

**UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE
MOGROVEJO**



**EDUCACIÓN DE LAS ENFERMERAS PARA LA
ADOPCIÓN DEL ROL MATERNO DE MADRES
PRIMERIZAS CON HIJOS PREMATUROS
CHICLAYO, 2012**

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

**AUTORAS: Bach. Elizabeth Jeannette Jiménez Márquez.
Bach. Alejandra Beatriz Sosa Silva.**

Chiclayo, 17 de Enero del 2014

**EDUCACIÓN DE LAS ENFERMERAS PARA LA
ADOPCIÓN DEL ROL MATERNO DE MADRES
PRIMERIZAS CON HIJOS PREMATUROS
CHICLAYO, 2012**

POR:

Bach. Elizabeth Jeannette Jiménez Márquez.

Bach. Alejandra Beatriz Sosa Silva.

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

LICENCIADO EN ENFERMERÍA

APROBADO POR:

Mgtr. Julia Victoria Panta Chapoñan.

Presidente de Jurado

Mgtr. Mayla Amelia Barreto Quiroz.

Secretaria de Jurado

Mgtr. Elizabeth Soledad Guerrero Quiroz.

Vocal/Asesor de Jurado

CHICLAYO, Enero del 2014

DEDICATORIA

A DIOS

Que con su gran poder y divinidad ha guiado nuestros caminos, dándonos la fortaleza necesaria para vencer obstáculos hallados en nuestras vidas y orientándonos a lograr un exitoso desarrollo de esta investigación.

A NUESTROS QUERIDOS PADRES

Por su ayuda, confianza y esfuerzo en brindarnos siempre lo mejor, por guiarnos con amor y sabiduría para así lograr con éxitos andar por lo escalones que tiene la vida, siendo este uno de ellos: **SER PROFESIONAL.**

Elizabeth y Alejandra

AGRADECIMIENTO

A NUESTRA QUERIDA ASESORA

Maestra y amiga, por sus sabias enseñanzas, apoyo constante, y experiencias de vida en la realización de este trabajo, siendo un ejemplo a seguir. Dios la colme de bendiciones.

A LA UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO

Por abrirnos las puertas a su hogar de sabiduría, cultivándonos valores de respeto y veracidad, por ser personas de bien con sabios conocimientos en el futuro camino que nos espera.

A NUESTROS AMORES

A las personas que nos hacen experimentar emociones gratificantes, por el apoyo incondicional que nos brindan, y ser un estímulo positivo en nuestras vidas, compartiendo detalles únicos e irrepetibles, dándonos un aliento de esperanza cada día.

Elizabeth y Alejandra

INDICE

	Pág.
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
RESUMEN	vi
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN	8
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL:	10
1.1 Antecedentes	10
1.2 Base teórico conceptual.	13
CAPÍTULO II: MARCO METODOLÓGICO:	18
2.1 Tipo de investigación	18
2.2 Abordaje Metodológico	19
2.3 Sujetos de Investigación	22
2.4 Escenario	22
2.5 Instrumentos de recolección de datos	24
2.6 Procedimiento	24
2.7 Análisis de datos	25
2.8 Criterios Éticos	26
2.9 Criterios de Rigor Científico	27
CAPÍTULO III: RESULTADOS Y ANÁLISIS:	29
Consideraciones Finales	43
Recomendaciones.	44
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:	45
ANEXOS	47

RESUMEN

La presente investigación titulada: Educación de las Enfermeras para la Adopción del rol Materno de madres primerizas con hijos prematuros, Chiclayo 2012, tuvo como objetivos: identificar, analizar y describir la educación que brindan las enfermeras a las madres primerizas con hijos prematuros; cuyo objeto de estudio fue la educación brindada por las enfermeras. El marco teórico fue sustentado por la teoría de Ramona Mercer. Es una investigación cualitativa con diseño de estudio de caso, los sujetos de estudio fueron siete madres primerizas con hijos prematuros que concurrieron al servicio de Neonatología del H.N.A.A.A.; para la recolección de datos se utilizó la entrevista semi estructurada a profundidad.

En el análisis de contenido se obtuvieron tres categorías y una subcategoría: Categoría I: Promoviendo el vínculo afectivo madre - hijo a través de la lactancia materna, Subcategoría 1.1: Mamá Canguro y Estimulación Temprana, Categoría II: Educando sobre los cuidados primordiales para el Recién Nacido Prematuro: Higiene, vestimenta y abrigo; Categoría III: Buscando la trascendencia Espiritual del Recién Nacido Prematuro: Bautizo. Se tomó en cuenta los principios de la ética personalista de Elio Sgreccia, y los criterios de rigor científico. Concluyendo, que la educación impartida por las enfermeras fue de vital importancia, permitiendo satisfacer las necesidades básicas del prematuro: alimentación, higiene, vestimenta, abrigo, mamá canguro y estimulación temprana, logrando muchas veces una evolución positiva. Asimismo inculcan la fe en Dios, porque es quien guía los cuidados que brindan cada día.

Palabras claves: Educación, Enfermería, Rol materno, Madre Primeriza, Prematuro, Cuidados de Enfermería.

ABSTRACT

The present study titled: Education for Nurses Adoption of Maternal role mothers with premature babies, Chiclayo 2012, were to: identify, analyze and describe nurses providing education to new mothers with premature babies, whose object study was the education provided by nurses. The theoretical framework was supported by the theory of Ramona Mercer. It is a qualitative research case study design, study subjects were seven mothers with premature children who attended the service HNAAA Neonatology, data collection for the depth semi-structured interview was used.

Category I: In the content analysis three categories and a subcategory were obtained Promoting bonding between mother - child through breastfeeding, Subcategory 1.1: Mama Kangaroo and Early Stimulation, Category II: Educating on primary care for the newborn Born Premature: Hygiene, clothing and shelter; Category III: Seeking the Spiritual transcendence Premature Newborn: Baptism. It took into account the principles of personalist ethics Sgreccia, and criteria for scientific rigor. Concluding that the education provided by nurses was crucial, allowing the basic needs of prematurity: food, hygiene, clothing, shelter, kangaroo mom and early stimulation, often achieving a positive development. Also instill faith in God, because it is who guides the care they provide every day.

KEY WORDS: Education, Nursing, Maternal Role, Mother First Timer, Premature, Nursing Care.

INTRODUCCIÓN

El parto pretérmino es un problema de salud perinatal importante en todo el mundo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), mostraron que en el 2005 se registraron 12,9 millones de partos pretérmino. Aproximadamente 11 millones (85%) se concentraron en África y Asia, mientras que en Europa y América del Norte (excluido México) se registraron 0,5 millones en cada caso, y en América Latina y el Caribe, 0,9 millones. Las tasas más elevadas de prematuridad se dieron en África y América del Norte (11,9% y 10,6% de todos los nacimientos, respectivamente), y las más bajas en Europa (6,2%).¹

A nivel nacional en el año 2012, tuvimos que la amenaza y parto pretérmino son problemas de salud pública nacional dada su alta incidencia, esta problemática se presentó en nuestro país con una frecuencia del 5 al 10%, de los cuales el 8% fueron en Lima conllevando a que en el Perú alrededor de 50 mil niños nazcan prematuramente. En la Maternidad de Lima se registran 1,600 partos pretérmino anualmente, cifra que se ha mantenido estable en los últimos 5 años. Para esta institución, los nacimientos prematuros representaban el 9% de sus partos totales.² A nivel regional según la Gerencia Regional de Salud (GERESA) en el año 2011, nos mostraron que hubo 384 casos registrados en Lambayeque a nivel de Ministerio Nacional de Salud (MINSA), mientras que los registrados en ESSALUD ascendieron a 383, de los cuales 255 fueron de Chiclayo, 125 en Lambayeque y 3 casos en Ferreñafe.³

Así mismo durante el desempeño de nuestras prácticas hospitalarias, se evidencio que en el servicio de Neonatología del H.N.A.A.A., había una gran población de madres primerizas con hijos prematuros, que al interactuar con ellas demostraron preocupación, desesperación y angustia, al saber que sus hijos eran de esa condición, por el hecho de que debieron quedarse y no pudieron estar mucho tiempo cerca de ellos. También sintieron dicha

incertidumbre por la alimentación, manifestando que no poseían mucha cantidad de leche.

Por otro lado existieron otras causas de preocupación al saber que en algún momento serían dados de alta y tendrían que preparar la casa para su próxima llegada, no sabían sí lo iban a llevar a su propio cuarto, o a un cuarto especial; como lo bañarían, cambiarían de ropa, desconocían el manejo de estos niños, además revelaron que era su primer hijo y estaban aprendiendo recién hacer madres. Por lo que la enfermera educa sobre los cuidados que debían brindar a sus hijos desde el primer momento que tuvieron contacto con ellos hasta los días sucesivos. Ante ello se desarrolló la siguiente interrogante: ¿Cómo educa las enfermeras a las madres primerizas con hijos prematuros, Chiclayo 2012?

Planteándose los siguientes objetivos: Identificar cuál es la educación que brinda las enfermeras a las madres primerizas con hijos prematuros, analizar como las madres primerizas ofrecen sus cuidados a sus hijos prematuros y describir como las madres perciben y afrontan el duelo anticipado de sus hijos prematuros; cuyo objeto de estudio fue la educación brindada por las enfermeras.

El presente trabajo se justificó porque ayudó a mejorar el cuidado brindado por parte de las madres primerizas a los recién nacidos prematuros durante y post hospitalización; logrando vencer algunos temores o preocupaciones para la atención del mismo. Además contribuirá con el enriquecimiento del tema de los cuidados del recién nacido prematuro en el desarrollo de la asignatura Materno Infantil.

I. MARCO TEÓRICO:

1.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

El estudio realizado por Vásquez Tirado Maru Geraldine y Zeña Tantalean Santos Maritza, realizada en el Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque, que lleva como título de investigación “**Historias de Vida de las madres primerizas que tienen un hijo prematuro HPDBL, Marzo – Julio 2007**”, cuya investigación es de tipo cualitativa con abordaje historia de vida, tuvo como metodología longitudinal. Su objetivo fue: analizar las historias de vida de las madres primerizas que tienen un hijo prematuro. Teniendo como conclusión: en las historias de vida de las madres primerizas, de los niños prematuros, se evidencio que cada una experimento alegría e ilusión al saber que pronto serian madres; fantaseaban con ellos en el nombre y sexo, y las actividades que realizarían cuando estos crezcan, para muchos fue el mayor deseo hecho realidad, asumiéndolo con entusiasmo y responsabilidad. Las madres primerizas con un hijo prematuro en el momento que conocen el diagnóstico de su hijo experimentan sentimientos de angustia, miedo, dolor, culpa por algún error o pecados cometidos o consecuencia de un castigo divino.⁴

En la investigación realizada por Olmo Palma Isabel, “**Participación de los padres en la atención del recién nacido en la unidad de cuidados intensivos neonatal**”, tiene como tipo de investigación cualitativa. Sus objetivos planteados fueron, cómo es valorado la visita de los padres a la UCIN, su interrelación con el personal de salud, su participación en el manejo y cuidado del RN. Ante su ejecución se llegó a los siguientes resultados tales como; la visita de las madres y padres a sus hijos en la UCIN, se produjo en su gran mayoría en las primeras 72 horas después del ingreso. Por otro lado más de la mitad de los padres cuyos hijos ingresaron en la UCIN, eran solteros, el nivel medio de escolaridad, predominó en ellos. También se concluyó con que la visita conjunta a la UCIN fue considerada por los padres como necesaria, útil y de ayuda en su gran mayoría y la atención a sus hijos se catalogó por los padres con mayor frecuencia como

activa, continua, participativa y oportuna, en ese orden. Por consiguiente la visita conjunta de los padres a sus hijos, disminuyó significativamente la estadía de los mismos en la UCIN, y no constituyó un factor de riesgo para la ocurrencia de sepsis neonatal. Ante ello debe generalizarse la experiencia de la visita conjunta de los padres a UCIN, incrementando la participación multidisciplinaria del equipo de salud y por consiguiente es necesario ampliar los horarios y tiempo de visita de los padres en la UCIN, que permita incrementar su actividad participativa y mejorar continuamente la calidad de la información recibida por ellos.⁵

La investigación realizada por Silva Alejandra Riquelme, titulada: **“comportamiento materno durante la hospitalización del recién nacido prematuro y bajo peso”**, fue un estudio cualitativo, descriptivo, retrospectivo, longitudinal y transversal. Teniendo como objetivo: determinar las características del comportamiento materno, y la evolución de este, durante la hospitalización del recién nacido prematuro – bajo peso, en la Unidad de Neonatología del Hospital Clínico Regional Valdivia. Durante el periodo noviembre y diciembre del año 2002. Teniendo como resultados: en la aplicación del primer instrumento, cinco madres refirieron tener miedo frente a la hospitalización de sus hijos, otra madre sentía incertidumbre y una de ellas aceptaba esta situación.

En la aplicación del segundo instrumento, dos madres refirieron sentirse ansiosas, dos sentían incertidumbre, una madre refirió tener miedo y otras dos aceptaban estos momentos de hospitalización.

En la aplicación del tercer y cuarto instrumento, tres madres refirieron sentir ansiedad ante la hospitalización de sus hijos y las otras cuatro, lo aceptaban. Las conclusiones las que se llegaron fueron: relacionando con la evolución del comportamiento materno se concluye que este era de aceptación, miedo y ansiedad al comenzar el estudio, sin embargo a medida que finalizaba la investigación la cual duró aproximadamente un mes y medio, el miedo ya se mostraba mitigado prácticamente en su totalidad, adquiriendo cada vez más fuerza la aceptación y la ansiedad de las madres. Para aclarar el

comportamiento de miedo, es importante mencionar que las madres al iniciar el estudio fueron:

- Saber que sus hijos se encontraban hospitalizados ya sea en la Unidad de Cuidados Intensivos o Intermedios Neonatal.
- La instrumentalización a la que estaba siendo sometido su hijo en la unidad.
- La comunicación de la existencia de secuelas en su hijo, por algún integrante del equipo de salud de la unidad.⁶

Por otro lado el estudio realizado por María del Carmen Garrido Hidalgo y Marleny Marchán Coronado, titulada: **“Adopción del rol materno en madres adolescentes primerizas según grupo de convivencia”**, de tipo cuantitativo, descriptivo - comparativo. Su objetivo general planteado fue:

Analizar comparativamente la adopción del rol materno entre las madres adolescentes primerizas, que asisten a un hospital de Trujillo, según su grupo de convivencia. Ante su ejecución se obtuvieron el siguiente resultado, evidenciando que las madres adolescentes primerizas que viven sólo con la pareja alcanzan con mayor frecuencia un nivel medio en la adopción del rol materno, al igual que el grupo de convivencia formado por la pareja y la familia de origen. Por otro lado, se observa que los grupos de convivencia que alcanzan un nivel bajo en la adopción del rol materno son los grupos conformados por las madres adolescente primerizas que vive con su pareja y la familia de éste, y el grupo en el que la adolescente vive solo con la familia de origen. Las conclusiones que obtuvieron; la adopción de rol materno en las madres primerizas de la ciudad de Trujillo varía significativamente, según el grupo de convivencia al que pertenezcan. Al analizar los resultados podemos determinar que la presencia de la pareja de la madre adolescente primeriza trujillana, es un agente positivo para que dicho rol se dé de forma favorable y alcance niveles adecuados, al compartir responsabilidades en relación a la crianza del bebé y debido al

afecto y seguridad que éste brinda a la madre adolescente al convivir los dos solos o en compañía de la familia de origen.⁷

1.2. BASE TEÓRICO-CONCEPTUAL

En la ejecución de la siguiente investigación se consideró oportuna la mención de términos que contribuyeron al entendimiento del tema investigado. En un primer momento se desarrolló la teoría que dirigió nuestra investigación, luego se hizo la conceptualización de educación, prematuro, madre primigesta y de cuidados de enfermería.

La teoría de Ramona Mercer “Adopción del Rol Maternal”, es un proceso interactivo y de desarrollo que se produce a lo largo del tiempo en el cual la madre establece un vínculo con su hijo, adquiere competencia en la realización de los cuidados relacionados con su rol, expresa placer y gratificación en el cumplimiento del mismo. El estado personal en el cual la madre experimenta un sentimiento de armonía, confianza y competencia en la forma en que desempeña su rol, es el punto final de la adopción del rol maternal: la identidad como madre.⁸

Utilizamos esta teoría debido a que nuestros sujetos de estudio fueron siete madres primerizas precoces y/o tardías que experimentaron la gran dicha de ser mamás, por ende la adopción de su rol se desarrolla desde el momento en que ella acepta estar embarazada, el querer tener a su hijo, asistiendo a sus controles, e incluso después de su nacimiento. La presente investigación abarcó la adopción del rol materno desde su nacimiento, pasando por una separación precoz maternofilial debido a que era un bebé prematuro.

El modelo de la adopción del rol materno propuesto por Mercer se modificó describe la existencia de sistemas: ⁸

1. Microsistema, es el entorno inmediato donde se produce la adopción del rol maternal que incluye: la familia y factores como la dinámica familiar, la

relación entre la madre y el padre, el apoyo social y el estrés, siendo este la parte más influyente en la Adopción del Rol Maternal.

2. El mesosistema, está constituido por el resto de la familia, la escuela, el trabajo, la iglesia y otras entidades que se encuentren en la comunidad más inmediata de la madre.
3. El macrosistema, hace referencia a los prototipos generales que existen en una cultura en particular o en la coherencia cultural transmitida, incluyendo: las influencias sociales, políticas y culturales sobre los otros dos sistemas.

La adopción del rol materno es un proceso que sigue cuatro estadios de adquisición del rol:⁸

La anticipatoria, empieza durante la gestación e incluye los primeros ajustes sociales y psicológicos al embarazo. La madre aprende las expectativas del rol, fantasea sobre él, establece una relación con el feto que está en el útero y se inicia la adopción del rol.

La formal, comienza cuando el niño nace e incluye el aprendizaje del rol y su activación. Las conductas de rol se orientan por medio de las expectativas formales y consensuales de los otros en el sistema social de la madre.⁸ De acuerdo a la teoría de Mercer los sujetos de estudio se encuentra en este estadio, en el cual relaciona a la madre con el hijo desde su nacimiento, ahí donde la mamá comienza a desarrollar su rol maternal. Asimismo Ramona Mercer conceptualiza “separación precoz materno filial” diciendo que es la separación de la madre después del nacimiento a consecuencia de alguna enfermedad y/o por ser un bebé prematuro.

La informal, se inicia cuando la madre desarrolla sus propias maneras de realizar el rol no transmitidas por el sistema social. La mujer hace que el nuevo rol encaje en su estilo de vida basándose en experiencias pasadas y objetivos futuros. Este estadio se desarrolló desde el momento que la madre

hace que el nuevo rol entre en su estilo de vida fundándose en vivencias pasadas para así lograr sus metas futuras.

La personal o de identidad de rol, se produce cuando la mujer experimenta un sentimiento de armonía, confianza y competencia en la forma que desempeña su papel; considerándose el rol maternal alcanzado. Es aquí donde la madre interioriza, vive el rol, logrando experimentar un sentimiento de armonía, confianza, competitividad en la manera de realizar su rol, y alcanzar el rol maternal idóneo. Por lo cual los estadios de adopción del rol se unen y se ven reformados por el crecimiento y el desarrollo de su bebé y la posibilidad de tenerlo en casa junto a ella. Este último estadio puede alcanzarse en un mes o en varios meses.

Se pudo apreciar según esta teoría, que la madre ha podido desarrollar su rol a través del proceso interactivo, frente a la llegada de su bebé prematuro, dicho proceso fue evolucionando a lo largo de un cierto período de tiempo y durante el cual la madre tuvo que esperar estar separada del bebé, volver a interactuar con él hasta proporcionarle la lactancia materna, es ahí donde confluyeron diferentes emociones, experiencias y sentimientos; que fueron adquiriendo para adaptarse a tratar a su bebé a lo largo de su desarrollo.

Por otra parte hablaremos de la educación, el cual juega un papel importante en la vida de los seres humanos, permitiendo detectar la desinformación que la madre pueda tener acerca de los cuidados para el bebé prematuro en el hogar, si nos situamos en el lugar de ellas podemos decir que la enfermera les da la oportunidad para que puedan preguntar sobre sus dudas e inquietudes, y obtener dicha información. De esta forma las madres pueden informarse y aprender acerca de los riesgos que pueda atravesar el prematuro, reconocer los signos de alarma y poder actuar acertadamente.⁹

Asimismo la educación que brinda la enfermera a las madres primerizas están basadas en los cuidados primordiales que el prematuro debe recibir en el hogar como son: la lactancia materna, el baño, como colocar y sostener al prematuro, el vínculo afectivo madre e hijo, alimentación, y el cuidado de su ambiente; con el propósito de beneficiar en lo posible el desarrollo del prematuro.

La OMS define como prematuro a los neonatos vivos que nacen antes de 37 semanas a partir del primer día del último período menstrual y con un peso al nacer igual o inferior a 2500gr. Prematuro es una palabra que se utiliza también para denotar inmadurez. Los lactantes de muy bajo peso al nacer (MBPN) pesan menos de 1500 gr., los bebés con bajo peso al nacer (BPN), pesan menos de 2500gr., y los niños que pesan menos de 1000 gr. se consideran con extremado bajo peso al nacer (EBPN). Existe otra clasificación del prematuro según la edad gestacional: el prematuro antes de las 37 semanas, el prematuro tardío entre las 34 y 36 semanas, el prematuro moderado entre las 32 y 34 semanas; el prematuro extremo antes de las 32 semanas y el prematuro muy extremo antes de las 28 semanas de gestación. Los fetos con retraso de crecimiento intrauterino para su edad de gestación (también llamados pequeños para la edad de gestación [PEG]) o ambos.¹⁰

Por otro lado se conceptualizo que la primigrávida, es cuando una mujer está embarazada por primera vez, y primípara es cuando una mujer que ha completado un embarazo con un feto o fetos que han alcanzado la viabilidad.¹¹

Ahora bien Schwarcz Ricardo, nos da a conocer la siguiente clasificación de una primigrávida: ¹²

La Primiparidad precoz; se considera así cuando el primer parto ocurre antes de los diecisiete años. De los diez a catorce años de edad puede existir maduración y estallido folicular y por lo tanto fecundación, pero el embarazo sorprende a la niña con un aparato genital insuficientemente desarrollado,

infantil. Puede haber abortos o partos prematuros por mala adopción del útero a su contenido. En el parto pueden sobrevivir distocias que falta de desarrollo pelviano y originarse anomalías por deficiencias de las contracciones uterinas que se continúan durante el alumbramiento.¹²

La Primiparidad tardía: es cuando la mujer tiene su primer parto después de los 30 años. También se la rótula de primípara añosa o atempata.¹²

Así mismo el cuidado de enfermería ha sido identificado como el objeto de estudio de la carrera de enfermería. Cuidar es a la vez una ciencia y un arte que exige conocimientos y actitudes especiales. Watson expresa que el cuidado es como un ideal de enfermería donde el fin es la protección, engrandecimiento y preservación de la dignidad humana, cuya meta es la protección del proceso del ser y del llegar hacer a través del cuidado.

El cuidado ha sido definido como la razón de ser de la enfermería y su objeto central de estudio. La práctica de cuidado requiere una forma particular de reconocimiento y habilidades aplicadas a la práctica, donde se observa, elabora y da sentido al hacer profesional y donde las actitudes de la enfermera se encamina a brindar satisfacción y bienestar al paciente cuyo juicio integral, único y personal define la calidad del cuidado.¹³

El cuidado, como fundamento del ejercicio profesional, brinda los elementos conceptuales que le hacen ver a la enfermera como su labor requiere autenticidad, intencionalidad y compromiso, sello profesional que debe estar impreso en su actitud. Reconocer y expresar este cuidado auténtico, es encontrar el camino para actuar dentro de este marco, crecer y desarrollarse personal y profesionalmente, ser asertiva, efectiva y oportuna con un modelo ideal de actitudes de la enfermera de acuerdo con las expectativas del paciente. Simultáneamente anima y fortalece la conciencia y la sensibilidad de la enfermera hacia el paciente al igual que sus

pensamientos sensitivos, emociones y vivencias de forma que sea capaz de adelantarse en su contexto de valores, forma de vida y prioridades.¹²

Ahora bien el cuidado de enfermería materno perinatal, como interacción se ejerce entre enfermera(o), madre, perinato y familia, se comparten conocimientos, experiencias, habilidades, percepciones y se genera compromisos para mantener la salud y la calidad de vida, asegurando la satisfacción reciproca del conjunto de las necesidades de estos en la cotidianidad. Este cuidado debe fortalecer la autonomía, dignificar al ser humano, garantizar el cumplimiento de los roles tradicionales de género como madre y esposa, preservar las costumbres relacionadas con la maternidad y la paternidad. Para brindar un buen cuidado las enfermeras deben tener en cuenta al menos tres elementos básicos: conocimientos, tecnologías y aspectos culturales.¹⁴

II. MARCO METODOLÓGICO:

2.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN:

La presente investigación es de tipo cualitativa o método no tradicional, de acuerdo con Rodríguez, se orienta a profundizar casos específicos y no a generalizar. Su preocupación no es prioritariamente medir, sino cualificar y describir el fenómeno social a partir de rasgos determinantes, según sean percibidos por los elementos mismos que están dentro de la situación estudiada.¹⁵

Este tipo de investigación tiene como sentido el abordaje de todas las cualidades de las personas, del desarrollo de sus actividades, de la manera en cómo reaccionan ante un determinado problema, etc. Se encarga de evaluar no solo a la persona sino también a su entorno, a todas las personas que de alguna u otra forma afectan o interfieren en el bienestar de la persona en estudio.¹⁶

La presente investigación es de este tipo debido a que gracias a ella podremos identificar de la mejor manera como se da la educación de la enfermera para la adopción del rol materno de las madres primerizas con hijos prematuros; y por consiguiente nunca dejar de lado nuestro objeto de estudio: la educación brindada por las enfermeras. Centrándose en respetar la información recaudada de las entrevistas aplicadas a estas madres.

Así mismo según Hernández nos refiere que la investigación cualitativa consiste en la recolección de datos y análisis sistemático de materiales narrativos, que encierran un alto contenido subjetivo. Así mismo enfoca el objeto de estudio en su totalidad captando la situación de estudio de manera íntegra e involucrando al sujeto con el objeto de investigación, en una situación normal de estudio que puede concluir en propuestas de transformaciones de la realidad estudiada.¹⁷ Ello se evidencia en el hecho de que se recolectaron datos mediante el uso de la entrevista semi estructurada aplicada a madres primerizas con hijos prematuros: posterior a ello se realizó la transcripción respetando los hallazgos obtenidos.

2.2 ABORDAJE METODOLÓGICO.

El presente trabajo se desarrolló con la metodología estudio de caso, se realizó esta investigación con un grupo de madres de niños pretérmino, con la finalidad de conocer y analizar el cuidado de los prematuros y poder apoyar a las madres mediante la educación.

El estudio de casos es una investigación a profundidad de una sola entidad o de una serie reducida de entidades. Normalmente la entidad es un individuo, pero también puede tratarse de familias, grupos, instituciones u otras entidades sociales individuales. Analiza comprende variables para la historia, desarrollo o asistencia para los problemas del o de los sujetos, es característicamente las dinámicas de porque el sujeto que se investiga que es lo que piensa, como se desarrolla, donde se centra en entender el fenómeno específico, contexto, vida real que comprende múltiples fuentes de

información. También tenemos que el estudio de caso se plantea con la intención de describir, interpretar o evaluar.¹⁵

En el desarrollo de este trabajo se tomaron en cuenta los siguientes principios:¹⁸

Los estudios de caso se dirigen al descubrimiento; esta característica se fundamenta en el presupuesto de que el conocimiento es una construcción que se hace y se rehace constantemente, en supuestos conceptuales, en ideas que las investigadoras tenían de las respuestas a las entrevistas que fueron la estructura básica, a medida que se avanzó con la investigación se descubrieron nuevos conceptos dados por las personas entrevistadas, los mismos que ayudaron a mejorar el análisis acerca de la interrelación enfermera- madre. En esta investigación se buscará identificar como se da la educación de las enfermeras para la adopción del rol materno en las madres primerizas precoces y/o tardías con hijos prematuros.¹⁸

Enfatizan la interpretación en el contexto; de este modo se comprendió el objeto en estudio, y se llegó a conocer la interrelación de las enfermeras con las madres de los prematuros hospitalizados.¹⁸

Buscan retratar la realidad en forma compleja y profunda; aquí se revelan las dimensiones presentes de una determinada situación determinándolo como un todo. Este tipo de abordaje enfatiza la complejidad natural de las situaciones, evidenciando las interrelaciones entre sus componentes. En la investigación este principio sirvió de ayuda al realizar la categorización pues los discursos se analizaron a profundidad convirtiéndolos en conceptos complejos.¹⁸

Usan una variedad de fuentes de información; por ello se buscó variedad de datos, teniendo en cuenta a quienes brindaron dicha información y se procuró en todo momento observar la interrelación que mantienen las enfermeras del servicio de neonatología con las madres de los neonatos

prematureos que tienen a su cuidado. ¹⁸

Revelan experiencias vicarias y permiten generalizaciones naturales; en la investigación se da a conocer todo el desarrollo del proceso de toda la investigación de manera de quien lea los resultados podrá realizar sus propios juicios. ¹⁸

Procuran presentar los conflictos y puntos de vistas presentes en una situación; en la investigación se aplicó como instrumento para la recolección de datos la entrevista de tal manera que los sujetos de estudio se expresen libremente, respetando sus opiniones; no sin antes haber realizado la validación de la misma con tres personas para que de esta manera obtener el resultado esperado. ¹⁸

Utilizan un lenguaje y una forma más accesible en relación a otros aspectos de investigación; se utilizó un lenguaje claro y sencillo, de manera que haya sido entendido por todos los interesados en la materia, además se brindó mucha confianza de forma que las personas sientan mayor accesibilidad y comodidad al momento de responder, tomando la entrevista como un diálogo. ¹⁸

Menga Ludke, que es el pionero de esta metodología propone tres fases:

Fase exploratoria, es fundamental para la definición más precisa del objeto de estudio. Especifica las ideas a tener en cuenta en el estudio de caso. En este punto se hace la situación problemática, que derivan de la propia experiencia del investigador, el cual se plantea unas interrogantes con su respectivo objetivo de estudio, se eligen las técnicas a utilizar y se elabora el instrumento de recolección de datos, para alcanzar el objetivo del proyecto.¹⁹ Es aquí donde se definirá el objeto de estudio, el cual será la educación de la enfermera para la adopción del rol materno de las madres primerizas con hijos prematuros. Delimitación de estudio, que se trata de la recolección de datos o aspectos más relevantes, recolecta sistemáticamente las

informaciones, permite una comprensión completa de la situación esperada.¹⁹ En la presente investigación para la recolección de datos se utilizará la entrevista semi estructurada a profundidad, utilizando una grabadora, en la que se recolectarán la información con exactitud, teniendo en cuenta la saturación de estos datos. Por último tenemos el análisis sistemático y la elaboración del informe; en la cual se une la información, se analiza y toma lo disponible a los informantes para que manifieste sus reacciones sobre la relevancia e importancia de lo que se ha relatado.¹⁹ En esta investigación se recolectará la información, luego se procederá a la transcripción de los relatos realizando a lectura de los mismos y clasificándolos posteriormente, lo cual permitirá construir la investigación. ¹⁹

2.3 SUJETOS DE INVESTIGACIÓN

En esta parte de la investigación, el interés consiste en definir quiénes y qué características deberán tener los sujetos. ²⁰ La población del presente estudio lo constituyeron todas las madres con recién nacidos, y la muestra está formada por las madres primigesta precoces o tardías, que su hijo recién nacido sean prematuros los cuales serán captados en el servicio de Neonatología del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. Es así que en el presente estudio realizado se utilizó la técnica de saturación la cual nos permitió proceder a determinar una muestra con siete madres primerizas quienes participaron de la entrevista, como informantes para dicha investigación. Por otro lado dentro de los criterios de exclusión tenemos aquellas madres que sean multíparas, con hijos recién nacidos a término.

2.4 ESCENARIO

Esta investigación tuvo su escenario correspondiente, considerado como el emplazamiento donde el investigador se va a situar como descubridor de fenómenos, se realizó en el servicio de Neonatología del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, de la Red Asistencial Lambayeque – EsSALUD Chiclayo, nosocomio Nivel IV, ubicado en la Plaza de la Seguridad Social S/N. Es un centro de referencias de la macro región cuyas acciones abarca el

ámbito local y regional, prestando apoyo a servicios asistenciales, a pacientes transferidos y evacuados de toda la zona nor-oriental. En este hospital se ofrecen servicios altamente especializados, se atiende a personas aseguradas y un mínimo de no asegurados.

Su visión, es de ser institución líder nacional de la seguridad social en salud, comprometidos con la atención integral de las necesidades y expectativas de la población asegurada, con equidad y solidaridad hacia la universalización de la seguridad social en salud. Con respecto a su misión Ser una institución de seguridad social en salud que brinda una atención integral con calidad y eficiencia para mejorar el bienestar de nuestros asegurados. Las personas aseguradas de este hospital pertenecen a todos los extractos sociales, hay gente campesina, amas de casa, personas que trabajan en entidades públicas y privadas que tienen seguro obligatorio, potestativa, jubilados, esposas de asegurados, amas de casas, empleadas del hogar, entre otros.

El servicio de Neonatología, está ubicado en el denominado Hospital Base, en el cuarto piso, donde se presta cuidados a todos los recién nacidos de gestación a término y recién nacidos prematuros con bajo peso al nacer referidos de todo el Norte del Perú; está dividido en tres áreas: UCI, UCIN 1 y UCIN 2. El UCI está capacitado con 4 incubadoras, el UCIN 1 contiene 8 incubadoras y UCIN 2 consta de 28 cunas; además cuenta con monitores, respiradores, y equipos de alta tecnología.

El personal de salud que laboran en este servicio son 15 profesionales de enfermería, 10 técnicos de enfermería y 10 médicos. Por las mañanas trabajan la jefa de enfermería, 3 enfermeras y 2 técnicos de enfermería; por las tardes laboran 4 enfermeras y 2 técnicos de enfermería, y durante las noches 3 enfermeras y 3 técnicos de enfermería.

2.5 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos se utilizará la entrevista semi estructurada a profundidad. La entrevista es una técnica orientada a establecer contacto directo con las personas que se consideren fuente de información. Tiene como propósito obtener información más espontánea y abierta. Durante la misma, puede profundizarse la información de interés para el estudio.²¹

La recogida de datos no es sino reducir de modo intencionado y sistemático, mediante el empleo de nuestros sentidos o de un instrumento mediador, la realidad natural y compleja que pretendemos estudiar a una representación o modo que nos resulte más comprensible y fácil de tratar. Es, por tanto, un proceso por el que se elaboran o estructuran en mayor o menor grado determinados objetos, hechos, conductas, fenómenos, etc.¹⁷

La entrevista semi estructurada, tiene un relativo grado de flexibilidad tanto en el formato como en el orden y los términos de realización de la misma para las diferentes personas a quienes está dirigida.²¹

Para Llaneza, la entrevista semi estructurada suele ser la más recomendada en general, debido a su menor rigidez, en esta modalidad se trata de que el entrevistador lleve preparada la entrevista más bien por grandes temas.²²

Se usará a este instrumento debido a que tiene un relativo grado de flexibilidad por tanto lograremos con su aplicación una mejor fluidez durante la realización de la entrevista; un mejor ambiente, libre de estrés y con mayor confianza. Además que se grabarán las entrevistas para tener unas respuestas más fidedignas, debido a que durante su recolección se nos podría pasar desapercibidos algunos datos, que pueden ser de gran importancia para la próxima realización del presente proyecto de tesis.

2.6 PROCEDIMIENTO

Con la aprobación de la investigación por parte de la escuela de enfermería de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo se procederá a la recolección de datos que se realizará en el servicio de

Neonatología del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, emitiendo un documento que especifique el nombre de la investigación, el objeto y su importancia; una vez obtenida la aprobación, se seleccionará los sujetos de investigación, en base a los criterios de inclusión, teniendo a las madres primerizas con hijos prematuros, siendo estas informadas correctamente sobre la investigación que se realizará, con su libre consentimiento de participar en dicha investigación. Obteniendo el consentimiento informado, las investigadoras procedieron a realizar la entrevista usando una grabadora, para luego transmitir los discursos almacenados; transcribirlos tal y como está la narración oral, con la finalidad de que no se alteren las ideas y se mantengan tal y como fueron expresadas por los sujetos de investigación.

Teniendo ya el instrumento de recolección de datos validados se procederá a su aplicación, mediante la entrevista semi estructurada a profundidad, la cual será formulada a las madres primerizas precoces o tardías con hijos prematuros.

2.7 ANÁLISIS DE DATOS

Posteriormente a la realización de la entrevista, se realizará el tratamiento y análisis de datos, usando para ello el análisis de contenido.

Para Krippendorff, es una técnica de investigación destinada a formular, a partir de ciertos datos, inferencias reproducibles y válidas que puedan aplicarse a su contexto, los datos son lo único disponible para realizar el análisis. En todo análisis de contenido debe quedar claro qué datos se analizan, de qué manera se definen y de qué población se extraen; es decir, lo que el analista quiere conocer.²³

El análisis de contenido cuenta con tres etapas:

El pre-análisis, es la etapa de organización del material a analizar, en la que se diseñan y definen los ejes del plan que permitirá examinar los datos y realizar efectivamente el análisis de contenido.²³ Durante esta etapa se transcribirá y organizará las entrevistas que se realizaron a las madres

primerizas con hijos prematuros que se encuentren en el servicio de Neonatología del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, estas entrevistas son ordenadas de forma numérica; La codificación, consiste en realizar una transformación de los datos brutos (el material original) a los datos útiles. Las operaciones implicadas en esta etapa son la fragmentación del texto, es decir, el establecimiento de unidades de registro, y la catalogación de elementos.²³ Esta etapa se logrará con la selección de los datos, mediante la lectura y relectura de las entrevistas, para lograr con ello unidades de significado que contengan similitud de contenido; y finalmente la categorización, consistió en la organización y clasificación de las unidades obtenidas en base a criterios de diferenciación, es decir, se agrupan las unidades por similitudes en cuanto a su significado.²³ Para lograrlo se agruparon los fragmentos que tuvieron coherencia con el objeto de estudio, así mismo se ubicaron las unidades de significado por similitud, se estructuraron en categorías y subcategorías.

2.8 CRITERIOS ÉTICOS

Los principios éticos que se utilizarán en la investigación son los principios de la bioética personalista propuestos por el Monseñor Elio Sgreccia, donde nos dice que la condición de persona es el fundamento ontológico-real que sustenta y da validez a la misma, principios que operan como ayuda, guías de la acción y a tomar en consideración en cada decisión relativa a la relación con un paciente y en la investigación con seres humanos.²⁴

El principio de defensa de la vida física; el valor fundamental de la vida ordena la indisponibilidad y la sacralidad de la vida. El derecho a la vida es el primero de los derechos y el más fundamental, porque sin él todos los demás principios son inexistentes. El respeto a la vida, así como su defensa y promoción, tanto la ajena como la propia, representan el imperativo ético más importante del ser humano, es un valor absoluto que hay que respetar siempre, es lo más sagrado que tenemos, la vida de cada cual es única,

irrepetible, insustituible, inviolable. Tal respeto a la vida humana se entiende en todas sus etapas de manifestación, desde el momento de la concepción (fecundación) hasta el último instante (muerte).

Otro principio es el de libertad y responsabilidad, este binomio hay que defenderlo pues engloba el concepto de que la persona es libre, pero es libre para conseguir el bien de sí mismo y el bien de los demás. No puede ejercitarse la libertad sin ejercerse la responsabilidad.²⁴

Los principios éticos que se usaron como fundamento de la siguiente investigación son el de defensa de la vida debido a que se trató con dignidad al paciente, respetándose su integridad y sus derechos; y el principio de libertad y responsabilidad debido a que se brindó libertad al sujeto de investigación de participar o no en dicha investigación, mediante el consentimiento informado.

2.9. CRITERIOS DE RIGOR CIENTÍFICO

Para medir la calidad de un estudio está determinada por el rigor científico con que se realiza el trabajo de investigación, dichos criterios permiten al investigador verificar que su investigación tenga validez, que sea creíble, etc. ¹⁵

La credibilidad, se refiere al valor de la “verdad” o “verosimilitud de los hallazgos” que el investigador ha establecido por medio de observaciones prolongadas, participación con los informantes, o las experiencias vividas por quienes son estudiados, de igual modo se refiere a la verdad tal como la conocen, lo experimenta o lo sienten profundamente las personas que están siendo sujetos de estudio. Es muy importante tener en mente que los informantes son los que conocen su mundo, el cual puede ser completamente diferente al mundo del investigador.²⁵

Éste tiene la tarea de captar el mundo del informante de la mejor manera que él lo pueda conocer, creer o concebir lo cual a menudo es un reto difícil para el investigador. Es por eso que las investigadoras tomaran las medidas necesarias para mejorar y evaluar la certeza de sus datos y conclusiones. Ello implicará dos aspectos: Primero, realizar la investigación de tal forma que se incremente la verisimilitud de los resultados y segundo, tomar las medidas necesarias para demostrarla.

La transferencia consiste en transferir los resultados de la investigación a otros contextos. Las situaciones en las que se realiza una investigación y el contexto en el que se lleva a cabo, así como las dificultades de comparación de unas con otras, hacen que en este tipo de investigación no se hable de generalización, sino de transferencia. Esté puede aportar ciertas garantías en cuanto a los resultados en caso de replicar la investigación en un contexto y situación similar. Sólo a través de la comparación podrá descubrir lo que tienen en común y lo específico de ellos.²⁶

Los criterios de rigor científico que fundamentaron la siguiente investigación son el de credibilidad debido a que se realizó entrevistas semi estructuradas aplicadas a 7 madres primerizas con hijos prematuros que fueron captadas en el servicio de Neonatología del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo; y el criterio de transferencia se fundamenta en el hecho de que se usaron grabaciones de audio durante la aplicación de la entrevista semi estructurada con el objetivo de obtener datos más fidedignos.

III. RESULTADOS Y ANÁLISIS PRELIMINAR:

Después de todo el proceso investigativo se pudo evidenciar, que el nacimiento del niño desencadena sentimientos tales como: culpa, miedo, y tristeza a las madres primerizas, debido al desconocimiento o la presencia de dudas con respecto a su crianza. La prematurez del parto irrumpe en la vida de los padres como una bomba detonante, transformando su realidad.

Asimismo el primer cuidado que la madre primeriza está ansiosa de ofrecerle a su hijo, es tenerlo en sus brazos dándole de lactar por primera vez; pero por diferentes circunstancias se adelanta el parto y nace un niño prematuro, anhelo que se verá obstaculizado porque quedará dentro de una incubadora. Al reflexionar sobre sus experiencias con un bebé pre término hospitalizado, se pudo evidenciar que la enfermera educaba sobre los cuidados que debía brindar la madre, tanto en la hospitalización como en el post alta, de los que se obtuvieron tres categorías y una subcategoría:

CATEGORÍA I: Promoviendo el vínculo afectivo madre - hijo a través de la lactancia materna.

- **SUBCATEGORÍA 1.1:** Mamá Canguro y Estimulación Temprana.

CATEGORÍA II: Educando sobre los cuidados primordiales para el Recién Nacido Prematuro: Higiene, vestimenta y abrigo.

CATEGORÍA III: Buscando la trascendencia Espiritual del Recién Nacido Prematuro: Bautizo.

CATEGORÍA I: Promoviendo el vínculo afectivo madre - hijo a través de la lactancia materna.

La enfermera cumple un rol fundamental antes, durante y después de ser hospitalizado un bebé prematuro, brindando educación a la madre primeriza sobre: lactancia materna, forma de extracción, conservación e importancia que tiene este vital alimento.

Siendo la mejor fuente de nutrición durante los primeros 6 meses, porque contiene carbohidratos, proteínas, grasas, minerales, vitaminas y hormonas que los bebés requieren; además contiene anticuerpos que pueden ayudar al bebé a contrarrestar las infecciones.²⁷ Como se muestra en los siguientes discursos:

“La enfermera me explicó que debía darle de mamar a mi hijito hasta los 6 primeros meses, porque es un alimento de vital importancia, que lo protegerá de muchas enfermedades, permitiéndole que crezca fuerte y sano”. (Orquídea)

“Me explicaron que tenía que darle de lactar exclusivamente hasta los 6 meses, porque mi leche le proporciona nutrientes esenciales para su crecimiento y desarrollo, además lo protege de muchas infecciones; lo ayudará a ponerse sanito y así poder tenerlo pronto entre mis brazos”. (Tulipán)

Así mismo las madres primerizas recurrieron a la extracción manual, para poder alimentar a sus bebés prematuros, pero antes de dar inicio a esta técnica se aconseja que la madre tome un baño de agua tibia, bebida tibia, o dar masajes suaves a los senos durante algunos segundos para estimular el flujo de leche, y deberá tener listo un recipiente esterilizado de boca ancha. La mamá que va efectuar la extracción debe lavarse las manos con agua tibia y jabón, secándolas con una toalla limpia; los senos también deben tener un cuidado diario realizándose el mismo aseo,²⁸ posterior a ello se deben seguir los siguientes pasos:

En primer lugar, se debe emplear una mano para dar apoyo y exprimir el seno, mientras la otra sujeta el recipiente que recibe la leche. Después se coloca el dedo índice por debajo y el pulgar por encima del borde externo de la areola, formando una "C", se ejerce una presión firme aunque suave hacia

la pared torácica, luego con los dedos antes mencionados se acercan y jalan hacia adelante, efectuando un ordeñamiento suave. A medida que ambos dedos se acercan y alejan en forma alterna, estos comprimen al seno, produciendo la eyección de la leche; es importante no olvidar desechar las primeras gotas.²⁸

Finalmente, los dedos no deben deslizarse sobre la areola o el pezón durante la extracción, es de suma importancia evitar jalar, pellizcar o apretar el pezón; debido a que puedan producir equimosis y daños en el tejido, este procedimiento se debe realizar en cada una de las mamas.²⁸

Ahora bien, la leche debe obtenerse en varias etapas, la primera extracción puede durar de 5 a 7 minutos; la segunda de 3 a 5, y la tercera de 2 a 3 minutos, dejando un lapso de tiempo considerable entre cada una de ellas para que la leche se acumule.²⁸ Como se muestra en los siguientes discursos:

“Antes de extraerme la leche debía realizarme una higiene de mis senos, desinfectarme bien las manos, y hacerme masajes circulares en cada uno de ellos. Luego tenía que colocar una mano en forma de C debajo de la mama y empezar a extraerme la leche, pero tenía que botar las primeras gotas y luego continuar extrayéndome”. (Rosa)

“Me tenía que sacar la leche haciendo masajes en mi seno; luego presionaba mi pezón y en un frasquito dejaba un poco de leche de la cual solo 1 cc le daban a mi bebé en una jeringa”. (Tulipán)

Frente a una extracción manual, los senos de algunas madres primerizas no se encuentran preparados para dicha función, hasta lograr la formación del pezón pasan por un periodo muy doloroso; motivo por el cual algunas mujeres evitan alimentar al prematuro.²⁸ Es ahí donde la enfermera debe prestar atención a la madre, observando lo difícil que puede ser obtener unas cuantas gotas en cada sesión durante los primeros dos o tres días, pero a pesar de la molestia experimentada no debe dejar de extraerse la leche. Ante esto deberá tranquilizarla y consolarla diciéndole que el bebé necesitará volúmenes muy pequeños de leche al principio, y su capacidad gástrica irá

incrementado a medida que esté va creciendo. Como se revela en los siguientes discursos:

“Aún no está formado mi pezón, cuando me extraigo la leche me causa mucho dolor e incluso he llegado a lastimarme, por eso la enfermera me ha dicho que no debo preocuparme porque al inicio mi bebé solo necesita poca cantidad de leche”. (Clavel)

“Al inicio cuando me extraía la leche era muy doloroso, porque aun mi pezón no estaba formado, pero ello no impidió que dejará de hacerlo, ya que sabía lo importante y vital que era para mi bebé”. (Azucena)

Por otro lado la lactancia materna ofrece un momento de contacto íntimo entre madre e hijo, puesto que al succionar el pezón producirá prolactina y oxitocina, ²⁸ hormonas que estimularán conductas maternas tales como: el contacto corporal, olor, voz, y miradas; esto serán las primeras demostraciones de amor y comunicación entre ellos, fortaleciendo así un vínculo, base sobre la cual se desarrollarán los demás lazos que establecerá el ser humano con las demás personas a lo largo de su vida.¹¹

“Cuando lo tenía en mis brazos sentía mucha emoción, en el momento en que le hablaba y le decía: hijito ya te voy a dar tu leche, él me sonreía y buscaba mi seno... cuando empezaba a mamar lo hacía desesperado... me encantaba ver que nuestros ojos se juntaban... como que nos decíamos muchas cosas”. (Orquídea)

“Cada vez que le daba de lactar era algo muy bonito... cuando buscaba mi seno y empezaba a succionar sentía un gran lazo de amor y comunicación”. (Geranio)

La prematurez, enfermedades maternas perinatales; malformaciones o estrés familiar generan un vínculo anormal o tardío entre madre e hijo, y puede poner en peligro el desarrollo del recién nacido y la capacidad de la madre para cuidarlo. Por lo tanto en los hospitales han de establecerse políticas que estimulen el contacto entre los padres e hijos.¹⁰

Para ayudar a los niños prematuros a lactar es necesario tiempo, paciencia y dedicación, tanto de la madre como del personal de enfermería. Este proceso se inicia despacio, y se va incrementando a medida que el prematuro va tolerando; para ello las mamás requieren una enfermera con

experiencia e interés durante sus primeros intentos de amamantamiento, esto ayudará que ellas obtengan los conocimientos y destrezas necesarias ²⁷.

Durante el período de amamantamiento, cuando la madre y el prematuro se encuentran cómodos, la enfermera le ayudará a colocar al bebé para que éste tome el seno en forma correcta, permitiendo que la cara del mismo quede directamente frente al pecho; ubicando su cabeza en el dobléz del brazo de la mamá, con la mano de está deteniendo sus glúteos o piernas, con el cuerpo del niño hacia ella y la boca al nivel del pezón, su brazo inferior debe estar entorno a la cintura de la progenitora. Posterior a ello la madre detiene el seno con su mano, colocando cuatro dedos por debajo y el pulgar por encima, acaricie de manera suave los labios del bebé con el pezón, para que éste abra bien la boca y pueda succionar correctamente.²⁸ Como se manifiestas en los siguientes discursos:

“Me explicaron que para darle de mamar debía sentarme bien, primero estar cómoda yo, luego debía de alzarlo entre mis brazos, tener cuidado con su bracito, con mi mano en forma de C, tenía que darle mi seno, fijarme que coja todo, sino luego se llenaba de aire y pues le daba gases; por eso luego de darle de lactar tenía que sacarle “su chanchito”. (Orquídea)

“La enfermera me ha enseñado como darle mi seno debía acostarlo en mi brazo colocando la cabecita sobre mi codo, teniendo cuidado con el bracito, luego con mi mano tenía que coger sus nalguitas; de modo que su barriguita quede junto a la mía, y luego acercarle mi seno para que pueda mamar”. (Margarita)

“... que debía coger la mama en forma de C y acercar al bebé hacia el pezón y que debía de agarrar toda la areola para evitar que se llene de gases”. (Geranio)

Asimismo se recomendó que el periodo de succión sea de 5 a 7 minutos por cada seno, para poder producir el reflejo de bajada de la leche, y los conductos puedan quedar vacíos. A medida que la sed y el hambre del niño aumentan, también deberá aumentar el tiempo de amamantamiento entre 10 a 15 min en el primer seno y un poco menos en el segundo.²⁸ Como se muestra en los siguientes discursos:

“... la enfermera me explicó que debía de darle de mamar cada 2 horas y que debo intercalar ambas mamas”. (Geranio)

“... tenía que darle de mamar con ambos senos de 15 a 20 min cada uno, luego que el bebé terminaba a las 2 horas volverle a dar de mamar”. (Orquídea)

SUBCATEGORÍA 1.1: Mamá canguro y estimulación temprana.

Cuando los recién nacidos prematuros son capaces de succionar, deglutir y respirar espontáneamente, se considera que la única razón para quedarse en el hospital es ganar peso, por ello se da inicio al Método Mamá Canguro, el cual es otro cuidado fundamental en esta etapa, por lo tanto la enfermera debe brindar información sobre este método.²⁹

El Método mama canguro (MMC), fomenta la salud y bienestar de los bebés a término o prematuros; es un método eficaz y fácil de aplicar. Sus principales características son: contacto piel a piel temprana, continúa y prolongada entre madre e hijo, fomentar una lactancia materna exclusiva, iniciándose en el hospital y continuándose en el hogar.²⁹ Como se manifiesta en los siguientes discursos:

“Cuando hice de mamá canguro estaba solamente en bata, nos sacábamos la ropa y así piel a piel con mi bebé, chocando la piel de nosotras como si estuviera en nuestro vientre... fue una gran alegría inmensa”. (Margarita)

“... sentí una gran emoción de tenerlo a mi bebé, porque nunca me había pasado eso, y lo que siento por mi hijo al tenerlo en mi piel, es una emoción bonita, es sentir una alegría que no se puede explicar...” (Rosa)

Ahora bien conviene describir cuidadosamente los diversos aspectos que conforman este método: posición, opción de alimentación, atención en la institución y del hogar. Para ello fue necesario manifestar las ventajas que tiene para ella y su bebé, explicándole en todo momento que este método debería ser el resultado de una decisión informada y no percibirse como una obligación.²⁹

Cuando el prematuro se encuentre en condiciones aceptables para poder sacarlo de la incubadora, acordaremos con la madre un momento propicio para dar inicio al MMC. Este método es importante por lo que

requiere una atención total de la progenitora; la enfermera le solicitará llevar ropa ligera y suelta (bata), para luego ser ubicada en una sala privada y lo suficientemente caliente para el bebé. Mientras la mamá sostiene a su hijo, se le describirán los pasos del MMC, haciéndose hincapié que el contacto piel a piel es esencial para mantener al niño caliente y protegido de las enfermedades, como también es importante traer consigo a su pareja o a un acompañante, para que se sienta apoyada y tranquila.²⁹

Para lograr una posición canguro, colocaremos al bebé entre los pechos de su madre, en forma vertical; permitiendo así: el contacto entre ellos, la producción de leche, y fomentando la lactancia materna. Su duración diaria y general del contacto piel a piel fluctúa asimismo desde algunos minutos (30 minutos al día como promedio) hasta prácticamente las 24 horas del día, y desde unos pocos días hasta varias semanas. Además cuando obtengamos casos en que el MMC necesite de un periodo prolongado, suele ser la mamá, la encargada de aplicarlo; y no el personal de enfermería o la incubadora.²⁹ Como se revela en los siguientes discursos:

“Debía usar una bata abierta, y tenerlo echadito en mi pecho. La enfermera me decía que el mantenerlo calentito era para él como si estuviera en mi vientre”. (Orquídea)

“Me enseñaron que para mantenerlo calentito debía tenerlo como mamá canguro, para eso tenía que colocarme una bata pero sin sostén, colocar a mi bebé sobre mi pecho para que sintiera mi calor, a dé cuenta como si estuviera en la barriga y se mantuviera calentito; también lo abrazaba mucho para que sintiera mi cariño”. (Tulipán)

Otro cuidado importante que la enfermera no debe olvidar es sobre la estimulación temprana; los bebés desde que nacen requieren de estímulos, proporcionándoles las experiencias necesarias para empezar a conocer el mundo, a partir de este momento el prematuro comenzará a experimentar una serie de cambios físicos y psicomotores.³⁰

La estimulación temprana no es simplemente una serie de ejercicios y caricias, es mucho más que eso; el desarrollo físico y mental en los bebés pretérminos comienzan con los masajes, fortaleciendo su sensibilidad en las

extremidades así como la circulación.³⁰ Por lo que la madre debe aprovechar el tiempo que pasa con él; durante la alimentación, baño, cambio de ropa, etc., creando un momento agradable.

Después del nacimiento del bebé, las neuronas se activan por un estímulo del ambiente; la voz de la madre influye significativamente sobre el desarrollo cerebral del niño, para él su mundo son los padres; y para empezar una vida en conjunto es indispensable establecer vínculos afectivos muy fuertes, que serán adquiridos a través de la práctica cotidiana. Los prematuros experimentan las expresiones de sus progenitores: sus miradas, escuchan cuando les cantan, leen o hablan; sienten sus abrazos, olfatean y saborean su piel. El abrazo junto al masaje, estimulan en el cerebro del bebé la liberación de unas hormonas que le permitirán crecer.³⁰

Otro tipo de estimulación para los bebés pretérminos se basa en el propio desarrollo del niño, permitiéndole realizar los mismos ejercicios que de un bebé de su misma edad (ej. agarrarse de las manos de mamá o papá). Es por eso que a las madres de estos niños se les considera más activas, estimuladoras, intrusivas y al mismo tiempo, más distante que las de los bebés a término.³¹

La estimulación temprana debe ser integral tanto física como intelectual, es aquella en la que los padres y bebés prematuros se sienten más a gusto, aquel juego que es disfrutado a la par, sin estar pendientes de qué logra o no. Los cuidadores: madre, padre, hermanos, abuelos o cualquier otra persona juegan un rol importante en el desarrollo del niño, permitiendo que vayan conociendo gradualmente su medio, utilizando sus sentidos: mirando, escuchando, tocando, oliendo y degustando.³¹ Como se manifiesta en los siguientes discursos:

“... nos enseñaron que siempre teníamos que llamar a nuestros bebés por su nombre... y que cuando le cambiáramos de ropa, o los bañáramos podíamos aprovechar en hacerles masajes...” (Clavel).

“Yo estimulaba a mi hijito hablándole, haciéndole juegos con sus sonajas de colores, ...me enseñaron también que cubriera su cara con su pañalito, que lo llamara por su nombre... que realizara según su mes las actividades que están en su carnet de vacunación...”

CATEGORÍA II: Educando sobre los cuidados primordiales para el Recién Nacido Prematuro: Higiene, vestimenta y abrigo.

Otros de los cuidados primordiales continuos que la enfermera debe educar a los padres, para poder afrontar el alta próxima del prematuro son: el baño, vestimenta y abrigo; cuidados que constituyen una oportunidad excelente para efectuar las observaciones necesarias.²⁸

El aseo del prematuro es importante para conservar su salud, darle un pequeño baño puede ayudarlo. Al principio no es aconsejable bañarlo todos los días porque su piel es muy fina y delicada. El baño se puede limitar a una o dos veces a la semana, el resto de los días bastará con limpiarle con un pañito suave y húmedo la zona del pañal, cara, manos, y los pliegues donde puedan encontrarse restos de leche o suciedad.

Para realizar el baño a un prematuro es necesario tener a la mano todo el equipo, ropa y materiales necesarios, cuidando que la habitación esté libre de corrientes de aire; cuando se sienta el agua tibia al probarla con el codo, se abra logrado la temperatura adecuada de 37 a 38 °C.²⁸

A continuación, desnuda al bebé, límpiale la zona que esté en contacto con el pañal, luego sosténgalo boca arriba, pasando el antebrazo por debajo de su cabeza y sujetándole con la misma mano por debajo del brazo; procediendo a escurrir agua sobre su cabello añadiendo una cantidad mínima de shampoo, frotando suavemente y para aclararlo se vuelve a verter agua. Una vez lavada la cabeza, sostén los hombros del bebé con una mano, introduciendo los dedos por debajo de la axila, mientras sujetas las piernas o sus glúteos con la otra mano, de modo que su cabeza quede fuera del agua; esta forma de sujetar le proporciona un control seguro al bebé, mientras con la mano libre se lava el cuerpo y sus genitales: en las niñas, el lavado debe

realizarse de adelante hacia atrás, para no arrastrar hacia la vulva las bacterias de la zona anal; y en los niños simplemente se les lava el pene y los testículos.²⁷ Posterior a ello enjuague y gire cuidadosamente al niño para lavar su espalda y sus nalgas.

Al finalizar el baño se envuelve al bebé en una toalla suave, previamente estirada sobre una superficie lisa y colocarle su pañal; el secado debe hacerse rápido, mediante masajes o golpecitos suaves, pero nunca frotando; esto estimulara la circulación. Es importante asegurarse que la piel del bebé quede bien seca, sobre todo entre los pliegues de las piernas, brazos y cuello, de lo contrario se podrán producir irritaciones. Las orejas se secan con una toalla, no es recomendable el uso de hisopos para los oídos.²⁷ Para el cabello también se usará una toalla. Como se puede sustentar con los siguientes discursos:

“Lo baño en el cuarto, cierro la puerta para que no entre aire, alisto, su toalla, su jabón y su shampoo; en su tina pongo agua tibia pero hervida, primero le lavo la cabecita le seco bien la cabecita y después le lavo el cuerpito, lo enjuago y lo saco de la tina envuelto en la toalla y lo pongo en la cama; le soco rápido el cuerpo”. (Tulipán)

“La enfermera me decía que como era prematuro perdía calor muy rápido, yo debía bañarlo en mi cuarto, con agua hervida tibia en una tina; para el baño debía usar shampoo y jabón; al bañarlo tenía que comenzar por la cabeza y luego por el cuerpo, y por ultimo tenía que secarlo bien y rápidamente”. (Orquídea)

“... cuando lo bañaba yo tenía mucho miedo, sentía que se me caía, que se me resbalaba, era tan pequeñito mi chiquito, tan delicadito; pero mi mamá me enseñó como debía bañarlo las tres primeras veces”. (Geranio)

En relación a la vestimenta y abrigo, los prematuros son quienes necesitan más de ello, no les gusta estar desnudos, pues al verse privados del calor que proporciona la ropa se sienten desprotegidos; generando que muchos de ellos se pongan a llorar cuando se les desnuda.³²

No existen reglas universales con respecto a la ropa, depende más de gustos personales o modas locales; sin embargo se pueden tomar en cuenta algunas consideraciones prácticas, para poner y quitar con facilidad,

convendrá elegir prendas que se abran totalmente por delante o detrás; siendo amplias y ligeras para permitir libertad de movimiento al bebé. Es recomendable utilizar mudas de fibras naturales (algodón) que absorben la humedad y no producen irritaciones ni alergia. ³²

Cuando se viste al bebé, coloque el cuello de la prenda por la parte posterior de la cabeza y después pasarla por delante de la cara, en el caso de los brazos la madre introduce sus dedos a través de la manga, para sacar el brazo del niño, procurando que sus manos estén cerradas; de lo contrario se enganchará, se sigue el mismo proceso para pasar una prenda por las piernas si ésta no tiene abertura con corchetes. Y para desvestirlo se debe seguir los mismos pasos pero a la inversa. ³²

Puesto que la circulación sanguínea todavía no está plenamente desarrollada, gran mayoría de los prematuros suelen tener manos y pies fríos, pero ello no significa que lo tengan; una mejor manera para averiguarlo es tocándole las piernas, brazos o el cuello, y la pérdida de color en las mejillas puede indicar que el niño está pasando frío. Contrariamente a lo que se cree, no se les debe abrigar en exceso pues su cuerpo puede perder la capacidad de adaptación a los cambios de temperatura y resfriarse con mayor facilidad.³²

Por ello es conviene vestirlo con varias prendas de menor grosor, debido a que entre ellas se formarán capas aislantes y el bebé se sentirá más arropado. Si la temperatura sube, bastará con quitarle una prenda sin tener que cambiarle toda la ropa; y si hace calor es preferible usar ropa de algodón para compensen las variaciones de temperatura, una camiseta con manga corta resulta suficiente; y ante un exceso de calor es conveniente hacerle tomar mucho líquido.³² Como se evidencia en los siguientes discursos:

“La enfermera me aconsejo que cuando mi bebé tuviera frío le colocara dos o tres prendas de algodón, y que no usara prendas de lana, porque desarrollaría alergia...” (Rosa).

“... la enfermera me enseñó que cuando vistiera a mi bebé, no lo sobre abrigara, que le colocara solo lo necesario para poder diferenciar si hay cambios de temperatura en su cuerpo...” (Azucena)

CATEGORÍA III: Buscando la trascendencia Espiritual del Recién Nacido Prematuro: Bautizo.

El cuidado enfermero experto implica ayudar a los pacientes a emplear sus recursos espirituales mientras identifican y exploran el significado en sus vidas, encuentran modos de afrontar el impacto de la enfermedad y los factores estresantes que se van encontrando.⁹ Un cuidado espiritual adecuado puede suponer que la enfermera demuestra un interés que a su vez posibilita la facilitación y el recibimiento de ayuda, estableciendo relaciones significativas con el paciente.

La situación precaria de muchos prematuros en alto riesgo, convierte la muerte en una posibilidad muy real y omnipresente. El personal de enfermería está en una posición privilegiada para preparar a los padres ante un fallecimiento inevitable y facilitar el proceso de duelo a la familia, tanto si el suceso es esperado o no. También es importante que los progenitores puedan ver, coger y tocar al niño antes de morir; como después de muerto, si lo desean.²⁸

Ante este acontecimiento la mayoría de los padres cristianos desean bautizar a sus hijos, si su muerte es probable o segura, es necesario que un representante de la fe (por ejemplo: un sacerdote católico o un ministro protestante) realice el rito. El santo Bautismo es el fundamento de toda la vida cristiana, el pórtico de la vida en el espíritu y la puerta que abre el acceso a los otros sacramentos. Puesto que nacen con una naturaleza humana caída y manchada por el pecado original, los niños necesitan también el nuevo nacimiento en el Bautismo para ser librados del poder de las tinieblas y ser trasladados al dominio de la libertad de los hijos de Dios, a la que todos los hombres están llamados. Los padres cristianos deben reconocer que esta

práctica corresponde también a su misión de alimentar la vida que Dios les ha confiado.³³

La práctica de bautizar a los niños pequeños es una tradición inmemorial de la Iglesia; es un sacramento de fe. La fe que se requiere para el Bautismo no es una fe perfecta y madura, sino un comienzo que está llamado a desarrollarse. A menudo la enfermera es quien identifica la necesidad de ayuda espiritual y quien la facilita; cuando la muerte es inminente, ella puede bautizar al niño, simplemente vertiendo agua sobre su frente, mientras dice: “Yo te bautizo en el nombre del Padre y del Hijo y del Espíritu Santo”. Esos bautismos se pueden realizar en los recién nacidos de cualquier edad gestacional y son especialmente importante cuando los padres son católicos. Cuando la fe paterna sea dudosa, se puede realizar un bautismo convencional diciendo: “Si estas capacitado para recibir el bautismo, yo te bautizo en el nombre del Padre, del Hijo, y del Espíritu Santo”. Se registra el hecho en la ficha del niño y colocar una nota de aviso sobre la cuna o incubadora. Se debe informar a los padres en la primera oportunidad.³³ Como se puede sustentar en los siguientes discursos:

“La enfermera me aconsejo que bautizara a mi bebé, ya que como es prematuro necesita mucho el apoyo de Dios... le dije que traería a mi pastor, ya que soy evangelista”.

“...tenía tanto miedo de que mi bebé fallezca, por eso quise que lo bautizaran, le pregunte a la enfermera si podía traer al sacerdote de mi parroquia para que le dé el sacramento. Ella me dijo que en el hospital había un sacerdote que sin duda le otorgaría el sacramento...”

Ante la situación de una inminente pérdida la madre tiende a buscar consuelo en Dios mediante la promulgación de oraciones, mediante las cuales piden con gran devoción la próxima recuperación del prematuro, que aún no se lo lleve de su lado entre otras cosas. Por lo tanto la oración se ve como medio de consuelo, debido a que las madres primerizas se encuentran en la situación de un duelo anticipado, por ello direccionan sus pesares a buscar un

consuelo junto a Dios. Asimismo es una relación de Alianza entre Dios y el hombre en Cristo. El poder de la oración eficaz, el secreto de comunión con Dios a través de la intercesión cuando es hecha con sabiduría, dirigida por el Espíritu especialmente y con motivos claros basados en los principios inmutables de la Palabra de Dios.³³ Como se evidencia en los siguientes discursos:

“... yo rezo mucho por mi bebé me estoy aferrando a Dios para que nos dé el regalo de tenerla junto a nosotros, sanita”. (Rosa)

“...una señora me dijo que no llore porque mi bebé se va a recuperar; y desde allí lo único que hago es rezarle todos los días a Diosito, para que mi bebé se sane pronto y tenerlo conmigo”. (Margarita)

“...en ese momento lo único que hacía era pedirle a Diosito por la salud de mi bebé, que me permitiera tenerlo en mis brazos y verlo crecer”. (Geranio)

CONSIDERACIONES FINALES

- La educación que la enfermera da a la madre para el cuidado del recién nacido se inicia en la hospitalización y se proyecta al hogar dando prioridad a la alimentación (lactancia materna) seguridad, estimulación, afectividad, vestido, y el cuidado de su ambiente; con el propósito de beneficiar en lo posible el desarrollo del prematuro. Asimismo la educación es importante porque permite detectar la desinformación existente en las madres sobre los cuidados del Bebé, y el abordaje de la enfermera le da la oportunidad a la madre para que pueda preguntar sobre sus dudas e inquietudes. De igual manera puede informarse y aprender a reconocer los signos de alarma y actuar acertadamente.
- La educación que las enfermeras ofrecen a las madres primerizas con hijos prematuros, en el método de Mamá Canguro fortalece el lazo afectivo en el binomio madre- bebé, estimula la lactancia materna y el incremento de la producción de leche lo cual repercute en el crecimiento y desarrollo del mismo.
- De igual modo las enfermeras del servicio de neonatología del Hospital Almanzor Aguinaga deben continuar siendo más perseverantes en la educación que brindan, sin olvidar el apoyo espiritual que hasta ahora ha servido de mucho para confortar familias y porque no decirlo para acercarlos más a Dios.
- Asimismo las madres primerizas que tienen hijos prematuros, deben presentar disposición para adquirir y poner en práctica de la mejor manera los conocimientos que puedan recibir por parte de la enfermera.

RECOMENDACIONES

- Debido a los cuidados especiales que quieren los bebés pretérmino, es necesario que durante el tiempo de hospitalización los padres sean entrenados por las enfermeras del servicio de Neonatología con la finalidad que puedan prolongar los cuidados en el hogar y así poder acelerar la recuperación y el desarrollo del recién nacido pretérmino.
- Motivar la planificación de estrategias educativas según grado de instrucción de la madre de modo que sean adiestrados sobre los cuidados primordiales que brindarán post alta.
- Para la preparación del alta hospitalaria es necesario que el servicio de Neonatología establezca un protocolo sobre el cuidado del prematuro, así como una guía de preparación a los padres para su cuidado en el hogar.
- Dar a conocer a las enfermeras del servicio de neonatología los resultados de la investigación, para que con ello puedan evaluar en qué áreas deben reforzar la educación brindada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. Lima: (20 de Abril del 2012) Incidencia mundial de parto prematuro: revisión sistemática de la morbilidad y mortalidad maternas. Disponible en <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/1/08-062554-ab/es/index.html>
2. Instituto Nacional Materno Perinatal, [MINSA]. Lima: (27 de marzo del 2012) Niños prematuros se salvan gracias a técnica Mamá Canguro. Disponible en <http://inmp.gob.pe/noticiasDetalle.php?idPagina=131>
3. Datos estadísticos de la GERESA.
4. Vásquez Tirado M., Zeña Tantalean S. “Historias de Vida de las madres primerizas que tienen un hijo prematuro HPDBL, Marzo – Julio 2007” [tesis], Lambayeque: USAT; 2007.
5. Olmo Palma I. “Participación de los padres en la atención del recién nacido en la unidad de cuidados intensivos neonatal” [tesis], Lambayeque: USAT; 2008.
6. Silva Riquelme A. “comportamiento materno durante la hospitalización del recién nacido prematuro y bajo peso” [tesis], Valdivia: Universidad de Chile; 2002.
7. Garrido Hidalgo M., Marchán Coronado M. Adopción del rol materno en madres adolescentes primerizas según grupo de convivencia. Trujillo: La Libertad: Universidad César Vallejo; 2001.
8. Marriner T., Raile M. Modelos y Teorías de Enfermería. 5ta edición. España: ELSEVIER SCIENCE; 2003.
9. Potter P, Griffin A. Fundamentos de Enfermería. 5ta Edición. España: Elsevier; 2001.
10. Behrman Richard E, Kliegman R, Jonson Hal B. Nelson, tratado de pediatría. 16ava edición. España: Mc Graw Hill Interamericana de España; 2000.
11. Cruz Hernández M. Tratado de Pediatría. España: Editorial Océano; 2007.
12. Schwarcz R, Fescina R y Diverges C. Obstetricia. 6^{ta} edición. Buenos Aires, Argentina: El Ateneo; 2005.
13. Potter, Patricia A.; Griunffin Perry, Anne. “Fundamentos de enfermería”. 5ta edición. España: Océano Grupo Editorial; 2003.
14. Lowdermilk D, Perry S y Bobak I. Enfermería Materno – Infantil. 6^{ta} edición. España: Harcout /Océano; 2003.
15. Rodríguez Gómez G, Gil Flores J, García Jiménez E. Metodología de la investigación cualitativa. Málaga - España: Ediciones ALJIBE; 1996.
16. Pérez Serrano G. Modelos de Investigación Cualitativa en educación social y Animación sociocultural. Aplicaciones prácticas. 4^{ta} Edición. Madrid, España: Editorial Narcea; 2004.
17. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Pilar Baptista L. Metodología de la investigación. 5^{ta} edición. México: Mc. Graw Hill interamericana editores; 2010.
18. Lupecinio, Ana. “Metodología de la Investigación Cualitativa”. 1era Edición. Málaga- España: Ediciones Albijes S.L; 2003.

19. Polit H. Diseño de Investigación en ciencias de la salud. Investigación científica de la salud. 6^{ta} Ed. México; 2000.
20. Balcázar Nava P, González Arratia López- Fuentes N, Gurrola Peña G, Moysén Chimal A. Investigación cualitativa. México: Editorial consorcio de Universidades Mexicanas; 2005.
21. Salkind N. Métodos de investigación. 3^{era} edición. México: Prentice Hall, Pearson Educación de México; 1997.
22. Llanea Álvarez FJ. Formación superior en prevención de riesgos laborales. Parte obligatoria y común. 4^{ta} edición. España: Lex Nova; 2009.
23. Krippendorff K. Metodología de análisis de contenido. Teoría y Práctica. España: Paidós Ibérica; 1990.
24. Sgreccia, Mons. Elio; “La Bioética Personalista”. En Vida y Ética, Publicación del Instituto de Bioética de la Pontificia Universidad Católica de Buenos Aires, Año 2, N^o2, Diciembre del 2001, págs. 13 y 14.
25. Canale, Francisca. Metodología de la Investigación. 2^{da} edición. Washington – EUA: Organización Panamericana de la Salud; 1994.
26. Pérez Serrano G. Investigación Cualitativa. Retos e Interpretaciones II. Técnicas y Datos de Interpretación. Vol. II. 3^{era} Edición. Madrid, España: Editorial Muralla S.A.; 2002.
27. Whaley & Wong, Enfermería Pediátrica. 4^{ta} edición. España: Editorial Harcourt; 1995.
28. Reeder S, Leonide M. Enfermería Materno Infantil. 3^{era} edición. México: Interamericana McGraw Hill; 1995.
29. Organización Mundial de la Salud. Método Madre Canguro. Guía Práctica. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2004.
30. Calderón Alarcón V., Sánchez Novoa P., Suárez Arias M. Estimulación temprana. Guía para el desarrollo integral del niño. 1^{era} edición. España: Euroamericana de Ediciones Internacional, S.A; 2001.
31. López de Bernal M., Arango de Narváez M. El desarrollo del niño de 0 a 3 años. Aprendiendo y creciendo juntos. 2^{da} edición. Tomo I. Colombia: Ediciones gamma S.A.; 2002.
32. Clark J. Estimulación Temprana. Descubra como, paso a paso, estimular a sus niños. Lima: Edición Valores; 2004.
33. Catecismo de la Iglesia Católica. 2^{da} Edición. Lima: Paulinas Epiconsas; 2011.

ANEXOS

ANEXO N°1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TITULO DEL ESTUDIO: “EDUCACIÓN DE LA ENFERMERA PARA LA ADOPCIÓN DEL ROL MATERNO DE LAS MADRES PRIMERIZAS CON HIJOS PREMATUROS, CHICLAYO 2012”.

Investigadores: Elizabeth Jeannette Jiménez Márquez y Alejandra Beatriz Sosa Silva.

Con este estudio se pretende determinar el grado de educación que brindan las enfermeras a las madres primerizas con hijos prematuros.

A pesar de que este estudio será beneficioso directamente para ustedes, también lo será para el profesional de enfermería ya que con esta investigación se ofrecerán programas de intervención para el cuidado de los recién nacidos prematuros.

El estudio ha sido aprobado por juicio de expertos y por el comité de Ética de la Escuela de Enfermería de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. El estudio no producirá daño a su persona. El procedimiento incluye:

- 1) Leer y rellenar una entrevista sobre la educación de las enfermeras para la adopción del rol materno de madres primerizas con hijos prematuros. La participación en el estudio va a ocuparle aprox. 10 – 15 minutos puede preguntarme cualquier duda sobre el estudio o sobre su participación.

Su participación en el estudio es voluntaria; no tiene ninguna obligación de participar tiene derecho de retirarse cuando usted lo crea conveniente, y la relación con el investigador no se verán en absoluto afectadas.

La información del estudio será codificada para que no pueda relacionarse con usted. Su identidad no se publicará. Toda la información recopilada será solamente de conocimiento de la investigadora y de su asesora, quienes garantizarán el secreto y respeto a su privacidad.

He leído el formulario de consentimiento y voluntariamente doy mi consentimiento para participar en este estudio.

Firma del Informante
DNI:

He explicado del estudio al individuo arriba representado y he confirmado su comprensión para el consentimiento informado.

Jiménez Márquez Elizabeth.
DNI: 44530700

Sosa Silva Alejandra.
DNI: 46853502.

Mgtr. Guerrero Quiroz Elizabeth Soledad.
DNI:

Chiclayo, 20 de Noviembre del 2012.

ANEXO N° 2



ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA A PROFUNDIDAD

I. FINALIDAD.

La presente entrevista tiene como objetivo obtener información para la investigación de tipo cualitativa, que se titula **“Educación de la Enfermera para la Adopción del rol materno de las madres primerizas con hijos prematuros, Chiclayo 2012”**

Dicha entrevista será grabada y la información recopilada será confidencial, solicitamos la veracidad de sus respuestas, cuyos resultados servirán estrictamente con fines de investigación.

Se le agradece anticipadamente su colaboración y participación.

II. DATOS GENERALES.

- **Edad de la madre:**
- **Grado de instrucción:**
- **Estado civil:**
- **Semanas de gestación:**.....

III. DATOS ESPECIFICOS.

1. **¿Cómo le ha ayudado la enfermera en el desempeño de su Rol Maternal? Y ¿Qué siente cuando cuida a su bebé?**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....