

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE ENFERMERIA

PROGRAMA DE LICENCIATURA EN ENFERMERIA

INFORME DE TESIS DE GRADUACION

**CARACTERIZACION DE LAS CONDUCTAS PRESENTADAS POR
LAS MADRES EN EL PUERPERIO INMEDIATO EN LAS SALAS DE
PARTO Y MATERNIDAD DE LOS HOSPITALES SAN JUAN DE DIOS
Y MAX PERALTA DE CARTAGO, EN RELACION CON EL
CONCEPTO DENOMINADO "ROL MATERNO" DE LA
TEORIA DE RAMONA T. MERCER
I SEMESTRE 1999**

ELABORADO POR:

BCE. INDIRA MONTENEGRO SOTO

BCE. LAURA MORA MARIN

SAN JOSE, COSTA RICA

I SEMESTRE 1999

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
VICERRECTORIA DE DOCENCIA
Facultad de Medicina
Escuela de Enfermería

ACTA DE PRESENTACION DEL REQUISITO
FINAL DE GRADUACION

Sesión del Tribunal Examinador celebrada el día 24, del mes de junio de 1999, con el objeto de recibir el informe oral del estudiante **INDIRA MONTENEGRO SOTO**, carné 902350, quien se acoge al Reglamento de Trabajos Finales de Graduación, bajo la modalidad de Tesis, para optar al grado de Licenciado (a) en Enfermería.

Están presentes los siguientes miembros del Tribunal:

M.Sc. Olga Marta Solano Soto Presidente

M.S.P. María Griselda Ugalde Salazar

Licda. María de los Angeles Meza Benavides

M.Sc. Elsa Méndez González

Licda. Rebeca Gómez Sánchez

ARTICULO 1

El presidente informa que el expediente de **INDIRA MONTENEGRO SOTO** contiene todos los documentos de rigor, incluyendo el recibo de pago de los derechos de graduación.

Declara que el Postulante cumplió con todos los requisitos del plan de estudios correspondiente y, por lo tanto, se solicita que proceda a hacer la exposición.

ARTICULO 2

El Postulante, **INDIRA MONTENEGRO SOTO** hace la exposición de su trabajo final de graduación titulado: *Caracterización de las conductas presentadas por las madres en el puerperio inmediato, en las Salas de Parto y Maternidad de los Hospitales San Juan de Dios y Max Peralta de Cartago, en relación con el concepto denominado "rol materno" de la teoría de Ramona I. Mercer, I semestre de 1999.*

ARTICULO 3

Terminada la disertación, los miembros del Tribunal Examinador interrogan al Postulante, durante el tiempo reglamentario y una vez concluido el interrogatorio, el Tribunal se retira a deliberar.

ARTICULO 4

El Tribunal considera el trabajo final de graduación satisfactorio y le confiere la calificación de: APROBADA

ARTICULO 5

El Presidente del Tribunal comunica al Postulante el resultado de la deliberación y lo declara acreedor al grado de **Licenciada en Enfermería con énfasis en Salud de la Mujer y Perinatología.**

Se le indica la obligación de presentarse al acto público de juramentación, al que será oportunamente convocado. Se da lectura al Acta que firman los Miembros del Tribunal Examinador y el Postulante, a las 19:00 horas.

Alc. María Elena Blanco de Mora. Presidente
María Guilda Ugaldes.
Carlyza.
Isabelca González
Isabelca González Postulante

cc: Oficina de Registro
Expediente
Postulante



UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
VICERRECTORIA DE DOCENCIA
Facultad de Medicina
Escuela de Enfermería

ACTA DE PRESENTACION DEL REQUISITO
FINAL DE GRADUACION

Sesión del Tribunal Examinador celebrada el día 24, del mes de junio de 1999, con el objeto de recibir el informe oral del estudiante **LAURA MORA MARIN**, carné 922465, quien se acoge al Reglamento de Trabajos Finales de Graduación, bajo la modalidad de Tesis, para optar al grado de Licenciado (a) en Enfermería.

Están presentes los siguientes miembros del Tribunal:

M.Sc. Olga Marta Solano Soto	Presidente
M.S.P. María Griselda Ugalde Salazar	
Licda. María de los Angeles Meza Benavides	
M.Sc. Elsa Méndez González	
Licda. Rebeca Gómez Sánchez	

ARTICULO 1

El presidente informa que el expediente de **LAURA MORA MARIN**, contiene todos los documentos de rigor, incluyendo el recibo de pago de los derechos de graduación.

Declara que el Postulante cumplió con todos los requisitos del plan de estudios correspondiente y, por lo tanto, se solicita que proceda a hacer la exposición.

ARTICULO 2

El Postulante, **LAURA MORA MARIN** hace la exposición de su trabajo final de graduación titulado: *Caracterización de las conductas presentadas por las madres en el puerperio inmediato, en las Salas de Parto y Maternidad de los Hospitales San Juan de Dios y Max Peralta de Cartago, en relación con el concepto denominado "rol materno" de la teoría de Ramona I. Mercer, I semestre de 1999.*

ARTICULO 3

Terminada la disertación, los miembros del Tribunal Examinador interrogan al Postulante, durante el tiempo reglamentario y una vez concluido el interrogatorio, el Tribunal se retira a deliberar.

ARTICULO 4

El Tribunal considera el trabajo final de graduación satisfactorio y le confiere la calificación de: APROBADA

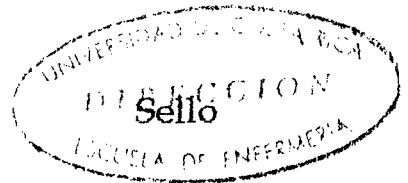
ARTICULO 5

El Presidente del Tribunal comunica al Postulante el resultado de la deliberación y lo declara acreedor al grado de **Licenciada en Enfermería con énfasis en Salud de la Mujer y Perinatología.**

Se le indica la obligación de presentarse al acto público de juramentación, al que será oportunamente convocado. Se da lectura al Acta que firman los Miembros del Tribunal Examinador y el Postulante, a las 19:00 horas.

Cruz María Plano del Moral Presidente
Maria Griselda Legaldalvarez
[Signature]
[Signature]
[Signature]
[Signature] Postulante

cc: Oficina de Registro
Expediente
Postulante



DEDICATORIA

A Dios por estar día con día a mi lado, por ser mi guía y amigo.

A mis padres por todo su apoyo y comprensión, que tan desinteresadamente me han brindado.

A Nayib, (mi N.A.D.) por sus palabras de aliento y apoyo en todo momento.

A mis hermanos Mary, Fide, Oli, Sandra, Olde, Ingrid y Mónica por estar ahí cuando los he necesitado.

A mi hijo Alejandro por ser mi fuente de inspiración y principal razón de vivir.

¡Los amo a todos!

Indira

DEDICATORIA

Con infinito amor a Dios por sus mil bendiciones.

A mis padres, en especial a mi mamá porque ha hecho de mi todo lo que soy
¡Micordia!

A mi esposo Mauricio, por apoyarme y comprenderme aún en momento difíciles.

Sobre todo a mi hijo o hija, que aunque todavía no te conozco, sabes que todos mis
esfuerzos serán para ti.

Con amor,

Laura

AGRADECIMIENTO

Agradecemos primeramente a Dios por la vocación que ha despertado en nosotras al introducirnos en el campo de la Enfermería Obstétrica; servirnos de guía durante todo el largo camino recorrido para lograr nuestro objetivo, haciendo más satisfactorio nuestro laborar diario.

A las (los) Directoras (es) de los Centros Hospitalarios en que se llevó a cabo la investigación, y personal del Area de Obstetricia, por abrimos las puertas y brindarnos un apoyo incondicional en todo momento.

A nuestra Directora de Tesis, MSC. Griselda Ugalde y a las profesoras Lectoras M.Sc. Elsa Méndez y Licda. Mary Meza, por compartir sus vastos conocimientos y habilidades para desarrollar el contenido de este trabajo.

A la Lida. Delfina Charlton quien sembró en nosotras la semilla del conocimiento y el valor de nuestro trabajo que nos llena de satisfacción y compromiso al dar lo mejor de nosotras día a día.

A nuestras familias y amigos que nos han apoyado durante todo este tiempo y nos han hecho sentir su mano amiga en los buenos y malos momentos, haciendo más llevadera la ardua tarea que apenas hoy da inicio.

A todas las demás personas que de una u otra manera han colaborado en todo el proceso de elaboración de la tesis.

¡Eternamente agradecidas!

PENSAMIENTO

... “Tú eres, madre, la copa del consuelo
con que la fibra del pesar se calma,
y brillas como el Iris en el cielo
tras la deshecha tempestad del alma.

Madre, tú eres amor, amor bendito,
amor siempre inmortal, amor sin nombre,
el único en que encuentra un infinito
el insaciable corazón del hombre”...

Fragmento de: Mi Madre

Autor: Manuel M. Flores.

TABLA DE CONTENIDO

	Página
Capítulo I. Introducción	1
1.1. Prefacio	1
1.2. Problema y su importancia	4
1.3. Objetivos	10
Capítulo II. Marco Teórico.	11
2.1. La conducta humana.	12
2.2. Papel de la Mujer en la historia.	13
2.3. La Maternidad.	14
2.4. El enfoque social de la Maternidad	17
2.5. El enfoque antropológico de la Maternidad	23
2.6. El enfoque psicológico de la Maternidad	25
2.7. El enfoque de género de la Maternidad	27
2.8. Rol Materno	29
2.9. Supuestos principales de la Teoría de Ramona T. Mercer.	36
2.10. Modelo de adopción del rol materno según la teorizante.	37
2.11. Conceptos importantes de la teorizante.	38
2.12. Estadio de adquisición del rol.	39
2.13. Importancia para Enfermería.	40

Capítulo III. Procedimiento Metodológico.	43
3.1. Tipo de investigación.	44
3.2. Muestra-Población	45
3.3. Sistema de Variables	46
3.4. Procedimiento para la recolección de la información.	54
3.5. Procedimiento para el análisis de la información.	59
Capítulo IV. Análisis de la Información.	62
4.1. Caracterización sociodemográfica de la muestra.	63
4.2. Resultados de la observación no participante.	74
4.3. Resultados de la entrevista no estructurada.	87
4.4. Resultados de la entrevista estructurada.	97
Capítulo V. Conclusiones y Recomendaciones.	120
5.1. Conclusiones.	121
5.2. Recomendaciones.	125
Capítulo VI. Alcances y Limitaciones.	127
6.1. Alcances	128
6.2. Limitaciones	130

Capítulo VII. Bibliografía y Anexos. 131

7.1. Bibliografía. 132

7.2. Anexos.

Anexo No1. Correspondencia de coordinación a entidades hospitalarias.

Hospital San Juan de Dios y Max Peralta de Cartago.

Anexo No2: Entrevista inicial y final: “Concepción de la maternidad por parte de las madres seleccionadas”. Hospital San Juan de Dios y Dr. Max Peralta de Cartago. (Preparto y postparto).

Anexo No3: Guía del Cuestionario “Cuestionario individual para determinar los factores y conductas presentadas por las madres en el puerperio inmediato”.

Hospital San Juan de Dios y Dr. Max Peralta de Cartago.

INDICE DE CUADROS

Cuadro N°1	Distribución de las mujeres seleccionadas, según edad, atendidas en las Salas de Labor y Parto, Hospitales Dr. Max Peralta de Cartago y San Juan de Dios, meses de agosto, setiembre y octubre, 1998.	63
Cuadro N°2	Distribución de la Muestra Seleccionada según paridad Hospitales Dr. Max Peralta y San Juan de Dios, meses de agosto, setiembre y octubre, 1998. (Cifras absolutas).	69
Cuadro N°3	Aceptación del embarazo por parte de la pareja. Hospitales San Juan de Dios y Dr. Max Peralta de Cartago, meses de agosto, setiembre y octubre, 1998. (Cifras absolutas).	97
Cuadro N°4	Aceptación del embarazo por parte de la familia. Hospitales Dr. Max Peralta de Cartago y San Juan de Dios, 1998. (Cifras absolutas).	99
Cuadro N°5	Imagen que tienen las mujeres de sí mismas en los hospitales Dr. Max Peralta de Cartago y San Juan de Dios, meses de agosto, setiembre y octubre, 1998. (Cifras absolutas).	101
Cuadro N°6	Percepción de las familias según rol de madre de la mujer embarazada. Hospitales Dr. Max Peralta de Cartago y San Juan de Dios, meses de agosto, setiembre y octubre, 1998. (Cifras absolutas).	103

INDICE DE GRAFICOS

Gráfico N°1	Distribución de mujeres seleccionadas, atendidas en las Salas de Labor y Parto según edad en los hospitales Dr. Max Peralta de Cartago y San Juan de Dios, 1998.	64
-------------	---	----

INDICE DE ESQUEMAS

ESQUEMA N°1	Factores de interacción de la madre con el niño y del niño con la madre, en los primeros días de vida.	35
ESQUEMA N°2	Modelo de adopción del rol materno de Ramona T. Mercer.	37
ESQUEMA N°3	Características sociodemográficas de la población seleccionada en el Hospital Max Peralta de Cartago.	72
ESQUEMA N°4	Características sociodemográficas de la población seleccionada en el Hospital San Juan de Dios.	73
ESQUEMA N°5	Conductas presentadas por las madres seleccionadas en el Hospital Max Peralta de Cartago.	110
ESQUEMA N°6	Conductas presentadas por las madres seleccionadas en el Hospital San Juan de Dios.	111
ESQUEMA N°7	Adopción del rol materno en la población seleccionada del Hospital Max Peralta de Cartago.	114

ESQUEMA N°8	Adopción del rol materno en la población seleccionada del Hospital San Juan de Dios.	115
ESQUEMA N°9	Resumen del modelo de adopción del rol materno en la población seleccionada en relación a la teorizante.	118

CAPITULO I

INTRODUCCION



CAPITULO I

INTRODUCCION

1.1. Prefacio:

La concepción de la maternidad dentro de cada ámbito social ha tenido sus cambios o diferencias dependiendo de la cultura donde se establece, se desarrolla y evoluciona. La madre hoy día, tiene diversas concepciones y tareas que debe asumir según la propia definición del rol.

Al respecto Silvia Ramos en su artículo “El Enfoque Social de la Maternidad” expresa lo siguiente:

“El ejercicio de la maternidad de las mujeres se ha dado por dos cuestiones: una, por el hecho de que la prole de la especie humana necesita, mucho más que la de cualquier otra especie animal, de cuidados especiales durante un largo período inicial, para sobrevivir. Y otra, porque se ha vinculado culturalmente la capacidad que tenemos las mujeres de lactar con la responsabilidad de cuidar a los hijos. Esta vinculación entre lactancia y crianza es casi universal y puede ser observada en sociedades de muy diferentes características... El ejercicio del rol maternal ha ido variando con el tiempo, con la historia y con el desarrollo de las sociedades”. (Ramos, S. 1992: 25).

En Costa Rica así como en muchos países de Latinoamérica la maternidad y la responsabilidad de la crianza que ésta conlleva ha sido dirigida prioritariamente a la mujer hasta hace poco tiempo, donde se ha ido incorporando al hombre a ciertas actividades tales como participación a cursos de preparación al parto, y en consultas de atención prenatal, y la autorización para la presencia en el momento del parto.



Estas actividades promueven la satisfacción del desarrollo del embarazo, evolución del parto y de su propia maternidad. Esto le permite a la mujer mayor confianza para ejercer su capacidad de cuidado hacia su hijo y en la aceptación del rol que la sociedad ha establecido a esta nueva etapa de su vida.

Por esta razón se propone el tema del presente estudio: caracterización de las conductas presentadas por las madres en el puerperio inmediato en las salas de parto y maternidad de los hospitales San Juan de Dios y Max Peralta de Cartago, en relación con el concepto denominado “rol materno” de la Teoría de Ramona T. Mercer.

La recolección de datos fue llevada a cabo utilizando como instrumentos: una entrevista pre y postparto, que permite recoger información expresada por la madre en cuanto a las actitudes más relevantes de su concepción sobre la maternidad, sentimientos hacia el niño (a) y planes futuros; cuestionario que se aplicó a las usuarias durante su estadía en alojamiento en conjunto del hospital Max Peralta de Cartago y San Juan de Dios, que evidencia datos generales y situaciones importantes sobre la aceptación del embarazo propio y de su entorno, así como de los aspectos relacionados con su salud reproductiva, experiencia del nacimiento, autoestima, actitudes para con el niño (a) y gratificación del desempeño de su rol de madre.

Además, se utilizó una observación no participante dirigida a la usuaria tomando en cuenta el ambiente en que ésta se desarrolla durante el período de labor, parto y del postparto



inmediato, para obtener información directa respecto a las características que ella presenta en este lapso.

Se realizó posteriormente un análisis de la información. Las conclusiones y recomendaciones están basadas en la evidencia empírica observada.

La investigación se llevó a cabo durante los meses de agosto, setiembre y octubre de 1998 con la participación de las usuarias de los hospitales Max Peralta de Cartago y San Juan de Dios.

Se realizaron actividades tales como:

1. Elaboración de los instrumentos de recolección de datos.
2. Entrevistas a diferentes profesionales del área de Ciencias Sociales (Antropología, Sociología, Psicología y Trabajo Social).
3. Adquisición de material bibliográfico vía internacional.
4. Envío de correspondencia a la Universidad de California, EUA, para contactar a la autora de la teoría presentada en esta investigación, Ramona T. Mercer.
5. Visitas para la recolección de la información a centros tales como:
 - Centro Mujer y Familia.
 - Dirección General de Estadística y Censos del Ministerio de Planificación Nacional.
 - Biblioteca Nacional.
 - Biblioteca Carlos Monge Alfaro.
 - Biblioteca Luis Demetrio Tinoco (U.C.R).



- Bibliotecas de diferentes escuelas de la U.C.R.
- Centro de Investigaciones Sociales (U.C.R.)
- Centro de Investigaciones Psicológicas (U.C.R.)
- Centro de Informática (U.C.R.).
- Escuela de Enfermería (U.C.R.).

1.2. El problema y su importancia:

En el transcurso del tiempo la humanidad ha ido evolucionando de manera considerable en diferentes aspectos. Los vínculos afectivos han sido el eje trascendental de este cambio.

Los antiguos pensadores sostenían que el ciclo de vida por el que todo ser humano transcurre es inherente y propio de cada uno, presente desde su fecundación hasta su muerte. (Salter, 1982, 372).

Según H. Hees (1978) “Existe un vínculo filial y la aceptación de la cría por su madre poco después del nacimiento. En la humanidad este vínculo brinda al niño la oportunidad de aprender de la madre distintas actividades necesarias para la supervivencia de la especie”. (Hees, 1978, 237). Por lo que el proceso de la maternidad toma en cuenta todos los recursos de la mujer ya sean biológicos, psicológicos y sociales. Este proceso involucra una nueva etapa en la vida de la mujer y requiere de todas sus fortalezas para enfrentarlo satisfactoriamente. Es necesario desde un desarrollo biológico hasta circunstancias afectivas, sociales y económicas que en ella se



adecuen, para apoyar y facilitar el cumplimiento eficaz de las tareas implicadas en su nuevo papel como madre.

Todos estos factores englobados son importantes y ponen en evidencia la necesidad de determinar las conductas propias de la madre costarricense en el período de parto y puerperio inmediato. Se sabe que este período es crucial para la relación madre-hijo (a), si se promueve el apego materno desde el nacimiento, momento en que ellos se conocen, empiezan a tener contacto real y se desarrollan respuestas recíprocas como fue planteado en estudios de Klaus y Kennell.

Las madres desempeñan conductas que permiten asegurar esta relación afectiva, por lo que un adecuado nivel de salud le permitirá expresar todo su potencial y desarrollarse con plena satisfacción en la sociedad.

La salud reproductiva de la mujer refleja influencias a las que ella ha sido expuesta desde su propio período fetal y el desarrollo físico, mental, intelectual y social. (OMS/UNICEF, 1986, N°86, 2).

El 50% de la población total de Latinoamérica y el Caribe son mujeres, alrededor del 25% de ellas se encuentran en edad fértil, lo que en cifras significó en 1980, 186 millones en edad fértil en el mundo. Se espera que estas cantidades aumenten a finales del siglo a 273 millones de mujeres y de las cuales 142 millones se encuentran en edad fértil. (UNIFPA, 1987, 24).



En la región ocurren alrededor de 15 millones de embarazos al año y se espera que aumentará a 19 millones anuales hacia finales del Siglo. (Pérez, 1986, 18)

A nivel nacional la población total fue de 3.432.655 habitantes, para el año 1997. El 79.51% de este total equivale a toda la población femenina, con una tasa global de fecundidad en 1982 de 3.54 x 100.000 habitantes y una tasa de reproducción de 1.65 x 100.000 habitantes con 79.203 nacimientos en 1996 (Estadísticas y Censos, 1996). Del total de estos nacimientos, el 19% ocurrieron en el Hospital San Juan de Dios y el 7.63% en el Hospital Max Peralta de Cartago. (Estadísticas y Censos, C.R., principales indicadores demográficos, 1942-1997).

Según se observa en los hospitales donde se realizó el estudio tienen una alta cobertura de partos atendidos en estas instituciones y de gran valor para el desarrollo de la investigación ya que nos muestra una gran población de zona urbana, en contraste con la provincia de Cartago, que de un total de 8.537 nacimientos el 61,36% pertenecen a la zona rural (Estadísticas y Censos, C.R., principales indicadores demográficos, 1942-1997), según se muestra a continuación:

Institución Hospitalaria	Nº de Partos
Costa Rica	79.203
Hospital San Juan de Dios	15.049
Hospital Max Peralta Cartago	6.047

Es importante tomar en cuenta el Hospital Max Peralta de Cartago como centro hospitalario que atiende una mayor población rural, contrario al Hospital San Juan de Dios cuya

población en su mayoría es de área urbana. Para fines de estudio fue conveniente tomar en cuenta ambas áreas poblacionales que eventualmente pueden presentar factores que influyen en la aparición de características expresadas por las informantes. Seguidamente se presentan los datos que ilustran este aspecto:

PROVINCIA	ZONA URBANA	ZONA RURAL
Costa Rica	35.396	45.910
San José	19.229	8.414
Cartago	3.298	5.239

Por otra parte no menos importante se destaca el rol de enfermería obstétrica no solo en la atención del proceso del parto, sino también en la evolución del puerperio inmediato, etapa, hacia la que se dirige nuestro estudio, el cual es un espacio afectivo en el que el vínculo real afectivo es primordial en esas primeras horas, así como la empatía e interacción enfermera (o)-usuaria, para una mejor comunicación y desarrollo de mecanismos de enfrentamiento.

A nivel nacional de 79.203 nacimientos en 1996, el 49% lo realizaron enfermeras (os) obstétricas (os). (Estadística y Censos, C.R., Indicadores demográficos, 1985-1995). De un total de 7.500 partos atendidos en el Hospital San Juan de Dios, 29.9% son realizados por la enfermera (o) obstétrica (o), por el contrario, en el Hospital Max Peralta de Cartago, de 6.047 partos efectuados en 1995 el 74% lo realizó la enfermera obstétrica (Estadísticas y Censos, C.R., Indicadores demográficos 1985-1995, 10), como se observa a continuación:



INSTITUCION	TIPO DE ASISTENCIA			
	Médico	Enf. Obstetra	Enf. General	Otros
Costa Rica	38.660	38.802	122	1.619
HSJD	5.294	2.245	-	-

Cabe resaltar que el desarrollo temprano de esta relación permite establecer los vínculos que se fortalecerán por medio de la cotidiana relación madre-hijo (a) y el establecimiento de lazos, que es fundamental para el apego materno, aspecto que involucra el contacto físico, afectivo, la comunicación especial, así como la necesidad de proximidad, factores de los cuales dependen que surja en el (la) niño (a), una fuerte sensación de ser querido, entendido, protegido y valorado, sin excluir su seguridad, lo mismo por parte de la madre.

Spitz define apego como “aquella relación específica y única entre las personas, que se da entre madre-padre o niño (a) muy próxima” (Spitz, 1975:32)

Basadas en los supuestos teóricos de Ramona T. Mercer, se pretendió determinar cuáles fueron las conductas que presentaron las madres atendidas en las salas de parto y maternidad de los Hospitales San Juan de Dios y Max Peralta de Cartago, que caracterizan el desarrollo del rol materno en el puerperio inmediato, en nuestra población costarricense, identificar una adopción del rol materno propio, y su relación con el establecido por la teorizante en estudio.



El personal de Enfermería Obstétrica puede fomentar actitudes positivas en pro de un vínculo afectivo madre-hijo (a) además implementar dentro de su labor diaria nuevas concepciones de las teorizantes establecidas en nuestra área.

Dependiendo de esta caracterización se podrán implementar programas dirigidos a fortalecer la calidad de la relación que se da entre madre e hijo (a), lo cual tendrá repercusiones en esta etapa de la vida de la usuaria: la maternidad.

Interrogantes del Estudio:

Dentro de las interrogantes de la investigación están:

- ¿Cuáles son las características del microsistema presentado en el modelo de la teorizante para el desarrollo del rol materno?
- ¿Cuáles son las características del macrosistema presentado en el modelo de la teorizante para el desarrollo del rol materno?
- ¿Cuáles son las características del exosistema presentado en el modelo de la teorizante para el logro del rol maternal?
- ¿Existen diferencias entre las conductas manifestadas por las madres según su lugar de procedencia?
- ¿Existen convergencias entre las conductas manifestadas por las madres según su lugar de procedencia?

1.3. Objetivos del estudio:

Objetivo General:

Caracterizar las conductas que presentan las madres en el puerperio inmediato en las salas de partos y maternidad de los hospitales San Juan de Dios y Max Peralta de Cartago, en relación con el concepto denominado “rol materno” de la Teoría de Ramona T. Mercer.

Objetivos Específicos:

1. Analizar los diferentes factores que intervienen en la adopción del denominado “rol materno” según Ramona T. Mercer en las puérperas.
2. Identificar características de la conducta presente en las madres en el puerperio inmediato.
3. Comparar las características conductuales observadas en las madres atendidas en los dos centros hospitalarios seleccionados.
4. Analizar las divergencias y convergencias de las características conductuales presentadas por el grupo de madres con respecto a la teoría de la adopción del rol materno según Ramona T. Mercer.



CAPITULO II

MARCO TEORICO

Y/O

CONCEPTUAL



CAPITULO II

MARCO TEORICO Y/O CONCEPTUAL

La presente investigación tiene como fundamento teórico la contrastación de las conductas observadas en las salas de Parto y Maternidad en el puerperio inmediato y los supuestos teóricos de Ramona T. Mercer, para la caracterización del tipo de logro del rol materno y la concepción de género de la maternidad.

2.1. La conducta humana:

Dentro de los estudios realizados sobre la conducta humana Hospers afirma que:

“existe una teoría emotiva en la conducta del hombre llamada no cognoscitiva que expresa la actitud, emociones o percepciones de algo o alguien en especial”. (Hospers J., 1979, p.807).

El ser humano adopta una actitud hacia cosas que esperaba o no desde muy pequeño, tiene la propiedad de emplear el lenguaje y representar con sus gestos su actitud ante el acto.

Por su complejidad biopsicosocial el hombre y la mujer están inmersos en un ambiente que involucra aspectos emocionales, económicos y sociales, que no escapan a sus necesidades:

“el hombre como animal, debe respirar, comer, beber, excretar, dormir, mantener una salud adecuada y evitar el dolor y el peligro. Estas necesidades fisiológicas fundamentales constituyen la condición biológica mínima que deben satisfacer los miembros de todo grupo humano si este quiere sobrevivir. Esto y sus interrelaciones constituyen la naturaleza innata del hombre. La segunda naturaleza involucra necesidades no vitales para que el organismos se desarrolle y mantenga una adecuada salud mental”. (Fernández P. 1980, 55-57).



Una de ellas es la necesidad de afecto y vinculación con otros de su misma especie, en la que la atención de la no dependencia está vinculada en el continuo de la vida, con la relación padre-hijo (a) que caracteriza a todas las cosas vivientes y que en la historia individual de la persona se involucra con su prolongada permanencia en el útero. Durante éstas fases de su existencia así como en la infancia, el ser humano depende de la madre para la satisfacción de sus necesidades obteniendo apoyo de una fuente exterior.

2.2. Papel de la mujer en la historia:

A lo largo de la historia es la mujer a la que se le otorga el deber de velar por la sobrevivencia de su hijo (a) durante su embarazo y en las primeras etapas de la vida del niño (a).

La situación de la mujer ha estado asignada por la dependencia y sumisión a la sociedad y al hombre.

“Mujer, ha sido sinónimo de ser inferior, y aunque en la actualidad se le califica con expresiones eufemísticas, en la práctica la mujer en general, y sobre todo las de los sectores más bajos de la población, siguen realizando las tareas menos gratificantes y más sacrificadas de la escala social”. (Rivera C., 1986, 23).

Es evidente que biológicamente la mujer es diferente al hombre y por eso, toda la discriminación sufrida es racionalizada, partiendo de tal diferencia, hasta el punto de que el mantenimiento de la mujer como tal ha descansado en el débil argumento de la biología femenina. Evelyn Reed, explica que:

“las condiciones naturales de la maternidad de la mujer se transformaron en las cadenas de explotación que todavía se conservan en la actualidad. Debido a su condición biológica, la mujer vive encasillada en los procesos procreadores y apartada de los procesos de producción. Sin embargo, la diferencia biológica entre hombres y mujeres no determina naturalmente ninguna dependencia de superioridad o inferioridad. (Reed, E., 1973, 49).

El papel de la mujer dentro de la sociedad involucra varios aspectos que ya le han sido otorgados como herencia de una socialización establecida desde antes de su nacimiento. El ser esposa, hija, ama de casa, profesional, madre, son roles que explican este proceso. Para efectos del estudio hemos hecho énfasis en el aspecto de la maternidad, en el momento preconcepcional parto y postparto inmediato.

2.3. La Maternidad:

A partir de Reva Rubin, Ramona T. Mercer toma aspectos importantes ya establecidos por ella, y crea sus propias hipótesis para evidenciar en muchos casos las diversas facetas del logro del rol materno, y por ende de gran importancia para el presente trabajo.

De acuerdo a los supuestos de Reva Rubin, la maternidad es el comportamiento de la madre aprendiendo en interacción con un (a) niño (a) en particular que comienza en el proceso de alcanzar una identidad de un papel maternal continuando con la evolución a través del desarrollo del niño (a). Los comportamientos maternos incluyen una mezcla de crianza, cuidado, enseñanza, guía, protección y amor que realza el desarrollo físico, emocional, social y cognitivo para pasar de niño (a) a adulto (a). (Rubin, 1990, 104)



“Maternidad es una ciencia y un arte, es derivado de los recursos de la madre y se extiende su conocimiento hacia el niño (a), lo que le permite a la madre encontrar las necesidades de éste (a) en situaciones y condiciones ilimitadas de una base experta y creativa. El arte de la maternidad es el arte de enseñar a vivir a sus niños (as)”. (Heffner, 1978, 35)

Una madre o persona que desempeña tal rol, como es parte de una cultura particular, es influenciada por los valores, costumbres, reglas de conducta de esa cultura, conforme ella socializa con su niño (a).

El comportamiento maternal fue de interés durante la primera mitad del siglo XX sólo por sus efectos en el desarrollo infantil, sin embargo Reva Rubin como pionera en la investigación del comportamiento maternal estableció los más grandes conceptos teóricos que han sido usados y citados en diversas disciplinas (Psicología, Antropología, Trabajo Social, Medicina, etc.).

En 1970, Klaus Kennell, Plumb y Zuehlke citaron el trabajo de Rubin en sus investigaciones sobre el comportamiento materno inicial del ser humano. A mitad de 1970, enfermería y la investigación de la medicina enfocan los procesos psicosociales del ajuste en el comportamiento normal de la madre y las interacciones infantiles-maternales que Rubin había descrito una década atrás (Gay, Edgil y Douglas, 1988, 94).

“En esencia, Rubin debió haber recibido la mayor parte del crédito por proveer la información que sirvió de estímulo inicial para estudios subsecuentes sobre comportamientos infantiles-maternales y sus relaciones” (Gay, 1988, 397).



2.4. El enfoque social de la maternidad:

En nuestra sociedad, como en la mayor parte de las sociedades, las mujeres ejercen la maternidad, esto quiere decir que las mujeres no sólo llevamos en nuestro vientre a los hijos (as) y los (as) parimos, sino que además somos las principales responsables de cuidarlos (as).

De esta manera, toda mujer por el hecho de serlo, debe ser madre; ser madre es ser mujer. Se socializa a la mujer para que alcance en la maternidad, la plenitud de su feminidad. La maternidad es la forma de vida supuestamente más completa para una mujer. Se le educa, se le prepara para un rol estereotipado, se incita a través de la educación a ser esposas, madres, amas de casa.

El futuro de una mujer está determinado por su anatomía, no tiene otra forma de crear y proyectarse hacia el futuro, que gestando y criando hijos (as).

En Costa Rica, se ha investigado poco sobre el tema de la maternidad. Entre los estudios realizados cabe destacar el de el Lic. Jhonny Madrigal, llamado: "Factores relacionados con el embarazo no deseado", en el año 1990 donde se obtuvo que, del total de embarazos que se producen en el año en el país, el 45% es no deseado. Este resultado nos permite advertir acerca de las múltiples consecuencias posibles que se derivan de esta problemática: la salud de la madre y el niño (a), el abandono materno, el aborto, la agresión infantil, son algunos ejemplos. (Madrigal, 1990, 49).

El mismo estudio señala que:

El comportamiento reproductivo de la mujer está altamente influenciado por los deseos de su compañero, y condicionado al rol femenino tradicional, a la falta de oportunidades a que está sujeta dentro de la sociedad y a una sexualidad que no le pertenece. (Op.cit., 1990, 50)

También se hace referencia a la actitud de la mujer respecto al hecho de tener hijos (as):

Las mujeres no están de acuerdo con el que tener muchos hijos demuestre que el hombre es bien hombre. Sin embargo, el 38% considera que tener un hijo demuestra que una mujer es mujer de verdad. (Op.cit., 1990,49)

Esto sugiere que una cantidad importante de mujeres introyecta cierta presión social para probar su feminidad reflejando la introyección de los valores sexistas que se imponen culturalmente. A la mujer se le inculca una serie de actitudes y creencias que le hacen continuar en la esfera doméstica, crianza y educación de los (as) hijos (as), en lugar de la vida pública. Por esto una cantidad importante de mujeres no tienen alternativas sociales, intelectuales o culturales; al vivir en un ambiente de privaciones, una de las pocas gratificaciones que puede sentir es la relación sexual bajo los términos que decida el varón.

Así se observa, que desde tiempos remotos la maternidad ha sido considerada casi un culto religioso, se le ha sacralizado, glorificado, es así que su concepción social se ha mistificado, enmascarado, se ha vuelto oculta, confusa.

“La maternidad es un tema saturado de tabúes, su cuestionamiento moviliza nuestra humana ambivalencia respecto al amor hacia sus propios hijos, ambivalencia que no se nombra y por lo tanto no se metaboliza y menos aún, se digiere”. (Mizrahi L., 1989, 119)

La función maternal aparece en los discursos que circulan en nuestra sociedad como una actividad de base instintiva, derivada de la anatomía femenina.

Es por lo tanto, necesario hacer la diferencia conceptual entre reproducción y maternidad, con respecto a la reproducción se alude a un hecho biológico, mientras que con el término de maternidad se alude a un hecho de la cultura; prueba de esto son las diferentes maneras de llevar a cabo, no sólo la maternidad y la crianza de los (las) hijos (as), sino hasta el parir en diferentes culturas. Es entonces la maternidad un hecho cultural y no instintivo o natural.

La maternidad está fuertemente condicionada por fuerzas sociales, históricas, culturales, que han ido consolidando un gran número de características subjetivas en las mujeres, que con el correr del tiempo se las considera como naturales o esenciales de las mujeres (vivir en función de otros, intuición femenina y dependencia).

Tales características tienden a identificar los mitos sociales de la maternidad, ya que éstos se organizan alrededor de la idea central: MUJER = MADRE y con esto un conjunto de diferentes acciones en el concebir, parir y criar a los (las) hijos (as), así como los proyectos de vida posibles de las mujeres concretos y también los discursos sobre la mujer.



Así Fernández A. nos refiere que:

“Los mitos constituyen un conjunto de creencias y deseos colectivos, que ordenan la valoración social que la maternidad tiene en un momento dado en la sociedad”. (1982, 2).

En consecuencia, dichas fuerzas sociales, ordenarán las prácticas: prácticas de hombres, mujeres y niños (as), prácticas individuales y sociales, públicas y privadas. Estos mitos son extremadamente sensibles a lo histórico, de esta forma se van a encontrar enormes diferencias en la concepción de la maternidad, y en la relación madre-hijo (a) a lo largo de la historia de la sociedad occidental, así como en diferentes sectores sociales de la misma sociedad.

Los mitos no están fuera de los individuos, produciendo sobre ellos efectos de influencia, tampoco a través de los mitos se habla de una interacción individuo-sociedad, sino que los mitos son constitutivos del sujeto y son recreados por cada individuo en forma particular. (Fernández A, 1982, 5).

Los mitos dan cuenta, estructuran, organizan relaciones humanas. Si bien inscritos en el plano de la intersubjetividad del campo social, toma cuerpo de las creencias colectivas de un grupo social, una cultura. De esta forma es como se produce y reproduce la ideología en la constitución del psiquismo individual que produce sueños, hay un imaginario social que produce mitos y opera a nivel inconsciente.

Los mitos se cristalizan en un relato cuya repetición hará posible los efectos de su eficacia simbólica, así los relatos se hacen discursos implícitos y explícitos.

Existen recursos a través de los cuales se han denominado los mitos sociales. En el caso de mujer igual madre de la eficacia de este mito se estructura a partir de los 3 recursos. (Op.cit., 1982, 67).

1. La ilusión de naturalidad.
2. La ilusión de temporalidad.
3. La selección: a menos hijos (as) más mitos.

2.4.1. La ilusión de naturalidad:

Es natural que se considere como “natural” que la mujer sea madre, así la maternidad es un fenómeno de la naturaleza y no de la cultura.

Es natural que la mujer sea madre porque posee un aparato reproductor y a la vez un instinto materno.

El mito sobre el instinto materno sostiene que la madre posee un saber-hacer instintivo que le permitirá mejor a entender el (la) hijo (a), por lo tanto, es irremplazable.

**2.4.2. Ilusión de temporalidad:**

Dado que la función maternal se inscribe en el orden de la naturaleza y no en el de la cultura, la maternidad fue “siempre así” y “siempre será así”, se hacen invisibles los cambios en cuanto a las necesidades sociales respecto de sus individuos en general, y de las mujeres y niños (as) en particular.

2.4.3. A menos hijos (as), más mitos:

Las fuerzas de orden social culturales reorganizan para exaltar los valores de la madre. Al tener menos hijos (as) y si la maternidad es su función, su misión concentra toda su dedicación en esos pocos hijos (as).

El llamado “vínculo madre-hijo (a)” presenta aspectos idealizados y aspectos persecutorios, tanto para la madre como para el (la) hijo (a), pero mientras los aspectos idealizados se expresan en un nivel de explicitación permanente, los aspectos persecutorios se mantienen implícitos, siempre presentes pero negados, sancionados. Se exalta la ternura y se niega la agresividad, el erotismo que también constituyen dicho vínculo.

En este mismo juego de extensiones y negaciones, se otorga un papel preponderante a la madre en detrimento del padre, así surge una fantasía colectiva, que una buena madre puede abastecer todas las “necesidades” de sus hijos (as).



Los rasgos institucionalizados de la estructura familiar y las relaciones sociales de reproducción se reproducen asimismo. La investigación psicoanalítica muestra que las capacidades femeninas para el ejercicio de la maternidad y sus compromisos ajenos, y también las capacidades generales de tipo psicológico y los deseos que constituyen la base del trabajo emocional de las mujeres, muestra que todo ello se ha instaurado en la personalidad femenina durante el curso de su desarrollo. Como son mujeres las que ejercen la maternidad con mujeres, éstas crecen con las capacidades relacionales y con la definición psicológica de un ser en relación que las impulsa al ejercicio maternal. Las mujeres maternizan a la hija que, a su vez, cuando llegan a mujeres ejercen la maternidad como sus madres.

2.5. El enfoque antropológico de la maternidad:

Según Lagarde, (1990), la maternidad es uno de los hechos de la reproducción sociocultural. Se sitúa en las relaciones sociales, es decir en la sociedad y en el Estado o en cualquier forma de superestructura jurídico política y en la cultura.

La reproducción social y cultural está constituida por el conjunto de actividades, relaciones, mecanismos y procesos que generan y remueven los elementos esenciales que constituyen a las formaciones sociales y culturales concretas. Se trata de la reproducción de los modos de vida y, de las condiciones de vida que permiten la producción social en condiciones históricas dadas.



La reproducción es una de las formas en que se materializa la sociedad, y es condición de la existencia de los seres humanos particulares, quienes a su vez producen la vida social y la cultura.

La maternidad es el conjunto de hechos de la reproducción social y cultural, por medio del cual las mujeres crean y cuidan, generan y revitalizan, de manera personal, directa y permanente durante toda la vida, a los otros, en su sobrevivencia cotidiana y en la muerte.

La maternidad es un complejo fenómeno socio-cultural que se caracteriza porque la mujer realiza algunos procesos de la reproducción social. El conjunto de relaciones, de acciones, de hechos, de experiencias de la maternidad que realizan y tienen las mujeres, son definatorios de la feminidad.

La maternidad es sintetizada en el ser social y en las relaciones que establecen las mujeres, aún cuando éstas no sean percibidas a través de la ideología de la maternidad, como maternales: cada mujer y millones de ellas, concentran estas funciones y esas relaciones-sociales, económicas, eróticas, nutricionales, ideológicas y políticas-, como contenido que organiza su ciclo de vida y que sustenta el sentido de la vida para otras.

El contenido específico de la maternidad es histórico y está definido por las formas sociales de producción, de obtención de la energía y de reproducción, y por la relación entre dichos ámbitos; por la sexualidad, en ella por la división genérica de la reproducción, y también la relación entre reproducción privada materna y reproducción pública institucional.



Aún cuando la maternidad tiene por protagonistas a las mujeres y ocurre asociada a ciertas instituciones privadas, está regulada por normas demográficas, por relaciones económicas y políticas, así como por las más diversas instituciones de la sociedad y del Estado.

Todas las culturas incluyen concepciones (representaciones, teorías, normas, creencias, valoración) dominantes sobre maternidad, y en todas las sociedades se desarrollan políticas hegemónicas de maternidad. Sin embargo, las maternidades socialmente vividas, no son idénticas a las concepciones que las reproducen, adquieren particularidades definidas por características de la sociedad y de quienes participan directamente en ellas.

Las maternidades socialmente vividas encuentran sus determinaciones de acuerdo con el nivel de riqueza económica y social, con el acceso al bienestar privado y público, con el ámbito rural o urbano en que ocurren, con las clases sociales, los grupos de edad, la progenitura, la conyugalidad, la filiación, el parentesco, la relación laboral, o el prestigio de quienes se ven involucrados en ella. Las maternidades reales se definen también por el tipo de grupo doméstico o de institución pública que las contiene, con el tipo de actividades y saberes que involucran, con las concepciones que les dan cuerpo, y la ritualidad que marca sus pasos a lo largo de la vida de las mujeres.



2.6. El enfoque psicológico de la maternidad:

La maternidad se explica por la teoría del apego maternal, que se fomenta en los primeros días de nacido, es afectada por el medio ambiente y desarrollo del papel maternal. El medio ambiente ejerce una influencia en la evolución psicológica de una persona. Se han hallado fuertes vínculos con una figura materna, principalmente durante los primeros días de la vida, sin referencia alguna a alimento y debido sencillamente a que la cría se hallaba expuesta a la figura en cuestión y se familiarizaba con ella. El desarrollo de la vinculación de un niño (a) con su madre puede comprenderse mejor con un modelo de vida de la etiología, que esboza la teoría del apego.

El comportamiento de apego es concebido “como toda forma de conducta que consiste en que un individuo consigue o mantiene proximidad a otra persona diferenciada y preferentemente individual y que es considerada, en general, como más fuerte y/o más sabia”. (Watthinson, 1995, 156) Especialmente evidente durante la temporada de infancia, el comportamiento de apego se considera que es propio de los seres humanos desde la cuna, hasta la sepultura. Incluye el llanto y la llamada (que dan lugar a asistencia o cuidados) seguimiento y adhesión y también intensa protesta si el (la) niño (a) se queda sólo (a) o con personas extrañas. Con la edad disminuye continuamente la intensidad con la que se manifiesta este comportamiento.

“El mantenimiento imperturbable de un vínculo es experimentado como una fuente de seguridad y la renovación de un vínculo, como una fuente de júbilo. Ya que tales emociones son habitualmente reflejo del estado de los vínculos afectivos de una persona, la psicología y la psicopatología

de la emoción equivalen en gran medida a la psicología y la psicopatología de los vínculos afectivos”. (Op.cit., 1975, 190)

En gran parte en los lactantes humanos, el comportamiento de apego a una figura preferida se desarrolla durante los primeros nueve meses de vida. Cuanta más experiencia de interacción social tenga un lactante con una determinada persona, tanto más probable es que se apegue a ella. Por esta razón es, principalmente a través de los cuidados que imparte la madre, como un niño (a) adquiere su principal figura de apego. Este comportamiento de apego permanece rápidamente activable hasta cerca del final del tercer año de vida; si el desarrollo es sano, se va haciendo poco a poco menos activable.

Estos sistemas actúan por determinadas condiciones y se extinguen por otras. Entre las condiciones activantes se encuentran la extrañeza frente al medio, el hambre, la fatiga y cualquier acontecimiento que asuste. Las condiciones que ponen fin al comportamiento incluyen percepciones visuales o acústicas de la figura materna y, en especial, una interacción feliz con la misma cuando se ha logrado intensamente el comportamiento de apego, la terminación puede requerir tocar o aferrarse a la figura materna y/o ser merecido por ella. En cambio, cuando la figura materna no está presente o si cuando se ausenta, se sabe bien a dónde va, el (la) niño (a) cesa de mostrar el comportamiento de apego y en lugar de ello explora el medio ambiente.

Aunque existen muchas diferencias de detalle entre las especies, la regla general es el mantenimiento de proximidad, por parte de un animal inmaduro, a un adulto preferido, casi siempre la madre, la cual indica que tal comportamiento posee un valor para la supervivencia.

2.7. El enfoque de género de la maternidad:

Las mujeres ejercen la maternidad. En nuestra sociedad, como en la mayoría de las sociedades, las mujeres no sólo llevan los (las) hijos (as) en el vientre y después los paren, también asumen la responsabilidad primordial de su cuidado, invierten en ellos mucho más tiempo que los hombres, y mantienen los primarios lazos emocionales con los bebés. Cuando las madres biológicas no ejercen la maternidad, son otras mujeres (y no tanto otros hombres) las que ocupan su lugar. El padre ejerce esa relación primordial muy rara vez, aunque sea verdad que muchos padres e incluso otros hombres pasen bastante tiempo con sus hijos (as) o con otros niños (as). (Londoño, M.L., 1984, 126)

El ejercicio maternal de las mujeres se ha dado, por supuesto, debido a la vinculación aparentemente natural entre capacidad de criar y lactar y responsabilidad del cuidado infantil por una parte, y por otra, debido a que los seres humanos necesitan cuidados especiales durante un largo período de su vida inicial.

Sea como sea, la maternidad aún se ejerce dentro de la familia y el rol maternal de las mujeres ha ganado en significación psicológica e ideológica y se ha convertido en poco menos que el principal definidor de la vida de las mujeres. (Chorodow, 1992, 201)

A pesar del enorme crecimiento de las funciones que asumen el estado o las empresas, las mujeres continúan desempeñando sus actividades maternas en la familia; la crianza de los (las) niños (as) sigue siendo una responsabilidad familiar central. El cuidado organizado y la escuela

fuera de casa presuponen y complementan el trabajo maternal adentro. No reemplazan este ejercicio maternal. (Op.cit., 1992,56)

El rol emocional de las mujeres en la familia y su rol maternal psicológico, han aumentado simultáneamente con la disminución de sus roles biológico y económico. Hoy podemos visualizar con mayor claridad el ejercicio maternal femenino porque ya no está inserto en un amplio espectro de actividades y relaciones humanas. Hoy se yergue aislado con toda su intensidad emocional y significado con su índole central en la vida y en la definición social de las mujeres.

El ejercicio de la maternidad no existe, para empezar, en el vacío. Es un rasgo constitutivo fundamental de la división sexual del trabajo. Como parte de la división sexual del trabajo está estructural y causalmente relacionado con otras adecuaciones institucionales y con formulaciones ideológicas que justifican la división sexual del trabajo. El ejercicio maternal contribuye también a la reproducción de la desigualdad sexual mediante sus efectos en la personalidad masculina.

“El ejercicio de la maternidad por parte de las mujeres no es un hecho universal invariable en todas las culturas. Aunque son las mujeres y no los hombres, los que tienen la responsabilidad primordial de los (las) niños (as), muchos rasgos de esta responsabilidad son cambiantes”.
(Op.cit., 1992, 52)

La organización familiar, el cuidado de los (las) niños (as) y las prácticas de la crianza (y las relaciones entre el cuidado de los (las) niños (as) y las otras responsabilidades femeninas),

cambian particularmente en respuesta a los cambios en la organización de la producción. El rol de las mujeres, tal como lo conocemos hoy es un producto histórico. El desarrollo del capitalismo industrial en occidente alteró el rol de la mujer en la familia y lo convirtió en algo preferentemente vinculado a las relaciones personales y la estabilidad psicológica. El ejercicio maternal es un rol de base eminentemente psicológica. Consiste en la experiencia psicológica y personal del self (sí mismo) en relación con el (la) niño (a) o los (as) niños (as). (Op.cit., 1992, 96-97)

2.8. Rol materno:

Según Ramona T. Mercer:

“El rol maternal es un proceso interactivo que se produce durante cierto período de tiempo, en el cual la madre se va sintiendo vinculada a su hijo (a), adquiere competencia en la realización de los cuidados asociados a su rol y experimenta placer y gratificación dentro de dicho rol. El desplazamiento hacia el estado personal en el cual la madre experimenta una sensación de armonía, intimidad y competencia dentro de su rol constituye el punto final de la adopción del rol maternal, es decir, la identidad como madre”. (Mercer, 1994, 394).

De acuerdo a la organización teórica de Mercer, el rol maternal se extiende hasta el primer año después del nacimiento y se considera haber sido alcanzado por la madre cuando siente armonía interna con el papel y sus expectativas.

Para entender mejor esto, reconocemos la palabra “Rol” como el hecho de representar un papel, carácter, encargo o ministerio con que se interviene en los hechos de la vida.

En el rol maternal se da un apego o proceso en el cual hay una obligación afectiva y emocional hacia el individuo en formación, que tiene como componentes un mayor apego con el (la) niño (a) por medio de la identificación, vinculación e interacción con el infante, ganando competencia en el comportamiento maternal y expresando gratificación en las relaciones madre-hijo (a).

Rubin manifestó que el comportamiento materno no es instintivo o aprendido, como una niña jugando con muñecas; más bien, el comportamiento materno es un proceso dinámico derivado de un extensivo conocimiento basado en cada niño (a), el cual continúa evolucionando a través de la experiencia y con la cooperación del niño (a) (1967). Rol maternal es el punto final o meta en obtención del papel materno, cuando las madres tienen un sentido de alivio de estar desempeñando ese papel. La identidad maternal es un enlazamiento entre la parte nueva del ser propio, una identidad lograda que es mayor que un rol social. Identidad maternal y enlazamiento son coordinadas del mismo proceso; durante el embarazo hay un enlazamiento del niño (a), una fusión de la madre y del niño (a), haciendo difícil a la mujer separarse del bebé; lo que le pasa a uno, le pasa al otro.

Existe una continua reformulación de la maternidad, el “yo” en relación con el “tú” (niño (a) durante el embarazo, a través de cuatro tareas independientes para asegurar un pasaje seguro y asegurar la aceptación social para ella misma y el niño (a), apegándose con el bebé y explorando el significado de darse a sí mismo. La mujer consigna las tareas maternas de acuerdo con su situación y recursos.



En el parto, la separación del “yo” con el “tú” como dos discretos individuos comienza con la identificación del niño (a) y progresa hacia una polarización.

Dentro de la estructura familiar, la relación madre-hijo (a) tiene una importancia fundamental, dado que las relaciones que se establecen desde los primeros momentos de la vida parecen designar el futuro del desarrollo afectivo del niño (a) y la actitud de la madre. El proceso por el cual la madre establece lazos de unión con su hijo (a) ha sido motivo de numerosos estudios. El comportamiento materno está determinado por múltiples factores que operan aún antes que ocurra el parto. Entre las experiencias maternas previas se deben anotar las vivencias de la mujer con su propia madre, los patrones culturales, si el hijo (a) fue deseado o no, y la calidad de la relación con el padre del niño (a) entre otros. Pareciera que el contacto estrecho durante los primeros minutos, horas y días después del nacimiento consolidará la unión entre la madre y el hijo (a); además, la relación afectiva se fortalece a medida que el ser humano se desarrolla. Esta relación temprana cuestiona las prácticas hospitalarias tradicionales de alojamiento separado en alojamiento conjunto, en cuanto podrían influir en el comportamiento posterior del binomio madre-hijo (a).

En numerosos estudios se ha tratado de responder el interrogante respecto al primer contacto entre la madre y el recién nacido, y se ha observado diferencias significativas en las conductas de las madres que mantuvieron un contacto precoz y prolongado con sus hijos (as). Los hallazgos sugieren que el número de horas de contacto en los primeros días de vida parecen haber afectado el comportamiento materno, y apoyan la hipótesis de que la madre tiene un



período sensitivo especial inmediatamente después del parto. Al parecer, la interacción durante este período especial puede influir en la iniciación y duración de la lactancia materna.

Está comprobado que cuando la madre y el niño (a) establecen contacto piel a piel y permanecen juntos en las primeras horas post-parto no hay rechazo materno, no hay aprensión materna y el vínculo afectivo será más fuerte entre ambos. También se desarrolla una intuición materna para saber lo que el (la) niño (a) necesita y más amor para satisfacer esas necesidades.

Hay varios principios que gobiernan el apego madre e hijo (a) y hasta el momento se conocen 7 componentes cruciales en el proceso de apego.

- 2.8.1.** Hay un período muy sensible en los primeros minutos y horas de vida, en el cual es necesario que la madre y el padre tengan contacto estrecho con su recién nacido, para favorecer el desarrollo posterior de óptimas relaciones.
- 2.8.2.** Se ha observado una respuesta específica de la especie humana, entre los padres y su niño (a) cuando ellos son los primeros en tener contacto visual y físico con él (ella).
- 2.8.3.** El proceso de apego está estructurado de tal manera que en caso de nacimientos múltiples, los padres llegan a apegarse óptimamente a sólo un niño (a) a un mismo tiempo, lo mismo sucede del niño (a) hacia los padres. En estos casos, los recién nacidos deben estar juntos y ser dados de alta a la vez para facilitar el desarrollo del



apego de los padres hacia ambos niños (as).

- 2.8.4.** Para que se inicie el apego entre la madre y su niño (a), es necesario que el recién nacido responda a la madre con alguna señal, como el movimiento del cuerpo y de los ojos.
- 2.8.5.** Los padres y otras personas que presencian el proceso del nacimiento llegan a desarrollar un fuerte apego al niño (a).
- 2.8.6.** Para algunos adultos, es difícil desarrollar simultáneamente los procesos de apego y de separación; esto es, una madre no puede apegarse a su hijo (a) si está, al mismo tiempo, anticipando o viviendo la pérdida de un ser querido.
- 2.8.7.** La ansiedad de la madre acerca del bienestar del bebé en sus primeras 24 horas de vida, pueden llevarla a una preocupación que se prolongará por varios meses, lo cual será adverso al desarrollo del niño (a).

Los efectos del mayor contacto entre madres e hijos (as) se puede deber en parte a que se recapitula lo que solía ser un comportamiento materno normal en la especie humana. El mayor contacto entre madres e hijos (as) en cualquier momento de los tres primeros días del puerperio, puede desencadenar en la mujer un sistema innato que ha estado presente en nuestra estructura genética por siglos. Los efectos del mayor contacto entre madres e hijos (as) pueden corregir en



parte la acentuada privación que forma parte de la práctica ordinaria actual de los hospitales modernos.

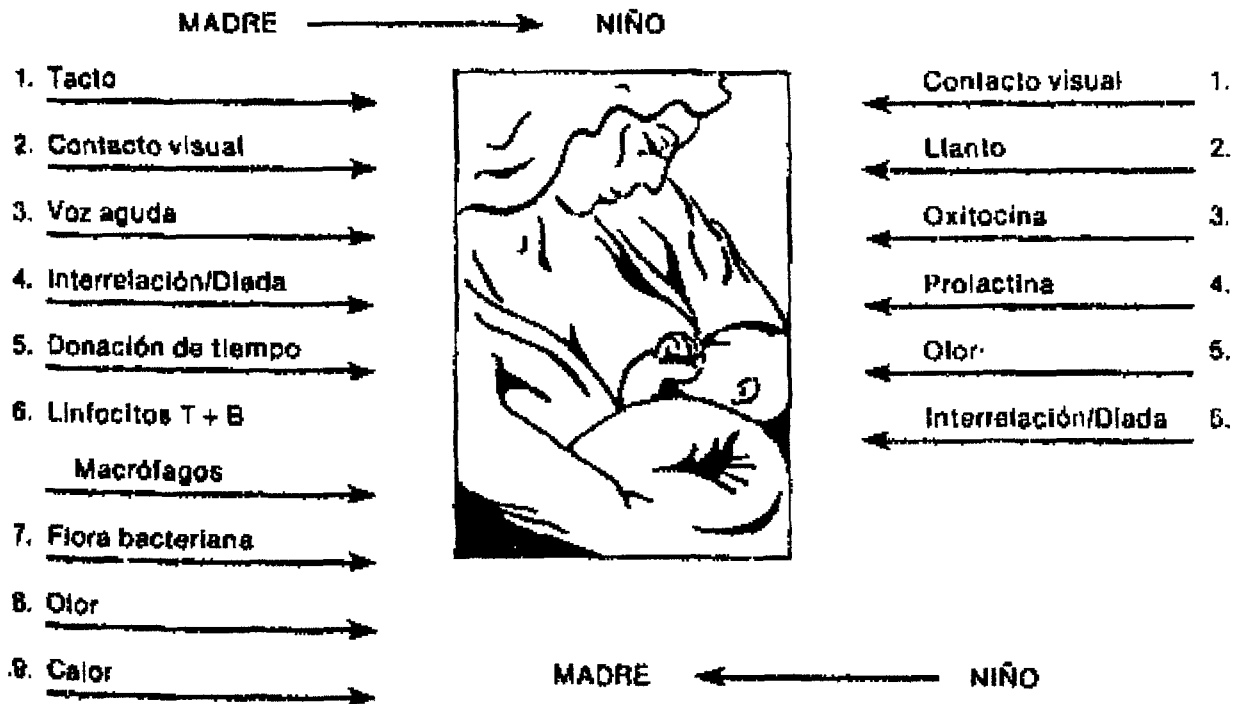
Lamentablemente, hay todavía hospitales en los que nunca se ha permitido que las madres tuvieran contacto temprano y prolongado con sus hijos (as), por otra parte, las madres privadas de este contacto son a menudo quienes tienen adaptabilidad limitada y se beneficiarían más con él; las pobres, las madres solteras, las que carecen de sostén y las adolescentes, y es precisamente en este grupo de madres donde tiene su mayor efecto el contacto temprano.

Al parecer, existen muchos procesos que se activan para que la madre se acerque a su hijo (a) durante los primeros días de su vida. El vínculo con la madre es indispensable para la supervivencia del niño (a). Por lo tanto, parece poco probable que esa relación tan vital dependa de un solo proceso. Es posible que, cuando madre y niño (a) son mantenidos juntos poco después del parto, se inicie e intensifique el funcionamiento de mecanismos sensoriales, hormonales, fisiológicos, inmunológicos y de comportamiento, que probablemente los vinculan. En el esquema N°1, según Klaus y Kennell, se indican algunos de los múltiples factores recíprocos que entran en juego durante los tres primeros días de que una madre está con su hijo (a).



Esquema N°1

Factores de interacción de la madre con el niño y del niño con la madre, que pueden ocurrir simultáneamente en los primeros días de vida.



Tomado del Libro: Crecimiento y desarrollo en los dos primeros años de vida post-natal.

(Martel y cols, 1981, 139)

Se produce una cascada de interacciones de la madre y el niño (a) durante este período, que los une y asegura el desarrollo posterior del vínculo.

Los primeros sentimientos de amor por el niño (a) no son necesariamente instantáneos después del contacto inicial. El vínculo no se forma de inmediato. Las madres que no

experimentan sentimientos de amor por el niño (a) en los primeros minutos u horas que siguen al nacimiento deben calmarse al conocer los resultados de un estudio en madres normales y sanas en Inglaterra. Según un estudio realizado a 97 madres de Oxford (Macfarlen, 1984), al preguntarles sobre cuándo habían sentido amor por su hijo (a) por primera vez, las respuestas fueron las siguientes: 41% durante el embarazo; 24% durante el parto; 27% en la primera semana de vida y 8% después.

Hay pruebas fehacientes de que se deben dar al menos de 30 a 60 minutos de contacto temprano en privado a cada madre y a su hijo (a) para intensificar la primera experiencia mutua. (Op.cit., 152).

2.9. Supuestos principales de la teoría de Ramona T. Mercer:

La teoría de la adopción del rol maternal de Ramona T. Mercer en nuestro estudio establece los siguientes supuestos:

- 2.9.1. “La forma en que una madre define y percibe los acontecimientos viene determinada por un “núcleo de sí mismo” relativamente estable, adquirido a través de la socialización a lo largo de su vida. Sus percepciones sobre sus hijos (as) y otras respuestas referentes a su maternidad a lo largo de su vida constituyen el mundo real ante el que responde.
- 2.9.2. Las respuestas conductuales de la madre están influidas, además por la socialización de ésta, por su nivel evolutivo y las características innatas de su personalidad.
- 2.9.3. El compañero del rol de la madre, su hijo(a), reflejará la competencia de la madre en su rol a través de su crecimiento y desarrollo.
- 2.9.4. El niño (a) se considera como un compañero activo dentro del proceso de toma del rol de la madre, y afecta y es afectado por la representación del rol.

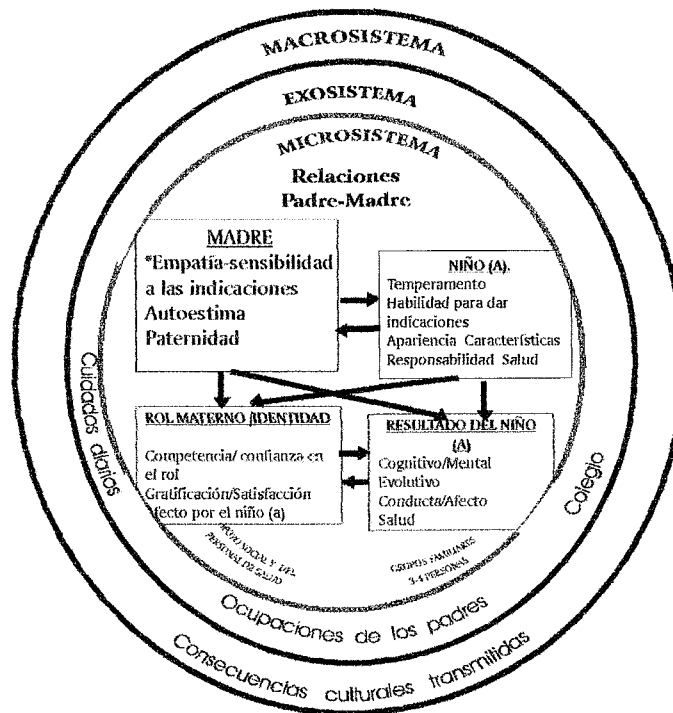
2.9.5. La identidad materna se desarrolla paralelamente a su vinculación y depende el uno del otro” (Op.cit, 1980, página 395).

2.10. Modelo de adopción del rol materno según la teorizante:

Según Ramona T. Mercer el modelo de adopción del rol materno se puede situar dentro de los círculos concéntricos de Bronfenbrenner (1979) como microsistema, exosistema y macrosistema, como lo muestra el Esquema N°2.

Esquema N°2

Modelo de adopción del rol materno



Tomado de: Modelos y Teorías de Enfermería. (Marriner, 1994, 397)

- 2.10.1. “El entorno inmediato en el que se produce la adopción del rol maternal es el microsistema, en el que se incluye la familia y factores tales como el funcionamiento de la familia, la relación padre-madre, el apoyo social y el estrés. Las variables contenidas dentro del microsistema interaccionan con una o más de las otras variables que afectan al rol maternal. El niño (a) como individuo queda incluido dentro del sistema de la familia. La familia se considera como un sistema semicerrado que mantiene límites de separación y controles de intercambio entre el sistema de la familia y otros sistemas sociales.
- 2.10.2. El exosistema engloba, influye y delimita el microsistema, la unidad madre-hijo (a) no está contenida dentro del exosistema, pero el exosistema puede determinar en parte lo que le ocurre al rol maternal en desarrollo y al niño (a).
- 2.10.3. El macrosistema se refiere a los prototipos generales que existen en una determinada cultura o los contenidos culturales transmitidos”. (Ibid, 1994, 396)

2.11. Conceptos importantes de la teorizante:

Para la formulación de la teoría de la adopción del rol maternal se han empleado algunos conceptos que permiten e interaccionan en este proceso:

- 2.11.1. **EDAD MATERNA:** se refiere a la edad cronológica y evolutiva estado de transición en el que se encuentra.
- 2.11.2. **PERCEPCION DE LA EXPERIENCIA DEL NACIMIENTO:** la percepción de una mujer sobre su labor durante el parto y el nacimiento.
- 2.11.3. **AUTOESTIMA:** es la percepción por parte de un individuo sobre cómo le consideran los demás y la propia aceptación de dicha percepción.
- 2.11.4. **CONCEPTO DE SI MISMO:** llamado por la autora Ramona T. Mercer “referencia de uno mismo”: es la percepción global de uno mismo que incluye la autosatisfacción, la autoaceptación, la autoestima y la concordancia o discrepancia entre lo que uno es y lo que quisiera ser. (Ibid, 1994, 394).
- 2.11.5. **ACTITUDES DE SEGUIMIENTO PARA CON EL NIÑO (A):** Actitudes, actividades, acciones y creencias maternas sobre el cuidado y la educación del niño (a).
- 2.11.6. **ESFUERZO DEL ROL:** son los conflictos y dificultades que

experimentan las mujeres a la hora de realizar las obligaciones que les impone el rol maternal.

- 2.11.7. VINCULACION: Es un componente del rol y la identidad de los padres. La vinculación se considera como un proceso en el cual el individuo se crea un compromiso afectivo y emocional duradero.
- 2.11.8. ESTADO DE SALUD DEL NIÑO (A): Las enfermedades que causan separación del (la) niño (a) de su madre y que interfieren en el proceso de vinculación.
- 2.11.9. FAMILIA: Es el sistema dinámico que incluye diferentes subsistemas; individuales (madre, padre, feto/niño (a)), o de parejas (madre-padre, madre-feto/niño (a) y padre-feto/niño(a)) dentro del sistema global de la familia.
- 2.11.10. FUNCIONAMIENTO DE LA FAMILIA: Es la visión que tiene el individuo de las actividades y relaciones de la familia y de los subsistemas con otras unidades sociales mayores.
- 2.11.11 APOYO SOCIAL: Es la cantidad de ayuda recibida de forma real, la satisfacción debida a dicha ayuda, y las personas (red de apoyo) que proporcionan dicha ayuda. Las cuatro áreas del apoyo social son las siguientes:
- Apoyo emocional: sentirse amado, cuidado, digno de confianza y entendido.
 - Apoyo informativo: ayuda al individuo a ayudarse a sí mismos proporcionándole información que le resulta útil para enfrentarse a los problemas y/o las situaciones:
 - Apoyo físico: es un tipo directo de ayuda.
 - Apoyo de valoración: es un apoyo que consiste en decir a la tomadora del rol cómo está llevando a cabo dicho rol. Capacita al individuo para evaluarse en relación con otras personas que interpretan el mismo rol.
- 2.11.12 RELACION PADRE-MADRE: percepción de la relación conyugal que incluye valores, objetivos y acuerdos intencionales y reales entre los dos.
- 2.11.13 CULTURA: La forma global de vida aprendida y transmitida de generación en generación". (Ibid, 1994, 395)

2.12. Estadio de adquisición del rol:

La adopción del rol maternal es un proceso que tiene lugar en cuatro estadios de adquisición del rol: (Thornston y Nardi, 1975, 26-27):

- 2.12.1. Anticipatorio: Es el comienzo de la adaptación social y psicológica al rol mediante el aprendizaje de las expectativas de dicho rol. La madre imagina el rol, se relaciona con el feto en el útero y comienza a representar su papel.
- 2.12.2. Formal: comienza con la adquisición del rol en el nacimiento. Las conductas de rol están guiadas por las expectativas formales y conservadas de otras personas dentro del sistema social de la madre.
- 2.12.3. Informal: comienza cuando la madre desarrolla su forma particular de representar el rol independientemente del sistema social.
- 2.12.4. Personal: la madre experimenta una sensación de armonía, intimidad y competencia con su propia forma de representar su rol. En este momento se ha alcanzado el rol maternal.

2.13. Importancia para Enfermería:

Reforzando lo planteado por Mercer, Rubin (1968) enfatizó que la definición de la situación distingue una profesión de otra. Una meta primordial de Enfermería es “ayudar al paciente a ajustarse, fortalecer e integrar el problema de salud y sus ramificaciones. Su modelo contextual de Enfermería ilustra el cuidado del paciente como una fracción específica o de término. El proceso de cuidado Enfermera (o)-Paciente-ambiente se produce con cambios interactivos”.

Este modelo sitúa a la Enfermería en una relación de uno a uno, operando dentro del presente y la dependencia de una relación. Por ejemplo, el cuidado de Enfermería es dependiente de una mejor comprensión de la situación del paciente.

La identificación del comportamiento emocional del paciente y su intento para proveer un mejor trabajo en el diagnóstico es el comportamiento recíproco en Enfermería. El diagnóstico de Enfermería está basado en la capacidad del paciente y sus limitaciones en relación con las situaciones.

El paciente es el recurso primordial de los datos como edad, sexo, estado civil, raza, ocupación, diagnóstico médico.

El diagnóstico de enfermería depende del entendimiento del personal de la experiencia subjetiva del paciente de una situación dada en un tiempo determinado.

La meta primordial de la Enfermería es apoyo a la persona o durante la situación difícil. Una de estas situaciones es la experiencia de la maternidad. Así, la identidad maternal es incorporada dentro del propio sistema ya que forma parte de la imagen ideal como madre.

Todos los comportamientos, ya sean manifiestos o latentes se originan en la mente, en el proceso cognitivo de la experiencia subjetiva. La más sorprendente característica del

comportamiento materno en su extensión para captar nuevos y adicionales aprendizajes, hay una organización silenciosa en su pensamiento y un alto valor puesto en el saber.

Rubin (1984) describió el trabajo cognitivo como el “proceso creativo en interacción con el ambiente social que permite la relación única madre- niño (a) para unirlos”. (128)

Numerosas son las teorías de sistemas que han sido usadas para estudiar la transición del rol materno, el proceso intrínseco continua siendo una interrogante en muchos aspectos. La cognitiva reestructuración del proceso para alcanzar una identidad materna y por lo tanto, la competencia en maternidad depende de las habilidades cognitivas de la mujer para proyectarse hacia el futuro, considerar las alternativas y soluciones de problemas para saber cuál información es la que necesita y dónde obtenerla, para comunicarse efectivamente, confiar en otros y principalmente buscar ayuda en los profesionales de Enfermería, ya que podemos repercutir de manera positiva en la formación de ese vínculo primario, llamado rol maternal.

CAPITULO III

PROCEDIMIENTO

METODOLOGICO

CAPITULO III

PROCEDIMIENTO METODOLOGICO

3.1. Tipo de Investigación:

El presente estudio titulado: “Caracterización de las conductas presentadas por las madres en el puerperio inmediato en las Salas de Parto y maternidad de los Hospitales San Juan de Dios y Max Peralta de Cartago, en relación con el concepto denominado “rol materno de la Teoría de Ramona T. Mercer” es un estudio descriptivo, prospectivo y transversal, donde se utilizaron técnicas cuantitativas y cualitativas para obtener la información.

Es prospectivo tomando en cuenta lo que dice la siguiente definición:

“En un estudio prospectivo se registra la información, según van ocurriendo los fenómenos”. (Canales, Francisca, 1986, 135)

Además la investigación es de carácter descriptivo, ya que comprende la descripción, análisis e interpretación de datos actuales, como se conceptualiza en la siguiente definición:

“Los estudios descriptivos son aquellos que están dirigidos a determinar cómo es o cómo está la siguiente situación de las variables a estudiar en una población, la presencia o ausencia de algo, la frecuencia con que ocurre un fenómeno (prevalencia o incidencia) en quiénes, dónde y cuándo se está presentando dicho fenómeno”. (Ibid, 1986, 138).

También es transversal, ya que según la literatura consultada:

“Los estudios transversales constituyen una especie de corte transversal en el tiempo, como una fotografía del fenómeno y de los factores y circunstancias que actúan sobre él en un momento dado”. (Moya, 1989, 30).

Los objetivos planteados se orientan hacia un nivel de análisis descriptivo del fenómeno en estudio ya que como define Selltiz acerca de la clasificación de los objetivos, los de tipo descriptivo son cuando:

“La descripción con mayor precisión de las características de un determinado individuo, situación o grupo (con o sin específicas hipótesis iniciales acerca de la frecuencia con la que algo ocurre o con la que algo se halla asociado o relacionado con otro factor”. (Selltiz, 1974, 67-68)

La investigación esta orientada a describir las características que se presentaron dentro del microsistema respecto a las relaciones madre-niño (a), y a identificar algunos elementos relacionados con el estrés, apoyo social, dinámica familiar, que evidenciaron el inicio de la adquisición del rol maternal en el estadio formal como lo plantea la teorizante de Ramona T. Mercer.

3.2. Muestra-Población:

El universo de estudio está constituido por las mujeres con embarazo de bajo riesgo obstétrico que son atendidas en las salas de partos de los Hospitales San Juan de Dios y Max Peralta de Cartago, durante los meses de agosto, setiembre y octubre de 1998.

Para efectos de la selección de la población, se establecieron los siguientes criterios:

- a) Que la madre se encuentre en fase latente de labor de parto.
- b) Que no presente ninguna condición la cual repercuta en la separación precoz del binomio madre-hijo (a), en las primeras 24 horas postparto.
- c) Que sea trasladado el binomio a la sala de postparto en alojamiento conjunto.
- d) Que sea autorizado por la madre, logrando empatía.

Para la selección de la muestra se tomaron en cuenta todas aquellas mujeres gestantes que ingresan a las salas de parto y maternidad en los meses mencionados anteriormente, durante dos días a la semana en el primer turno (6 a.m. a 2 p.m.). Para la observación se utilizó el criterio de saturación que según Bodgain y Taylor en su libro *Métodos de Investigación*: “Al obtener información repetitiva dentro de la observación se define la muestra”. (1992:p.51). Se observaron un total de 52 madres atendidas en los centros hospitalarios seleccionados durante su estancia en pre parto, labor de parto, parto y post parto en salas de alojamiento conjunto.

De tal manera, se seleccionaron 28 madres asistidas en el parto en el hospital San Juan de Dios y 26 en el Hospital Max Peralta de Cartago, constituyendo éstas usuarias la población representativa para el estudio.

3.3. Sistema de Variables: Definición-Operacionalización:

Para este estudio se seleccionaron las siguientes variables:

3.3.1. Variable 1: CONDUCTAS PRESENTADAS POR LAS MADRES:

- **Conceptualización o Definición de conductas de la madre:**

“Son aquellos comportamientos que involucran y se desarrollan por la presencia o no de ciertos factores ya sean de la madre, de su niño (a) o ambas, que pueden influenciar de manera positiva o negativamente la adopción del rol maternal”.

Puede o no determinar lo que ocurre al desarrollo del rol materno y el vínculo afectivo madre-hijo (a).

Dimensiones de la Variable 1:

a. Reacción de la madre ante el embarazo, labor de parto y parto:

Son aquellas fortalezas y debilidades que se desarrollan desde el deseo anterior de un embarazo, proceso de labor de parto y parto, que influyen de manera directa la aceptación de éste, como ulteriormente del recién nacido (a).

Indicadores de la Dimensión:

- Reacción de la madre ante el embarazo: alegría, rechazo, ambivalencia, abandono.
- Planes con el recién nacido.
- Control y evaluación del embarazo y parto.

- Percepción de la experiencia del nacimiento y la atención de enfermería recibida en la labor de parto y posparto.

b. Autoestima:

Percepción global de uno mismo que incluye la autosatisfacción, autoaceptación y la concordancia o discrepancia entre lo que es uno y lo que quisiera ser.

Indicadores de la Dimensión:

- Imagen de sí misma.
- Imagen corporal en relación con el embarazo.
- Confianza en sí misma.
- Aceptación de su persona tal y como es.

c. Red de apoyo:

Es la cantidad de ayuda recibida de forma real, la satisfacción debida a dicha ayuda y las personas (red) que proporcionan dicha ayuda, para enfrentarse a los problemas y/o las situaciones.(Mercer, 1994, 395)

Indicadores de la dimensión:

- Aceptación del embarazo por parte del compañero.
- Tipo de apoyo del compañero.

- Aceptación del embarazo por parte de la familia.
- Tipo de apoyo por parte de la familia durante el embarazo.

(La variable 1 se medirá por medio de frecuencias absolutas y relativas.)

3.3.2. Variable 2: LA ADOPCION DEL ROL MATERNO:

CONCEPTUALIZACION O DEFINICION:

“Proceso interactivo y evolutivo que se produce durante cierto período de tiempo, en el cual la madre se va sintiendo vinculada a su hijo, adquiere competencia en la realización de los cuidados asociados a su rol y experimenta placer y gratificación dentro de dicho rol”.

Dimensiones de la Variable 2:

a. Estado de adquisición del rol:

La adopción del rol maternal es un proceso que se lleva a cabo en cuatro estadios de adquisición.

Indicadores de la Dimensión:

- Estadio anticipatorio: la madre imagina el rol, se relaciona con el feto en el útero y comienza a presentar su papel.
- Formal: Asume el rol en el nacimiento.

- Informal: Desarrolla el rol independiente del sistema social.
- Personal: La madre experimenta competencia con su forma de representar su rol.

b. Responsabilidad de la madre con el bebé:

Se refiere a la existencia o no de una relación entre ambos, cómo percibe la madre a su hijo (a) y las responsabilidades que cree tener y debe cumplir con su niño (a).

Indicadores de la Dimensiones:

- Vivirá en la casa con el bebé y brindará atención diaria al niño (a).
- Significado de tener este hijo (a): ninguna, alegría, mayor responsabilidad, cambios favorables en su vida, lo más importante en su vida, una buena relación de pareja.
- Comportamiento del bebé y estado de salud del niño (a).
- Sexo esperado: masculino/femenino.
- Tipo de responsabilidad y relación afectiva con el niño (a).

c. Sentimientos y/o sensaciones experimentadas:

Actitudes y forma en que una madre define y percibe los acontecimientos determinados por el proceso de socialización a lo largo de su vida. Todos aquellos mecanismos por los que la mujer reacciona de diferente forma en las situaciones diarias.

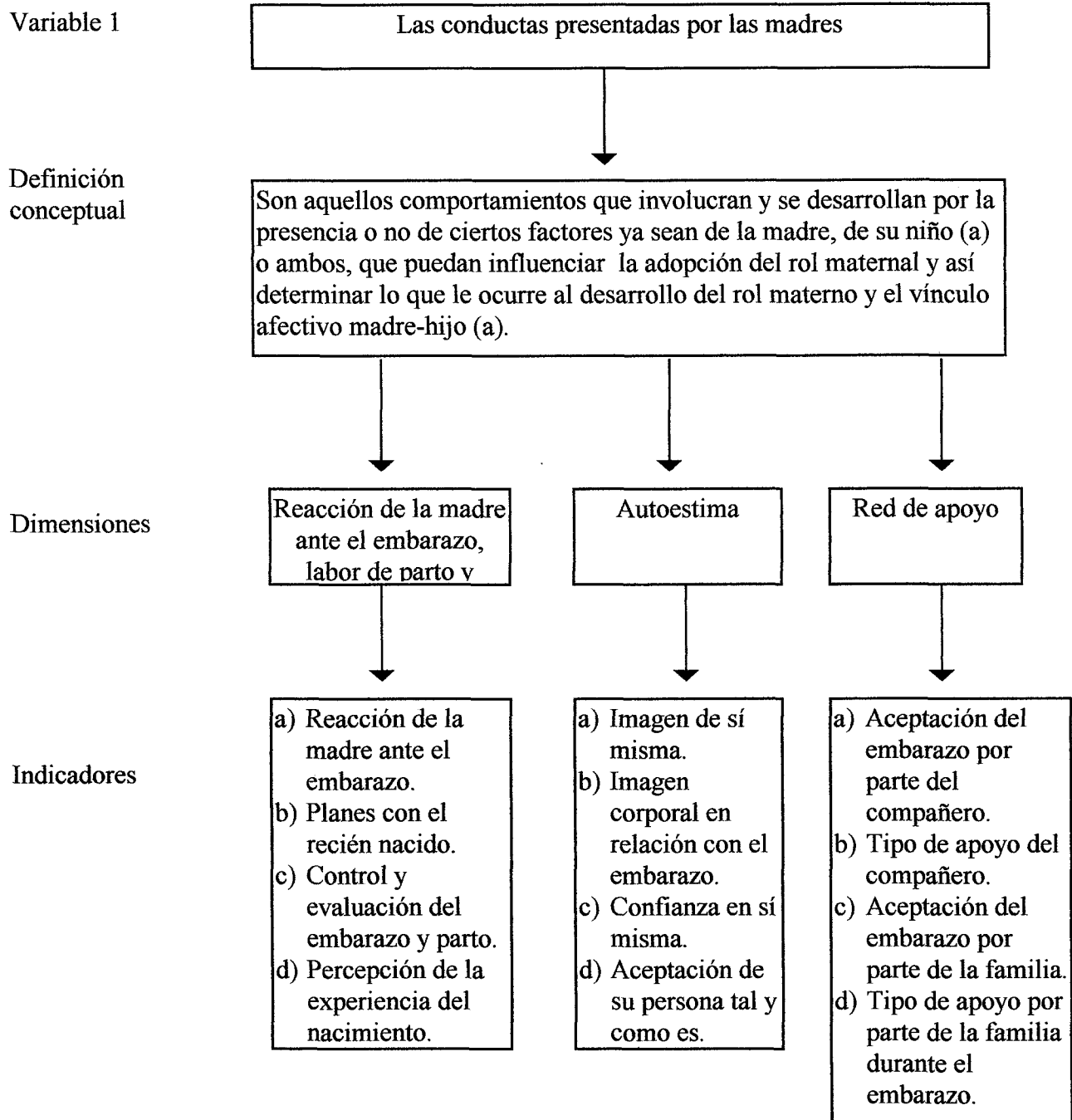
Indicadores de la Dimensión:

- **Ansiedad:** propensión específica a percibir las situaciones estresantes como peligrosas o amenazantes.
- **Depresión:** alteración del afecto caracterizado por sentimientos de tristeza, baja autoestima y culpa, pérdida de interés por las cosas y las situaciones cotidianas.
- **Esfuerzo del rol:** conflictos y dificultades que experimenta la madre al realizar las obligaciones que le impone el rol maternal.
- **Gratificación:** satisfacción, disfrute que la mujer experimenta al interactuar con su hijo (a) y realizar tareas propias de la maternidad.
- **Vinculación:** la madre se crea un compromiso afectivo y emocional duradero, es un componente del rol.

(La variable 2 se medirá mediante frecuencias absolutas y relativas).

SISTEMA DE VARIABLES

A) ESQUEMA DE OPERACIONALIZACION



Variable 2:

La adopción del rol materno

Definición Conceptual:

Proceso interactivo y evolutivo que se produce durante cierto período de tiempo, en el cual la madre se va sintiendo vinculada a su hijo (a), adquiere competencia en la realización de los cuidados asociados a su rol y experimenta placer y gratificación dentro de dicho rol.

Dimensiones:

1) Estado de adquisición del rol.

2) Responsabilidades de la madre con el bebé

3) Sentimientos y/o sensaciones experimentadas.

Indicadores:

- a) Estadio anticipatorio.
- b) Estadio formal.
- c) Estadio informal.
- d) Estadio personal.

- a) Vivirá en la casa con el bebé y brindará atención diaria al niño (a).
- b) Significado de tener este hijo (a)
- c) Comportamiento del bebé y estado de salud del niño (a).
- d) Sexo esperado.
- e) Tipo de responsabilidad y relación afectiva con el niño (a).

- a) Sentimientos expresados:
 - Ansiedad
 - Depresión
 - Gratificación
 - Vinculación
- b) Esfuerzo del rol.

3.4. Procedimiento utilizado para la recolección de la información:

Para la recolección de la información se realizaron los siguientes pasos o etapas:

- 1.4.1. Coordinación con: la Dirección Médica y de Enfermería en el área de Ginecoobstetricia para la ejecución de la tesis en los Hospitales San Juan de Dios y Max Peralta de Cartago.
- 1.4.2. Observación: del medio en que se desarrolla normalmente el proceso de labor de parto, parto y postparto en los Hospitales San Juan de Dios y Max Peralta de Cartago.
- 1.4.3. Cronograma. Una vez reconocido el ambiente en el cual se desarrolla este proceso se procedió con la observación de las usuarias que cumplían con los criterios de selección. Dicha observación se realizó de lunes a viernes en el horario de 6:00 a.m. a 2:00 p.m. durante los meses de agosto, setiembre y octubre de 1998 contando con la presencia de ambas investigadoras, tomando en cuenta agosto y parte de setiembre para realizar las visitas en el Hospital Max Peralta de Cartago y el resto del tiempo en el Hospital San Juan de Dios.
- 1.4.4. Criterios de observación: La información se sistematizó utilizando un diario de campo en el cual se observaron las conductas de la madre en el período de labor de parto, los cuatro períodos del parto (dilatación, expulsivo, alumbramiento y uterino) así como el inicio del apego materno en el puerperio inmediato.

1.4.4.1. Etapa de labor: Cuando la usuaria estaba en el período de labor, primeramente se realizó una observación exhaustiva del lugar utilizando un diario de campo para lograr recolectar la información tomando en cuenta el trato y conducta del personal que la atendía, equipo con que se cuenta, espacio físico, elementos audiovisuales presentes, reacciones y/o emociones presentadas por las madres (gestos, palabras, miradas y acciones).

Este diario de campo se continuó a lo largo de las observaciones realizadas. Como parte del proceso del estudio primeramente se logró empatía con las pacientes con la presentación de las investigadoras, descripción del objetivo de estudio y se aplicó el instrumento “Concepción de la maternidad por parte de las madres seleccionadas” (Anexo No.2), como entrevista inicial con el objetivo de conocer cuál es el criterio que tiene la mujer gestante antes de dar a luz a su bebé en relación a la maternidad, así como sentimientos y planes para con su hijo (a).

1.4.4.2. Etapa del parto: Al ingresar la paciente a sala de expulsivo se realizó una observación completa del lugar, características físicas, visuales y auditivas, así como de personal, equipo médico, estructura y manejo del estrés con que se cuenta en esa sala.

Se anota en el diario de campo paso a paso todas las conductas de la madre ante el proceso expulsivo y se continua en el puerperio inmediato para identificar las conductas de la madre desde que se da la presentación y vinculación del recién nacido (a) con su madre, logrando capturar las expresiones verbales y no verbales desde el primer contacto madre-hijo (a).

1.4.4.3. Etapa del puerperio inmediato: Ambas investigadoras acompañaron a la madre en el período uterino hasta el traslado del binomio a salas de alojamiento en conjunto, recolectando toda la información que la madre expresa verbal y no verbal, así como la actitud que retoma el recién nacido (a) con su madre.

1.4.4.4. Etapa del postparto: Una vez que la madre ha descansado de su trabajo de parto, en las siguientes 24 horas se les visitó en las salas de alojamiento en conjunto, logrando visualizar los comportamientos y actitudes hacia su niño (a) y realizar el cuestionario denominado “Cuestionario individual para determinar los factores y conductas presentadas por las madres en el puerperio inmediato” (anexo No.3), así como la entrevista final “Concepción de la maternidad por parte de las madres seleccionadas (postparto)” (anexo No.2). De esta manera se obtiene una información más amplia de cómo visualiza la madre la maternidad, y qué factores están involucrados para la adopción del rol materno en esta población específica según lo refieren ellas mismas.

Las técnicas utilizadas para la recolección de los datos fueron:

- Observación simple (no participante): Se registraron y describieron todas aquellas expresiones verbales y no verbales por un espacio de tres meses entre los días lunes a viernes. Estas expresiones fueron percibidas durante el

proceso de parto y puerperio inmediato por el que paso la madre y anotadas tal como se nos presentan a nuestros sentidos mediante un diario de campo.

- Posteriormente se categorizaron y se analizaron según el marco teórico.
- Entrevista: se realizaron directamente a las madres seleccionadas con el fin de obtener testimonios orales de experiencias indispensables aprovechando al máximo la información brindada. Esta entrevista se realizó en el pre y postparto estableciendo así su aprecio de la maternidad. (Anexo N°2: “Concepción de la maternidad por parte de las madres seleccionadas”).
- Entrevista semiestructurada: con el fin de establecer las características que presentan las madres en el puerperio inmediato con respecto a su embarazo, parto y relación con el (la) niño (a) (Anexo N°3: “Cuestionario individual para determinar los factores y conductas presentadas por las madres en el preparto y puerperio inmediato”).

3.4.5. Elaboración de instrumentos:

Los instrumentos elaborados fueron:

- Diario de campo: se utilizó la recolección de datos, para describir la información obtenida en la observación no participante, que incluyó la observación completa de actitudes, ambiente específica de la experiencia de las mujeres en estudio durante su labor de parto, parto y postparto tomando en cuenta aspectos como:
 - ◆ Fecha, momento y lugar de observación.
 - ◆ Ambiente donde se desarrolla el proceso.

- ◆ Descripción de las personas, acontecimientos, conductas, intuiciones y percepciones propias.
 - ◆ Secuencia y duración de los acontecimientos y conversaciones.
-
- Entrevista inicial y final, (no estructurada, Anexo N°2). Se obtiene información directa de la usuaria mediante preguntas abiertas en donde ellas pueden expresarse libremente y en confianza, obteniendo la información de fuente primaria. La finalidad es de solicitarles su consentimiento para la ejecución de esta investigación y explicar los objetivos de la misma, logrando empatía y mejor comunicación.

Es importante recalcar que durante todo este proceso de recolección de datos en la observación no participante, las observadoras fueron conscientes de que su presencia podría alterar los resultados, en lo posible se trato de no interactuar en el mismo, presentando de manera más objetiva la realidad, disminuyendo el sesgo que se pueda presentar.

Se diseñó una entrevista semiestructurada para las usuarias seleccionadas de los Hospitales San Juan de Dios y Max Peralta de Cartago, titulado: “Cuestionario individual para determinar los factores y conductas presentadas por las madres en el puerperio inmediato”. (Anexo N°3).

El cuestionario se estructuró bajo el siguiente orden:

Inicia con una breve descripción del estudio, además se le asegura a la usuaria la confidencialidad de los datos que se preguntan y se agradece la colaboración brindada.

Instructivo de cómo debe contestar a las preguntas del cuestionario.

I Parte: Datos personales e individuales (Preguntas Abiertas). Van de la pregunta N°1 a la N°8.

II Parte: Preguntas abiertas para obtener información de primera mano, la madre contesta de acuerdo a su apreciación y experiencia personal. Van de la pregunta N°9 a la N°26.

Además se realizan dos preguntas a aquellas madres con la experiencia de embarazos y partos anteriores, para establecer diferencias o semejanzas a la experiencia de tener uno o más hijos.

3.5. Procedimiento utilizado para el análisis de la información:

Una vez obtenida toda la información se elaboró un cuadro general para cada uno de los hospitales seleccionados donde se transcribe la información a manera de resumen de todos los datos obtenidos tanto en la entrevista pre y postparto, cuestionario y diario de campo. La estructura de este cuadro involucra desde los aspectos sociodemográficos de cada una de las mujeres seleccionadas, hasta las respuestas de cada una de las preguntas de los diversos instrumentos utilizados y las observaciones más sobresalientes durante el proceso de labor de parto, parto y postparto.

Se utilizaron las categorías que permitieran el posterior análisis:

- ❖ Observación de las conductas en el período de labor de parto. (salas de parto)
- ❖ Observación de las conductas en los cuatro períodos del parto (dilatación, expulsión, alumbramiento y uterino, en las salas de pre parto y expulsivo).

- ❖ Observación en las salas de alojamiento en conjunto del inicio del apego materno. (salas de postparto).

Posteriormente se organizó la información correspondiente a cada una de las preguntas separando los dos hospitales seleccionados con el fin de obtener en números reales el mayor índice de respuestas en común y categorizando de esta manera la información, para su posterior revisión y valoración logrando analizar los datos según las variables y sus dimensiones de manera más precisa.

Se elaboró un análisis cuantitativo y en algunos aspectos análisis cualitativo de lo mayormente expresado por las madres en estudio.

Se presentan los datos en el texto, en cuadros estadísticos y de forma semitabular. El análisis cualitativo con citas textuales de las entrevistas realizadas a la usuaria, cuyo propósito es enriquecer la información y ejemplificar algunas de las situaciones o conductas presentadas.

3.6. Informe escrito:

El informe escrito se realizó tomando en cuenta las normas del reglamento de trabajos finales de Graduación de la Universidad de Costa Rica referente a la modalidad de tesis.

3.7. Publicación del Informe:

El trabajo de investigación será presentado ante un Tribunal Examinador, posteriormente se publicará un resumen en la Revista de Enfermería del Colegio de Enfermeras de Costa Rica.



CAPITULO IV

RESULTADOS

CAPITULO IV

ANALISIS DE LA INFORMACION

Para la elaboración del presente estudio se seleccionó una muestra total de 54 mujeres, donde 26 de ellas corresponden al Hospital Max Peralta de Cartago y 28 son del Hospital San Juan de Dios, que contaban con las características establecidas para tal selección.

4.1. Caracterización sociodemográfica de la muestra:

a) **Edad:**

Predomina la edad entre 20 a 24 años, que corresponde a la adultez joven y a la clasificación de bajo riesgo en salud reproductiva (Cuadro N°1).

CUADRO N°1

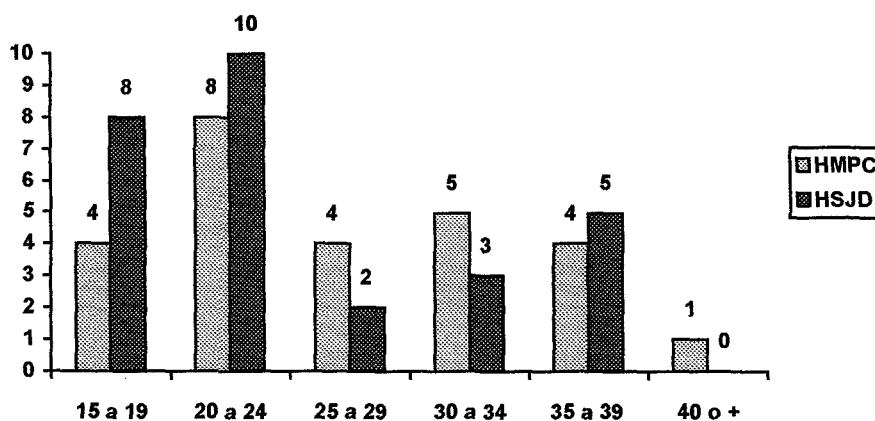
**Distribución de mujeres seleccionadas según edad, atendidas en las salas de labor y parto según edad en los Hospitales Dr. Max Peralta y San Juan de Dios, meses agosto, setiembre y octubre, 1998.
(Cifras absolutas)**

Edad en años cumplidos	H. Dr. Max Peralta	H. San Juan de Dios
TOTAL	<u>26</u>	<u>28</u>
15-19 años	4	8
20-24 años	8	10
25-29 años	4	2
30-34 años	5	3
35-39 años	4	5
40 o más años	1	-

GRAFICO N°1

Distribución de mujeres seleccionadas según edad, atendidas en las Salas de Labor y Parto Hospitales Dr. Max Peralta y San Juan de Dios, meses de agosto, setiembre y octubre,1998.

Nº de Mujeres



Edad en Años Cumplidos

La gran mayoría de las mujeres seleccionadas se encuentra entre 20-24 años, en ambos hospitales (8 Hospital Max Peralta de Cartago y 10 Hospital San Juan de Dios), siguiendo las madres que comprenden edades entre 15-19 años en el Hospital Max Peralta con 4 mujeres y 8 mujeres en el Hospital San Juan de Dios.

Las menores cifras se obtienen en aquellas madres que tienen 40 o más años en el Hospital Max Peralta de Cartago con 1 mujer.

Según estudios realizados por Ramona T. Mercer, la edad cronológica de la mujer al momento del embarazo reviste gran importancia para el logro del rol maternal, ya que al parecer, las mujeres adolescentes cuentan con poca independencia psicosocial de su familia y el entorno, está incapacitada para alcanzar una identidad del rol materno y aunque lo alcance, sus funciones estarán en un nivel más bajo de competencia en relación con mujeres adultas. Las mujeres adolescentes en el postparto no cambian sus estilos de conducta, mientras que madres adultas tienen menos dificultad para elaborar, cambiar o establecer estilos de conductas con sus infantes. (Mercer, 1995: p.267). El personal de Enfermería Obstétrica no debe invalidar la capacidad de las madres adolescentes en el desempeño de su papel materno y fomentar en éstas aún más el desarrollo temprano de los vínculos madre-hijo (a).

b) Estado Civil:

La distribución de la muestra observada en ambos hospitales según su estado civil, indica una alta frecuencia en las pacientes casadas y muy poca en la unión libre, tal como puede apreciarse en los datos respectivos:

Estado Civil	Hospital Dr. Max Peralta	Hospital San Juan de Dios
Total	26	28
Soltera	5	9
Casada	19	11
Unión Libre	2	8

Se encontró que en ambos hospitales el mayor número de mujeres son casadas, 19 en el hospital Max Peralta y 11 en hospital San Juan de Dios, seguidas de las solteras cuyo número corresponde a 5 en el hospital Max Peralta y 9 en el hospital San Juan de Dios, en último lugar se encuentra el estado de unión libre presentándose 2 en el hospital Max Peralta y 8 en el hospital San Juan de Dios.

Según Ramona T. Mercer, en la mayoría de las situaciones el padre del infante es el centro para el sistema de apoyo de la mujer. “Si existe una relación desordenada entre esposo y esposa, especialmente alrededor del final del embarazo, se tiende a tener una relación desordenada madre-hijo (a)”. (Caplan, 1959, p.55).

“La familia está hecha para cuidado íntimo, protección, apoyo y ternura, que es necesario para el bebé y los (as) niños (as) en crecimiento... El esposo de la mujer es la llave contribuidora”. (Mercer, 1995, 73)

c) Ocupación:

Con los datos obtenidos durante el II Semestre de 1998 en el Hospital Max Peralta de Cartago y San Juan de Dios, se determinó que la gran mayoría de pacientes son amas de casa y la minoría ocupan los puestos profesionales ya que la distribución de la población seleccionada por hospital, da las siguientes cifras:

Ocupación	Hospital Dr. Max Peralta	Hospital San Juan de Dios
Total	26	28
Ama de casa	19	18
Estudiantes	1	4
Operarias	2	1
Misceláneas	1	3
Profesionales	3	2

Se encontró que 19 mujeres laboran en oficios domésticos en el Hospital Dr. Max Peralta de Cartago y 18 en el Hospital San Juan de Dios. En este último sigue el nivel de estudiantes con 4 mujeres, mientras que en el Hospital Max Peralta de Cartago, es el de profesionales con 3 mujeres. El menor número de pacientes son: Una operaria en el Hospital San Juan de Dios, mientras que en el Hospital Max Peralta de Cartago, corresponde a una estudiante y una miscelánea.

De acuerdo a los estudios de Ramona T. Mercer:

“Se establece que la relación entre la tensión de la madre para integrar papeles de empleo, maternidad y la calidad de la interacción madre-infante es un comienzo importante, evidencia que las mujeres estables son quienes están comprometidas con ambos papeles, indican que quien hace bien el papel en su empleo, también es buena en el papel de la maternidad”. (Shuster, 1993, 298)

d) Escolaridad:

La distribución de la muestra seleccionada según nivel de estudios y hospital, muestra que la mayor parte de esta población, cuenta únicamente con primaria completa y que los estudios universitarios son los de menor frecuencia, tal y como se aprecia en los siguientes datos.

Nivel de estudios realizados	Hospital Dr. Max Peralta	Hospital San Juan de Dios
Total	26	28
Primaria Incompleta	4	4
Primaria Completa	13	6
Secundaria Incompleta	3	8
Secundaria Completa	2	5
Universitaria Incompleta	2	-
Universitaria Completa	1	2
Otros (Técnico)	1	3

Según el cuadro anterior se destaca la mayoría de mujeres seleccionadas en el Hospital Max Peralta de Cartago, concluyeron su primaria (13), mientras que en el Hospital San Juan de Dios 8 llegaron hasta secundaria sin terminarla, siendo este dato la mayoría de las mujeres en estudio. Como menor rango se encuentran los estudios universitarios y técnicos, 1 en cada uno de

ellos. En el Hospital San Juan de Dios 2 mujeres con universitaria completa y tan solo 3 con título de Técnico.

“Existen ciertos hallazgos en la teoría de Mercer que indican que “de las mujeres de clase media, las más altamente educadas perciben menos satisfacción del rol maternal. Esto podría estar relacionado porque el papel materno es menos sobresaliente para ellas, o porque el papel es más ambiguo y ellas no pueden definir el papel materno claramente de otros”. (Mercer, 1995, 209)

e) **Paridad:** En el cuadro N°2 se destaca:

CUADRO N°2

Distribución de la Muestra Seleccionada según paridad

Hospitales Dr. Max Peralta y San Juan de Dios,

meses agosto, setiembre y octubre,

1998

(Cifras absolutas)

Paridad	Hospital Dr. Max Peralta	Hospital San Juan de Dios
Total	<u>26</u>	<u>28</u>
Primípara (1° embarazo)	11	10
Segunda Para (2° embarazo)	6	8
Múltipara (3° embarazo)	2	4
Gran múltipara (4 o más)	7	6

En el cuadro anterior se obtuvo que el mayor número de mujeres son primíparas y en menor cantidad las múltiparas (3 hijos).

De acuerdo a lo presentado se puede decir que para la mayoría (24 del total) era su primera experiencia en relación al proceso de parto y cuidados del neonato mientras que 30 del total de las mujeres seleccionadas en ambos hospitales, ya han tenido la experiencia y adquirido conocimiento respecto a la maternidad.

Mercer en su teoría revela diferencias respecto al apego materno según la etapa del embarazo, parto y postparto de acuerdo a si es el primero o varios hijos (as). “Durante el embarazo las madres sin experiencia reportaron gran apego fetal más que las madres con experiencia. Durante el parto la primigesta reporta menor tensión y mayor fatiga, en este sentido la múltipara se preocupa por sus anteriores niños (as) y cuidarlos a todos por igual. En el postparto las múltiparas tuvieron actitudes más positivas sobre ellas como madres”.

f) Composición del grupo familiar:

La distribución del total de la muestra de ambos hospitales según tamaño de la familia a la que pertenecen indica una alta frecuencia las compuestas por 3 o 4 personas, que familias supernumerarias (9 o más integrantes) se aprecian en menor cantidad como se demuestra en las siguientes cifras:

Número de personas	Hospital Dr. Max Peralta	Hospital San Juan de Dios
Total	<u>26</u>	<u>28</u>
3-4	16	12
5-6	4	5
7-8	2	5
9 o más	4	6

De lo anterior se concluye que conforma una familia pequeña (3-4 personas), 16 mujeres del Hospital Max Peralta de Cartago y 12 del Hospital San Juan de Dios.

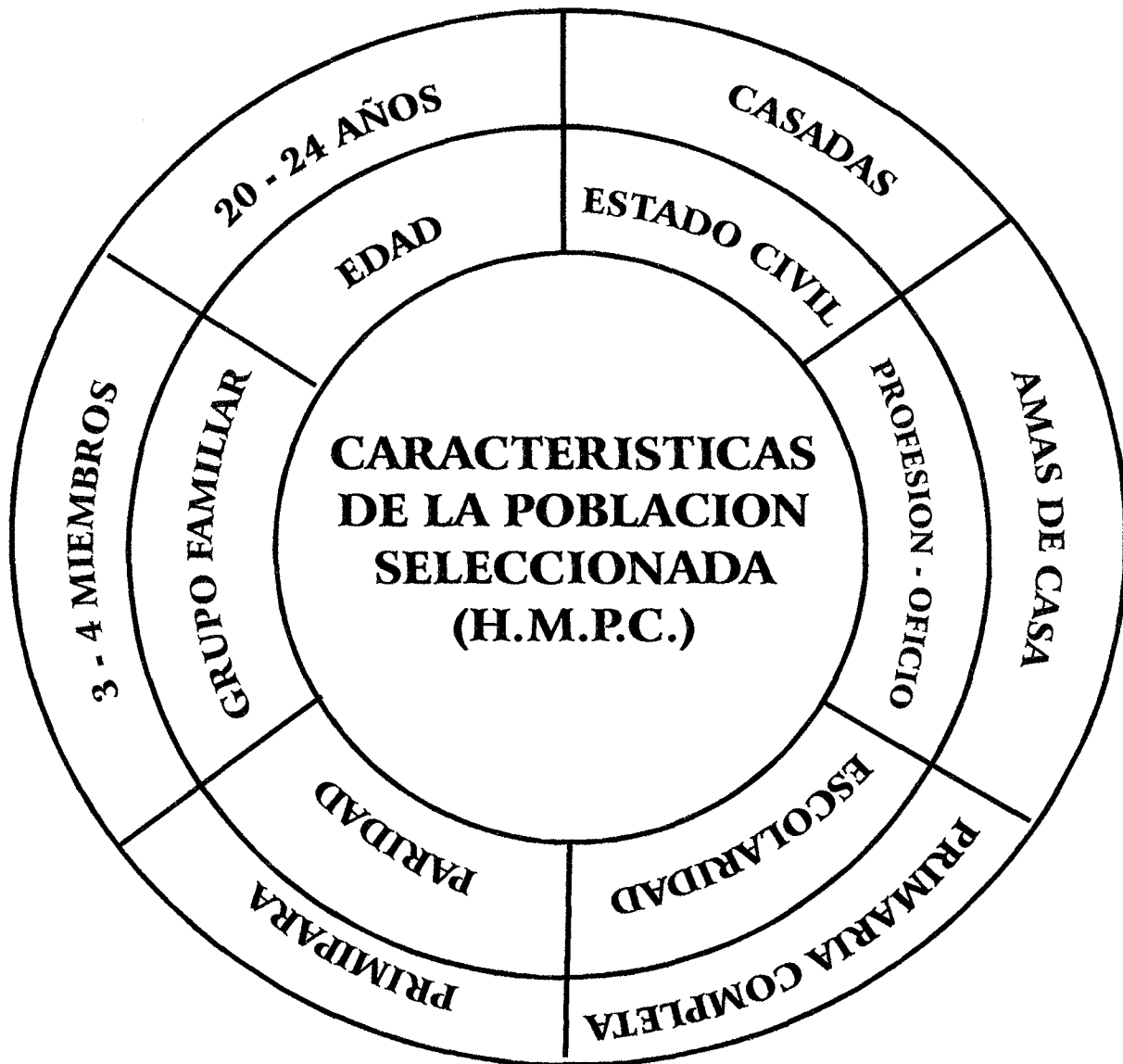
Sigue la familia de 5 o más en el Hospital Max Peralta de Cartago, mientras que en el Hospital San Juan de Dios, constituyen este grupo 16.

En relación a los fundamentos teóricos, este apartado no ha sido investigado a fondo, sin embargo es importante destacar que: “Cuando el apoyo del esposo o el padre del bebé, o los miembros de la familia están ausentes o apartados, no hay evidencia de unión en torno al bebé y su primera socialización”. (Mercer, 1995, 68).

De acuerdo con las características sociodemográficas presentadas por las madres de la muestra, se pueden resumir en los siguientes esquemas:

ESQUEMA No. 3

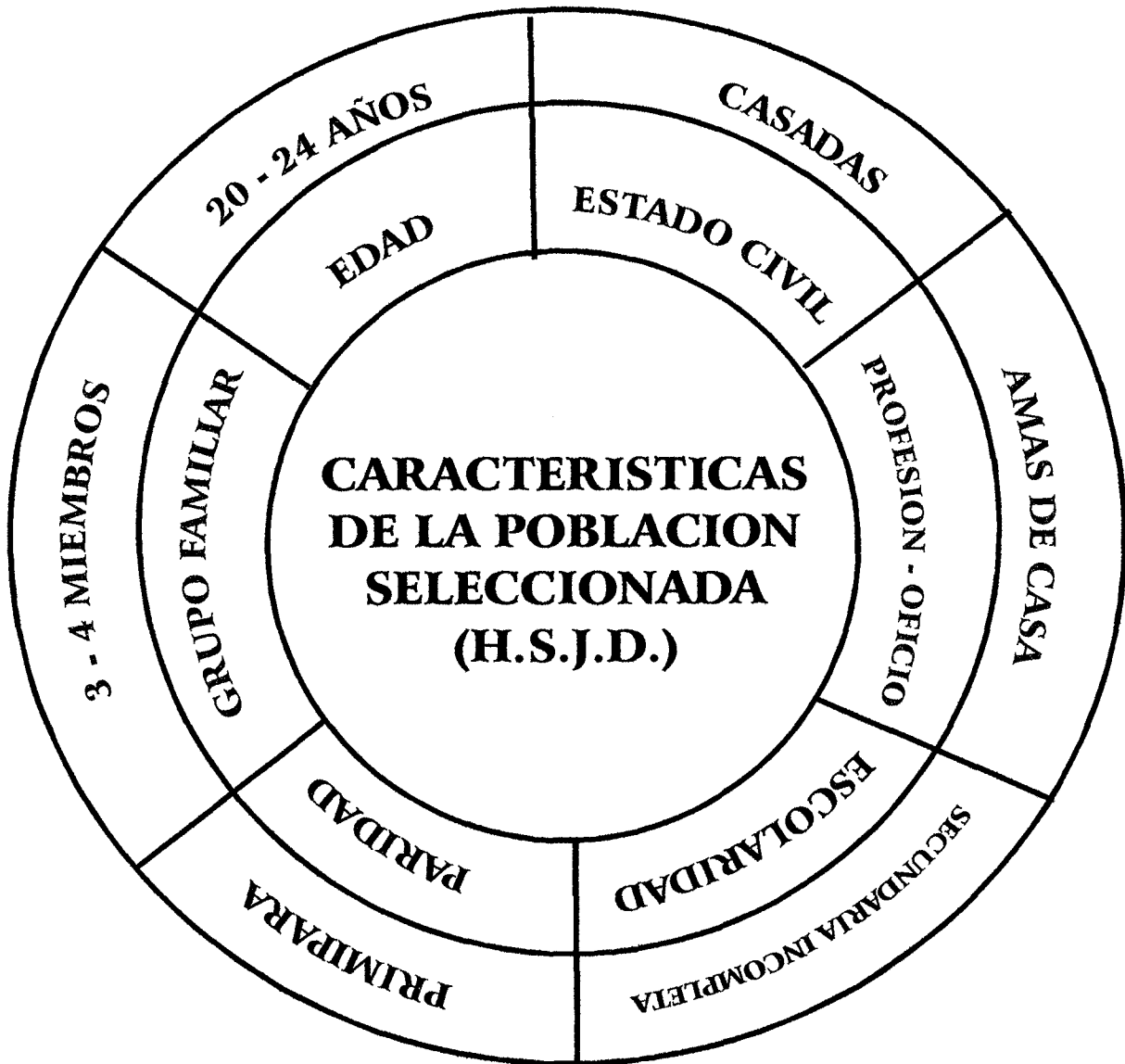
**CARACTERISTICAS DE LA POBLACION SELECCIONADA,
HOSPITAL DR. MAX PERALTA DE CARTAGO.**



ESQUEMA No. 4

CARACTERISTICAS DE LA POBLACION SELECCIONADA.

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS



4.2. Resultados de la Observación no participante.

En relación a la variable: **CONDUCTAS PRESENTADAS POR LAS MADRES:**

I. En la dimensión: Reacción de la madre ante el embarazo, labor de parto y parto, se observa lo siguiente:

a) Reacción de la madre ante el embarazo:

Entre las reacciones más frecuentes presentadas por las madres entrevistadas en los Hospitales San Juan de Dios y Max Peralta de Cartago, están:

REACCIONES	H.M.P.C.	H.S.J.D.	TOTAL
TOTAL	<u>26</u>	<u>28</u>	<u>54</u>
Alegría desde el inicio	16	16	32
Desilusión al inicio, luego alegría	7	6	13
Miedo, inseguridad	3	4	7
Tristeza	-	2	2

Tomando en cuenta los resultados obtenidos las mujeres que presentaron alegría desde el inicio del embarazo (32 en total) son aquellas que están casadas y tienen apoyo de su pareja y deseaban el embarazo: “Al saber que estaba embarazada me puse feliz, era lo que más deseaba”. (ama de casa, casada, 20 años).

Aquellas que sintieron desilusión al principio, pero luego lo aceptaron bien, fueron las mujeres que estaban en unión libre, con algún tipo de apoyo (conyugal o de la familia) y amas de casa: “Al saber que estaba embarazada, lloré al darme cuenta. No lo quería pero después algo me hizo cambiar y lo acepté”. (Técnica en computación, unión libre, 24 años).

Se encuentra relación de que aquellas madres que tuvieron reacciones menos favorables ante el embarazo: miedo, inseguridad, tristeza, por lo general están solteras, con baja escolaridad y no tuvieron un apoyo de su compañero o familia; o con problemas económicos, físicos o psicológicos durante el embarazo; al respecto una informante expresó:

“Cuando supe que estaba embarazada casi me hago loca, estaba angustiada, con mucho miedo” (Soltera, dependiente de una tienda, 22 años, presentó amenaza de parto prematuro).

Se debe considerar también que de las 26 mujeres entrevistadas en el Hospital Max Peralta de Cartago, 15 de ellas manifestaron haber deseado el embarazo y 11 de ellas no deseaban quedar embarazadas. Parecido sucede en el Hospital San Juan de Dios donde, de 28 madres sólo la mitad refiere haber deseado el embarazo y la otra mitad no lo deseaba.

El personal de Enfermería Obstétrica desempeña un papel muy importante ante éstas situaciones y la expresión de sentimientos negativos que cada vez son más frecuentes en nuestra sociedad.

Es por esto que el embarazo ha significado algo relevante ya sea de forma positiva o negativa:

- “Para mí este embarazo es una bendición, es para unir mi familia” (casada, 33 años, tercer hijo).
- “Este embarazo significa una frustración a mis planes, quería seguir estudiando” (soltera, 21 años, secundaria incompleta).
- “Le trae a uno más problemas económicos, pero lo aceptamos hay que seguir adelante”. (soltera, 31 años, empleada doméstica, 6 hijos).

Según Ramona Mercer en este sentido expresa que “las mujeres en situaciones inestables son menos felices al quedar embarazadas, más ansiosas, sumisas y emocionalmente. (Mercer, 1995, 245) Entre las situaciones inestables citadas por Mercer están: madre soltera, embarazo de alto riesgo, falta de apoyo social y/o conyugal. Por lo general estas situaciones producen en la mujer embarazada mayor estrés, menos seguridad y aceptación del embarazo.

Dependiendo del grado de inestabilidad en ellas podría influir tal aspecto más negativamente en unas que en otras; por ejemplo, una madre soltera si está es su única situación de inestabilidad, y cuenta con gran apoyo por parte de su familia, su embarazo cursa de una forma saludable; en menor grado va a sentir inseguridad y estrés, a diferencia de otras mujeres que presentan dos o más situaciones en este sentido y la aceptación del embarazo se vea frustrada. (Mercer, 1995, 23)

b) Control y evaluación del embarazo y parto:

La asistencia al control prenatal, según refieren las usuarias entrevistadas fue representada por una mayoría que sí llevaron control prenatal, como se nota a continuación:

CONTROL PRENATAL	HMPC	HSJD
TOTAL	<u>26</u>	<u>28</u>
Asistencia a control prenatal	24	27
No llevó control prenatal	2	1

De acuerdo a los datos obtenidos se demuestra que la gran mayoría de mujeres embarazadas en ambos hospitales (51 en total) si llevaron un control prenatal, mientras que tan sólo 3 de ellas (2 del HMPC y 1 del HSJD) no lo hicieron.

Las razones más comunes que refieren las madres por las cuales llevaron o no control prenatal fueron:

- “Sí lleve control para ver el crecimiento y la salud del bebé”.
- “Porque así sabía de la salud del bebé y la mía”.
- “Llevé control porque pueden haber complicaciones después”.
- “Es obligatorio llevar el control prenatal, si no lo regañan a uno”.
- “No llevé control porque no tengo seguro”.
- “No pude ir porque nadie me cuidaba los otros chiquitos”.

Se destaca la importancia de la situación social y económica, así como la falta de educación por el hecho de que las madres no puedan asistir al control prenatal, la falta de sensibilización y el aspecto punitivo enfocado por las mujeres de acuerdo a su socialización.

Entre las tareas maternas identificadas por Mercer, en las cuales la madre se asegura un pasaje para ella misma y el bebé a través del embarazo y el nacimiento se relacionan con su situación existente, es el control prenatal. Una de estas tareas es que el avance progresivo del embarazo sea satisfactorio y esto lo puede lograr llevando un adecuado control prenatal (1995, 64)

Con esta tarea se vigila que el avance progresivo del embarazo sea satisfactorio. Es importante abarcar la mayor población posible en el primer trimestre de embarazo donde se pueden identificar a la menor brevedad posible las fortalezas y debilidades que presenta la madre para proyectar una identificación con el rol maternal. (Ibid, 1995, 64)

El control prenatal más que un requisito para la atención del parto es una necesidad para determinar una adecuada evolución del embarazo, parto y postparto, indistintamente de la edad, escolaridad o características sociales que presente la usuaria.

Ambas poblaciones en estudio asistieron al control prenatal en forma temprana demostrando interés por la salud del bebé.

c) Percepción de la experiencia del nacimiento:

Según el criterio de las usuarias los sentimientos mayormente expresados de su propia experiencia del parto fueron:

Sentimientos expresados	HMPC	HSJD	TOTAL
TOTAL	<u>26</u>	<u>28</u>	<u>54</u>
Bonito, lindo	2	10	12
Muy doloroso, traumante	12	8	20
Angustia, ansiedad	7	7	14
Maltrato del personal	-	3	3
Algo sorprendente	<u>5</u>	=	<u>5</u>

La gran mayoría de las madres entrevistadas que refirieron que el parto fue una experiencia traumante y dolorosa fueron aquellas con poco apoyo social y/o de compañero, multíparas que han dejado sus hijos (as) al cuidado de otros, o aquella mujeres que aunque eran del grupo de casadas no deseaban tener más hijos (as) en la familia, aún teniendo el apoyo del compañero:

- “El parto fue muy terrible, y muy maltratada por falta de que me revisaran”. (20 años, unión libre, 3 hijos).
- “Fue algo desesperado, lo esperaba mucho mejor el parto” (22 años, soltera, 2 hijos).

Aquellas madres que refirieron que el parto fue una experiencia bonita, hermosa se encontraban en su mayoría acompañadas por el compañero o un familiar:

- “No lo esperaba así, el parto fue fácil y me trataron muy bien” (18 años, casada, el esposo la acompañó durante el parto).
- “Tenía muchos nervios, lo esperaba más difícil y me dieron mucho apoyo todos” (21 años, soltera, la mamá estaba en el parto).

La evaluación que hicieron las madres entrevistadas de su estancia en el hospital, las expresiones más comunes fueron:

- “Bien, buen trato”: 21 en el HMPC y 21 en el HSJD.
- “Falta de cuidado y atención del personal”: 3 en el HMPC y 5 en el HSJD.
- “Excelente trato”: 2 en el HMPC y 2 en el HSJD.

El personal de enfermería es de vital importancia para que las madres logren un vínculo madre-hijo (a) tempranamente y por lo tanto la adopción del rol maternal.

Según Ramona Mercer, la tendencia es ver la experiencia del parto en madres que son primigestas y las que han tenido 2 o más hijos (as). Estas últimas tienen ventajas sobre las que son madres por primera vez, ya que reportan mayor tensión y gran fatiga. Sin embargo, las multíparas se preocupan por sus anteriores niños (as) y que deben aceptar al (la) recién nacido (a) tratando a todos por igual. (1995, 173)

d) Planes con el (la) recién nacido (a):

Según la entrevista realizada tanto en el preparto como en el postparto sobre los planes de la madre respecto a su bebé, se obtuvo lo siguiente:

- Planes para el (la) recién nacido (a): (PREPARTO)
 - ◆ Cuidarlo, criarlo: 24 en el HMPC y 22 en el HSJD
 - ◆ Educarlo: 7 en el HMPC y 16 en el HSJD
 - ◆ Cuidarlo la madre sola: 12 en el HSJD
 - ◆ Brindarle amor: 2 en el HMPC y 6 en el HSJD
 - ◆ Dedicarle tiempo: 2 en el HMPC y 6 en el HSJD
 - ◆ Darle buen ejemplo: 2 en el HMPC
 - ◆ Seguir estudiando la madre para ayudar a su bebé: 1 en el HMPC y 3 en el HSJD
- Planes para el recién nacido (POSPARTO).
 - ◆ Cuidarlo, criarlo: 22 en el HMPC y 8 en el HSJD.
 - ◆ Amarlo: 9 en el HMPC y 5 en el HSJD.

En lo anterior se demuestra que tanto previo al parto, así como después del parto los planes de la madre para con el bebé son de cuidado, criarlo, educarlo y amarlo. En menos proporción está dedicarle tiempo y brindarle buen ejemplo. Vemos como el mayor deseo de la madre es darle todo a su hijo (a) tiempo, esfuerzo, mimos, cuidado, educación, etc.

De acuerdo a la teorizante, la madre en el logro de la adopción del rol maternal, desarrolla una característica especial llamada empatía y es por esta capacidad y no por instinto que ella responde a todas las situaciones en relación a su niño (a).

El vínculo que se forma madre-hijo (a) y la sabiduría íntima de esta experiencia sirve a una mujer como madre para cuidar a su niño (a) después del nacimiento.

El trabajo cognitivo durante la etapa anticipatoria del desarrollo del papel de madre provee la estructura para continuar el apego materno postparto favorece el desarrollo de las características maternas como habilidades de cuidado para cuidar y “chinear a un niño (a)”. El infante refleja calor y seguridad de la unión en desarrollo. (Mercer, 1995, 22, 131).

Con respecto a la variable: **ADOPCION DEL ROL MATERNAL.**

En la dimensión Sentimientos y/o sensaciones experimentadas:

a) Sentimientos expresados:

De acuerdo a los datos obtenidos y las observaciones realizadas, los sentimientos mayormente reflejados en el postparto inmediato por parte de las madres entrevistadas en ambos hospitales fueron similares reflejándose de la siguiente manera:

Sentimientos/Sensación	HMPC	HSJD	TOTAL
Gratificación	11	13	24
Vinculación	6	10	16
Ansiedad	4	5	9
Depresión	3	2	5

La gratificación se expresa mayormente notándose en el reflejo de la mirada de la madre, cariñosa, que miran a sus bebés con ternura, los acarician, les brindan el pecho para amamantarlos, les dicen cosas bonitas, agradables y refieren sentirse bien:

- “Me siento enamorada de mi bebé, la amo, lo más bello del mundo” (La pone al pecho, sonrío, la mira constantemente).
- “Lo que siento es indescriptible, no lo puede explicar, es un gran amor, estoy feliz”. (Le toma las manitas, lo abraza, están acostados en la cama juntos).

La vinculación se da como resultado de todo el apoyo brindado tanto por la familia, compañero de la madre, y en las instituciones hospitalarias por el personal, donde las usuarias desarrollan el vínculo en una forma espontánea, después de una situación desfavorable fortaleciéndolo progresivamente.

Aquellas mujeres que no tuvieron el bebé en las primeras horas de nacido por problemas de salud del niño (a) y/o de la madre o con poca experiencia en el cuidado de un bebé como las

primigestas desarrollan la vinculación en forma predominante, donde el deseo de abrazarlo, hablarle constantemente, mirarlo, arrullarlo se nota a simple vista:

- “Siento algo bonito, no es aparte de mi, sino como cuando lo tenía adentro, es un pedacito mío”. (Está sentada con el bebé en brazos, lo mira y lo besa en la frente repetidamente).
- “Voy a darme completamente por él, ahora lo conozco y siento que más lo amo”. (Lo abraza, le dice cosas lindas, acostada junto al bebé).

La ansiedad es reflejada en las mujeres entrevistadas por su temor, expresiones de nerviosismo y una actitud constante de cuidado, e inexperiencia, cada vez que escuchan llorar al (la) recién nacido (a) lo ponen al pecho sin tomar en cuenta otras situaciones por las que un bebé pueda llorar:

- “Tengo que sacar al bebé adelante, cuidarlo y que se siente apoyado a pesar de todo”. (Está en una silla sentada, lo viste con temor, lo deja solo en la cama y al escucharlo llorar lo pone al pecho).
- “Tengo alguien más a quien cuidar, por quien estar aunque no sé muchas cosas”: (Lo mira dormir en la cama, ella está sentada a su lado, sólo lo mira).

La depresión se da en aquellas madres con poco apoyo social, cuya experiencia del nacimiento está unida a problemas emocionales y/o físicos, inexperiencia y frustración por el nuevo rol que deben desempeñar pero no se sienten en capacidad de lograrlo:

- “Tengo que hacer de madre y de padre también, por eso tengo que darle apoyo para que siga adelante”. (Está sentada, el bebé en la cama. Lo deja sólo en el salón).
- “Voy a cuidarla yo solita nada más, y está bien, la voy a tener en la casa”. (Mira a la bebé con temor, habla poco con ganas de llorar, nerviosa, muy callada, no toca la bebé en ningún momento).

De acuerdo a Mercer: La gratificación en el papel maternal es la satisfacción, gozo, premiación, placer que la mujer experimenta en interacción con su infante y llenar las faenas del papel.

La identificación total de la mujer con sus infantes le ayuda a manejar la gratificación de la maternidad para encontrar las necesidades del infante. Es un componente de motivación del papel maternal. (Ibid, 1985, 24)

La vinculación es el proceso de unión desde el embarazo, donde se desarrolla las capacidades funcionales de reciprocidad madre-niño (a). La relación en desarrollo de la madre con el infante es acompañada por un amplio campo de emociones. Se desarrolla progresivamente la identidad materna. El acto de dar a luz no es completado por una mujer hasta que ella pueda alzar a su bebé. El (la) niño (a) permanece como un fantasma, irreal, hasta que se experimenta una y otra vez la correspondencia mutua y la recompensa de sostenerlo, acurrucarlo y abrazarlo. (Mercer, 1995, 137)

La ansiedad se desarrolla cuando las mujeres se sienten culpables por no vivir en una imagen cultural de saberlo todo, amar y ser una madre tranquila. El temor de dañar a sus infantes es mayor que la agradable interacción bidireccional entre la madre y el niño (a). (Mercer, 1977, 1990).

La depresión contrario a la gratificación es un sentimiento que brota por la falta de poder y carencia de control, ante una situación y es desarrollada en su mayoría por multíparas, que por sus múltiples funciones debe abarcar el cuidado de varios infantes y dejar de lado la gratificación que brinda un nuevo ser. El sentimiento de incompetencia para desempeñar su rol es tan significativo que no logran reemplazar retardando la gratificación para desarrollar el rol. (Op.cit., 1995, 37)

b) Esfuerzo del rol:

Al interrogar a las madres sobre la existencia de un papel de madre (un rol maternal), expresaron lo siguiente: 42 del total de mujeres entrevistadas expresaron que sí existe un papel de madre que hay que desempeñar, 23 de ellas corresponden al HMPC y 19 al HSJD. Al contrario sólo 12 madres refirieron que no hay un papel que indique ser madre: (3 del HMPC y 9 del HSJD) las frases más comunes fueron:

- “La mujer debe desear ser madre y cumplir con ello”.
- “Toda mujer debe ser madre si no queda frustrada”.
- “Sí existe un papel de madre porque tiene que ser amorosa, comunicativa, responsable y cuidar bien a los hijos”.

- “No existe un rol, cualquier persona puede ser madre o tomar el papel de la madre si esta falta”.
- “Es cosa de cada uno desarrollar ese papel”.

Las madres entrevistadas que expresaron la existencia de un rol fundamentaron sus respuestas en los mitos sociales de la maternidad; de que toda mujer debe ser madre, a mayor número de hijos (as) más madre, debe ser sacrificada y darse por completo. Las mujeres que aportaron respuestas de la no existencia de un rol maternal son aquellas con niveles de estudio altos, cuyo pensamiento es poco tradicional y cuyo nivel intelectual trasciende las barreras de la sociedad.

Con respecto a este punto, Ramona Mercer refiere que el rol maternal es la relación en desarrollo del proceso (lazo/apego) activo, intermitente y acumulativo. El origen y punto final de este proceso está en la identidad materna propia. El rol maternal es la identidad y enlace con el (la) niño (a). Aumenta significativamente entre el primer y cuarto mes en las madres primíparas y es más significativo después de los 4 meses hasta los doce meses en las múltíparas. (1995, página 144). El rol maternal es parte del proceso de socialización de toda mujer, haya concebido o no un hijo (a), ya que la cultura costarricense tradicional continua con una visión patriarcal muy difícil de desligar de nuestra población.

4.3. Entrevista no estructurada: pre y postparto. “Concepción de la maternidad por parte de las madres seleccionadas” (Anexo No 2).

Con respecto a la variable: ADOPCIÓN DEL ROL.

En la dimensión: responsabilidad de la madre con el bebé:

De acuerdo a los resultados se obtiene lo siguiente:

- a) En cuanto a que la madre vive en la casa con el bebé y brinda atención diaria al niño (a).**

En este sentido de las 54 mujeres entrevistadas, 37 de ellas refirieron que en primer lugar su misión para con el niño (a) será el cuidarlo y criarlo lo mejor posible. De éstas 22 corresponden al HSJD y 15 al HMPC. Otras opinaron que su deseo era amarlo y ayudarlo (a) cuando lo requiera.

Las expresiones encontradas fueron las siguientes:

- “Cuidarla y dedicarme siempre a ella”.
- “Brindarle lo mejor porque depende totalmente de mí”.

En relación a la estancia de la madre en el hogar, 37 de ellas son amas de casa y son las que refirieron el cuidado y dedicación exclusiva, correspondiendo 19 mujeres al HMPC y 18 al HSJD.

Las madres profesionales o estudiantes expresaron lo siguiente:

- “Deseo educarla y guiarla para que sea alguien de bien”.
- “Darle buen ejemplo y que valore la vida y los sacrificios”.
- “Quiero terminar mi estudio para brindarle buena educación”.
- “Criarlo de la mejor manera con ayuda de Dios y de mi familia”.
- “Cuidarlo y cuanto termine mi incapacidad tratar de dedicarle buen tiempo”.

Para la mayoría de las madres costarricenses el tener un hijo (a) involucra un gran sentido de responsabilidad y en los hogares donde las amas de casa demuestran su mayor porcentaje, el criar y cuidarlos depende de ellas, en cambio en relación a las madres trabajadoras, ellas participan en su cuidado pero no con tanta intensidad por sus otras labores públicas y los sentimientos de cuidado se traspasan por los deseos de buena educación, apoyo, brindar comodidades y amor, lo que corresponde a la visión tradicional de la maternidad, coincidiendo esto con las respuestas brindadas por las mujeres seleccionadas en ambos hospitales.

Según la teoría de Ramona T. Mercer:

“El apego materno hacia un niño (a) específico comienza durante el embarazo mientras la mujer trabaja con su aceptación, emotividad, compromiso como madre. El trabajo cognitivo durante la etapa anticipatoria de desarrollo del papel provee la estructura para continuar el apego materno luego del nacimiento.

Entre las características maternas para el desarrollo del apego se incluye la salud emocional (incluye la habilidad para confiar en otras personas); un sistema social de apoyo del compañero, amigos o familia, un competente nivel de comunicación y habilidades de cuidado, así como la historia de ser amado y chineado como un niño (a), proximidad al infante y el acoplamiento materno-infantil”. (1983, 131-132).

De acuerdo a un estudio realizado por Brazelton en 1986, se observó que las madres trabajadoras estaban preocupadas por tener que regresar al trabajo después del parto, tienden a hablar sobre su papel materno opuesto con la necesidad del bebé como persona. (1986, 122)

El investigador sugirió que entre más joven es el infante y menos experimentada es la madre respecto al trabajo, al querer regresar a este lo más posible es que ella niegue el hecho de que exista alguna consecuencia para el niño (a) o ella misma, para distanciar sus sentimientos de responsabilidades y del apego intenso de madre. (Mercer, 1995, 293).

b) Significado de tener un hijo (a):

En relación a los datos obtenidos al preguntarle a las madres lo que significa para cada una de ellas este embarazo, respondieron aspectos positivos y negativos que se caracterizan de la siguiente manera:

- Aspectos positivos: 42 personas de las 54 entrevistadas, donde 23 de ellas corresponden al HMPC y 19 al HSJD.

Se mencionan términos tales como:

- “una gran alegría”.
- “el logro de la estabilidad y unión familiar”.
- “mi gran triunfo”.

- Aspectos negativos: 7 mujeres del total de las entrevistadas refirieron que su bebé tiene un sentido negativo en sus vidas, todas corresponden al HSJD y lo expresaron de la siguiente forma:
- “Un problema por la situación económica tan difícil, no sé como voy a hacer”.
- “Me siento muy deprimida, frustrada porque no lo quería”.

Es importante recalcar que las pacientes de zona urbana (HSJD) son las únicas que expresaron aspectos negativos en relación con el significado del embarazo.

Además de ellas, hay 5 mujeres que lo definieron como:

- “Una gran responsabilidad” (2 del HMPC)
- “El repuesto del niño que perdí anteriormente”. (1 del HMPC)
- “Una etapa que pasar como mujer, algo diferente”. (2 del HSJD)

De acuerdo a lo anterior, se puede decir que para ciertas madres en relación a su situación en especial ya sea en el hogar, con su pareja, con sus anteriores experiencias y deseos, así va a ser su reacción para con su bebé y así éste tendrá un significado en su vida antes de su nacimiento. Puede ser que en el período postparto el significado sea diferente, debido a los cambios y a las fortalezas obtenidas durante su embarazo. Es convincente de que haya un rompimiento respecto a la visión tradicional de la maternidad, y que las madres puedan expresar no sólo reacciones positivas, sino también reacciones negativas ante el embarazo y nacimiento.

Según Ramona Mercer en su teoría:

“La relación madre-hijo (a) se da desde el momento en que ésta sabe que está embarazada, va evolucionando de acuerdo a las etapas de la gestación y a las características que estén incidiendo en ese momento ya sean situaciones positivas o negativas que en una mujer pueden influir de una manera y en otras mujeres de otra. La confianza en sí mismas, habilidad social y la fuerza emocional y física son elementos positivos para percibir este embarazo como satisfactorio. (Mercer, 1995, 143).

c) Comportamiento del bebé y estado de salud del niño (a):

De acuerdo a los datos obtenidos en la investigación de las 54 madres entrevistadas, 52 percibieron en su hijo (a) un buen estado de salud y tan solo 2 expresaron que tenían problemas físicos menores. Estas últimas corresponden al HMPC, sin embargo todas ellas refirieron aspectos positivos del comportamiento de sus hijos (as) durante las primeras horas de nacidos (as). Entre las características referidas por las pacientes de ambos hospitales están:

- “Muy lindo, bien dormilón”.
- “Gordito, una belleza”.
- “Pequeño, pero lo más lindo que hay”.
- “Muy dormilón”.

“Fantasías y experiencias con el bebé antes de nacer no tiene relación con las percepciones maternas del infante después de nacer. Cuando las madres son jóvenes, las percepciones de sus

infantes sin nacer y su temperamento se mantiene estable de las 32 a 36 semanas de gestación. Se observan pocos cambios desde el embarazo hasta un mes luego de haber nacido. Las madres califican a sus hijos (as) significativamente más adaptados al mes”. (Mercer, 1995, 68)

d) Sexo esperado:

Respecto a la pregunta sobre el deseo de tener un hijo o una hija específicamente, del total de las 54 pacientes se obtiene que 30 esperan un sexo en especial, siendo 11 del HMPC y 19 del HSJD, mientras que 24 no deseaban un sexo determinado, se observa que un mayor porcentaje son del HMPC, contrario al HSJD. En este centro se evidencia la necesidad de tener un bebé con un sexo esperado, y de las 30 mujeres que deseaban un sexo en especial, 12 de ellas esperaban que fuera niña y fue así en 9 de ellas; 18 que fuera varón, de ellas 16 tuvieron un varón. Todas las madres luego de tener a su bebé se mostraron conformes con el resultado.

Las expresiones por las que desean una niña son:

- “Porque solo niños tengo”.
- “Las niñas son más manejables”.
- “Para tener la pareja”.

En cambio las que desearon un varón refieren lo siguiente:

- “Es más fácil criar un varón”.

- “Para tener la pareja”.
- “Porque un varón no pasa por lo que yo pasé”.

Esta última expresión denota el pensamiento tradicional estereotipado en que viven las mujeres hoy en día, demostrado por los enfoques sociales de la maternidad y el hecho de que ser mujer implica sacrificio, dolor y entrega.

Mercer observó que las mujeres parecían responder diferente con niñas que con niños, las conductas al tacto fueron más frecuentes con las niñas durante la alimentación.

“Una mujer es más confortable, se puede empatizar y entender a una niña pequeña en todas sus edades. Las madres acurrucan e interactúan más con sus niñas bebés que con los niños bebés; éste tiende a ser menos abrazado después del período neonatal, se valora a la niña como más frágil, más necesitada de cariño y protección, no así el varón que desde pequeño se le incita a valerse por sí mismo sin necesitar conocer los mimos y los “chineos”.

A la niña se le da tal cariño por la necesidad de recibirlo y a la vez para educarla a darlo.” (Ibid, 1995, 88, 161, 297).

e) Tipo de responsabilidad y relación afectiva con el niño (a):

Al entrevistar a la madre en el postparto sobre los sentimientos hacia su bebé la mayoría expresó sentimientos cariñosos, de amor y felicidad.

Algunas de las expresiones fueron:

- “Me siento acompañada, muy feliz”.
- “Deseos de abrazarla, alzarla, acariciarla”.
- “Gran ternura, un pedacito de mí”
- “Va a necesitar toda mi protección”
- “Asustada, me da miedo no saber hacer bien las cosas”.

Se puede concluir que, a pesar de que el embarazo, su evolución e incluso el parto hayan sido experiencias no gratas en determinado momento, es casi universal el hecho de que luego de que la madre ha tenido mayor contacto con su hijo (a), descanso y tranquilidad para aclarar sus dudas, con su bebé en brazos, los sentimientos hacia éste serán siempre positivos sin dejar de lado alguna inseguridad y temor de cómo hacer las cosas, que no restan importancia a los buenos deseos de su madre hacia el nuevo miembro de la familia

En las madres de nuestro estudio se logró observar que del total (54), a 11 de ellas no se le puso el recién nacido (a) al pecho. Las restantes 43 expresaron en su mayoría

- “Qué linda, qué bonita mi bebé” (la besa, la abraza)
- “Mi amor, bebé precioso” (solloza al mirarlo, lo acaricia con suavidad)
- “No llore mi chiquita, ¿qué le pasa, ah! ¿Estaba muy a gusto allí dentro? ¿verdad? (la mira y le habla constantemente)

Principalmente, las madres se preocupan por el llanto del niño (a), que se encuentre bien, haya nacido (a) en buenas condiciones

Hay un grupo menor que se muestra indiferente en los primeros momentos con el bebé, mostrando cansancio, dolor, angustia. Las que se le pone el bebé al pecho intentan poner a lactar al recién nacido (a), así, aunque la conducta de apego se esté dando, el vínculo afectivo no se fija automáticamente. Sin embargo, la madre y el (la) hijo (a) son seres que se encuentran íntimamente relacionados o unidos, estableciendo un tipo de adaptación afectiva con mutua estimulación que servirá de base para el futuro desarrollo social e intelectual del niño (a).

Según esto, Mercer expresa que:

“El apego maternal es un proceso de desarrollo que comienza durante el embarazo y continúa en los meses seguidos al parto en el cual la madre forma una relación afectiva y duradera así como un compromiso con el niño (a).

Seguido por el parto existe una agradable interacción bidireccional entre la madre y el infante que amplifica y escala este proceso”. (Ibid, 1990, 130).

El apego materno es diferente del término comúnmente usado “lazo”, como respuesta de la madre hacia el hijo (a) luego del parto.

Las interacciones bidireccionales ocurren desde el nacimiento, con las habilidades del infante para estar alerta, seguir voces, aceptar las caricias y tonos de voces y mantener contacto visual con todas las respuestas de la influencia maternal. (Ibid, 1995, 131)

4.4. Entrevista estructurada: “Cuestionario individual para determinar los factores y conductas presentadas por las madres en el puerperio inmediato” (Anexo No.3).

Con respecto a la variable: CONDUCTAS PRESENTADAS POR LAS MADRES

En la dimensión: apoyo social y afectivo:

a) **Aceptación del embarazo por parte de la pareja:**

CUADRO N° 3

**Aceptación del embarazo por parte de la pareja en los hospitales
Dr. Max Peralta de Cartago y San Juan de Dios,
meses agosto, setiembre y octubre, 1998.
(Cifras Absolutas)**

Reacción de la pareja	HMPC	HSJD	TOTAL
TOTAL	<u>26</u>	<u>28</u>	<u>54</u>
No tiene pareja	5	5	10
Feliz	15	16	31
Nervioso	1	4	5
Sorprendido	3	1	4
Mal	2	2	4

Del cuadro anterior se observa que la gran mayoría de compañeros en ambos hospitales se muestran felices por el embarazo de su pareja. En menor cantidad nerviosos y sorprendidos y responden mal ante el embarazo únicamente 2 de ellos en cada hospital.

Según Ramón T. Mercer:

“El padre (o íntimo compañero de la madre) interacciona con ambos (madre e hijo (a)) ayuda a hacer más difuso el desarrollo de tensión dentro del semblante de la madre y el infante.

Tanto la madre como el niño (a) están interactuando con el padre (o compañero íntimo). La identidad del padre también interviene en la toma del rol, ya que las relaciones de ambos padres y el funcionamiento familiar tienen efectos directos e indirectos sobre la madre y el (la) niño (a) y la identidad materna. Cuando el apoyo del esposo o padre del recién nacido (a) está ausente o apartado, su unión con el bebé pasará desapercibida, pudiendo afectar el desarrollo del infante en sus primeros años de vida”. (1995, 14, 68).

b) Tipo de apoyo del compañero:

Al entrevistar a las usuarias sobre el apoyo que le brinda su compañero o pareja durante el embarazo se demuestra que:

- “En el HMPC 20 padres brindaron apoyo en todo aspecto, semejante al HSJD con 21 del total”.
- “Ningún apoyo recibió una madre del HMPC y 2 del HSJD”.

Entre las expresiones más frecuentes en dichas entrevistas están:

- “El me ayudó mucho, me compra cosas, me chinea y ayuda con los oficios de la casa” (29 años, casada, tercer hijo).
- “El me atendió muy bien en todo el embarazo y hasta estuvo conmigo en el parto” (20 años, casada, primer hijo).
- “Apenas supo que estaba embarazada se enojó conmigo y se fue”. (30 años, unión libre, tercer hijo).

De esto se destaca la importancia de la necesidad propia de las mujeres a expresarse, a sentir, que el hecho de que su compañero le ayude en los oficios domésticos, el cuidado de los niños (as) y del hogar, así como tareas que socialmente le corresponden a la mujer es un gran apoyo y eleve su autoestima.

c) Aceptación del embarazo por parte de la familia:

CUADRO N° 4

Aceptación del embarazo por parte de la familia en los hospitales Dr. Max Peralta de Cartago y San Juan de Dios, meses agosto, setiembre y octubre, 1998 (Cifras Absolutas)

Reacción de la Familia	HMPC	HSJD
TOTAL	<u>26</u>	<u>28</u>
Felices	18	17
Enojo	6	5
Asustados	1	3
Tranquilos	-	2
No se relaciona con la familia	1	1

De acuerdo a lo anterior se puede decir que la mayor parte de las familias de las mujeres entrevistadas verbalizaron sentirse felices, contentas mientras que tan sólo 6 familias en el HMPC, y 5 en el HSJD se mostraron enojadas, disconformes con el embarazo.

Según Ramona T. Mercer, la familia es una red de apoyo para la madre, la cual está en una continua interacción logrando así protección, seguridad, estabilidad emocional y económica, una relación muy positiva para la salud de la madre en espera". (Mercer, 1995, 74)

d) Tipo de apoyo por parte de la familia durante el embarazo:

Según la entrevista realizada a las madres, refieren que el apoyo obtenido por su familia fue:

- En todo aspecto: 14 en el HMPC y 13 en el HSJD.
- En los cuidados de la casa: 2 en el HMPC y 6 en el HSJD.
- Apoyo moral únicamente: 6 en el HMPC y 4 en el HSJD.
- Cuidado de los niños: 2 en el HMPC y 1 en el HSJD.
- Sin apoyo: 1 en el HMPC.

Se puede resumir que en primer lugar, el apoyo brindado por las familias en su mayoría es en todo aspecto. Le sigue el apoyo moral en el HMPC y ayuda en la casa en el HSJD. Con menos frecuencia se brindó un apoyo económico y cuidado de los niños (as). Sólo una madre del HMPC refiere que no tuvo apoyo durante el embarazo.

“Las mujeres con un tradicional papel de género, por lo general tendrán una mayor red social que incluye esposo o compañero, familiares y amigos que le brindan apoyo y un enlace cercano; que repercute en una mayor satisfacción del embarazo.

Una relación directa con la salud materna y resultado del embarazo se da al recibir ayuda adecuada de otros, mejorando su autoestima y control en situaciones inestables o mal ajustadas”. (Mercer, 1995, 75).

En la dimensión Autoestima:

a) Imagen de sí misma:

Sobre el indicador de imagen de sí misma, se destaca:

CUADRO N° 5
Imagen de sí mismas que tienen las mujeres atendidas en los hospitales
Dr. Max Peralta de Cartago y San Juan de Dios,
meses agosto, setiembre y octubre, 1998

Imagen de sí mismas	HMPC	HSJD
Una buena persona	<u>15</u>	<u>23</u>
Especial	1	4
Amorosa	2	7
Responsable	6	4
Alegre	1	1
Una persona tranquila	2	2
Impulsiva	1	2
Igual a todo el mundo	1	-

De acuerdo al cuadro anterior, se observa que del total, 38 se consideran una buena persona, pero a pesar de esto, son pocas las que reconocen sus cualidades: amorosa, especial, alegre, responsable. Sin embargo, se denota que una usuaria del Hospital Max Peralta, refiere “Creo que soy igual a todo el mundo, normal” (soltera, 22 años, primer hijo).

“En la vida de una mujer: infancia, pubertad, adolescencia, vida adulta, hay masivos cambios físicos y psicológicos que orientan el valor del autoestima y autoconcepto y es reflejado hacia otros en las acciones de la mujer que como tal debe conocerse y quererse para poder así brindar lo mejor de sí misma en su papel de mujer, esposa y madre”. (Mercer, 1995, 31).

b) Confianza en sí misma en relación con el embarazo:

En relación con este indicador, muchas mujeres se sienten complacidas y felices al mirarse y más con sus hijos (as) en brazos, aunque se experimentan otros sentimientos también:

- Muy bien, feliz: 7 del HMPC y 18 del HSJD.
- Algo especial: 2 en el HMPC y 3 en el HSJD.
- Realizada: 2 en el HMPC y 3 en el HSJD.
- Un gran amor: 3 del HMPC y 2 en el HSJD.
- Tranquila: 1 madre del HMPC y 1 del HSJD.
- Asustada: una madre del HSJD.
- Nostalgia: una madre en el HMPC y una del HSJD.

De acuerdo a Ramona Mercer:

“Los determinantes básicos de la capacidad de una mujer como madre son la fuerza de su ego, confianza propia y cualidades naturales. El desarrollo de esas cualidades y la identidad femenina están cercanamente ligados con el ambiente psicológico de la mujer desde su niñez. El desarrollo psicológico sobre el lapso de la vida ocurre a través de progresivas internalizaciones de aspectos relacionados con otros seres queridos. Esta internalización es un proceso que ajusta la confianza en sí misma desarrollando la capacidad para usar la información obtenida y desempeñar de esta manera los roles establecidos por la sociedad, entre ellos se incluye el rol maternal”.

c) Valoración como madre por parte de la familia:

CUADRO N° 6
Percepción de las familias según rol de madre de la mujer embarazada,
en los hospitales Dr. Max Peralta de Cartago y San Juan de Dios,
meses de agosto, setiembre y octubre, 1998
(Cifras absolutas)

Percepción de las usuarias	HMPC	HSJD
TOTAL	<u>26</u>	<u>28</u>
Buena madre	12	18
No pueden valorar todavía	3	2
Responsable	5	4
Temerosa de ser madre	-	4
Estricta	1	1
Consentidora	2	3
Excelente madre	2	-
Sacrificada	1	-
Mala madre	1	-

Destaca en el cuadro anterior que un gran número de mujeres entrevistadas consideran que sus familias piensan que son buenas madres y responsables, ayudando esto a la seguridad que puedan sentir como futuras madres. En menor cantidad se da una percepción de que su familia la considera temerosa de ser madre, estricta, sacrificada o el peor de los casos, mala madre.

Entre las expresiones más frecuentes se citan:

- “Que soy una madre responsable, excelente porque cuido a los niños bien”. (Casada, 4 hijos, 28 años).
- “No me siento preparada, pero creo tener la capacidad para ser buena madre, porque soy responsable”. (Soltera, 20 años, 1 hijo).
- “Excelente, muy sacrificada por mis hijos, no les ha faltado nada” (Soltera, 22 años, 4 hijos).
- “Mi familia tiene mal criterio de mi, se apoderaron de mis otros hijos, me consideran mala madre” (soltera, 35 años, 6 hijos).

Es importante señalar que esta visión de responsabilidad está relacionada con el enfoque patriarcal de la responsabilidad de las mujeres de que además de tener a los hijos (as), es su obligación criarlos y velar por ellos.

La teoría nos indica que el desarrollo de la identidad materna es fomentado por el apoyo de la familia de la madre, y otras personas significativas para ella. Formando el subsistema en el cual se desenvuelve la relación madre-hijo (a). Ella se debe asegurar la aceptación social para ambos, aumentar los lazos finales en la construcción de la imagen e identidad del “yo” y el “tú”. Su

compromiso de sí misma como madre atándose a su niño (a) y explorando el significado de darse a sí misma y ser valorada por otros. (Mercer, 1995, 64)

Existe una reacción ante la maternidad por parte de las mujeres que está idealizada, con respuestas positivas y agradables y no se le permiten reacciones negativas o dirigidas en mal sentido hacia su hijo (a). Esto hace que muchas mujeres se repriman en expresarse para no causar un conflicto social.

En relación a la variable: LA ADOPCION DEL ROL MATERNAL

En la dimensión Estadio de adquisición del rol, se observa lo siguiente:

Debido a que el lapso de tiempo tomado en cuenta para realizar las observaciones fue el puerperio inmediato, sólo se puede evaluar el estadio anticipatorio y el estadio formal de adquisición del rol. Se observó que las madres al darse cuenta del embarazo, solamente 28 de ellas deseaban tener un hijo (a) y por el contrario 25 mujeres no deseaban por el momento tener un hijo (a). De las que deseaban quedar embarazadas 15 corresponden al HMPC y 14 mujeres al HSJD. Aquellas mujeres que no deseaban el embarazo, 14 pertenecían al HSJD y 11 al HMPC.

a) Esto interfiere en la adopción del rol en la primera etapa: anticipatoria:

Las mujeres entrevistadas que refirieron haber deseado el embarazo, sintieron alegría desde un inicio, y sólo 4 de ellas se asustaron al inicio pero luego sintieron alegría. Nueve de ellas (la gran mayoría) refirieron desilusión como aspecto inicial ante el embarazo.

De las 25 que no deseaban el embarazo, se expresaron de diferentes formas:

Sentimientos expresados	HMPC	HSJD	TOTAL
Alegría	2	3	5
Desilusión	7	2	9
Miedo	1	3	4
Tristeza	2	2	4
Confusión	2	1	3

Entre las expresiones más comunes están:

- “No lo esperaba, me asusté mucho, tenía miedo”. (Unión libre, no deseaba).
- “Muy triste, me puse a llorar pero luego me resigné” (Soltera, no deseaba el embarazo).
- “Mucho susto porque no quería quedar embarazada, pero luego feliz, estaba bien” (29 años, casada, no deseaba embarazo).
- “Feliz, era lo que más deseaba en mi vida” (20 años, casada, deseaba el embarazo).
- “Una gran alegría, porque me costó mucho quedar embarazada, feliz” (24 años, casada, deseaba el embarazo).

La teoría nos dice que las etapas para el logro de identificación con el papel son: el anticipatorio o etapa anterior (se da en el embarazo)::

es un tiempo de inicio social y ajustamiento psicológico, cuando las expectativas del papel son aprendidas por medio de la información de aquellos que han ejercido el papel. La mujer visualiza en ella misma el papel. Este comportamiento es congruente con la cognitiva y aplicación de fantasías. La madre imagina aspectos sobre su niño (a) al sentirlo crecer y captar los primeros movimientos”

(Mercer, 1995, 14).

b) Estadio formal:

La primera impresión de la madre al nacer el bebé, según las observaciones realizadas fueron:

IMPRESION	HMPC	HSJD	TOTAL
Indiferencia	10	6	16
Dar gracias a Dios	3	5	8
Sonreír al escuchar el llanto	8	10	18
Llorar	3	3	6
Pregunta si nació bien	3	3	6

La indiferencia que presentaron casi en su mayoría las mujeres es congruente con el hecho de que expresaron un gran número de ellas temor y angustia ante el embarazo, por lo que es importante recalcar este aspecto. La sonrisa al escuchar el llanto del niño (a) es un comportamiento social idealizado como se expuso anteriormente.

Del total de 54 pacientes, por motivos de salud del niño (a) o la madre o falta de tiempo del personal, a 11 de ellas no se les puso el bebé al pecho al nacer (6 corresponden al HMPC y 5 al HSJD). A las 43 mujeres gestantes que sí se les entregó el niño (a) en forma inmediata, las actitudes de las madres que mayormente se observaron fueron:

ACTITUD	HMPC	HSJD	TOTAL
Brinda lactancia materna	10	4	14
Lo abraza y mira en silencio	11	9	20
Le habla con ternura	2	3	5
Llorar	2	2	4

Se observa que en su totalidad, las madres mostraron conductas de cuidado y vinculación al nacer el bebé. El apego materno es de vital importancia en las primeras horas posteriores al nacimiento, donde se debe dar la relación afectiva madre-hijo (a) y se fomente la lactancia materna exclusiva para que el desarrollo del papel maternal sea más identificado por la madre en esta etapa. Las características fueron similares en ambos hospitales.

Mercer nos refiere que en el estadio formal, la adopción del rol comienza con el movimiento actual dentro del papel del comportamiento materno; guiado ampliamente por las directivas de los profesionales de salud y por otros en el sistema social de la madre. El personal de maternidad y aquellos que atienden el parto, son el punto clave de la adquisición del rol en esta etapa, ya que puede brindar las condiciones necesarias para que el inicio del vínculo madre-hijo (a) sea un proceso que se desarrolle sanamente. (1995, 14) Parte de este apoyo está dado por la ubicación del binomio en alojamiento en conjunto, permitiendo que la madre se interrelacione con su hijo (a) desde el momento mismo del nacimiento.

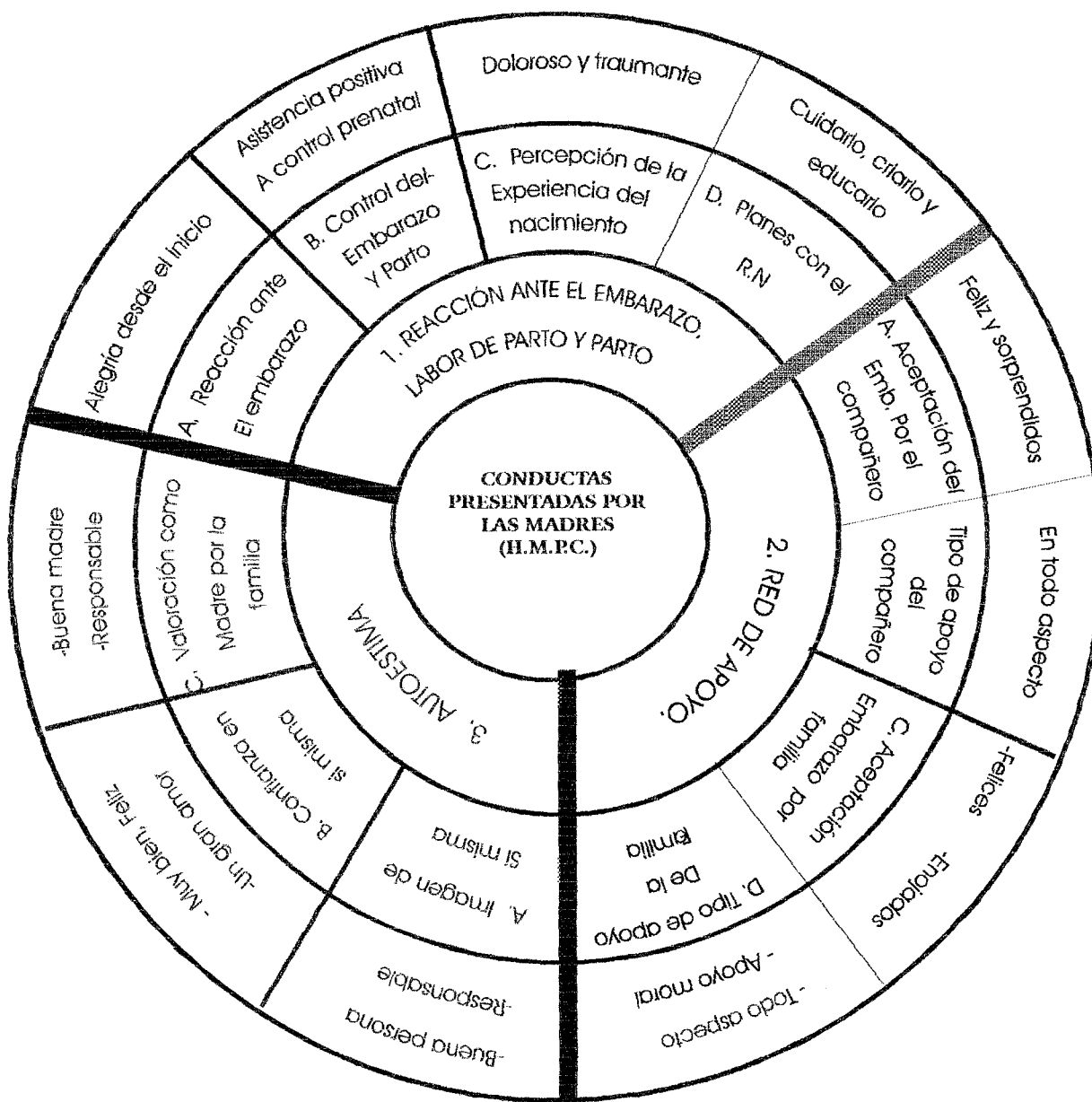
“En el papel informal de formación del rol, la mujer estructura el papel maternal para ajustarse asimismo de acuerdo a su pasado, sus experiencias y metas futuras. Ella va aprendiendo desarrollándose en la vida cotidiana con su niño (a).

El estadio personal (identificación, se obtiene cuando la madre ha integrado el papel en su propio sistema con congruencia de sí misma, es segura de su identidad como madre, emocionalmente obligada hacia su infante y siente una sensación de armonía, satisfacción y competencia en su papel. Ha adoptado en este momento el rol maternal”. (Mercer, 1995, 15).

En relación a la variable: **Conductas presentadas por las madres**, se presenta en los esquemas No.5 y No.6 las diversas reacciones de las mujeres entrevistadas en los hospitales Dr. Max Peralta de Cartago y San Juan de Dios respectivamente:

Esquema No.5:

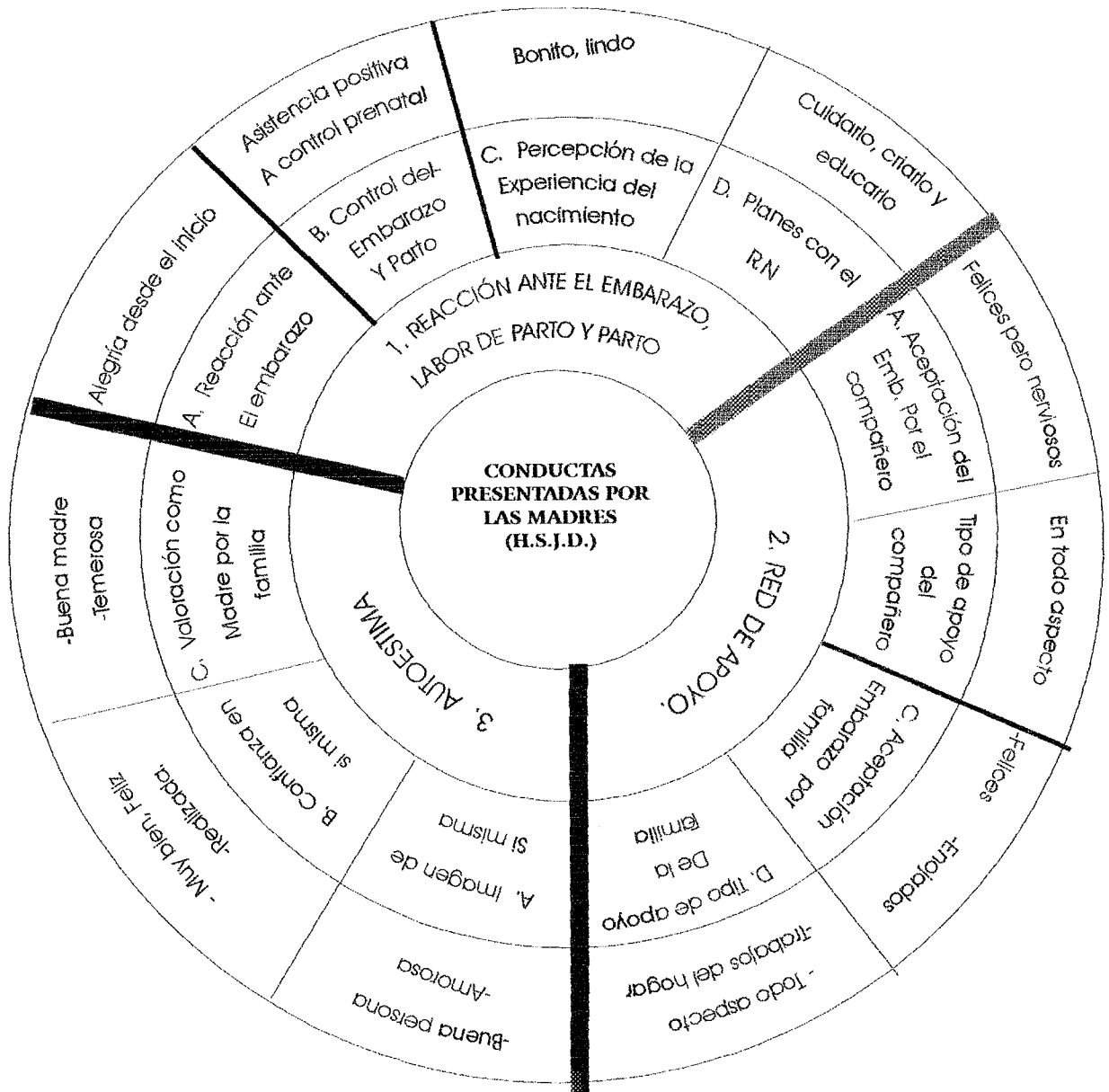
Conductas presentadas por las madres seleccionadas en el Hospital Max Peralta de Cartago.





Esquema No.6:

Conductas presentadas por las madres seleccionadas en el Hospital San Juan de Dios



De los esquemas anteriores se resumen con respecto a la variable CONDUCTAS PRESENTADAS POR LAS MADRES, según hospitales seleccionados los siguientes resultados:

CONDUCTAS PRESENTADAS:	HMPC	HSJD
1. Reacción ante el embarazo, labor de parto y parto:		
* Reacción ante el embarazo.	* Alegría desde el inicio.	
* Control y evaluación del embarazo y parto.	* Asistencia a control prenatal.	
* Percepción de la experiencia del nacimiento.	* Doloroso, traumante.	* Bonito, lindo.
* Planes con el recién nacido.	* Cuidarlo, criarlo, educarlo.	
2. Red de apoyo:		
* Aceptación del embarazo por parte del compañero.	* Felices, sorprendidos, nerviosos.	
* Tipo de apoyo del compañero.	* Todo aspecto.	
* Aceptación del embarazo por la familia.	* Felices, enojados.	
* Tipo de apoyo de la familia.	* Todo aspecto, apoyo moral y trabajos del hogar	
3. Autoestima:		
* Imagen de sí misma.	* Buena persona, responsable y amorosa.	
* Confianza en sí misma.	* Muy bien, feliz, realizada, un gran amor.	
* Valoración como madre por la familia.	* Buena madre, responsable y temerosa.	

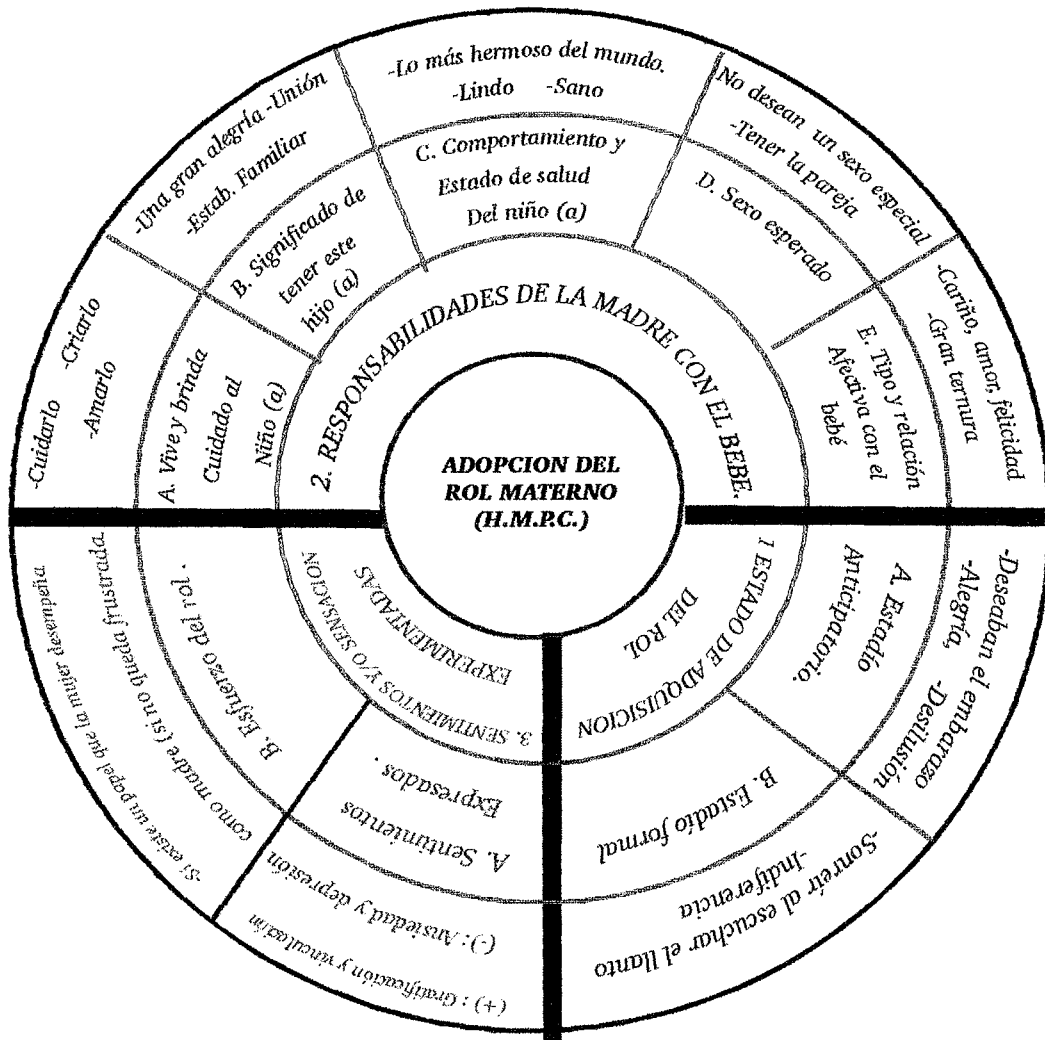
Ambas poblaciones seleccionadas convergen en sus respuestas y actitudes presentadas. La diferencia encontrada fue en la percepción de la experiencia del nacimiento por parte de las usuarias, que en su mayoría las del Hospital Max Peralta, lo apreciaron de forma dolorosa y traumante, contrario a las del Hospital San Juan de Dios que lo exponían como una experiencia bonita, linda.



Con respecto a la variable: ADOPCION DEL ROL MATERNO, en los esquemas No.7 y No.8, se observa lo expresado por las madres en los hospitales Dr, Max Peralta de Cartago y San Juan de Dios, respectivamente.

ESQUEMA No.7:

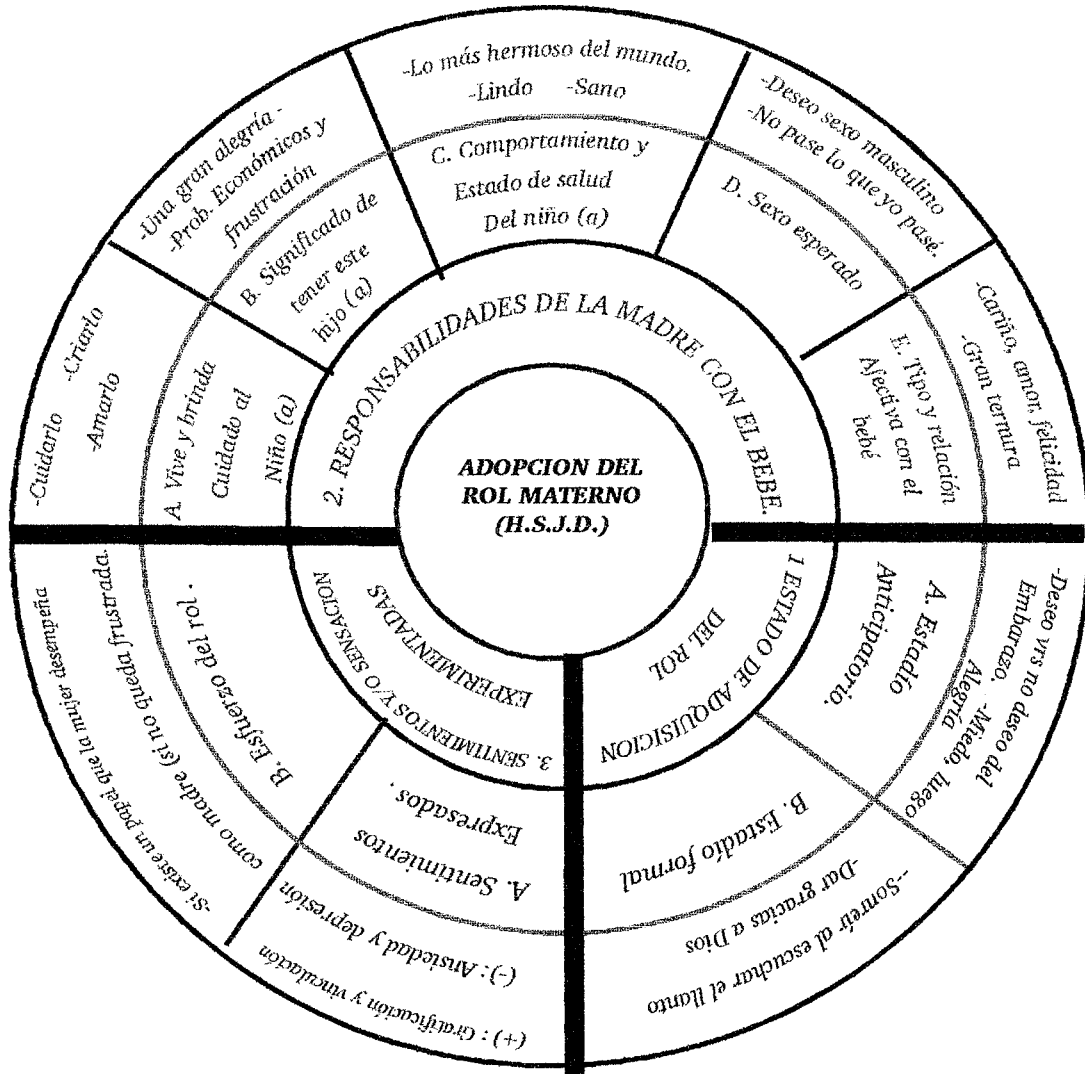
Adopción del rol materno en la población seleccionada del Hospital Max Peralta de Cartago.





Esquema No.8

Adopción del rol materno en la población seleccionada del
Hospital San Juan de Dios.





Respecto a la adopción del rol maternal, en la muestra según Hospitales, se concluye lo siguiente:

ROL MATERNO	HMPC	HSJD
1. Estado de adquisición del rol:		
* Estadío anticipatorio.	* Deseaban el embarazo, alegría.	* Deseo vrs no deseo del embarazo, temor, alegría
* Estadío formal.	* Sonreír al escuchar el llanto, dar gracias a Dios, indiferencia.	
2. Responsabilidades de la madre con el bebé.		
* Vive en la casa y brinda cuidado diario al niño (a).	* Cuidarlo, criarlo, amarlo.	
* Significado de tener este hijo (a).	* Gran alegría, estabilidad y unión familiar.	* Gran alegría, frustración, problemas económicos.
* Comportamiento y estado de salud del niño (a).	* Lindo, sano, lo más hermoso del mundo.	
* Sexo esperado.	* No deseaban sexo especial, tener la pareja.	* Deseaban sexo masculino: “para que no pase lo que yo pasé”.
* Tipo y relación afectiva con el bebé.	* Cariño, amor, felicidad, gran ternura.	
3. Sentimientos y/o sensaciones experimentadas:		
* Sentimientos expresados.	* Positivos: Gratificación – Vinculación. * Negativos: Ansiedad – Depresión. (Angustia, Temor) (Tristeza, Inseguridad)	
* Esfuerzo del rol.	* Sí existe un papel que la mujer desempeña como madre: “la mujer debe ser madre, cumplir con ello si no se frustra”.	

En síntesis, se presentan:

CONVERGENCIAS

- ❖ Estadio formal de adquisición del rol.
- ❖ Vive en la casa y brinda cuidado diario al niño (a).
- ❖ Comportamiento y estado de salud del niño (a).
- ❖ Tipo de responsabilidad y relación afectiva con el bebé.
- ❖ Sentimientos expresados.
- ❖ Esfuerzo del rol.

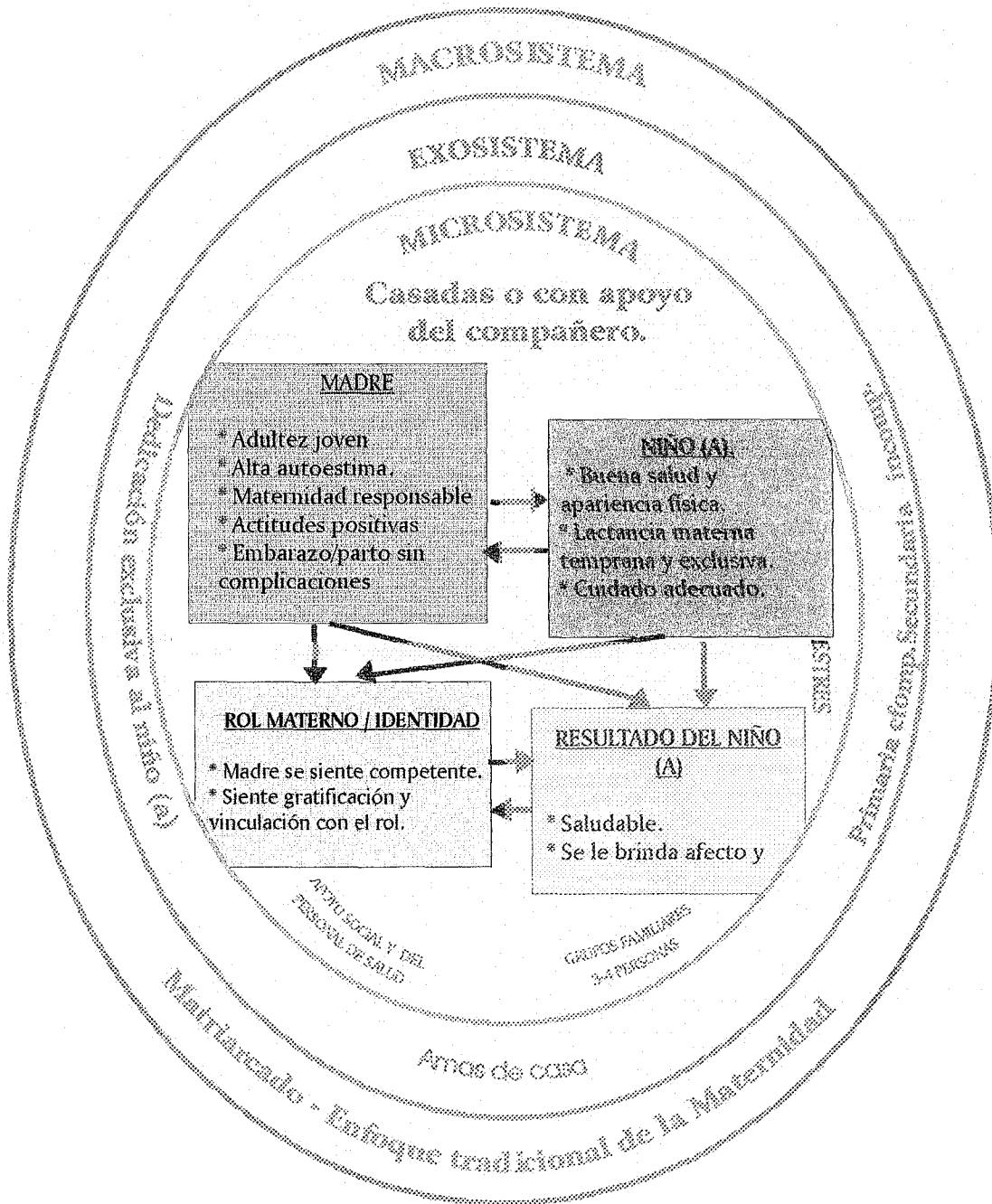
DIVERGENCIAS

- ❖ Estadio anticipatorio de adquisición del rol.
- ❖ Significado de tener este hijo (a).
- ❖ Sexo esperado.
- ❖ Percepción de la experiencia del nacimiento.
- ❖ El factor experiencia relacionado a la edad de la paciente no representa la realidad de una aceptación más temprana del vínculo o no madre-hijo (a)



ESQUEMA No.9:

Resumen del modelo de adopción de rol maternal según expresión de la población seleccionada en relación a la teorizante.





En el esquema No.9, se pueden visualizar las características de las mujeres en un puerperio, por lo tanto en el estadio formal de adquisición del rol, desde el enfoque de sistemas de la teorizante presentada.

Las poblaciones seleccionadas presentaron características similares a lo largo del proceso de investigación, sin tener relación aparente con la condición de ser de zona urbana o rural.

Sería importante estudiar otros grupos en otros escenarios e instituciones aplicando la teoría, que nos permita identificar si el imaginario del rol materno en las mujeres costarricenses se refleja en los elementos que componen la teoría de Ramona T. Mercer al respecto.

Las mujeres observadas y entrevistadas expresaron sentimientos y conductas que exponen un pensamiento tradicional de la maternidad, donde describe que la mujer, por su naturaleza femenina le corresponde la carga de los hijos (as) en forma exclusiva, como fue expuesto en los enfoques sociales de la maternidad.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y

RECOMENDACIONES



CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES:

La experiencia de iniciar la aplicación de una teoría de enfermería como es el caso de la autora Ramona T. Mercer en dos maternidades de hospitales Nacional y Regional aportaron las siguientes conclusiones:

1. El trabajo de investigación realizado tomó en cuenta el estadio formal de la adquisición del rol materno, planteado por Ramona T. Mercer (Op. Cit., 1994, 395), ya que este comienza en el nacimiento donde se da la presentación madre-hijo (a), y se desarrolla en las primeras 24 horas de vida que corresponde con el puerperio inmediato. Por este motivo se toma como lugar para el proceso de recolección de datos las salas de maternidad y partos de los hospitales San Juan de Dios y Dr. Max Peralta de Cartago, con una población de 26 pacientes en el H.M.P.C. y 28 mujeres seleccionadas en el H.S.J.D.

2. La investigación enfocó uno de los estadios de la adquisición del rol de la teoría de Ramona T. Mercer dado que el proceso se llevó a cabo con las madres internadas en los hospitales Dr. Max Peralta de Cartago y San Juan de Dios, en las fases latente y activas del trabajo de parto.

El período anticipatorio se explora en la entrevista no estructurada; los estadios formal y personal requieren un tiempo más largo y son observables cuando la mujer y el neonato se incorporan a la familia y la comunidad.

3. Las conductas que presentaron las madres en el puerperio inmediato en las salas de parto y maternidad de los hospitales San Juan de Dios y Max Peralta de Cartago, en relación con el concepto denominado “rol materno” de la teoría de Ramona T. Mercer, mostraron en el estadio formal que dichas conductas para el logro del rol tienen un factor importante involucrado: el social; ya que a pesar de presentarse entre las características la edad (adolescentes), madres solteras, con escolaridad incompleta, que no deseaban el embarazo, han tenido una red social muy fuerte que las ha ayudado a seguir adelante con la concepción y poder sentir satisfacción en su papel materno. Esto concuerda con lo expresado por la teorizante acerca del apoyo social, que involucra tanto el aspecto informativo, de valoración, físico y emocional. Cuando se abarcan estas cuatro áreas la red de apoyo es significativa, de gran valor en el microsistema de la madre.

4. Lo que se refiere a autoestima y estrés no se tuvieron los instrumentos y el tiempo para hacer una valoración profunda, ya que estos dos indicadores podrían dar una mayor luz en aspectos que permitan legitimar expresiones y conductas de las madres que reflejen la condición de su autoestima y los elementos que son estresores en el embarazo, el parto y en el postparto. En investigaciones posteriores podrían directamente enfocar uno o ambos aspectos juntos para obtener el resultado de estos indicadores sobre la adopción del rol materno.



5. El estudio muestra que ambas poblaciones seleccionadas presentaron características similares durante todo el desarrollo del proceso de investigación. Algunas diferencias encontradas podrían estar relacionadas con la baja escolaridad de las usuarias del Hospital Max Peralta de Cartago (primaria completa), más vinculadas con la maternidad exclusiva y dedicación al hogar, de acuerdo a los estereotipos caracterizados en nuestra sociedad y mayormente arraigados en este grupo poblacional. A pesar de pertenecer a poblaciones rurales o urbanas, no hubo distinciones en las conductas observadas y la adopción del rol materno.

Entre las divergencias más importantes encontradas están: la escolaridad, percepción de la experiencia del nacimiento, la adquisición del rol en el estadio anticipatorio, el significado de tener este hijo (a) y el sexo esperado.

6. Se visualizó que existe el mito del enfoque tradicional de la maternidad que se ha establecido de generación en generación, característico del modelo patriarcal en la sociedad, que la teorizante lo evidencia como un factor del logro del rol materno.

7. La socialización secundaria en el grupo de mujeres estudiadas se evidenció en el logro del rol materno tradicional, ya que su baja escolaridad y clase socioeconómica le limitan su empoderamiento de mujer desde una perspectiva de género sensitiva.

8. Nuestra sociedad patriarcal encasilla a la población femenina costarricense dentro de un rol maternal establecido por nuestro hecho natural de ser mujeres, por lo que servimos única y exclusivamente para la maternidad, que engloba los enfoques psicológico, antropológico,

sociológico y de género de la maternidad. Ramona T. Mercer nos diría que una mujer que no cumpla los elementos de la teorizante simplemente no adopta el rol materno. Pero en nuestra sociedad con un pensamiento tradicional, si no adopta el rol materno: ¿podríamos denominarla como una “mala madre”?

5.2. RECOMENDACIONES:

- En enfermería obstétrica y perinatal, a nivel de docencia y de servicio, estudiar por medio del proceso de investigación las diferentes teorizantes y su correspondencia con una visión social de la salud reproductiva, el enfoque de género sensitivo y los derechos humanos que permitan la construcción de conocimientos que formulen la teoría de enfermería en Costa Rica en nuestra área, que permitiría desarrollar el modelo de atención que se requiere de acuerdo a las necesidades de la población.
- Incorporar en las normas de atención y en las prácticas de docencia y servicio el análisis del apoyo de la adquisición del rol materno, mediante el empoderamiento de las mujeres, y no de subordinación de poder.
- Desarrollar estudios de investigación que analicen las características de la maternidad y la paternidad a la luz de la construcción de los entes imaginarios (masculino y femenino) que promuevan cambios en las actividades establecidas en las normas de atención de alojamiento en conjunto.
- Incorporar en los componentes de la atención integral del embarazo, parto y puerperio actividades orientadas a facilitar el desarrollo de la adopción del rol materno y paterno, como son poner al pecho el bebé inmediato a su nacimiento, fomentar el alojamiento en conjunto y dirigirlo al hogar, la lactancia materna exclusiva, orientación a la madre en esos aspectos.

- A nivel de docencia y de servicio deben rescatarse experiencias de observación en los servicios ambulatorios y de hospitalización de las manifestaciones dadas por las madres respecto a su embarazo, parto y puerperio en un proceso de legitimación de esas expresiones que permitan realizar un plan de atención basado en las necesidades que se exponen en el discurso de las madres desde una posición de respeto y reconocimiento de los sentimientos y saberes.
- Realizar una investigación respecto a la teoría de Ramona T. Mercer que incluya los cuatro estadios de adquisición del rol y el análisis de los sistemas. De esta forma se obtienen resultados que evidencien que dicha teoría responde a la visión social, de salud reproductiva en los planes del embarazo, parto y postparto.

CAPITULO VI

ALCANCES Y LIMITACIONES



CAPITULO VI

ALCANCES Y LIMITACIONES

6.1. ALCANCES:

- Se inicia un proceso de pensamiento en un modelo de atención desde la construcción de una teoría de enfermería, lo que permite elaborar conocimientos sobre la práctica de enfermería obstétrica y perinatal.

- Brinda lineamientos para lograr los siguientes aspectos:
 - * Dar una base teórica relevante para investigaciones posteriores mejorando la salud reproductiva de la mujer y la familia gestante.
 - * Brindar sugerencias de un nuevo programa educativo que contenga capacitación al personal para dar una adecuada intervención en el vínculo madre-hijo (a) de manera precoz facilitando la adopción del rol materno.

- Ayuda a determinar las características maternas presentadas en el puerperio inmediato que intervienen en el proceso de adopción del rol maternal.

- Se logra comunicación directa por correspondencia con la autora de la teorizante “Adopción del Rol Materno”, PhD. RN. Ramona T. Mercer, desarrollando un contacto internacional hacia una nueva visión de la Enfermería Obstétrica.



- Las observaciones de la adopción del rol materno se hacen desde la perspectiva de legitimación de que las expresiones dadas por las mujeres es un derecho humano y no pueden ser sancionadas, sino reconocidas como necesidades fundamentales por las cuales el equipo de salud debe ser un facilitador de apoyo que fortalezca las interrelaciones entre la madre-neonato y su familia.
- Este trabajo es la primera investigación que se fundamenta en la revisión de los componentes de una teorizante en un estadio propio de esa teoría, que permitió vislumbrar algunas conductas de la madre en alojamiento en conjunto y que facilitará a los funcionarios de salud justificar los egresos de las madres, neonatos y su familia de las salas de maternidad.

6.2. LIMITACIONES:

Como limitaciones en la investigación se presentó lo siguiente:

- Se obtuvo una pérdida muestral de varias mujeres debido a varios factores como son: complicaciones intraparto que obligaron a cesárea, labor de parto prolongada, no cooperación por parte de las usuarias, simultaneidad de los partos.
- La aplicación de ésta teoría fue en el puerperio inmediato en las salas de postparto, por lo que se aplica solo al estadio formal de la adquisición del rol materno. Sería importante que otras investigaciones se inicien desde el prenatal hasta el puerperio propiamente dicho y observar las diferentes conductas.

CAPITULO VII
BIBLIOGRAFIA Y
ANEXOS



CAPITULO VII

BIBLIOGRAFIA

Aguilar y Galbes La madre y el niño. Aravaca-Madrid. Editorial Safeliz, 1983

Badinter, E. ¿Existe el instinto maternal? Buenos Aires: Editorial Paidós, 1984

Bethea, Doris Enfermería Materno Infantil, México D.F., Nueva Editorial Interamericana S.A.
1988

Bowlby, J. Cuidado Maternal y Amor. México. Fondo de Cultura Económica. 1976

Bowlby, J. El vínculo afectivo. México. Fondo de Cultura Económica. 1979

Bowlby, J. La separación afectiva. Argentina: Editorial Paidós, 1979

Brazelton, T.B. Behavioral Competencia of the neubor infant. Seminars in Perinatology, 1979

Bronfenbrenner, U. Toward an experimental ecology of human development. American
Psychologist, 1979

Canales, F. Metodología de la Investigación. Costa Rica: OPS/OMS, 1986

- Op.cit., 135.



- Op.cit., 138.

Caplan, G. Concepts of mental health and consultation. Washington: D.C.U.S. Department of Health. Education and welfare, 1959

Chodorow, N. El ejercicio de la Maternidad. Buenos Aires: Editorial Geodisa, , 1992

- Op.cit., 96-97.
- Op.cit., 201.
- Op.cit., 56
- Op.cit., 52.

Fernández, A. Problemas específicos en los tratamientos de las mujeres. Argentina:Centro de Estudios de la Mujer. Publicación 138, 1982

- Op.cit., 2.
- Op.cit., 5
- Op.cit., 67.

Fernández, P. La ciencia de la conducta. México: Editorial Trillas, .1980

Friesner, A. Enfermería Materno-Infantil. México D.F. Editorial Manual Moderno, 1984

Gay, J. A conceptual framework of bonding. Journal of Obstretic, Gynecologic and Neonatal Nursing, 1988



Gay, Edgil S. Douglas Reva Rubin revisited. Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing, 1988

Guidez, G. Guía de la Maternidad: El embarazo, parto y el recién nacido. Barcelona, Ediciones Aura, 1987

Heffnex, E. Mothering. Garden City, N.Y.: Doubleday, 1978

Hospers, J. La conducta humana: Estructura y Funcionamiento. Madrid, España. Editorial Tecnos, 1979

Jeffords, J. What Makes, a 4to a 12-Hove Postpartum Discharge Possible?. Public Health Reports, 1997

Lagarde, M. Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas. México: Universidad Nacional Autónoma de México, 1990

López, Hidalgo “Normas de Alojamiento conjunto”, Enfermería en Costa Rica, 1994, 17.(2)

Macfarlane, La familia y el desarrollo del individuo. Buenos Aires: Editorial Horme, 1984

Madrigal, J. Factores relacionadas con el embarazo no deseado en Costa Rica. Costa Rica:

Asociación Demográfica Costarricense, 1990

- Op.cit., 49.
- Op.cit., 50.

Madriz, Zúñiga. Correlación entre algunos rasgos productivos e improductivos del carácter de la madre y el tipo de vínculo que establece con su hijo en el primer año de vida del menor.

Tesis de Graduación de Licenciatura en Psicología, Universidad de Costa Rica, 1985.

Marriner, Tomey. Modelos y teorías de Enfermería. Madrid-España, Mosby/Doyma. Libros S.A.,
1994

Martel Crecimiento y Desarrollo de los primeros años de vida postnatal. Washington: O.P.S.
1981

- Op.cit., 139
- Op.cit., 152.

Mercer R.T. . Family relations: Book Briefs: Transitions in a woman's life. Vol 39, July.

- Op.cit., 395, 1990

Mercer, R.T. Predictors of maternal role competence byrisk status. Nursing Research, N° 43,
1994



- Op.cit., 152.
- Op.cit., 396
- Op.cit., 394
- Op.cit., 395.

Mercer, R. T. Becoming a Mother. Springer Series: Focus on Women, 1995

- Op.cit., 267
- Op.cit., 68
- Op.cit., 64
- Op.cit., 14-15
- Op.cit., 31
- Op.cit., 73
- Op.cit., 245
- Op.cit., 173
- Op.cit., 22
- Op.cit., 209
- Op.cit., 23
- Op.cit., 131
- Op.cit., 75
- Op.cit., 293
- Op.cit., 29

Mercer, Ramona Chronically in children: Now families adjust. Journal Development. FAAN,
June. 1998

Mizrahi, L. Las mujeres y la culpa. Argentina: Editorial Latinoamericana. 1989

Montagu, A. La Dirección del Desarrollo Humano. Madrid, España: Editorial Tecnos S.A., 1969

Moya, L. Introducción a la estadística de la salud. San José: Editorial Universidad de Costa Rica,
1989

Neeson, J. Consultor de Enfermería Obstétrica. Barcelona, España: Editorial Océano.

Olds, S. y otros. Enfermería Materno-Infantil. México: Nueva Editorial Interamericana S.A., 1992

OMS/UNICEF Programa Regional de Salud Materno Infantil. Documentos básicos en
reproducción humana. Washington, 1986, 86

OPS/OMS Guía sobre educación comunitaria en Salud Perinatal. Washington D.C. 1988

Pérez Sánchez Obstetricia. Santiago-Chile. Publicaciones Técnicas Mediterráneo, 1986

Ramos, S. Enfoque social de la maternidad. Argentina: Fundación de Estudios e Investigación de
la Mujer, 1992

Reed, E. The explanation of behavior. Londres, 1973

Rivera, C. Revisión Teórica sobre los mitos de la maternidad. Revista de Ciencias Sociales.

U.C.R, Setiembre, 1986

Rosello, Gurra y otros. La relación madre-hijo en las primeras semanas de vida. Uruguay,

Montevideo: CLAI-OPS-OMS, N° 1150.

Rubin, R. Maternidad tasks in pregnancy. Maternal-child Nursing Journal, 1975,4

Rubin, R. Binding-in in the postpartum period. Maternal-Child Nursing Journal, 1977,6

Rubin, R. Research in clinical nursing. Journal of Advanced Nursing, N°3, 1977,3

Rubin, R. Two psychological aspects of the postpartum period. N.Y, Women's health:

Childbearing, 1983, 2

Rubin, R. Maternal identify and the maternal experience. New York: Springer Publishing Co, 1984

Rubin, R. Logro del rol maternal. Nursing Research, Washington, D.C., 1985

Rubin, R. Reflections on the gift of birth. Clinical Nursing Research, 1992, 1

- Op.cit., 128.



Ruiz, Wong Programa de capacitación en Alojamiento en conjunto. Tesis de Graducación de Licenciatura en Enfermería con Enfoque en Salud de la Mujer y Perinatología, Universidad de Costa Rica, Escuela de Enfermería, 1990

Saifer, R. Psicología del Embarazo, Parto y Puerperio. Buenos Aires, Argentina: Editorial Kargieman, 1984

Salter, Lecturas de Psicología del Niño. Madrid, España: Editorial Alianza, 1982

Selliz Métodos de Investigación en las relaciones sociales. Madrid, España: Ediciones RIALI S.A., 1974

Shustec, C. Employed first-time mothers: A typology of maternal responses to integrating parenting and employment family relations, 1993, 42.

Spitz, R. El primer año de vida del niño. México, D.F.: Editorial Fondo de Cultura Económica. 1975

Stein, D. La primera relación madre-hijo. España: Editorial Morata, 1981

Toulmin, S., otros. La explicación en las ciencias de la conducta. Madrid-España: Editorial Alianza, 1974

UNIFPA Estado de la población mundial, 1987. Nueva York Fondo de Población Naciones Unidas, 1987

Wattinson Attachment and Loss. Journal of Medical Psychology, 1975,3.

- Op.cit., 156.
- Op.cit., 190.

ANEXOS

ANEXO N°1

**Correspondencia de las coordinaciones
realizadas con las entidades
hospitalarias respectivas**



UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
ESCUELA DE ENFERMERIA

18 de Agosto de 1998
EE-TFG-141-98

Señoritas
Índira Montenegro
Laura Mora
Estudiantes Licenciatura
ESCUELA DE ENFERMERIA

Estimadas señoritas:

Por este medio me dirijo a ustedes para hacer de su conocimiento que esta comisión aprobó en su sesión 19-98, celebrada el pasado 21 de julio de 1998, el informe de TESIS, bajo el título de: "Caracterización de las conductas presentadas por las madres en el puerperio inmediato en las salas de parto y maternidad de los hospitales San Juan de Dios y Max Peralta de Cartago. En relación con el concepto denominado rol materno de la teoría de Ramona I. Mercer. Primer semestre 1998".

Le ruego solicitar a la Directora de esta Unidad Académica se sirva nombrar el Comité Asesor que tendrá a su cargo la realización de dicho proyecto.

Augurándole éxito en la ejecución de la misma, de usted.

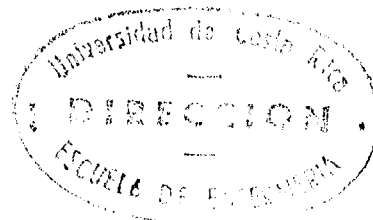
Atentamente,

Lídda. Ana Leticia Rodríguez.

COORDINADORA

COMISION TRABAJOS FINALES DE GRADUACION

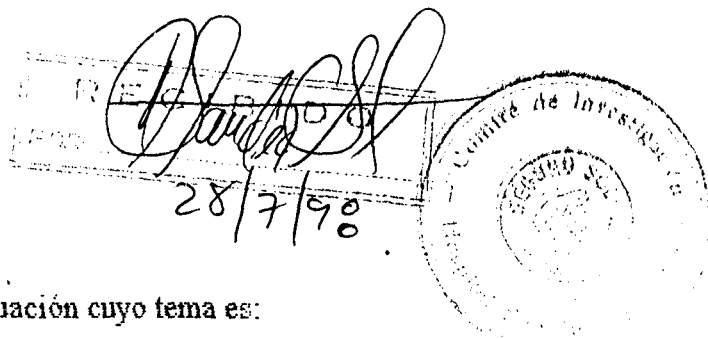
ESCUELA DE ENFERMERIA



CC: M.Sc. Olga Marta Solano, Directora Esc. Enfría
M.Sc. Griselda Ugalde S., Directora Proyecto
Expediente estudiante Archivo

San José, 27 de julio de 1998

Doctor Vindas
Comisión Estudios de Investigación
Hospital San Juan de Dios



Estimado señor:

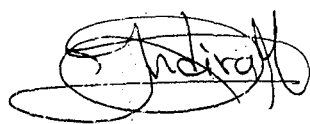
Para realizar nuestro trabajo final de graduación cuyo tema es:

“ Caracterización de las conductas presentadas por las madres en el puerperio inmediato en las salas de parto y maternidad de los hospitales San Juan de Dios en San José y Max Peralta de Cartago, en relación con el concepto denominador “rol materno”, de la Teoría de Ramona T. Mercer II Semestres, 1998 ”.

Le solicitamos su respectiva autorización, para realizar las visitas programadas a las salas de parto y postparto del Hospital San Juan de Dios, durante los meses de agosto, setiembre, octubre, dos veces a la semana durante el primer turno. Y lograr así el objetivo de nuestro estudio.

Agradecemos de antemano su colaboración y esperamos su pronta respuesta.

Atentamente,

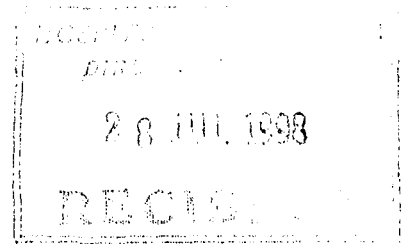


Bach. Indira Montenegro Soto
Estudiante Obstetricia U.C.R.



Bach. Laura Mora Marín
Estudiante Obstetricia U.C.R.

San José, 27 de julio de 1998



Doctor
V́ctor Navarrete Acosta
Director Ḿdico
Hospital Max Peralta de Cartago

Estimado seńor:

Para realizar nuestro trabajo final de graduaci3n cuyo tema es:

“ Caracterizaci3n de las conductas presentadas por las madres en el puerperio inmediato en las salas de parto y maternidad de los hospitales San Juan de Dios en San Jos3 y Max Peralta de Cartago, en relaci3n con el concepto denominador “rol materno”, de la Teorí de Ram3n T. Mercer II Semestres, 1998 ”.

Le solicitamos su respectiva autorizaci3n, para realizar las visitas programadas a las salas de parto y postparto del Hospital Max Peralta, durante los meses de agosto, setiembre, octubre, dos veces a la semana durante el primer turno. Y lograr aś el objetivo de nuestro estudio.

Agradecemos de antemano su colaboraci3n y esperamos su pronta respuesta.

Atentamente,

Bach. Indira Montenegro Soto
Estudiante Obstetricia U.C.R.

Bach. Laura Mora Marín
Estudiante Obstetricia U.C.R.

San José, 23 de julio de 1998

Doctor

Francisco Rodríguez Varela, Coordinador
Área de Ginecoobstetricia
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

Estimado señor:

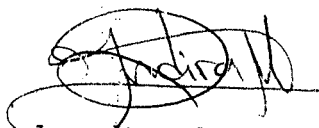
Para realizar nuestro trabajo final de graduación cuyo tema es:

" Caracterización de las conductas presentadas por las madres en el puerperio inmediato en las salas de parto y maternidad de los hospitales San Juan de Dios en San José y Max Peralta de Cartago, en relación con el concepto denominado "rol materno", de la Teoría de Ramona T. Mercer. II Semestre, 1998 "

Le solicitamos su respectiva autorización, para realizar las visitas programadas a las salas de parto y posparto del Hospital San Juan de Dios , durante los meses de agosto, setiembre, octubre, dos veces a la semana durante el primer turno. Y lograr así el objetivo de nuestro estudio.

Agradecemos de antemano su colaboración y esperamos su pronta respuesta.

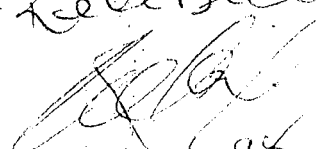
Atentamente,



Bach. Indira Montenegro Soto
Estudiante Obstetricia U.C.R.



Bach. Laura Mora Marín
Estudiante Obstetricia U.C.R.

Recibido

23-VII-98

San José, 27 de julio de 1998

Señora
Elieth Arrieta
Directora de Enfermería
Hospital Max Peralta

Estimada señora:

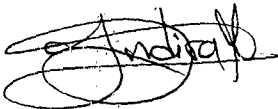
Para realizar nuestro trabajo final de graduación cuyo tema es:

“ Caracterización de las conductas presentadas por las madres en el puerperio inmediato en las salas de parto y maternidad de los hospitales San Juan de Dios en San José y Max Peralta de Cartago, en relación con el concepto denominador “rol materno”, de la Teoría de Ramona T. Mercer II Semestres, 1998 ”.

Le solicitamos su respectiva autorización, para realizar las visitas programadas a las salas de parto y postparto del Hospital Max Peralta, durante los meses de agosto, setiembre, octubre, dos veces a la semana durante el primer turno. Y lograr así el objetivo de nuestro estudio.

Agradecemos de antemano su colaboración y esperamos su pronta respuesta.

Atentamente,



Bach. Indira Montenegro Soto
Estudiante Obstetricia U.C.R.



Bach. Laura Mora Marin
Estudiante Obstetricia U.C.R.

Rec. 0
23/7/98

San José, Costa Rica, .

November 20, 1998.

Chairperson,
Department of Nursing
California State University,
San Francisco .

Dear Mr. (Mrs) (Miss):

To whom it may concer we would like to let you know that we are Bachelors in Science of the Infirmary of the University of Costa Rica, and we are looking forward to a Master in Infirmary with Enphasis in Women's health and Perinatology for which we are making an investigation using the Ramona T. Mercer's theory "The adoption of the maternal role".

The topic of our study is: **To characterize the behavior that mothers show previous child birth at the San Juan de Dios and Max Peralta's Hospitals, according to the mentioned maternal role of Ramona T. Mercer's theory, II Semester, 1998.**

It's our understanding that the P.h.D.R.N. Ramona Mercer is a well known professor of your University and we are asking for your help we would like to get in touch with her by any means, phone number, fax, e.mail, P.O.BOX.

Our address is:

Laura Mora
Código 2110
Apartado 189
Ipis de Guadalupe
San José, Costa Rica

We will really appreciate your help.

Sinceraly,

B.C.E. Indira Montenegro Soto

B.C.E. Laura Mora Marín

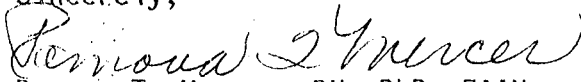
December 31, 1998

Laura Mora
Codigo 2110
Apartado 189
Ipis de Guadalupe
San Jose, Costa Rica

Dear Ms. Mora:

Your letter was forwarded to me. I have been retired several years.
However, I am writing to wish you well with your new graduate programs.

Sincerely,

A handwritten signature in cursive script that reads "Ramona T. Mercer".

Ramona T. Mercer, RN, PhD, FAAN
1809 Ashton Avenue
Burlingame, CA 94010-5712

e-mail address:
R.MERCER@JUNO.COM

San José, Costa Rica
January 14th, 1999.

Ramona Thieme Mercer

Mrs. Mercer:

Allow us to say how are you? and to thank you for answering our previous letter.

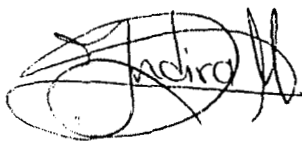
To accomplish our research, we were able to obtain two of your books: BECOMING A MOTHER and TRANSITIONS IN A WOMAN'S LIFE, that with the help of a translator we were to learn more information about your work.

Our goal, once we conclude our presentation about our work, we would like to send you a Summary. Mrs. Mercer, even though the theory of the maternal role is studied at a college level, were the first ones to include your work in our investigation and for the first time present it to the Costa Rican people.

Therefore we would be honored to have you with us to support our thesis, because it would be a great honor for us.

Mrs. Mercer we hope you would be interested on being part of our presentation which we would really like, because we really admire your helpful work on behalf of this topic.

Sincerely yours,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Indira", with a large, stylized flourish extending to the right.

B.C.E. Indira Montenegro Soto

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Laura", with a large, stylized flourish extending to the right.

B.C.E. Laura Mora Marín

ANEXO N°2

Entrevista inicial

y Final

**“CONCEPCION DE LA MATERNIDAD POR
PARTE DE LAS MADRES SELECCIONADAS”
(PREPARTO Y POSTPARTO)**

ANEXO N° 2

Página 1

Entrevista Inicial: “Concepción de la maternidad por parte de las mujeres seleccionadas (preparto)”.

Estimada señora:

Por medio de estas preguntas estamos realizando un trabajo de investigación respecto a la maternidad.

Nuestro objetivo es conocer su opinión sobre el tema, de acuerdo a su experiencia personal. Pedimos su colaboración para responderlas. Les aseguramos la confidencialidad de la información.

¿Qué cree usted que es la maternidad, qué significa ser madre? Explique.

¿Qué siente usted al pensar en su bebé?

¿Cuáles son sus planes con respecto al bebé?

¡Muchas Gracias!

ANEXO N° 2

Página 2

Entrevista Final: “Concepción de la maternidad por parte de las mujeres seleccionadas (postparto)”.

Estimada señora:

Por medio de estas preguntas estamos realizando un trabajo de investigación respecto a la maternidad.

Nuestro objetivo es conocer su opinión sobre el tema, de acuerdo a su experiencia personal. Pedimos su colaboración para responderlas. Les aseguramos la confidencialidad de la información.

¿Qué cree usted que es la maternidad, qué significa ser madre? Explique.

¿Qué siente usted al tener a su bebé en brazos?

¿Cuáles son sus planes con respecto al bebé ahora que está con usted?

¡Muchas Gracias!

ANEXO N°3

“CUESTIONARIO PARA DETERMINAR LOS FACTORES
Y CONDUCTAS PRESENTADAS POR LAS
MADRES EN EL PUERPERIO
INMEDIATO”

INSTRUCTIVO

I. Datos Generales:

1. Anotar la edad en años cumplidos.
2. Anotar su estado civil (soltera, casada, divorciada, unión libre o separada).
3. Anotar a dónde vive actualmente.
4. Anotar hasta qué nivel de estudios realizó (primaria, secundaria, universidad, otros).
5. Anotar en qué trabaja actualmente o si es ama de casa.
6. Anotar el número de embarazos, partos, abortos, cesáreas.
7. Anotar la cantidad de hijos vivos.
8. Anotar la cantidad de personas que viven en el hogar (incluye niños y adultos).

II. De la Pregunta N°9 a la N°26 responda su opinión vivencia personal

¡Muchas gracias por su atención!

CUESTIONARIO - ENTREVISTA

I. Parte: Datos Generales:

- 1. Edad _____
- 2. Estado Civil: _____
- 3. Ocupación: _____
- 4. Lugar de residencia: _____
- 5. Nivel de estudios realizados: _____
- 6. G: P: A: C:
- 7. Número de hijos vivos _____
- 8. Personas que viven en el hogar _____

II. Parte:

- 9. ¿Cómo cree usted que ha sido su salud en este embarazo?

- 10. ¿Llevó un control durante su embarazo? Si ____ No ____ ¿Por qué?

- 11. ¿Qué pensó y qué sintió al saber que estaba embarazada?

Anexo N°3

Página 4

12. ¿Qué significa para usted este embarazo? Explique.

13. ¿Espera algún sexo en especial? Si ____ No ____ Por qué?

14. ¿Tiene usted pareja o compañero? Si ____ No ____ (Si contesta no, pase a la pregunta 18).

15. ¿Cómo ha aceptado su pareja este embarazo?

16. ¿Cuál y cómo ha sido el apoyo que le ha dado su pareja durante su embarazo?

ANEXO N°3

Página N°5

17. ¿Cómo ha aceptado su familia y allegados este embarazo?

18. ¿Cuál y cómo ha sido el apoyo que le ha dado su familia y allegados durante su embarazo?

19. ¿De dónde proviene el dinero para los gastos del hogar, su embarazo y su bebé?

20. Explique ¿cómo ha sido su estancia en el hospital?

21. ¿Cuál ha sido su experiencia en este parto?

ANEXO N°3

Página N°7

Si este es su primer hijo (a) conteste las siguientes preguntas:

27. ¿Qué pensó y/o sintió usted en el primer embarazo.

28. Considera usted ¿qué es diferente la experiencia? Explique.
