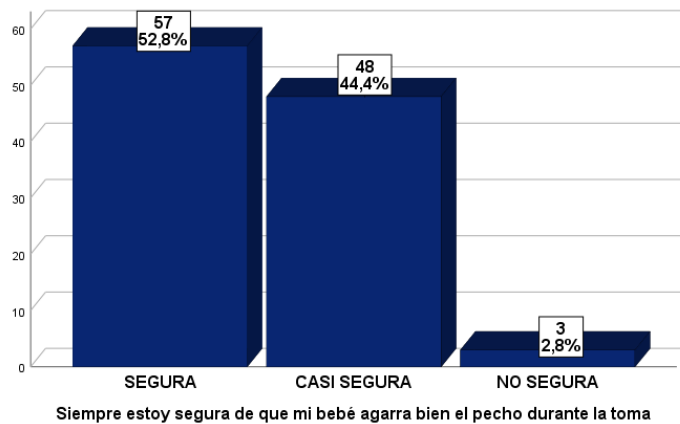
**Gráfico 6. Siempre puedo amamantar a mi bebé sin utilizar leche artificial o en polvo como complemento.**

Autores: López E., Reinoso S.

Fuente: Base de Datos

Interpretación: De la población aplicada (108 mujeres), el 80.6% (87) está segura de poder amamantar a su bebé sin utilizar leche artificial o en polvo como complemento, el 13% (14) está casi segura y el 6.5% (7) no está segura.

PREGUNTA 4

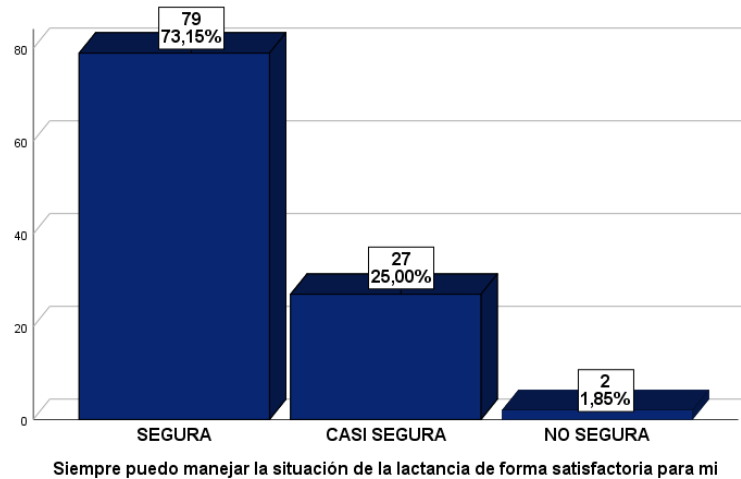
**Gráfico 7. Siempre estoy segura de que mi bebé agarra bien el pecho durante la toma.**

Autores: López E., Reinoso S.

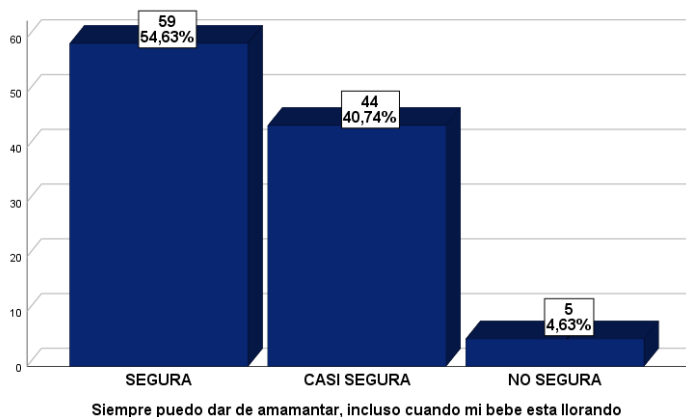
Fuente: Base de Datos

Interpretación: De la población aplicada (108 mujeres), el 52.8% (57) está siempre segura de que su bebé agarra bien el pecho durante la toma, el 44.4% (48) está casi segura y el 2.8% (3) no están seguras del agarre del neonato.

PREGUNTA 5

**Gráfico 8. Siempre puedo manejar la situación de la lactancia de forma satisfactoria para mí.****Autores:** López E., Reinoso S.**Fuente:** Base de Datos**Interpretación:** De la población aplicada (108 mujeres), el 73.15% (79) está segura de poder manejar la situación de la lactancia de forma satisfactoria, el 25% (27) está casi segura de hacerlo y el 1.85% (2) no está segura.

PREGUNTA 6

**Gráfico 9. Siempre puedo dar de amamantar, incluso cuando mi bebe está llorando.****Autores:** López E., Reinoso S.**Fuente:** Base de Datos**Interpretación:** De la población aplicada (108 mujeres), el 54.63% (59) está segura de poder amamantar incluso cuando el bebé está llorando, el 40.74% (44) está casi segura y el 4.63% (5) no está segura ya que presenta dificultades.

PREGUNTA 7

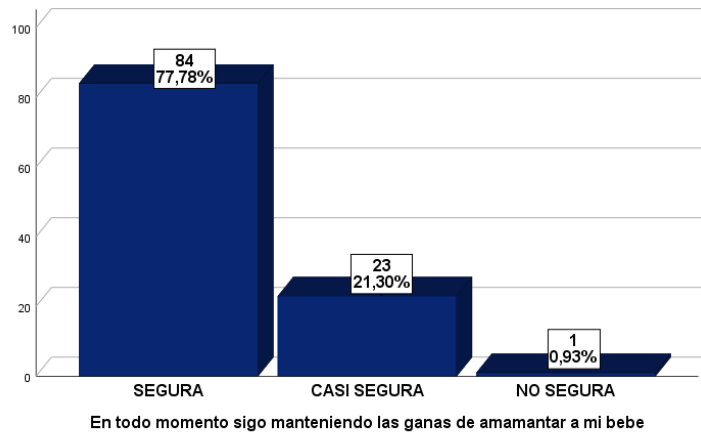


Gráfico 10. En todo momento sigo manteniendo las ganas de amamantar a mi bebé.

Autores: López E., Reinoso S.

Fuente: Base de Datos

Interpretación: De la población aplicada (108 mujeres), el 77.78% (84) están seguras de que en todo momento mantienen las ganas de amamantar a su bebé, el 21.3% (23) está casi segura y el 0.93% (1) no está segura.

PREGUNTA 8

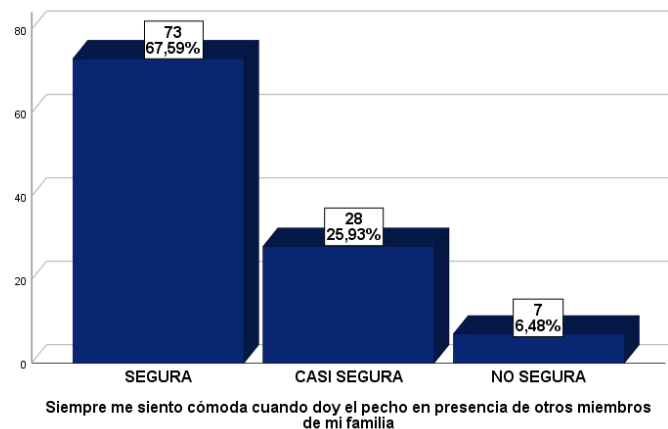


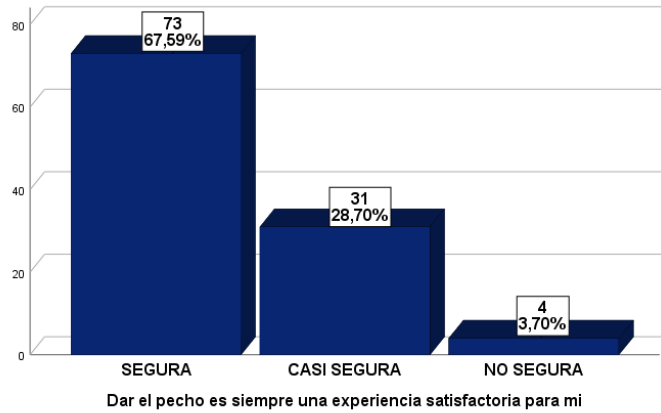
Gráfico 11. Siempre me siento cómoda cuando doy el pecho en presencia de otros miembros de mi familia.

Autores: López E., Reinoso S.

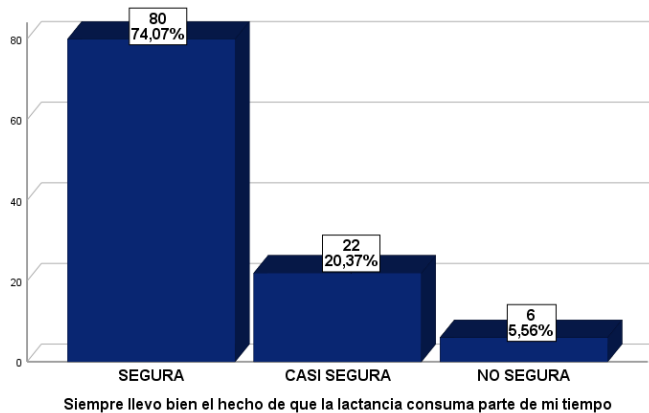
Fuente: Base de Datos

Interpretación: De la población aplicada (108 mujeres), el 67.59% (73) está segura de siempre sentirse cómoda cuando da el pecho en presencia de otros miembros de la familia, el 25.93% (28) está casi segura y el 6.48% (7) no está segura.

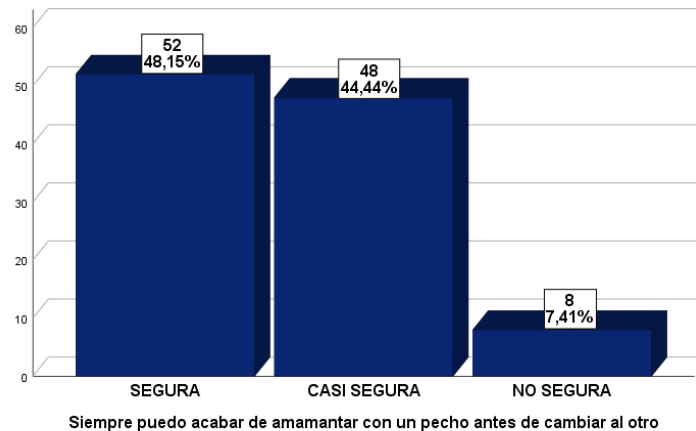
PREGUNTA 9

**Gráfico 12. Dar el pecho es siempre una experiencia satisfactoria para mí.****Autores:** López E., Reinoso S.**Fuente:** Base de Datos**Interpretación:** De la población aplicada (108 mujeres), el 67.59% (73) está segura de que dar el pecho es siempre una experiencia satisfactoria, el 28.7% (31) está casi segura y el 3.7% (4) no está segura.

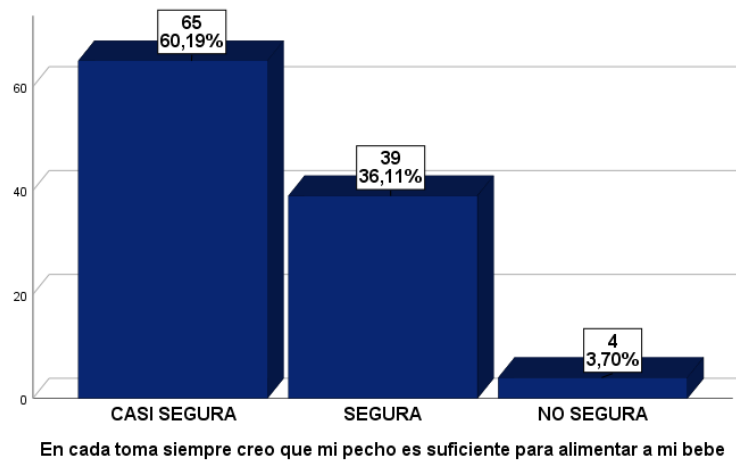
PREGUNTA 10

**Gráfico 13. Siempre llevo bien el hecho de que la lactancia consume parte de mi tiempo.****Autores:** López E., Reinoso S.**Fuente:** Base de Datos**Interpretación:** De la población aplicada (108 mujeres), el 74.07% (80) está segura de poder manejar que la lactancia consume parte de su tiempo, el 20.37% (22) están casi seguras y el 5.56% (6) no está segura.

PREGUNTA 11

**Gráfico 14. Siempre puedo acabar de amamantar con un pecho antes de cambiar al otro,****Autores:** López E., Reinoso S.**Fuente:** Base de Datos**Interpretación:** De la población aplicada (108 mujeres), el 48.15% (52) están seguras de poder acabar de amamantar con un pecho antes de cambiar al otro, el 44.4% (48) está casi segura y el 7.41% (8) no segura de hacerlo.

PREGUNTA 12

**Gráfico 15. En cada toma siempre creo que mi pecho es suficiente para alimentar a mi bebé.****Autores:** López E., Reinoso S.**Fuente:** Base de Datos**Interpretación:** De la población aplicada (108 mujeres), el 60.19% (65) están casi seguras de que en cada toma su pecho es suficiente para alimentar al neonato, el 36.11% (39) está segura y el 3.7% (4) no está segura.

PREGUNTA 13

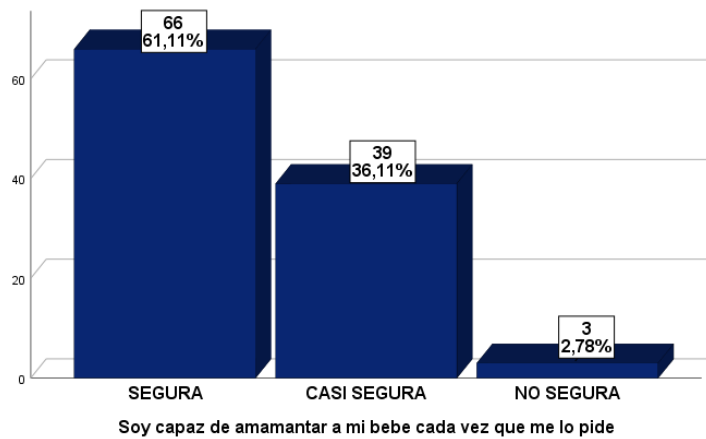


Gráfico 16. Soy capaz de amamantar a mi bebé cada vez que me lo pide.

Autores: López E., Reinoso S.

Fuente: Base de Datos

Interpretación: De la población aplicada (108 mujeres), el 61.1% (66) están seguras de ser capaces de amamantar a su bebé cada vez que se lo pide, el 36.1% (39) está casi segura y el 2.78% (3) no segura.

PREGUNTA 14

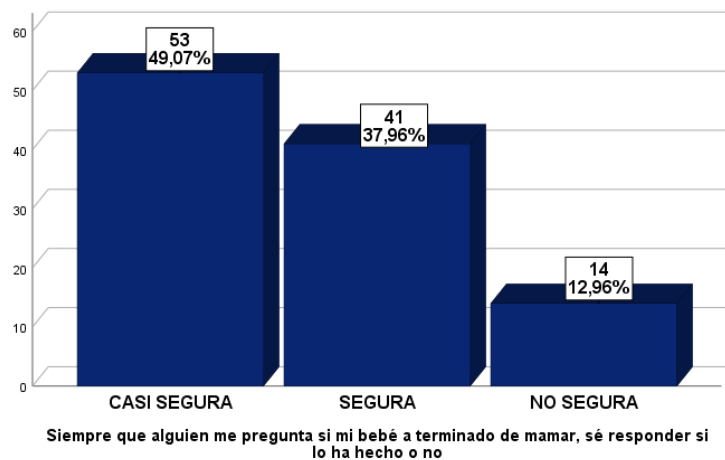
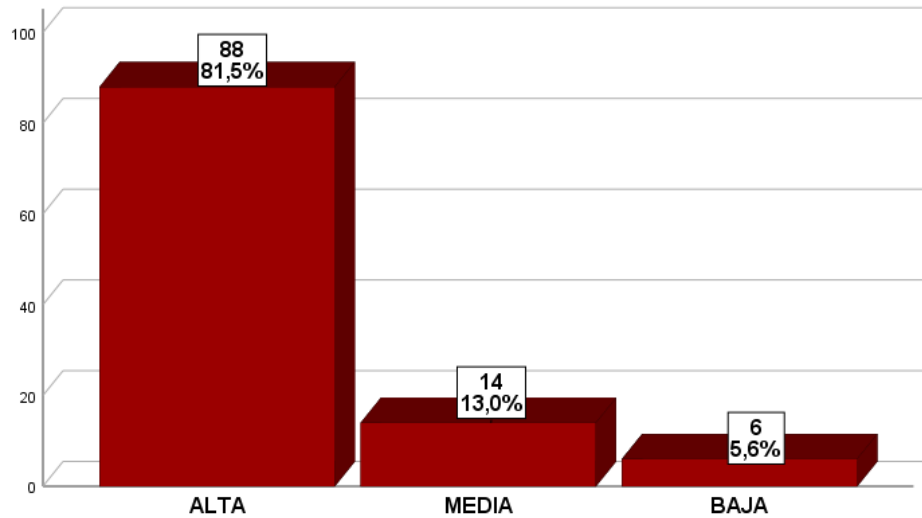


Gráfico 17. Siempre que alguien me pregunta si mi bebé ha terminado de mamar, sé responder si lo ha hecho o no.

Autores: López E., Reinoso S.

Fuente: Base de Datos

Interpretación: De la población aplicada (108 mujeres), el 49.07% (53) están seguras de responder si su bebé ha terminado de amamantar, el 37.9% (41) están casi seguras y el 12.9% (14) no están seguras de responder.

NIVEL DE EFICACIA DEL VÌNCULO MATERNO FILIAL**Gráfico 18. Nivel de Eficacia de la Lactancia Materna.**

Autores: López E., Reinoso S.

Fuente: Base de Datos

Interpretación: De la población aplicada (108 mujeres), en relación a los resultados obtenidos el nivel de eficacia de la lactancia materna corresponde a: 81.5% (88) al nivel alto de eficacia, el 13% (14) al nivel medio de eficacia y el 5.6% (6) al nivel bajo de eficacia de la lactancia materna.