

**VIVENCIAS DE LAS MADRES ADOLESCENTES DEL PROGRAMA MADRE
CANGURO INTEGRAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO
FRENTE A LA ADOPCIÓN DEL ROL MATERNAL DURANTE EL SEGUNDO
PERIODO DE 2008**

**CLAUDIA LILIANA MARTÍNEZ LOZANO
MAGALY RODRÍGUEZ SOACHA**

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE ENFERMERIA
DEPARTAMENTO ENFERMERÍA CLÍNICA
BOGOTÁ D.C.
2008**

**VIVENCIAS DE LAS MADRES ADOLESCENTES DEL PROGRAMA MADRE
CANGURO INTEGRAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO
FRENTE A LA ADOPCIÓN DEL ROL MATERNAL DURANTE EL SEGUNDO
PERIODO DE 2008**

**CLAUDIA LILIANA MARTÍNEZ LOZANO
MAGALY RODRÍGUEZ SOACHA**

**Trabajo de grado para optar al título de
Enfermera Superior**

Asesora

**HERLY RUTH ALVARADO ROMERO
Docente facultad de enfermería**

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE ENFERMERIA
DEPARTAMENTO ENFERMERÍA CLÍNICA
BOGOTÁ D.C.**

2008

Nota de aceptación

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Bogotá D.C., Diciembre 3 de 2008

*Agradezco a mi familia por
acompañarme y permitirme
cumplir este sueño.*

*Agradezco a Dios por bendecirme
con esta hermosa profesión.*

Claudia Lilitana Martínez Lozano

*Agradezco a Dios y la Virgen
por su orientación para cumplir este sueño.*

*Agradezco a mi familia por su
apoyo incondicional*

Magaly Rodríguez Soacha

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	13
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
1.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	20
2. DEFINICIÓN OPERATIVA DE TÉRMINOS	20
2.1 ADOPCIÓN DEL ROL MATERNAL	20
2.2 MADRES ADOLESCENTES	20
2.3 PROGRAMA MADRE CANGURO INTEGRAL	20
2.4 VIVENCIAS	22
3. ANTECEDENTES	23
4. JUSTIFICACIÓN	30
5. OBJETIVOS	35
5.1 OBJETIVO GENERAL	35
5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	35
6. PROPÓSITOS	36
7. MARCO TEÓRICO	37
7.1 RIESGOS DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA	40
7.1.1 Riesgos biológicos	41
7.1.2 Riesgos obstétricos	41
7.1.3 Riesgos psicosociales	43
7.1.3.1 Aspectos psicosociales del embarazo en las adolescentes	43

7.2	TEORÍA DE RAMONA T. MERCER: “ADOPCIÓN DEL ROL MATERNAL”	44
7.2.1	Principales conceptos y definiciones	44
7.2.2	Supuestos principales	47
7.2.3	Afirmaciones teóricas	48
7.3	PROGRAMA MADRE CANGURO	49
7.3.1	Historia	49
7.3.2	Descripción Programa Madre Canguro Integral del Hospital Universitario San Ignacio	52
7.3.2.1	Misión	52
7.3.2.2	Visión	53
7.3.2.3	Justificación	53
7.3.2.4	Objetivos	54
7.3.2.5	Portafolio de servicios	55
7.3.2.6	Estrategias	58
8.	METODOLOGÍA	61
8.1	TIPO DE ESTUDIO	61
8.2	POBLACIÓN DE REFERENCIA	61
8.3	CRITERIOS DE INCLUSIÓN	61
8.4	TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	62
8.5	ORGANIZACIÓN, SISTEMATIZACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS	62
8.6	CONSIDERACIONES ÉTICAS	63
9.	PRESENTACION Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	64
9.1	CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LA POBLACIÓN	64
9.1.1	Edad de las madres adolescentes	66
9.1.2	Escolaridad de las madres adolescentes	67

9.1.3 Ocupación antes y después del embarazo	68
9.1.4 Persona con la que vive y estado civil	69
9.1.5 Ingresos familiares mensuales	71
9.2 ANÁLISIS DESCRIPTIVO	72
9.2.1 Primera fase de la adopción del rol maternal – Anticipatorio	74
9.2.1.1 Pensamientos al inicio del embarazo, fase anticipatoria	74
9.2.1.2 Sentimientos al inicio del embarazo, fase anticipatoria	76
9.2.1.3 Apoyo familiar y de la pareja al inicio del embarazo, fase anticipatoria	77
9.2.1.4 Pensamientos durante el embarazo, fase anticipatorio	78
9.2.1.5 Sentimientos durante el embarazo, fase anticipatorio	80
9.2.1.6 Apoyo familiar y de la pareja durante el embarazo, fase anticipatorio	81
9.2.2 Segunda, tercera y última fase de la adopción del rol maternal: Formal, informal y personal	82
9.2.2.1 Pensamientos después del embarazo, fases: formal, informal y personal	84
9.2.2.2 Sentimientos después del embarazo, fases: formal, informal y personal	85
9.2.2.3 Apoyo familiar y de la pareja después del embarazo, fases: formal, informal y personal	86
10. CONCLUSIONES	88
11. RECOMENDACIONES	90
BIBLIOGRAFÍA	91

LISTA DE GRAFICAS

	Pág.
Gráfica No.1. Edad de las madres adolescentes	66
Gráfica No 2. Escolaridad de las madres adolescentes	67
Gráfica No 3. Ocupación antes y después del embarazo	68
Gráfica No 4. Personas con las que vive	69
Gráfica No. 5. Estado civil	70
Gráfica No. 6. Ingresos familiares mensuales	71
Gráfica No.7. Concepto de rol al inicio del embarazo	74
Gráfica No. 8. Madres que se imaginaban desempeñando el rol de madre	75
Gráfica No.9. Primera persona a la que le contó que estaba embarazada.	77
Gráfica No. 10. Durante el embarazo ya se sentía madre	79
Gráfica No. 11. Madres que pensaban en como criar a su hijo	80
Gráfica No. 12. Personas que dan pautas de crianza	82
Gráfica No. 13. Madres que manifiestan que ya adoptaron el rol maternal	84
Gráfica No. 14. Adolescente que se sentía en el rol de madre	85

LISTA DE TABLA

	Pág.
Tabla No. 1. Características Socio demográficas	64

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo No. 1. Entrevista informal para ser aplicada a las madres adolescentes del Programa Madre Canguro Integral frente a la adopción del rol maternal.	94
Anexo No. 2. Consentimiento informado para las madres adolescentes del Programa Madre Canguro Integral	98
Anexo No. 3. Entrevista vivencias madres adolescentes	101

INTRODUCCIÓN

La adolescencia comprende el periodo de la vida que se extiende entre los 10 y 19 años; es una etapa del desarrollo de la persona que define el paso de la niñez a la adultez e implica la formación de actitudes y normas de comportamiento impuestas por la sociedad. Se presentan cambios físicos y psicológicos que le permiten al individuo adquirir rasgos de identidad los cuales son la base para formar su personalidad.

Entre los cambios que se presentan: un fuerte impulso de autoafirmación, una aparente sensibilidad, seguridad a las críticas, desbordamientos de la afectividad que los hace pasar de estados de tristeza a estados de euforia, comienzan las amistades más íntimas, exigen sinceridad, autenticidad y respeto a su intimidad. El inicio de la pubertad trae además cambios en el desarrollo definitivo de las características sexuales del ser humano las cuales permiten que el adolescente tras la búsqueda de una identidad, un rol y finalmente una vida sexual satisfactoria inicie la práctica de la genitalidad. Sin embargo, en este momento donde queda expuesto a múltiples situaciones alarmantes que van en incremento y seguirán, si no se trabaja contundentemente para su solución; entre éstas, están: el embarazo, las enfermedades de transmisión sexual y el aborto.

En este estudio, se pretende identificar las vivencias de las madres adolescentes del Programa Madre Canguro Integral del Hospital Universitario San Ignacio frente a la adopción del rol maternal, por medio de un estudio descriptivo, con el objetivo describir los sentimientos, las sensaciones y apoyo familiar y de la pareja de las madres adolescentes en la primera, segunda, tercera y cuarta fase de la

adopción del rol maternal, propuestas por Ramona T: Mercer, con el fin de contribuir a generar estrategias de solución en las principales dificultades que tienen las madres adolescentes en dicho proceso.

En la siguiente investigación, en el marco teórico, se presenta la situación actual de la adolescencia con respecto a la maternidad, seguida de la explicación sobre la teoría de Ramona T. Mercer acerca de la adopción del rol maternal y por último se hace una recopilación del Programa Madre Canguro Integral, con el fin de analizar la anterior información enfocado hacia las madres adolescentes participantes de este estudio.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

De los seis mil millones de habitantes del planeta, mil millones de personas están en la adolescencia. Mientras en Norteamérica el 17% de la población es adolescente, en América Latina constituye el 21% de la población general; en Colombia la quinta parte de la población es adolescente, así de 43 millones de habitantes, 8.5 millones son adolescentes¹.

Según la OMS el adolescente pasa de la aparición inicial de las características sexuales secundarias a la madurez sexual; vive la evolución de los procesos psicológicos y los patrones de identificación de niño/a a adulto/a y se da una transición de un estado de total dependencia económica y social a un estado relativo de dependencia en estas áreas. Así, la adolescencia es un periodo de transición en el cual los jóvenes toman una serie de decisiones de corto y largo plazo que definen su bienestar y estado de salud actual y futuro. Las transiciones que se viven en este periodo incluyen: la aceptación de la sexualidad, la formación de grupos, la independencia de los padres y adultos, la búsqueda de una condición económica estable y segura, el desarrollo de una conducta social responsable, la preparación para el matrimonio y la familia, y el desarrollo de valores.

Generalmente el contexto cultural particular influye en la definición de los roles sociales, económicos y demográficos apropiados para los adolescentes, los cuales implican decisiones de los adolescentes sobre varios aspectos de su actividad

¹ CUEVAS,A. Embarazo en adolescentes: una visión desde la realidad colombiana. Revista crítica de ciencias de la vida. Pensamiento provida. Vol. 1, No 0. diciembre de 2003. disponible en Internet en el siguiente enlace: http://www.provida.es/pensamiento/Publicaciones/Aura_Cuevas.htm . consulta en 25/08/2008

sexual y reproductiva, por lo cual en esta etapa las mujeres no están preparadas para afrontar un embarazo, lo que determina el proceso de adopción del rol maternal.

A pesar de que en Colombia la tasa de natalidad en general ha ido disminuyendo, la tasa de embarazo en adolescentes se ha ido incrementando en forma paulatina. En el año 1987 correspondía al 7.5%, en 1994 14% y actualmente ocupa el 20% del total de nacimientos². Muchos de estos embarazos no son planificados y aparecen en comunidades con bajos recursos económicos y sin acceso a sistemas de salud, circunstancias que ponen en riesgo la vida de la joven madre y la del bebé.

En Colombia, el 19% del total nacional de adolescentes ya es madre o está embarazada de su primer hijo, es decir, una de cada cinco mujeres adolescentes ha estado embarazada alguna vez antes de los 17 años, y una de cada tres lo ha estado a los 19 años. Las cifras aumentan en la zona rural donde el 26% de las mujeres ha estado o está embarazada a los 17 años³.

De igual manera, las adolescentes presentan una tasa de 90 nacimientos por mil mujeres. En el año 2003, la fecundidad adolescente en la zona urbana presenta un aumento de 71 a 79 nacimientos por mil, en tanto que en la zona rural baja un poco de 134 a 128 nacimientos por mil mujeres⁴.

² Ibid

³ Planificación familiar, salud sexual y reproductiva. Encuestas e investigaciones. Disponible en Internet en el siguiente enlace:<<http://www.profamilia.org.co/encuestas/00resumen/011general.htm ENDS 2005>> (marzo 17 2008)

⁴ Ibid

Es así que las consecuencias desfavorables de la maternidad adolescente tanto para la madre como para el bebé, son innumerables ya que, de forma global en la morbilidad de la gestante adolescente, se destacan el aborto, la anemia, las infecciones urinarias, (incluida la bacteriuria asintomática) los cuadros hipertensivos (preeclampsia, eclampsia), el síndrome de anticuerpos antifosfolípidos, las hemorragias asociadas con afecciones placentarias (acretismo placentario), la escasa ganancia de peso con malnutrición materna asociada, los síntomas de parto prematuro (contractilidad anormal), desproporción céfalo pélvica y la ruptura prematura de las membranas ovulares⁵.

En el parto los problemas más frecuentes son las alteraciones en la presentación y en la posición del feto, ya sea podálico o transversa, respectivamente, lo que implica un mayor peligro de parto traumático para el feto y distócico para la madre. En relación con el bebé se destaca el bajo peso al nacer (BPN), tanto por nacimiento pre término como por recién nacido con bajo peso para la edad gestacional y malformaciones congénitas.⁶

Las madres adolescentes tienen más probabilidades que las madres mayores de 20 años de tener un bebé prematuro (antes de las 37 semanas de embarazo). Entre 2002 y 2004, los índices de nacimientos prematuros promediaron un 14.3

⁵ Pelaez MJ. Adolescente embarazada: características y riesgos. Rev Cubana Obstet Ginecol 1997;23(1):13-7.

⁶ Ibid

por ciento entre las mujeres de menos de 20 años de edad en comparación con un 11.7 por ciento entre las mujeres de entre 20 y 29 años⁷.

Por esto, los bebés que nacen demasiado prematuros corren un alto riesgo de sufrir problemas de salud como: Incapacidad para respirar o para lograr una respiración regular por sí solos debido a la inmadurez de sus pulmones, regulación de la temperatura corporal (el bebé no puede conservar su propio calor corporal), problemas de alimentación y crecimiento debidos a un sistema digestivo inmaduro, ictericia patológica, posible lesión cerebral debido a la acumulación de bilirrubinas, anemia, hemorragia intracraneal, apnea, displasia broncopulmonar, problemas auditivos o visuales relacionados con la inmadurez de los nervios o con los efectos secundarios de los tratamientos que recibe, retraso del desarrollo y discapacidades del aprendizaje debido a una lesión cerebral relacionada con la inmadurez e incluso la muerte⁸.

Por tal motivo, así en los países que cuentan con suficientes recursos de salud para ofrecer a mujeres de todas las edades niveles adecuados de atención prenatal y durante el parto, es imposible reducir la mayoría de los anteriores efectos adversos relacionados con el proceso gestacional en las adolescentes embarazadas y sus bebés.

Sin embargo en algunos casos, estos bebés que nacen prematuros y/o con bajo peso al nacer, en los cuales sus problemas de salud no requieren de una unidad de cuidados intensivos, son vinculados al programa plan canguro integral con el fin

⁷ Taylor D, Chavez G, Chabra A. Risk factors for adult paternity in birth to adolescent. *Obstet Gynecol* 2000; 199-205.

⁸ Jama patient page, Bebés prematuros. The journal of the American Medical Association. *JAMA*, July 20, 2005—Vol 294, No. 3, disponible en: <http://jama.ama-assn.org/cgi/data/294/3/390/DC1/1>.

de lograr aumentarles el peso y completar sus semanas gestacionales sobre el pecho de sus madres o algún familiar. Esto para una madre adolescente representa un impacto emocional, que de entrada afecta el proceso de adopción del rol maternal, debido a que las madres se sienten culpables de que sus bebés sean tan pequeños y que hayan nacido con anterioridad, llevándolas a pensar que no supieron cuidar de sus hijos cuando estaban en su vientre y a manifestar ser malas madres⁹.

De igual manera en el embarazo se espera que la mujer esté preparada tanto física, psicológica y socialmente para llevarlo a cabo, pero en el caso de una adolescente, ella no está preparada para afrontar todo el proceso que demanda ser madre porque ella todavía es una “niña” y depende de alguien (padre, madre, tíos o abuelos), lo que altera todo el proceso de adopción al rol materno y disminuye las posibilidades de desarrollo educativo, social y económico principalmente.

Por todas las anteriores razones, la gestación en la adolescencia es considerada un embarazo de alto riesgo y un proceso de adopción del rol maternal difícil, ya que así como lo plantea la teórica Ramona Mercer, las adolescentes, las madres jóvenes, las madres enfermas y madres con niños portadores de defectos, familias que experimentan estrés ante parto, madres de alto riesgo y madres que sufren parto por cesárea van a vivir un proceso de adopción al rol maternal más complejo y diferente al de otras madres que no tuvieron algún tipo de problema.

⁹ López Nodarse M, Flores Madam M, Roche Pérez C. Embarazo en la adolescencia. Resultados de dos. I Parte. Rev Sexol Soc 1996; 2(4):12

Ante esta situación, se investigará la experiencias de las madres adolescentes del programa madre canguro frente a la adopción del rol materno, por medio de una entrevista en la cual se les escuchará, para encontrar razones que sustenten la problemática y así proponer alternativas de intervenciones desde la profesión de enfermería.

1.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuales son las vivencias de las madres adolescentes del Programa Madre Canguro Integral del Hospital Universitario San Ignacio frente a la adopción del rol maternal durante el segundo periodo de 2008?

2. DEFINICIÓN OPERATIVA DE TÉRMINOS

2.1 ADOPCIÓN DEL ROL MATERNAL

Es un proceso interactivo y evolutivo que se produce durante cierto periodo 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. 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.

2.2 MADRES ADOLESCENTES

Será considerada como el cuidador principal del niño y quien guarda con este una relación biológica y afectiva directa, La OPS y la OMS definen a la adolescencia como el periodo entre los 10 y los 19 años de edad y la juventud, como el periodo entre los 15 y los 24 años, además de estar en la etapa de la vida en donde se realiza la transición entre el infante o niño de edad escolar y el adulto, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 12 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años.

2.3 PROGRAMA MADRE CANGURO INTEGRAL

Es un programa de cuidado a la madre en un proceso de ajuste físico, emocional y social de la madre y del niño prematuro y/o de bajo peso al nacer (<2500gr), en el cual se realiza un proceso de educación, entrenamiento y apoyo a la madre para que le brinde a su hijo afecto, calor y leche materna exclusiva. Donde la

madre utilizará el método canguro, consistente en mantener continuamente a su pequeño hijo debajo de su ropa y directamente entre sus senos en contacto piel a piel.

2.4 VIVENCIAS

Para efectos de esta investigación, se consideran las vivencias como aquellas experiencias, sensaciones, sentimientos, apoyo familiar y de la pareja que la madre adolescente vive frente a la adopción del rol materno, durante las cuatro fases del proceso de adaptación al rol maternal, planteadas por Ramona T. Mercer, anticipatorio, formal, informal y personal.

3. ANTECEDENTES

La OMS define como adolescencia al "período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio – económica" y fija sus límites entre los 10 y 19 años de edad. Es considerada como un periodo de la vida libre de problemas de salud pero, desde el punto de vista de los cuidados de la salud reproductiva, el adolescente es, en muchos aspectos, un caso especial.

Una de cada cinco personas en todo el mundo (1300 millones en total) es un adolescente entre los 10 y 19 años de edad, parte de la mayor generación de jóvenes registrada en la historia¹⁰. Muchas de las adolescentes ya son madres, pero carecen de preparación para serlo desde todo punto de vista dificultándoles la adopción de su nuevo rol como madres.

Asegurar la salud y el bienestar de los adolescentes y los jóvenes del mundo, dotarlos de aptitudes para la vida y crear oportunidades de educación y empleo para ellos es imprescindible para responder a los problemas de desarrollo del siglo XXI, entre estos enfrentarse al rol de ser madres en esta etapa de su vida.

Los países deben “proteger y promover los derechos de los adolescentes a la educación, la información y la asistencia en materia de salud reproductiva, y

¹⁰ Adolescentes y jóvenes. UNFPA. Estado de población 2004. El consenso del Cairo diez años después: población, salud reproductiva y acciones mundiales para eliminar la pobreza. Disponible en Internet enlace: <http://www.unfpa.org/swp/2004/espanol/ch9/index.htm>

reducir considerablemente el número de embarazos entre las adolescentes¹¹". Si bien en muchos países está disminuyendo el embarazo en la adolescencia, sigue siendo motivo de gran preocupación, especialmente debido a los riesgos de salud que plantea el embarazo precoz, tanto para la madre como para el hijo. En los países menos adelantados, la proporción de todos los alumbramientos es de 17% para las jóvenes menores de 20 años, y a ese grupo corresponden 14 millones de alumbramientos por año en todo el mundo.

Desde el punto de vista social, la adolescencia se debería destinar a la formación, en particular a la terminación de la educación secundaria, lo que en general no es compatible con las responsabilidades que lleva en sí la maternidad. Desde el punto de vista biológico se ha demostrado que la maternidad adolescente está relacionada con mayores complicaciones del parto, mayor mortalidad infantil y peores condiciones de salud del niño. Desde el punto de vista emocional, varios estudios encuentran que para las adolescentes, el embarazo implica disminución de la autoestima y de la satisfacción de las mujeres.

Desde el punto de vista de la adopción del rol, los innumerables cambios que lleva un embarazo en el cuerpo de una mujer va modificando y creando su adopción del rol, ya que desde que la mujer se entera que está en embarazo se inicia una ilusión que en la adolescente no se presenta, debido a que el embarazo no es planeado o deseado, así mismo durante el embarazo la mujer va creando unas expectativas frente a su hijo y a ella misma como madre, la adolescente por múltiples problemas (familiares, personales, escolares y sociales) va creando unas expectativas diferentes y las adecua a su manera de pensar según su edad y finalmente cuando el niño nace y si este tiene algún tipo de limitación y/o patología

¹¹ Ibid.

su rol materno no se establecerá de una manera sencilla si no tortuosa, afectando directamente la formación y salud del niño¹².

Muchas parejas están poco preparadas acerca de todas las nuevas emociones, adaptaciones y necesidades de la maternidad y paternidad. La inmensa variedad de cambios que un hijo trae sobre la vida de sus padres son frecuentemente una completa sorpresa. Los múltiples roles (mujer, hija, esposa, madre y/o trabajadora) que la mujer moderna tiene que jugar son muy estimulantes, pero en los primeros meses de la maternidad, pueden parecer más problemáticos que satisfactorios. Se requieren varios meses para establecer prioridades e integrar la maternidad dentro de estos roles, lo cual es uno de los retos emocionales más importantes del primer año de posparto, que para la mujer adolescente puede llegar a ser más compleja si no cuenta con el apoyo de un compañero y no tiene la suficiente madurez para desempeñar el nuevo rol de madre que se ve obligada a cumplir.

Contar con redes de apoyo y de agentes como la familia o las instituciones (plan canguro integral), constituye para las adolescentes, una base fundamental de su competencia materna. De esta forma, un buen nivel socioeconómico, unión estable y metas educativas claras y posibles, favorecen la adaptación de la joven a su embarazo y posibilitan su afrontamiento exitoso.¹³

Sin embargo, las consecuencias del embarazo durante la adolescencia son amplias, siendo en su mayoría de carácter negativo, tanto para el niño como para

¹² Ibid

¹³ ORTIZ, Jenny Amanda, BORRE, Alicia, CARRILLO, Sonia *et al.* **Relación de apego en madres adolescentes e sus bebés canguro.** *Rev. Latinoam. Psicol.* [online]. 2006, vol.38, no.1, p.71-86. Disponible en la Web: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-05342006000100005&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 0120-0534.

la madre, y mucho más cuando este ocurre en las edades tempranas de la adolescencia y fuera del matrimonio. Los riesgos de salud, la deserción escolar, la pérdida de oportunidades de ingresos futuros, el rechazo social, las dificultades emocionales, físicas y aún financieras, son algunas de las consecuencias para la madre. En general, la fecundidad alta en la adolescencia, y con mayor fuerza en la adolescencia temprana, está asociada al truncamiento de la trayectoria educativa y a limitaciones en el ámbito laboral de la adolescente en su vida futura. Como Rodríguez (2003) afirma: “aunque se trate de descendencias finales poco numerosas, si su procreación tiene lugar a una edad muy joven persiste la colisión entre reproducción y acumulación de activos educativos y laborales, amén de una carga para la cual suele haber menos preparación a dichas edades”.¹⁴

Es así que esa amplitud de las consecuencias se puede clasificar así: consecuencias médicas, consecuencias sociales y consecuencias psicológicas¹⁵.

Las consecuencias médicas: debido a la inmadurez física, las madres adolescentes se enfrentan a mayores riesgos de salud que las madres adultas durante el embarazo y el parto. Puede presentarse anemia, hipertensión inducida por el embarazo, pre-eclampsia, eclampsia y toxemia, abortos espontáneos e inducidos, trauma cervical, trabajo de parto prolongado, llegando incluso a aumentar la probabilidad de muerte materna. En el niño puede presentarse prematuridad, bajo peso al nacer, anomalías físicas que se relacionan con

¹⁴ Carmen Elisa Flórez y Victoria Eugenia Soto, Fecundidad Adolescente y Desigualdad en Colombia y la Región de América Latina y el Caribe. *Reunión de Expertos sobre Población y Pobreza en América Latina y el Caribe* 14 y 15 de Noviembre 2006, Santiago, Chile. Disponible en : http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/5/27255/Flerez_Soto.pdf

¹⁵ ORTIZ, Jenny Amanda, BORRE, Alicia, CARRILLO, Sonia *et al.* **Relación de apego en madres adolescentes e sus bebés canguro.** *Rev. Latinoam. Psicol.* [online]. 2006, vol.38, no.1 [citado 12 septiembre 2008], p.71-86. Disponible en la Web: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-05342006000100005&Ing=pt&nrm=iso>. ISSN 0120-0534.

altos índices de muerte neonatal, retardo mental, desórdenes nerviosos, riesgo de epilepsia, parálisis cerebral y pobre desarrollo motor.

Consecuencias Sociales: El embarazo en la adolescencia generalmente es desaprobado familiar y socialmente inicialmente. Es común que la primera reacción de padres, hermanos y parientes sea negativa, provocando en las madres adolescentes altos niveles de estrés. Las madres adolescentes se enfrentan con pocas oportunidades para ingresar a la educación superior o regresar a la escuela y en consecuencia, sus posibilidades laborales futuras son limitadas. Puede haber pérdida de autonomía debido a la dependencia económica de la familia; relaciones tensas por la excesiva vigilancia por parte de sus familiares; exigencias con respecto a la moralidad e intervención en la vida privada de la joven, especialmente en temas afectivos y sexuales.

Consecuencias Psicológicas: Las demandas del cuidado del niño, la pérdida de opciones sociales, profesionales y laborales, junto con las restricciones económicas, crean un ambiente desfavorable que puede desencadenar intensos trastornos afectivos posparto o conductas autodestructivas. El embarazo durante la adolescencia se acompaña de niveles de estrés más altos que los evaluados en madres de edad adulta por diversos factores.

Una de las enfermeras que más ha trabajado en la adopción del rol materno es Ramona T. Mercer, quien con su teoría "Adopción del Rol Maternal", va más allá de la maternidad tradicional y se dirigió hacia adolescentes, madres añosas, madres enfermas y madres con niños portadores de defectos, familias que experimentan estrés ante parto, padres de alto riesgo y madres que sufren parto por cesárea. Ramona Mercer establece que la adopción al rol maternal se produce

a tres niveles, el biológico, el psicológico y el social, que interactúan y dependen unos de otros a lo largo de las cuatro fases¹⁶:

-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.

-Formal: comienza con la asunción del rol en el nacimiento. Las conductas de rol están guiadas por las expectativas formales y consensuadas de otras personas dentro del sistema social de la madre.

-Informal: comienza cuando la madre desarrolla su forma particular de representar el rol independientemente del sistema social.

-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.

La anterior información nos evidencia que una madre adolescente es una persona en la cual el proceso de adopción del rol maternal está en riesgo y debe ser

¹⁶ MARRINER TOMEY, Ann. Modelos y teorías en enfermería. Edición: 5a ed. Madrid, España. 2003 p. 397. (19 marzo 2008).

manejada desde otra perspectiva diferente a la tradicional por su misma condición física, psicológica, social.

Es relevante que la adopción del rol materno en adolescentes debe ser más trabajada y tenerla más en cuenta desde todos los programas de salud tanto individual como colectiva que se dirijan a las madres adolescentes, ya que todo el proceso de gestación y hasta un año después de esta el rol materno esta en constante construcción y desarrollo; que al ser alcanzado con éxito se verá reflejado en la buena salud de los hijos de dichas madres.

4. JUSTIFICACIÓN

El último informe de la Unicef y la Procuraduría General de la Nación de Colombia (2005) sobre temas de infancia y adolescencia en la agenda pública del país, indica que el 36% de las madres adolescentes no deseaban su embarazo actual y que entre 1990 y 1995 incrementó en un 19% el número de adolescentes urbanas y en un 47% el número de adolescentes rurales, que dieron a luz. Las estadísticas vitales del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas -DANE en el 2005, Colombia tuvo 6.459 madres menores de 14 años y el porcentaje de niños con bajo peso al nacer ha venido aumentando de 7,3% en el año 2000 a un 8,4% en el 2006.

El hecho de que una mujer este pasando por la etapa de adolescencia, en la cual sus prioridades son estudiar y conocer el mundo predispone una susceptibilidad psicológica, al tener que asumir la responsabilidad del cuidado de un nuevo ser en su vida, que demanda de ella una atención especial, dedicación exclusiva y lograr interiorizar y aceptar un nuevo rol en su vida que es ser madre y en este caso de un ser que tiene un riesgo, por su condición de inmadurez física. De igual manera cuando la adolescente no tiene planeado quedar en embarazo el proceso de adopción del rol maternal se ve alterado desde su fase anticipatoria, lo que demanda un reto para el profesional de enfermería encargado de las madres adolescentes en los diferentes programas, poderles facilitar un adecuado establecimiento de su rol maternal sin dejar de lado sus necesidades como adolescente.

Otro de los aspectos más destacados del desarrollo adolescente es el que hace referencia a la construcción de la propia identidad personal, ya que probablemente, uno de los rasgos más importantes de la adolescencia es el proceso de exploración y búsqueda que va a culminar con el compromiso de chicos y chicas con una serie de valores ideológicos y sociales, y con un proyecto de futuro, que definirán su identidad personal y profesional. Esta necesaria exploración y búsqueda de nuevas sensaciones y experiencias van a verse favorecidas por algunos cambios cognitivos que suelen llevar al adolescente a un deficiente cálculo de los riesgos asociados a algunos comportamientos –consumo de drogas, deportes de riesgos-, haciendo más probable su implicación en ellos (Chambers, Taylor y Potenza, 2003)¹⁷.

Esa búsqueda de identidad del adolescente desfavorece su proceso de adopción del rol materno, ya que al no haber establecido su identidad como persona, se ve obligada a tratar de asumir una maternidad prematura que le implica hacerse responsable de un ser y pasar de ser ella el centro de atención en su vida a ser su hijo, lo que le implica imitar a la persona que la ha criado para poder desempeñarse como madre, lo que no le permitirá asumir el rol materno como se establecería si su hijo no hubiera nacido en esa edad en que los adolescentes son muy dependientes de sus cuidadores.

Es así como el embarazo a cualquier edad constituye un hecho biopsicosocial muy importante, pero es en la adolescencia donde se presentan una serie de situaciones que pueden atentar contra la vida y la salud del recién nacido, como son los casos de muerte fetal y perinatal, además de prematuridad, bajo peso

¹⁷Chambers, Taylor y Potenza. La maternidad en la adolescencia: un enfoque social, poblacional y psicológico. Disponible en:http://64.233.179.104/scholar?hl=es&lr=&q=cache:7xtQVab_afIJ:www.pdipas.us.es/o/oliva/Capitulo5.doc+La+maternidad+en+la+adolescencia:un+enfoque+social,+poblacional+y+psicol%C3%B3gico.

(BPN) y muy bajo peso al nacer (MBPN). El perfil de la embarazada adolescente no es homogéneo, sus características van a depender del contexto geográfico del nivel de ingreso, del grado de instrucción, pero también de su edad, estado civil del acceso que tenga a los servicios de salud¹⁸,

Así mismo, el embarazo y la maternidad en las adolescentes es una problemática que implica mayores probabilidades de morbilidad y mortalidad infantil así como de complicaciones obstétricas para las madres y de inmensas dificultades en la adquisición y desempeño del rol materno y se vincula a la deserción educativa temprana de los jóvenes; esto a consecuencia del bajo impacto de programas de educación sexual y reproductiva, inadecuada capacitación en el curso de preparación para el parto para el afrontamiento de situaciones críticas (niños prematuros, con malformaciones, etc.) lo que dificulta directamente la adquisición del rol maternal.

De igual manera, la maternidad adolescente tiene una estrecha relación con el avance hacia los objetivos del Milenio. En primer lugar, porque se da con mayor frecuencia entre las jóvenes de familias pobres, tiende a reproducir la pobreza y la falta de oportunidades de una generación a la siguiente y, junto con ello, las probabilidades de desnutrición infantil. En segundo lugar, porque implica mayores probabilidades de mortalidad y morbilidad infantiles, así como de complicaciones obstétricas y en el puerperio para las madres. Y en tercer lugar, porque se vincula a la deserción educativa temprana de las jóvenes.¹⁹ Otro factor que se tiene en cuenta en los objetivos del milenio que quiere mejorar el desarrollo de las

¹⁸ Kliksberg B. Impactos de la situación social de América Latina sobre la familia y la educación: interrogantes y búsquedas. Estudios interdisciplinarios de América Latina y el Caribe. 2000; 11(2) http://www.tau.ac.il/eial/XI_2

¹⁹ Maternidad adolescente en América Latina y el Caribe. Tendencias, problemas y desafíos. Boletín de la infancia y adolescencia sobre el avance de los objetivos del milenio. Enero de 2007. ISSN 1816-7527. (30 de abril de 2008)

naciones y se hace mediante la educación lo que promoverá la equidad de género y la autonomía de la mujer.

Por otro lado hay que tener en cuenta que cuando la maternidad ocurre en el periodo en que la mujer no tiene como prioridad desempeñar este, el proceso se perturba en diferente grado, porque una adolescente embarazada sufre una transformación total, ya que cambia su cuerpo, su mente (en muchas ocasiones existen sentimientos de culpa y de vergüenza) y sus preocupaciones se transforman, ya no son las mismas. Además ya no se va a preocupar por el vestido que llevará puesto para ir a una fiesta con sus compañeros de clases, sino en cómo contarles a sus amigos y familiares lo que le está pasando²⁰. Es habitual que asuman responsabilidades impropias de esta etapa de su vida, al ser madre precozmente y privándose de actividades propias de su edad, confundiendo su rol dentro del grupo, cuando deberían asumir su propia identidad superando la confusión en que crecieron.

Por todo lo anterior, y por los riesgos que trae para una adolescente el embarazo, seguido de que su hijo nazca prematuro y/o con bajo peso al nacer y la dificultad para adoptar su rol materno con tranquilidad, son razones que justifican la importancia de la adopción del rol maternal en adolescentes con hijos canguro, como tema de investigación en el campo de la salud tanto infantil como sexual y reproductiva, y como objeto de política social. Debido a que la profesión de enfermería desde sus campos de acción frente a la salud materno infantil, curso de preparación para el parto, atención del parto y posparto, salud sexual y reproductiva, puede generar acciones que le faciliten a las madres su adopción del rol maternal y el vínculo madre-hijo, al crear una atención continuada durante todo el proceso de embarazo, logrando disminuir la ansiedad y temores que se le

²⁰ FERNÁNDEZ Paredes F, CASTRO García M, ÁVILA Reyes M,. Características socio familiares y consecuencias en la salud materno-infantil del embarazo en edad precoz. Bol Med Hosp Infant Mex 1996;53(2):84-88. (30 abril 2008)

generan a las gestantes adolescentes en todo el proceso de la maternidad, beneficiando la salud del recién nacido. Además no se encuentran dentro de la literatura estudios que indaguen sobre la adopción del rol maternal en madres adolescentes con hijos canguros.

De igual manera este estudio contribuye a que en el plan canguro integral se tenga en cuenta la teoría de adopción del rol maternal de Ramona T. Mercer dentro del plan de cuidados de enfermería, para que a la vez que se brinda la mejor atención al bebé, se le ayude a la madre a adaptarse a ese nuevo rol con mayor facilidad, puesto que este proceso ha sido estudiado por dicha teórica en múltiples poblaciones incluyendo las adolescentes, logrando que esta adaptación no sea difícil y que la madre brinde sus cuidados con mayor seguridad y tranquilidad.

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar las vivencias de las madres adolescentes frente a la adopción del rol maternal del Programa Madre Canguro del Hospital Universitario San Ignacio durante octubre y noviembre de 2008.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

-Describir los pensamientos, sentimientos y apoyo familiar y de la pareja, de las mujeres adolescentes en la primera fase del proceso de adopción del rol maternal; anticipatorio

-Describir los pensamientos, sentimientos y apoyo familiar y de la pareja, de las mujeres adolescentes en la segunda fase del proceso de adopción del rol maternal; formal.

-Describir los pensamientos, sentimientos y apoyo familiar y de la pareja, de las mujeres adolescentes en la tercera fase del proceso de adopción del rol maternal; informal.

-Describir los pensamientos, sentimientos y apoyo familiar y de la pareja, de las mujeres adolescentes en la cuarta y última fase del proceso de adopción del rol maternal; personal.

6. PROPÓSITOS

Con la intención de contribuir a generar estrategias de solución en las principales dificultades que tienen las madres adolescentes en el proceso de adopción del rol maternal, se realizara un estudio cualitativo que indagara las vivencias de esta población para conocer y determinar qué perciben y qué han experimentado durante el proceso de ser madres de niños prematuros y/o bajo peso al nacer.

Este trabajo será útil para mejorar la calidad de vida de las madres adolescentes al identificar pautas que las orienten en proceso de adquisición del rol.

Ofrecer a los profesionales de enfermería, y a otras disciplinas del programa madre canguro , un trabajo serio, en el cual se reflejen las vivencias reales experimentadas por una madre adolescente frente a la adopción del rol, permitiendo así diseñar estrategias desde las diferentes carreras, encaminadas a brindar cuidado al binomio madre – hijo.

7. MARCO TEÓRICO

La palabra ADOLESCENCIA proviene del vocablo adoleceré, que significa crecer, es entonces, una transición que ocurre entre el infante y el adulto, un periodo de vida, influenciado por múltiples factores que trascienden del plano físico o anatómico para penetrar en la psiquis del individuo, y que adicionalmente es afectado de manera directa por complejos factores sociales y culturales aprehendidos primordialmente en el seno de la familia, núcleo de la sociedad.

Aunque los adolescentes no conforman un grupo homogéneo, para efectos prácticos la Organización Mundial de la Salud (OMS) y La Organización Panamericana de la Salud (OPS), consideran que la adolescencia comprende el periodo de la vida que se extiende entre los 10 y 19 años; es una etapa del desarrollo de la persona que define el paso de la niñez a la adultez e implica la formación de actitudes y normas de comportamiento impuestas por la sociedad. Es decir, no resulta fácil, hablar de dicho grupo como homogéneo porque la única característica común es la edad, ya que cada adolescente vive circunstancias diferentes y tiene necesidades individuales.

Dicha etapa inicia fisiológicamente con la pubertad; los cambios biológicos que se presentan son: 1. El tamaño del tamaño corporal (estatura y peso). 2. Cambios en las proporciones del cuerpo, que se realizan de manera sincrónica y manifiesta. 3. Desarrollo de las características sexuales primarias y secundarias.

En muchos países, los adolescentes llegarían a representar del 20% al 25% de su población. En el 2000 habían 1,1 millones de adolescentes ya para el 2007 el total de población adolescente corresponde al 30% (13'766.577 adolescentes) del total de la población colombiana (45'888.592 de habitantes) y proporcionalmente la actividad sexual de los adolescentes va en aumento en todo el mundo, incrementando la incidencia de partos en mujeres menores de 20 años²¹. El 19% del total nacional de adolescentes ya es madre o está embarazada de su primer hijo, es decir, una de cada cinco mujeres adolescentes ha estado embarazada alguna vez a los 17 años, y una de cada tres lo ha estado a los 19 años.

Ser madre adolescente se lo define como: "el hecho que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal, al tiempo transcurrido desde la menarquía, y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen"²².

La adolescencia se caracteriza por ser una etapa de preparación durante la cual niñas y niños avanzan en su desarrollo biológico, hormonal y psicosexual, hasta alcanzar su edad adulta. Se trata de obtener una identidad. Estos pocos años, llenos de aprendizaje, experiencias novedosas y mayor fantasía que en cualquier otra época de la vida presentan también muchos retos, dudas y ensayos de maneras de pensar y actuar, en lo psíquico y con el entorno, a lo cual se le agrega la responsabilidad de ser madre.

Según Erickson, en la adolescencia se presenta la crisis llamada: crisis de la *identidad versus la confusión de rol*. Los cambios biológicos y la variación en las

²¹ Maddaleno M, Morello P, Infante-Espínola F. Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y El Caribe: desafíos para la próxima década. Salud Publica Mex 2003;45 supl 1:S132-S139. Disponible en el siguiente enlace: http://www.paho.org/CDMEDIA/FCHGTZ/Enlaces/Otros/45s1_17.pdf (30 de abril 2008).

²² Martínez JC, Andina E, Pomata J, et al. Maternidad y paternidad en adolescentes. Programa asistencial para la madre adolescente (PROAMA).Revista Hospital Materno Infantil. Ramón Sardá 1992; Vol.2: Pág. 7. (30 abril 2008)

expectativas sociales durante la pubertad crean una especie de extrañeza y sensación de discontinuidad al adolescente. Hay incertidumbre, tanto en los antiguos recursos personales y de seguridad como en la escogencia de carrera o ideología social. En general, este inventario pasajero de identidad se resuelve de manera exitosa y satisfactoria, si las circunstancias y el entorno son favorables; es decir, si se permite a los jóvenes esta moratoria normal en la cual se asumen progresivamente estos nuevos retos²³.

Además de que la adolescente este pasando por esta crisis de identidad, se le suma el hecho de tener que vivir una segunda crisis simultánea, ya que debe asumir su rol de madre. Las posibles causas de la maternidad en adolescentes se relacionan con factores que incluyen bajo nivel socioeconómico, inestabilidad familiar, declinación de las barreras sociales y culturales para el ejercicio de la sexualidad, menarquía temprana, escasa orientación sexual, uso inadecuado de algunos métodos de planificación (método del ritmo y coito interrumpido).

El embarazo es una experiencia profunda en la vida de la mujer, mientras cambia su cuerpo y su ánimo, también lo están haciendo sus necesidades y prioridades. Pero esta transición, que es un reto para los adultos, puede resultar abrumadora para una adolescente, puesto que los adolescentes tienen pensamientos y actitudes frente al embarazo, en los cuales se demuestra una baja percepción de la importancia del evento, no observan daños potenciales para su salud, pero las madres adolescentes sí muestran mayores preocupaciones por lo económico y la falta del apoyo parental.

Algunas madres adolescentes registran ganancias afectivas con el embarazo, tal como obtener compañía, mayor libertad, madurez y responsabilidad. Para los

²³ ERIKSON, Erick. Teorías de la identidad del Yo. Available from Internet: <www.geocities.com/ResearchTriangle/Thinktank/4492/noticias/erikson.htm> (5 mayo 2008)

adolescentes el momento "ideal" para un embarazo, es el momento en que pueden tener estabilidad económica y no parece ser tan importante, sentirse preparado o desear el embarazo²⁴.

El embarazo en las adolescentes repercute en la vida de ellas, sus hijos, el entorno familiar, social y debido a su frecuencia se ha convertido en un problema de salud pública. Salvo que el tener un hijo forme parte de un proyecto de vida de una pareja de adolescentes, el embarazo en ellos es considerado como una situación problemática por los sectores involucrados. Esto permite abarcar todos los embarazos que ocurran a esta edad; adecuar las acciones preventivas dentro de la promoción de la salud; brindar asistencia integral a cada madre adolescente, a sus hijos y parejas y aportar elementos para el desarrollo de las potencialidades de los adolescentes.

Por todo ello, el embarazo en adolescentes necesita un abordaje integral biopsicosocial por un equipo interdisciplinario capacitado en la atención de adolescentes y en este aspecto específico de la maternidad paternidad.

7.1 RIESGOS DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA

Desde el punto de vista sanitario, algunas adolescentes embarazadas constituyen uno de los grupos de alto riesgo, tanto por su inmadurez física como por sus dificultades psicosociales y económicas. Los partos en algunas adolescentes

²⁴ Monterrosa Castro Alvaro. Causas e implicaciones médico-sociales del embarazo en la adolescencia. Available from Internet: <www.encolombia.com/go_causasei2.tm.> (30 abril 2008)

ponen en peligro las vidas de las madres y de sus bebés, al tiempo que aceleran el crecimiento demográfico²⁵.

7.1.1 Riesgos biológicos

Algunas gestaciones precoces presentan pequeñas hemorragias iniciales que pueden ser confundidas como anomalías menstruales sin mayor importancia. La amenorrea en los primeros meses no siempre atrae la atención, razón por la que a menudo el diagnóstico de embarazo no se confirma sino hasta cerca del tercer mes.

Más del 10% de todos los nacimientos anuales se dan en mujeres entre los 15 y 19 años de edad y debido a la falta de maduración del organismo, el riesgo de mortalidad es de dos a cuatro veces más alto en adolescentes que en mujeres mayores de 20 años. Así mismo, la mortalidad de los recién nacidos es 30 veces mayor cuando se trata de madres adolescentes²⁶.

7.1.2 Riesgos obstétricos

Los esfuerzos de la adolescente por ocultar su embarazo y la dificultad para disponer de servicios adecuados o la inexistencia de un servicio médico prenatal, hacen que no tenga el control prenatal que necesita.

Deficiencias nutricionales. Alrededor del 20% de la población de los países en desarrollo está crónicamente desnutrida. Por ser la adolescencia una etapa de

²⁵ COLL, A.: "Embarazo en la adolescencia" – Clínicas Perinatológicas Argentinas, Nº 4, 1997 – Asociación Argentina de Perinatología (ASAPER). (30 abril 2008)

²⁶ *La calidad del control prenatal como garantía de salud de madres. Available from Internet: www.encolombia.com/go_calidad_control.htm (30 abril 2008)*

rápido crecimiento físico, hay aumento normal de las necesidades nutricionales, que se acentúan durante la gestación.

Aumento excesivo de peso, menor crecimiento uterino, mayor frecuencia de aborto espontáneo, mayor incidencia de contracciones pélvicas. Especialmente en primigestantes de 12 y 13 años.

Mayor frecuencia de toxemia gravídica, con una incidencia de alrededor del doble, entre gestantes de 12 y 16 años de edad.

Mayor frecuencia de partos prolongados, especialmente en menores de 14 años.

Mayor morbilidad: se ha observado en menores de 15 años una mayor frecuencia de entidades como anemia, hipertensión arterial, infecciones vaginales.

Mayor frecuencia de distocias: se presentan si la talla normal del feto ocasiona desproporción céfalo pélvica. Por las estrechas dimensiones anatómicas de la joven, aun niña que hacen indispensable la cesárea.

Mayor frecuencia de cesáreas en los grupos de niñas de 12 y 13 años.

7.1.3 Riesgos psicosociales

7.1.3.1 Aspectos psicosociales del embarazo en las adolescentes. La mayoría de las madres adolescentes pertenecen a sectores sociales más desprotegidos y, en las circunstancias en que ellas crecen, su adolescencia tiene características particulares²⁷.

²⁷ FERNÁNDEZ Paredes F, CASTRO García M, ÁVILA Reyes M,. Características socio familiares y consecuencias en la salud materno-infantil del embarazo en edad precoz. Bol Med Hosp Infant Mex 1996;53(2):84-88. (30 abril 2008)

Es habitual que asuman responsabilidades impropias de esta etapa de su vida, reemplazando a sus madres y privadas de actividades propias de su edad, confundiendo su rol dentro del grupo, comportándose como "hija-madre", cuando deberían asumir su propia identidad superando la confusión en que crecieron.

También, en su historia, se encuentran figuras masculinas cambiantes, que no ejercen un rol ordenador ni de afectividad paterna, privándolas de la confianza y seguridad en el sexo opuesto. En otros casos, especialmente en menores de 14 años, el embarazo es la consecuencia del "abuso sexual", en la mayoría de los casos por su padre biológico²⁸.

El despertar sexual suele ser precoz y muy importante en sus vidas carentes de otros intereses; con escolaridad pobre; con modelos familiares de iniciación sexual precoz; por estimulación de los medios, inician a muy corta edad sus relaciones sexuales con hombres muy jóvenes, con muy escasa comunicación verbal y predominio del lenguaje corporal. Tienen relaciones sexuales sin protección contra enfermedades de transmisión sexual buscando a través de sus fantasías, el amor que compense sus carencias²⁹.

De igual manera hay teoristas que se dedicaron a la investigación del rol materno de una manera más amplia dentro de la cual se encuentra:

²⁸ MOLINA R., SANDOVAL J., LUENGO X.: "Salud sexual y reproductiva del adolescente" Ruoti, A. M. y col.: Obstetricia y Perinatología, Asunción, Paraguay. 2.000 – EFACIM-EDUNA, Cap. 8, 2ª Edición. (30 abril 2008)

²⁹ La calidad del control prenatal como garantía de salud de madres. Avalaible from Internet: www.encolombia.com/go_calidad_control.htm (30 abril 2008)

7.2 TEORÍA DE RAMONA T. MERCER: “ADOPCIÓN DEL ROL MATERNAL”

La teoría de Mercer se basa en las pruebas obtenidas en sus investigaciones a lo largo de 25 años. Para la formulación de la teoría de la adopción del rol maternal se han empleado también los hallazgos de otros investigadores. Los trabajos de Reva Rubin sobre la adopción del rol maternal fueron los que estimularon inicialmente el interés de Mercer. Sin embargo, el trabajo de Mercer fue más allá de la maternidad “tradicional” y se dirigió a adolescentes, madres jóvenes, madres enfermas y madres con hijos portadores de defectos, familias que experimentan estrés ante parto, padres de alto riesgo y madres que sufren parto por cesárea. Además, Mercer tiene en cuenta a la madre desde el momento de la concepción hasta 12 meses después del parto³⁰.

7.2.1 Principales conceptos y definiciones

Mercer basa su teoría de la adopción del rol maternal en los siguientes factores:

- *Adopción del rol maternal*: Es un proceso interactivo y evolutivo que se produce durante cierto periodo 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. 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.
- *Edad materna*: Se refiere a la edad cronológica y evolutiva.

³⁰ MARRINER Tomey, Ann. Modelos y teorías en enfermería. Edición: 5a ed. Madrid, España. 2003 p. 393-394

-*Percepción de la experiencia del nacimiento*: La percepción de una mujer sobre su labor durante el parto y el nacimiento.

-*Separación materno infantil precoz*: Separación de un neonato de su madre después del nacimiento debido a enfermedad y/o prematuridad.

-*Autoestima*: Es la percepción por parte de un individuo sobre cómo le consideran los demás y la propia aceptación de dicha percepción.

-*Concepto del sí mismo (referencia de uno mismo)*: Es la percepción global de uno mismo que incluye la autosatisfacción, la auto aceptación, la autoestima y la concordancia o discrepancia entre lo que uno es y lo que quisiera ser.

-*Flexibilidad*: Los roles no son algo rígido y fijo; por ello no tiene importancia quién lo desempeñe.

-*Actitudes de seguimiento para con el niño*: Actitudes y creencias maternas sobre la educación del niño.

-*Estado de salud*: Es la percepción por parte de la madre y el padre de su estado previo de salud, su estado de salud actual, su salud general, su resistencia o susceptibilidad a la enfermedad, su preocupación por la salud, su orientación de la enfermedad y su rechazo al papel de enfermos.

-*Ansiedad*: Es un rasgo por el cual existe una propensión específica a percibir las situaciones estresantes como peligrosas o atemorizantes y como un estado específico de situaciones.

-*Depresión*: Consiste en la aparición de un grupo de síntomas depresivos y en particular del componente afectivo del ánimo depresivo.

-*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.

-*Gratificación*: Es la satisfacción, el disfrute, el premio o el placer que la mujer experimenta al interactuar con su hijo y al realizar las tareas habituales propias de la maternidad.

-*Vinculación*: 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.

-*Temperamento del niño*: La presencia de un temperamento difícil en vez de fácil se relaciona con la existencia de actitudes rígidas por parte del niño que llevan a la madre a sentirse incompetente y frustrada.

-*Estado de salud del niño*: Las enfermedades que causan separación del niño de su madre interfieren con el proceso de vinculación.

-*Características del niño*: Son el temperamento, apariencia y estado de salud del niño.

-*Familia*: Es el sistema dinámico que incluye diferentes subsistemas, individuales (madre, padre, feto/ niño) o de parejas (madre-padre, madre-feto/niño, padre – feto/niño) dentro del sistema global de la familia.

-*Funcionamiento de la familia*: Es la visión que tiene el individuo de las actividades y relaciones de la familia y de sus subsistemas con otras unidades sociales mayores.

-*Estrés*: Acontecimientos vitales y variables ambientales percibidos de forma positiva o negativa.

-*Apoyo social*: Es la cantidad de ayuda recibida de forma real, la satisfacción debida a dicha ayuda y las personas (red) que proporcionan dicha ayuda. Las 4 áreas de apoyo social son las siguientes: apoyo emocional, apoyo informativo, apoyo físico y apoyo de valoración.

-*Relación padre-madre*: Percepción de la relación conyugal que incluye valores, objetivos y acuerdos intencionales y reales entre los dos.

-*Cultura*: La forma global de vida aprendida y transmitida de generación en generación.

7.2.2 Supuestos principales. Para la adopción del rol maternal. Mercer establece los siguientes supuestos:

- La forma en que la madre define y percibe los acontecimientos viene determinada por un “núcleo del sí mismo”, relativamente estable, adquirido a través de la socialización a lo largo de su vida. Sus percepciones sobre sus hijos y otras repuestas referentes a su maternidad a lo largo de su vida constituyen el mundo real ante el que responde.

- Las respuestas conductuales de la madre están influidas, además de por la socialización de ésta, por su nivel evolutivo y las características innatas de su personalidad.

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

- El niño se considera como un compañero activo dentro del proceso de toma de rol de la madre, y afecta y es afectado por la representación del rol.

- La identidad materna se desarrolla paralelamente a su vinculación y dependen el uno del otro.

7.2.3 Afirmaciones teóricas. El modelo de adopción del rol materno de Mercer se sitúa como microsistema, exosistema y macrosistema:

-Microsistema. 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 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.

-Exosistema. Engloba, influye y delimita el microsistema. La unidad madre-hijo 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. Ejemplo: cuidados diarios, ocupaciones de los padres, el colegio.

-Macrosistema. Se refiere a los prototipos generales que existen en una determinada cultura o a los contenidos culturales transmitidos.

La adopción del rol maternal es un proceso que tiene lugar en cuatro estadios de adquisición del rol (adaptado de Thornton y Nardi, 1975):

-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.

-Formal. Comienza con la asunción del rol en el nacimiento. Las conductas de rol están guiadas por las expectativas formales y consensuadas de otras personas dentro del sistema social de la madre. La madre escucha pautas de crianza.

-Informal. Comienza cuando la madre desarrolla su forma particular de representar el rol independientemente del sistema social.

-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.

Es así como Ramona Mercer demuestra que el rol materno puede verse alterado por diferentes circunstancias, para esta investigación dichas circunstancias son: madre adolescente con hijo prematuro y/o con bajo peso al nacer.

7.3 PROGRAMA MADRE CANGURO INTEGRAL

7.3.1 Historia

En septiembre de 1979, los doctores Héctor Martínez Gómez y Edgar Rey Sanabria, en el Instituto Materno Infantil (IMI) de Bogotá, Colombia, iniciaron un cambio en el manejo tradicional del prematuro y del niño de bajo peso al nacer, consistente en una salida temprana del hospital para seguir su control ambulatoriamente. El nuevo manejo se denominó "programa canguro", cuyo nombre se deriva de la similitud que existe entre la forma como la "canguara" carga a su cría después del nacimiento y la forma como las madres del programa después del nacimiento y la forma como las madres del programa cargan a sus recién nacidos prematuros, después de ser dados de alta³¹.

El programa madre canguro surgió como respuesta pragmática a una situación crítica de nacimiento, infecciones cruzadas, pobre pronóstico, ausencia de

³¹ Madre Canguro. Available from Internet: < www.monografias.com/trabajos16/madre-canguro/madre-canguro.shtml - 80k - > (28 abril 2008)

recursos de alta tecnología y una mortalidad extremadamente alta para los niños con bajo peso en la unidad de neonatología, durante los años 70³².

El programa no fue concebido como un experimento controlado, sino que surge como una alternativa a la carencia de alta tecnología, para países en vía de desarrollo, en donde la madre, más que el hospital, es el elemento primordial en el cuidado de la salud de su hijo de bajo peso, el cual se encuentra en buenas condiciones clínicas. Para algunos observadores el programa no parece ser una alternativa para todos los niños de bajo peso, pero si una opción más para aquellos niños con bajo peso quienes sobreviven los peligros de los primeros días de vida³³.

Durante el inicio de los 80 el Instituto Materno Infantil cambio su categoría y pasó de ser un Hospital General de Maternidad a una Maternidad de tercer nivel para la atención de alto riesgo obstétrico. El cambio de categoría produjo una reducción en el número de nacimientos, de cerca de 21.000 en 1979 a 8.600 en 1987. Sin embargo la proporción de neonatos con bajo peso permaneció igual, siendo alrededor de 15% del total de niños nacidos vivos debido a irregularidades en los registro del hospital, las tasas de mortalidad neonatal no pueden ser calculadas para el Instituto Materno infantil), en el período precedente a la iniciación del programa. Se ha estimado que la tasa media de mortalidad neonatal para todos los niños fue de 52 por mil nacidos vivos durante el periodo 1977-1984³⁴.

³² MARTINEZ, María del Rosario. Dimensiones del cuidado. Programa de cuidado madre canguro. Bogotá-Colombia. Pág. 185-187. (28 abril 2008)

³³ Madre Canguro. Available from Internet: < www.monografias.com/trabajos16/madre-canguro/madre-canguro.shtml - 80k - > (28 abril 2008)

³⁴ Madre Canguro. Available from Internet: < www.monografias.com/trabajos16/madre-canguro/madre-canguro.shtml - 80k - > (28 abril 2008)

A finales de los años 80, estos resultados para los niños con bajo peso fueron considerados inaceptables. La falta de recursos tecnológicos condujo a tener que colocar a más de un niño en una incubadora afrontar el problema de infecciones cruzadas y el abandono materno, situaciones que determinaban un mal pronóstico para los niños de bajo peso. Estas condiciones previas a la iniciación del programa fueron descritas por los miembros del personal del Instituto Materno Infantil de la siguiente manera:

"Inmediatamente después del nacimiento, el recién nacido de bajo peso era colocado en una incubadora donde podía estar compartiendo con uno o más niños... En la sala de cuidados intensivos, del Instituto Materno Infantil no se permitía el acceso a personas extrañas, categoría en la que estaba incluida la madre. Ella solo podía ver al bebe cuando era dado de lata en la unidad. La alimentación, la iniciábamos con dextrosa. La cual se continuaba con fórmula en la patología inicial mandadas de acuerdo al peso del niño. Una vez la patología inicial había sido tratada y el peso alcanzado era satisfactorio, el prematuro era entonces sacado de la incubadora y colocado en cunas especiales.

El tiempo de permanencia en el hospital era muy variable llegando a alcanzar periodos hasta de 3 meses, siempre y cuando la madre aún recordara a su hijo y se acercara a reclamarlo. La proporción de los niños abandonados era muy alta debido a la ausencia total de efectos. Sin embargo, la facilidad de contagio, los pobres mecanismos de defensa de estos niños y el gran volumen de pacientes, producía un alto porcentaje de enfermedades infecciosas especialmente gastrointestinales que conducían a la septicemia y la muerte." Dr. Héctor Martínez, Edgar Rey.

EL AMOR, EL CALOR Y LA LACTANCIA MATERNA constituyen la esencia del programa Madre Canguro. En 1980 un año después de haber iniciado el Programa Madre Canguro, el Instituto Materno Infantil atravesó situaciones adversas, lo cual

origino una remodelación completa entre 1980 y 1984. Durante este periodo el programa fue trasladado al hospital San Juan de Dios, en donde las facilidades de espacio fueron menores, aunque algo más modernas. El programa prosiguió con las pautas trazadas inicialmente, con la cooperación del UNICEF se construyo en los jardines del Instituto Materno Infantil una sede propia del programa conocida con el nombre " La Casita", en donde se realizan los controles ambulatorios de los niños del programa, evitándose el riesgo de infección, frecuente en el área común de los consultorios. Simultáneamente hubo una mejoría en la dotación de equipos para el manejo adecuado de los niños hospitalizados en las unidades de cuidado neonatal de Instituto Materno Infantil.

7.3.2 Descripción Programa Madre Canguro Integral del Hospital Universitario San Ignacio.

El Programa madre canguro integral del Hospital Universitario San Ignacio, está bajo la coordinación de la doctora Zita Figueroa con el siguiente personal a su cargo: 3 medicas pediatras, 1 psicóloga, 2 enfermeras, 3 auxiliares de enfermería, 1 secretaria y 1 persona de archivo. La consulta a personal especializado se realiza por medio de remisiones.

7.3.2.1 Misión. Brindar con calidad humana servicios especializados en pediatría, enfermería, psicología y trabajo social, a los recién nacidos pre términos y/o de bajo peso al nacer, con el uso racional de los instrumentos disponibles para detectar e intervenir oportunamente sobre las alteraciones del crecimiento y desarrollo neuro-psicomotor y sensorial y tratar de entregar a la familia y a la sociedad un niño lo mas íntegro posible, para que alcance una buena escolaridad y garantizar así el futuro ciudadano que necesita Colombia.³⁵

³⁵ FUNDACION CANGURO COLOMBIA. Disponible en el siguiente enlace: <http://kangaroo.javeriana.edu.co/quienes.html> (28 de abril 2008).

7.3.2.2 Visión. El Programa Madre Canguro Integral San Ignacio, continuara siendo reconocido como Institución Prestadora de Servicios de Salud líder en la aplicación del Método Madre Canguro con proyección nacional, siendo también un generador de investigación, como centro piloto en Método Madre Canguro de la Fundación Canguro, para contribuir a la promoción, prevención y recuperación de la salud de los recién nacidos pre término y/o de bajo peso al nacer.³⁶

7.3.2.3 Justificación. En el momento de la gestación el niño comienza a desarrollarse para llegar al mundo exterior con la mayoría de sus sentidos aptos, para soportar lo que le espera por fuera de útero. Es por esto necesario un lapso de tiempo de 40 semanas para que el desarrollo físico este completo a la hora de nacer. Pero qué ocurre cuando el tiempo de gestación es interrumpido y los bebés nacen a las 26, 31 ó 35 semanas por lo general estos bebés viene todavía inmaduros y sus condiciones no son las mejores para poder adaptarse a las condiciones ambiental afuera del útero, sus pulmones no son fuertes así que su respiración no es muy buena, su cuerpo no puede adaptarse al clima así que la temperatura del neonato está por debajo de lo normal y pueden llegar a sufrir de hipotermia. Pero estos neonatos no son los únicos que sufren, aquellos que nacen a los nueve meses pero con un peso por debajo de lo normal 2500gramos, también sufren de alteraciones a la hora de acoplarse al vida extrauterina³⁷.

Este programa es conocido como el método de humanización para el cuidado de niños nacidos con bajo peso y/o prematuros, este método le da una visión al psicólogo de los lazos emocionales que desarrollan los bebés canguros al estar en contacto constante con su madre, padre y familiares cercanos.

³⁶ Ibid

³⁷ CHARPAK, Nathalie. El Método canguro. Ed. Mc Graw-Hill. Santafé de Bogotá. 1996. Pág. 3-5

7.3.2.4 Objetivos. Los objetivos del Programa madre Canguro Integral del Hospital Universitario San Ignacio, son:

-Mejorar el pronóstico y los resultados de los niños con bajo peso cuando la capacidad y la tecnología disponible son limitadas.

-Estimular una estrecha relaciones entre el niño y su madre tan pronto como sea posible, después del nacimiento.

-Humanizar el cuidado hospitalario y ambulatorio de los niños prematuros.

-Animar y educar a la madre para que ofrezca a su hijo los mejores cuidados posibles en el hogar.

-Hacer un uso más racional de los recursos tecnológicos, especialmente cuando estos limitados.

-Reducir los costos de la hospitalización.

7.3.2.5 Portafolio de Servicios³⁸

-Consulta de ingreso Ambulatorio (idealmente, el mismo día de salida del niño de la institución donde nació).

³⁸ PROGRAMA MADRE CANGURO INTEGRAL. Portafolio de servicios. Disponible en el siguiente enlace: http://programacanguro.org/modules.php?name=Content&pa=list_pages_categories&cid=4. (29 de abril de 2008).

Valoración por enfermería: Contamos con un área para la Adaptación Canguro Ambulatoria donde evaluamos y reforzamos el entrenamiento de la madre y la familia en el Método Canguro y fortalecemos la Lactancia Materna.

Valoración Pediátrica: Consulta de Neonatología de alto riesgo. Visión global del nuevo niño canguro. El niño es citado todos los días hasta el logro de indicadores de crecimiento (este periodo excepcionalmente se extiende por más de 5 días).

Entrega de todos los medicamentos incluidos en el protocolo canguro educación de los padres en el manejo ambulatorio y entrega del carnet de salud, seguimiento canguro a los padres, y apertura de Historia Clínica completa, apoyo del grupo de psicología en casos que lo requieran y la valoración inicial de oximetría dinámica y organización del seguimiento del niño oxígeno dependiente.

-Consulta colectiva de seguimiento por pediatría, enfermería y psicología (hasta las 40 semanas de edad post concepcional). El número de consultas necesario hasta que el bebé alcance un crecimiento de 15gr/Kg/día, entre la entrada al Programa y las 40 semanas de edad post concepcional.

Esta Fase consta de: Consultas diarias hasta lograr un crecimiento adecuado (se suministra a la madre el complemento a la leche materna, especial para prematuros si es necesario, hasta la edad de 40 semanas postconcepcional) y semanal hasta lograr el término. Los bebés oxígeno dependientes tendrán un seguimiento estricto de oximetría dinámica establecido por el Pediatra. Entrega de medicamentos comerciales según protocolo de atención (multivitaminas, broncodilatador, antirreflujo, vitamina K oral, sulfato ferroso).

Apoyo psicológico si se necesita para la lactancia materna y el manejo de la ansiedad generada por la llegada del niño prematuro a la vida y a la casa. Además se solicita ecografía cerebral si no fue tomada durante la hospitalización neonatal. Se realiza valoración oftalmológica por Oftalmólogo Retinólogo (incluye el seguimiento de la retinopatía del prematuro hasta su resolución).

Educación colectiva de los padres sobre temas básicos en pediatría y puericultura, educación individual por el Pediatra durante la consulta. Seguimiento de los usuarios inasistentes por hospitalización del bebé y otros motivos. La ausencia a una cita ya es motivo para el equipo de salud llame a la familia y se establezca una nueva cita lo antes posible, en todos los casos se intentará aclarar el motivo de inasistencia. Acompañamiento familiar en caso de muerte del niño en casa o en hospitalización.

-Seguimiento de alto riesgo desde el término (40 semanas post concepcional) hasta el año de edad corregida).

Esta fase contempla las siguientes actividades:

Valoraciones pediátricas (7 en promedio), valoraciones nutricionales (7 en promedio) con monitoreo del crecimiento. Valoraciones de desarrollo neurológico a las 40 semanas, 3, 6, 9 y 12 meses. Valoración del desarrollo psicomotor con taller individual de estimulación apropiada para cada niño, este taller es dictado por una psicóloga entrenada en desarrollo clínico y se realiza a los 6 y 12 meses de edad corregida. Valoración de Optometría Pediátrica incluye el seguimiento hasta el año de edad corregida según criterio del Optómetra y valoración audiológica.

Vacunación completa. Esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (variante es la aplicación de Poliovirus Inyectado y DPT componente Pertussis acelular). Disponibilidad de vacunas fuera del esquema del PAI contra Neumococo, Varicela, Influenza, Hepatitis A. Talleres educativos a padres en cada consulta y entrega de material educativo de apoyo. Administración de Medicamentos incluidos en el protocolo canguro hasta el año de edad corregida. Consulta de apoyo familiar en caso de problemas de pareja realizada por psicología.

-Retroalimentación del programa sobre el seguimiento de los niños. Se realiza seguimiento de los niños a través de nuestra base de datos, que podrá ser solicitada por la entidad interesada de acuerdo con la periodicidad establecida. Igualmente y en cumplimiento con la normatividad vigente del Ministerio de la Protección Social, se elaboran y actualizan los Registros Individuales de Prestación de Servicio (RIPS).

-Dirección y teléfonos (Dirección del Programa Canguro Integral). Carrera 7 No. 40-62 Piso 6. Teléfono directo: 2874690 Conmutador: 5946161 Extensión: 4050 – 4051.

-Valores Corporativos: responsabilidad, respeto, compromiso, honestidad, calidad y solidaridad.

7.3.2.6 Estrategias³⁹

-Posición canguro. El bebé canguro debe estar en posición vertical estricta, de "rana", la mejilla contra el pecho de su madre. Se cambia la posición de la cabeza en cada amamantada esto evita que el niño bronco aspire. Se ayuda a la madre con una faja de lycra para mantener la posición del bebé, para las madres de mejor estado económico, existe también los "bodies" de lycra. El cargador debe ser una ayuda para que la madre se siente así más segura, pero no debe reemplazar la vigilancia que ella da a su niño.

-La consulta canguro. La consulta es diaria hasta que el niño empieza a ganar mínimo 20g por día., después se controla 1 vez por semana hasta que cumple 40 semanas de edad gestacional (termino). Después del término, el niño se controla a 1 mes y medio, 3 meses, 4 meses y medio, 6 meses, 9 meses y 12 meses de edad corregida.

Se practica un screening neurológico (Test INFANIB) a 3, 6, 9 y 12 meses de edad corregida. Se practica un test de desarrollo psicomotor (Test de GRIFFITHS) a 6 y 12 meses de edad corregida. Si no la tiene, se hace una ecografía cerebral. A los niños de riesgo específico, se les practica un examen oftalmológico (a partir de las 4 semanas de vida) y de audiolgia.

-Estímulos del vínculo madre-hijo. La posibilidad de desarrollar un contacto precoz íntimo y altamente emotivo con su hijo estimula el apego y la interacción madre-hijo pero fundamentalmente estimula la confianza de los padres en el niño, al no "verlo" tan frágil y la confianza en sí mismos para cuidarlo. Ya no se sienten tan dependientes de los monitores como ellos mismo plantean.

³⁹ Ibid.

Existe un verdadero lenguaje de los sentimientos que madre e hijo son capaces de decodificar si tiene la oportunidad, pero no es el lenguaje habitual que solemos reconocer, pero es de una profunda y riqueza notable, capaz de permitirles alcanzar estos increíbles logros de Amor.

El ingreso de los padres a los servicios de Neonatología fue uno de los grandes avances en la especialidad, este nuevo rol que la madre puede desempeñar creando un reencuentro con su hijo inicia un campo fascinante de estimulación bioquímica hormonal y emocional de gran trascendencia para una moderada asistencia neonatal.

Es irónico pero la estimulación más antigua del ser humano ha sido redescubierto: " el contacto con su madre" y tiene en la actualidad fundamentos científicos para ingresar a la unidades de asistencia neonatal con toda la "fuerza" que le dan los argumentos que permiten creer en sus admirables resultados⁴⁰.

-Leche materna. La cultura de la lactancia materna es una práctica de amor y armonía que contribuye a construir una cultura de paz. Sus beneficios van más allá de la supervivencia infantil y probablemente no existía ningún otro factor protector de la salud que tenga tantas ventajas para la población. Si la humanidad conociera sus múltiples y profundos beneficios, no habría ningún otro factor protector de la salud que tenga tantas ventajas para la población. Si la humanidad conociera sus múltiples y profundos beneficios, no habría ningún niño o niña que no fuese amantado, los casos en que no se recomienda la lactancia o ésta no es posible son escasos y están dados por condiciones particulares de la madres y del niño un ejemplo de esto está dado por el SIDA y el cáncer de Seno.

⁴⁰ Programa Canguro - Monografías. Available from Internet: www.monografias.com/trabajos16/madre-canguero/madre-canguero.shtml - 80k - (28 abril 2008)

Para la salud de la mujer, la práctica de la lactancia materna mejora su autoestima y su seguridad para dar respuesta efectiva a las demandas de las necesidades de sus hijos; reduce el riesgo de adquirir cáncer de mama y de útero; ayuda a la expulsión de la placenta y disminuye el riesgo de hemorragia postparto. La correcta posición del niño al seno evita la congestión mamaria y la mastitis, La duración y la intensidad de la lactancia cuando exclusiva, a libres demandas, sin restricción de horarios y la mujer se encuentra en periodo de amenorrea post parto aumenta al periodo intergenésico reduciendo para madres e hijos el riesgo de enfermar o morir, beneficios que deberían interesar a los responsables de las políticas de población y desarrollo sostenible⁴¹.

Adoptar el rol materno se constituye un reto para la mujer adolescente y hace parte de una adecuada maternidad, porque esta debe ser una etapa de la vida que debe construirse con tranquilidad y armonía. El hecho de ser adolescente y tener un hijo con bajo peso y/o prematuro altera dicho proceso pero hay teorías y modelos de enfermería dedicados a este problema lo que se constituye en el pilar de el profesional de enfermería interpretarlos y tenerlos en cuenta en el momento brindar cuidado a las mujeres desde los controles prenatales, para que así las madres estén preparadas para enfrentarse a situaciones anormales del embarazo, las cuales puedan afectar el establecimiento del rol maternal.

⁴¹ CHARPAK, Nathalie. El Método canguro. Ed. Mc Graw-Hill. Santafé de Bogotá. 1996. Pág. 11

8. METODOLOGÍA

8.1 TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio de investigación es de tipo descriptivo, ya que permitió indagar, identificar y analizar los datos dando significado al fenómeno estudiado (vivencias de las madres adolescentes frente a la adopción del rol maternal) que se realizó en el segundo periodo de 2008, en el Programa Madre Canguro Integral del Hospital Universitario San Ignacio.

8.2 POBLACIÓN DE REFERENCIA

15 madres adolescentes del Programa Madre Canguro Integral del Hospital Universitario San Ignacio, que desearon voluntariamente participar en la investigación, previa explicación sobre el tipo de estudio y objetivo del mismo.

8.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

La población estudiada estuvo comprendida por:

- Madres adolescentes entre los 14-19 años
- Madres adolescentes con un nivel de comprensión básico.

-Madres adolescentes con hijos sin patologías complicadas (dimorfismo sexual, labio y paladar hendido, hidrocefalia, mielomeningocele, síndrome de Down, parálisis cerebral, hemorragia intracraneala, displasia bronco pulmonar).

-Vinculadas al Programa Madre Canguro Integral del Hospital Universitario San Ignacio en el 2008.

-Madres adolescentes sin importar su paridad, estado civil y situación socioeconómica.

8.4 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

La recolección de la información se llevó a cabo mediante una entrevista semi estructurada validada por el grupo de investigación del Programa Madre Canguro Integral. El lugar donde se recolectó la información fue en las instalaciones del Programa Madre Canguro Integral del Hospital Universitario San Ignacio y las viviendas de las madres.

8.5 ORGANIZACIÓN, SISTEMATIZACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

Se estableció un esquema de preguntas cuyo objetivo fue identificar las vivencias de las madres adolescentes frente a la adopción del rol maternal. Se caracterizó la población de estudio y posteriormente se estableció las categorías de análisis según las cuatro fases propuestas por Ramona T. Mercer: anticipatorio, formal, informal y personal; describiendo los pensamientos, sentimientos y apoyo familiar y de pareja, lo cual ofreció una aproximación de la realidad de esta población.

8.6 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Fue realizada con fines académicos en un grupo de madres adolescentes que pertenecían al Programa Madre Canguro Integral, que de manera voluntaria aceptaron colaborar en el desarrollo de esta investigación previo consentimiento escrito, para mantener la intimidad de cada entrevistado, teniendo en cuenta la no remuneración económica por parte de quienes realizaron el estudio.

9. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

9.1 CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LA POBLACIÓN

Las características generales del grupo de madres adolescentes del Programa Madre Canguro Integral del Hospital Universitario San Ignacio, participantes en la investigación, se mostrarán a continuación y para efectos del análisis de la información, se tuvieron en cuenta aquellas características relacionadas con el problema planteado.

Tabla No. 1. Características Socio demográficas

Madre	Edad	Escolaridad	Gestación	Actividad que realiza	Personas con las que vive	Estado civil	Ingresos familiares mensuales
M1	18	2 ^a incompleta	1	Hogar	Novio	Unión libre	1 salario mínimo
M2	18	2 ^a incompleta	1	Hogar	Madre Hermanos	Soltera	1 salario mínimo
M3	16	1 ^a completa	1	Hogar	Novio	Unión libre	3 salarios mínimos
M4	17	2 ^a incompleta	1	Trabaja	Padres Hermanos	Soltera	2 salario mínimos
M5	17	Estudio técnico	1	Estudia	Padres Hermanos	Soltera	1 salario mínimo
M6	15	2 ^a incompleta	1	Hogar	Novio	Unión libre	3 salarios mínimos
M7	18	Cursa	1	Estudia	Madre,	Soltera	4 salarios

		estudios universitarios			abuelos y tía		mínimos
M8	17	2ª completa	1	Hogar	Madre Hermanos	Soltera	1 salario mínimo
M9	17	2ª incompleta	2	Hogar	Novio	Unión libre	1 salario mínimo
M10	15	2ª incompleta	1	Estudia	Madre, hermanos y una amiga de la mama con su familia.	Soltera	1 salario mínimo
M11	17	2ª completa	1	Hogar	Padre Hermanos	Soltera	3 salarios mínimos
M12	18	2ª completa	1	Hogar	Madre, hermanos y abuela	Soltera	2 salarios mínimos
M13	16	2ª incompleta	1	Hogar	Padres Hermanos	Soltera	2 salarios mínimos
M14	16	2ª incompleta	1	Hogar	Madre	Soltera	1 mínimo
M15	17	2ª incompleta	1	Hogar	Novio	Unión libre	2 salarios mínimos

9.1.1 Edad de las madres adolescentes

Gráfica No. 1. Edad de las madres adolescentes



De acuerdo con este gráfico, la edad que sobresale en este grupo de madres es el de 17 años con un 40%, seguido de un grupo de 18 años con un 26.7%, uno de 16 años con un 20% y un grupo de 15 años con un 13.3%. Indicando que la mayoría de esta población se encuentra en la etapa de la adolescencia avanzada en la cual están en la mitad de la crisis de identidad versus confusión del rol, según Erik Ericsson, lo que muestra que estas jóvenes estaban en el proceso de formar su identidad y el hecho de quedar embarazadas en esta época de su vida, le generaba una crisis adicional a la crisis propia de esta edad.

Según Ramona Mercer en su teoría de la adopción del rol maternal afirma que la edad en que la mujer queda embarazada, determinará su proceso de adaptación al rol materno, es decir que ser una gestante adolescente o gestante añosa influye en la formación de ese rol maternal, ya que las percepciones del mundo son diferentes y por consiguiente la manera de enfrentarse a las diversas situaciones

que la maternidad conlleva serán difíciles de enfrentar, por las condiciones físicas y psicológicas que las mujeres tienen en estas etapas.

Por tanto la población de estudio ésta en un momento en el cual enfrentarse a la maternidad es complicado por el solo hecho de tener 17 años de edad en su mayoría, donde sus prioridades no eran ser madres, lo que desde un principio iba a repercutir en la adopción de su rol materno.

9.1.2 Escolaridad de las madres adolescentes

Gráfica No 2. Escolaridad de las madres adolescentes



Del 100% de las madres adolescentes que participaron en la investigación, el 60% tenía secundaria incompleta, el 20% secundaria completa, seguida de primaria completa, estudio técnico y estudio superior con un 6.7% respectivamente.

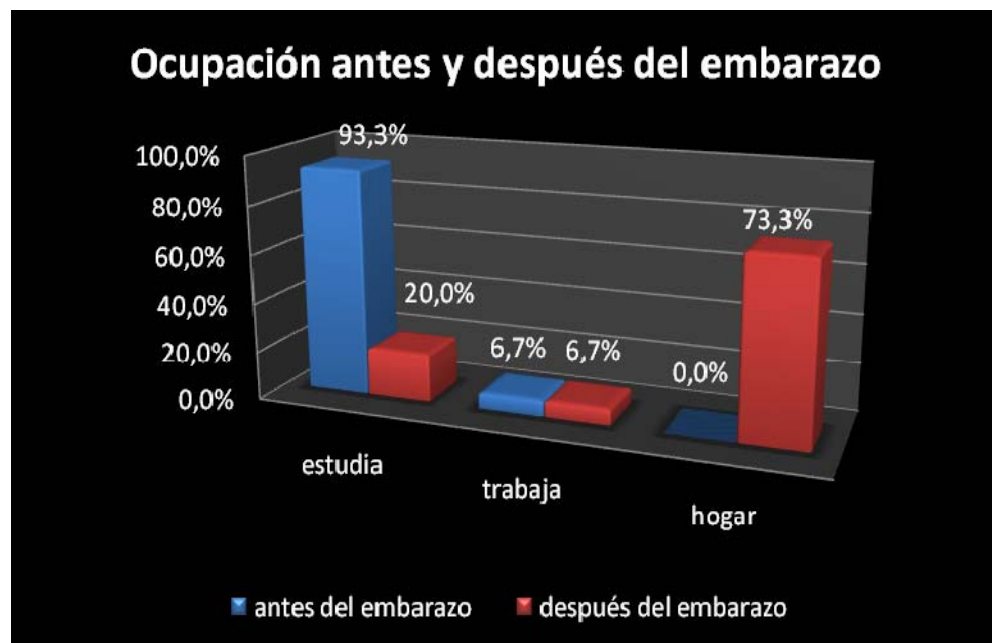
El 60% de las adolescentes que en el momento de quedar embarazadas estaban cursando secundaria, abandonaron sus estudios, puesto que al llegar al tercer trimestre de su gestación necesitaron reposo y no podían cumplir con las actividades académicas.

El 33.4% de la población finalizó la secundaria, ya que el momento en que quedaron embarazadas estaban finalizando undécimo grado, de este porcentaje el 13.4% iniciaron estudios técnicos o superiores después de que sus hijos cumplieran la edad corregida y ganaran peso, ya que sus bebés fueron prematuros y/o con bajo peso al nacer.

El 6.7% restante de la población solo cursó primaria completa, debido a que empezó a trabajar al finalizar quinto de primaria por sus necesidades económicas.

9.1.3 Ocupación antes y después del embarazo

Gráfica No 3. Ocupación antes y después del embarazo



En este estudio, el 93.3% de las adolescentes antes de quedar en embarazo se dedicaban exclusivamente a estudiar, a consecuencia del embarazo este porcentaje disminuyó significativamente a un 20% demostrando que el embarazo afectó directamente el estudio de dichas madres, al interrumpir su formación académica.

Antes de quedar embarazadas ninguna de las adolescentes se dedicaban al hogar, ya que sus ocupaciones eran el estudio o el trabajo. El 73.3% de las madres adolescentes entrevistadas, actualmente se dedican a actividades propias del hogar, más que las que decidieron continuar con sus estudios o salir a buscar un trabajo, principalmente para dedicarse al cuidado de su hijo o debido a no tener la mayoría de edad respectivamente.

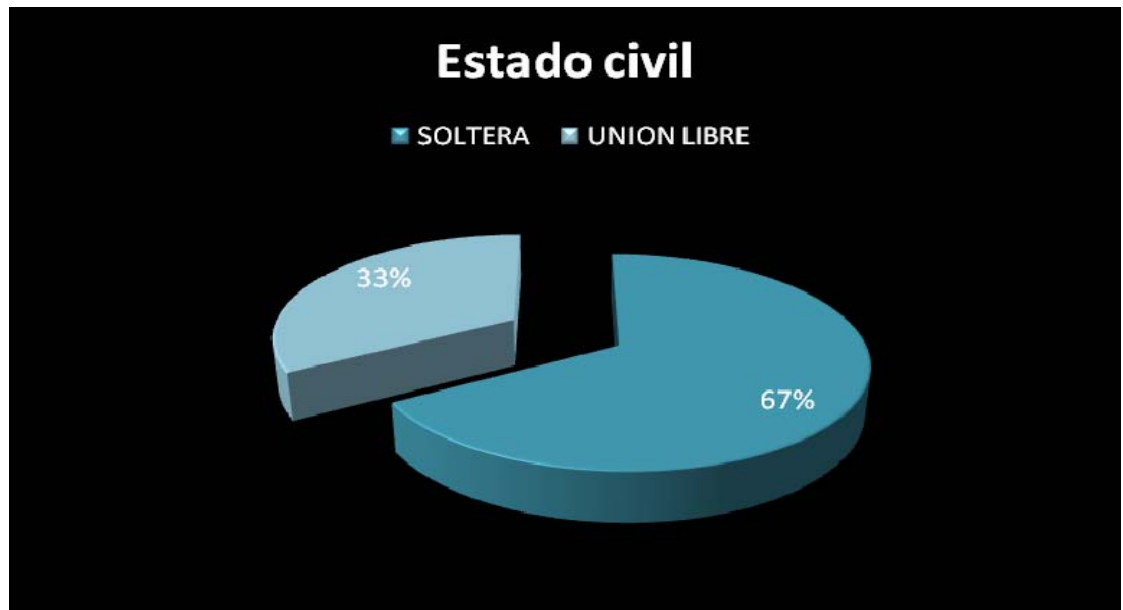
El 6.7% de la población que estudiada se dedica en la actualidad a trabajar, debido a que realizaba esta actividad antes de quedar embarazada.

9.1.4 Persona con las que vive y estado civil

Gráfica No 4. Personas con las que vive



Gráfica No. 5. Estado civil

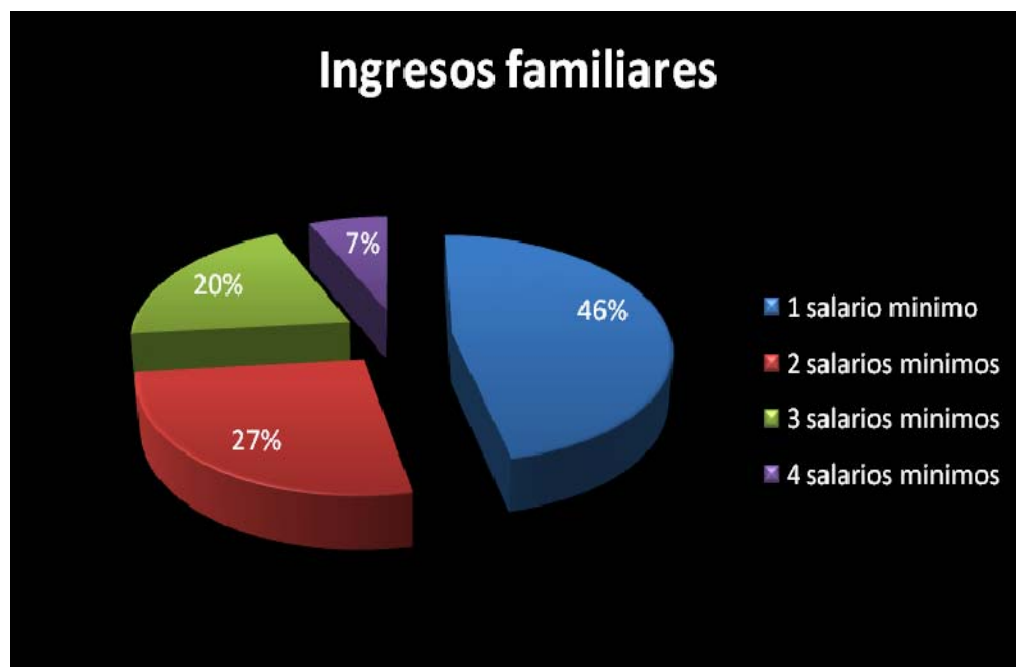


El siguiente análisis corresponde a las gráficas No 4 y No 5. El 66.7% de la población entrevistada vive con su familia (hermanos, abuela, madre y/o padre) y el 33.3% con el novio. Esto muestra que la mayoría de la población no se desvincularon de su familia al quedar embarazadas, si no que son dependientes de ellas sea económicamente como afectivamente, sin terminar la relación afectiva con el padre de su hijo(a).

Por el contrario el 33.3 % formó un nuevo hogar con el padre de su hijo(a), ya que este tiene las posibilidades económicas de sostener este nuevo núcleo familiar, además estas madres adolescentes y sus parejas consideran que es correcto vivir separados de sus padres; aunque no formalicen su unión por medio del matrimonio.

9.1.5 Ingresos familiares mensuales

Gráfica No. 6. Ingresos familiares mensuales



El 46% de la población de madres adolescentes participantes en el estudio, tenían un ingreso familiar mensual de 1 salario mínimo vigente (\$461.500), seguida del 27% con un ingreso familiar mensual vigente de 2 salarios mínimos (\$923.000), el 20% con ingresos mensuales vigentes de 3 salarios mínimos (\$1.384.500) y el 7% del total de la población tiene ingresos familiares mensuales de 4 salarios mínimos vigentes (\$1.846.000).

Lo anterior muestra que el 73% la población estudiada tiene bajos ingresos mensuales, teniendo en cuenta que estas familias están conformadas por 4 o más personas, obligando así a la adolescente a quedarse en el hogar a desempeñar labores no propias de su edad como las domésticas, el cuidar de su bebé y en ocasiones de sus hermanos, siendo esta la forma de aportar en su hogar, ya que

no tiene la mayoría de edad, para trabajar, lo que no permite que genere un ingreso más a la familia con consecuencia de crear dependencia económica sea de sus padres o de su novio.

Por otro lado en esta población se encontró que solo el 27% de la población tiene ingresos mensuales que permiten que la madre desempeñe actividades diferentes a las del hogar.

9.2 ANÁLISIS DESCRIPTIVO

Basados en las categorías obtenidas, al organizar la información se inicio el análisis descriptivo, el cual consistió en la organización de los datos, con base en la selección de aquellos patrones con mayor relevancia.

La selección de los patrones relevantes, a su vez se basó en la organización de las respuestas, de acuerdo al número de veces que se repitieron, permitiendo así excluir las respuestas aisladas.

Esto dio origen a interpretaciones que se hicieron acerca de la misma situación que experimentaron las madres adolescentes y que explicaron algunos aspectos de su rol materno, pensamientos y sentimientos, apoyo familiar y de la pareja.

De acuerdo al enfoque metodológico del presente estudio, se buscaba identificar el significado de las vivencias de las madres, al tener que experimentar un proceso de adopción de rol materno en su adolescencia.

El análisis descriptivo en categorías es como sigue a continuación:

La adolescencia es una etapa por la cual todo ser humano atraviesa y es en definitiva, uno de los pilares más importantes en el desarrollo de diversas conductas, entre las cuales se destaca la sexualidad.

Hay un deseo por experimentar situaciones nuevas, tanto en el aspecto íntimo como social; es de especial importancia saber encaminar estas vivencias, ya que si bien es cierto que cada persona debe descubrir por sí mismo algunas situaciones, hay momentos en los que se requiere una orientación propia, en este caso, para evitar dificultades en la adopción del rol materno.

Para identificar estas vivencias, se tuvo en cuenta las experiencias de un grupo de madres adolescentes que estaban vinculadas en el Programa Madre Canguro Integral del Hospital Universitario San Ignacio, las cuales aportaron experiencias y conceptos personales en los que se evidenció diferentes puntos de vista que reflejó la posición de las adolescentes frente a la adopción del rol materno.

A pesar de tener en general una mirada similar ante este tema, algunas adolescentes expresaron ideas diferentes, lo que enriqueció de gran manera este trabajo haciéndolo diverso e interesante.

9.2.1 Primera fase de la adopción del rol maternal: Anticipatorio

Debido a que la fase anticipatoria comprende tanto el inicio como el transcurso del embarazo, se analizaron los pensamientos, sentimientos y el apoyo familiar y de la pareja, en dichos momentos, así:

9.2.1.1 Pensamientos al inicio del embarazo, fase anticipatoria

Gráfica No.7. Concepto de rol al inicio del embarazo



En general las adolescentes al inicio de su embarazo no pensaban en el rol materno con un 33%, seguido de que el rol materno era algo difícil con un 27%, el 20% de las adolescentes tenían el concepto de era una experiencia bonita, el 13% pensaba que el rol materno era proteger a alguien y finalmente solo el 7% lo veían como la privacidad de la libertad. Es claro que en este primer trimestre del embarazo ninguna de ellas se veía en el rol de madre, dado que fue un

acontecimiento que no estaba contemplado en su proyecto de vida, a tan temprana edad.

Sin embargo, según la teoría de adopción del rol maternal de Ramona Mercer, las madres en esta etapa de la adquisición del rol, *Anticipatoria*, 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.

Gráfica No. 8. Madres que se imaginaban desempeñando el rol de madre



Es entonces que se evidenció, que así ellas no se vieran en el rol de madre con un 87%, de alguna manera ya lo estaban desarrollando puesto que, como es descrito en la teoría ellas se relacionaban con el bebé en su vientre realizando actividades para comunicarse con él, así: le hablaban, le cantaban, le colocaban música y lo trataban de estimular por medio de luces, mostrando el inicio de la adopción del rol materno.

9.2.1.2 Sentimientos al inicio del embarazo, fase anticipatoria. En este estudio, las adolescentes al inicio del embarazo antes de sentirse desempeñándose en el rol de madre, ellas se preocuparon fue por las consecuencias de ese acto para su familia y para la relación con su novio. Es decir lo que ellas sentían era temor, miedo, confusión, incertidumbre, tristeza y en lo que más les daba miedo era si su novio iba a responder tanto económicamente como afectivamente por ella y por el bebé.

De igual manera, otro de los sentimientos de las madres adolescentes era el temor a que sus padres las reprendieran, lo que las llevaba a contemplar la posibilidad de abortar como una solución a esta situación inesperada.

Es así que ser una madre adolescente, prolonga el comienzo de la adopción del rol maternal, ya que no permite que ella en el inicio del embarazo empiece a sentirse en su rol maternal, si no que situaciones externas sean la prioridad en ese momento en vez de disfrutar su proceso de adopción de rol normalmente.

Por otro lado, la formación del vínculo madre hijo se iba aplazando, ya que la adolescente no se identificaba como madre, puesto que la prioridad de ella no era el compromiso afectivo con su bebé, si no solucionar los nuevos conflictos que surgían al interior de su familia y con su novio.

Así mismo el hecho de no desear, ni haber planeado su embarazo afectaba la adopción del rol maternal, debido a que una madre crea su rol de acuerdo a su formación social, personal, familiar y a las características innatas de su personalidad, lo que en estas madres adolescentes no estaba definida, porque su personalidad se adquiere en esta etapa del ciclo vital individual y dicha formación no ha culminado.

9.2.1.3 Apoyo familiar y de la pareja al inicio del embarazo, fase anticipatoria.

Según Ramona Mercer, el apoyo es la cantidad de ayuda recibida de forma real, la satisfacción debida a dicha ayuda y a las personas (red) que lo proporcionan. La pareja, los padres, la familia y los amigos constituyen fuentes de apoyo y ayuda para la nueva madre.

El entorno para Ramona es la cultura, del individuo, la pareja y la familia, así como la medida en que dicha red se relaciona con la adopción del rol maternal. El amor, el apoyo y la contribución del cónyuge son factores importantes para ser a la mujer capaz de adoptar el papel de madre. Las respuestas de apoyo ratifican a la madre en su papel y le transmiten confianza en su capacidad como madre.

Grafica No.9. Primera persona a la que le contó que estaba embarazada.



En la población estudiada, el principal apoyo recibido al inicio del embarazo fue la del novio en un 46%, ya que como ellas tenían sus familias le reclamaron, de manera no violenta, el porqué de este hecho, sin embargo no las obligaron a irse de su hogar, ni les negaron su ayuda, pero si las interrogaban sobre la continuidad

de sus estudios, lo que hizo que ellas no percibieran apoyo por parte de su familia en ese momento.

El apoyo de sus amigos y amigas fue de un 27% y las madres expresaron que el apoyo permaneció e incluso en algunas aumentó debido a que estaban en una situación de vulnerabilidad y era un acontecimiento novedoso en el grupo.

El 20% de la población estudiada manifiestan que la primera persona a la que le contaron que estaban embarazadas fue a su madre, por la confianza y comunicación que siempre habían tenido.

El entorno paso de ser el de una adolescente no embarazada (rumba, amigos, trago) a ser el de una persona en su proceso de ser madre (crianza, responsabilidad por otro ser). Es así como se retiraron del colegio, dejaron de salir a bailar y tomar con sus amigos, incluso en ocasiones no asistían a las reuniones familiares por temor a ser juzgadas y pasaron a ser niñas que permanecían la mayoría del tiempo en su casa o en compañía de su novio.

Este apoyo emocional recibido de su novio y amigos favoreció el proceso de adopción del rol materno, ya que era la ayuda que ellas necesitaban en ese momento.

9.2.1.4 Pensamientos durante el embarazo, fase anticipatoria. En general, a medida que fue pasando el embarazo las madres adolescentes fueron asumiendo su rol de madres, debido a que empezaron a cuidarse en su alimentación, le hablaban al bebé, lo cuidaban, es decir que en este momento los problemas se habían superado y la prioridad era el bebé por parte de la madre y por parte de toda su familia. De la misma manera, ellas empezaron a comprar ropa de maternidad y para su bebé lo que iba mostrando un avance en su proceso de adopción del rol maternal ya que estaban comportándose como madres.

Durante el segundo y tercer trimestre el concepto de rol maternal tomó importancia, ya que el bebé empezó a crecer mostrándoles que era una realidad esa maternidad y que ella era la responsable del bienestar de ese nuevo ser, por tanto el concepto paso de ser algo sin importancia a lo primordial para ella, ya que cada día fantaseaban más a su bebé e imaginaban que ese rol materno era maravilloso y deseaban que su bebé naciera lo más pronto y bien de salud.

Gráfica No. 10. Madres que pensaban en el embarazo en como criar a su hijo



Así mismo, un 60% de las madres ya pensaban en como criar a su hijo, de la siguiente manera: pensaban en que debían hacerlo como sus padres lo habían hecho con ellas, con esos valores y siempre tenían en cuenta que el amor y la comunicación entre los dos debía ser primordial, lo que mostraba que las madres cada vez más pensaban en como desempeñarse en su rol materno. El 40% restante no pensaban durante su embarazo en como criar a su hijo, ya que ellas pensaban que todo eso iba a llegar en su momento y que mejor no apresurarse.

La mayoría de la población estudiada pensaba en cómo iba a ser su bebé físicamente, “será feíto, será bonito, saldrá completo, tendrá los ojos del papá”, era una de las mayores preocupaciones y pensamientos que tenían, lo que mostraba un avance en su proceso de adopción del rol maternal.

Por otro lado pensaban en su cambio físico y lo manifestaban de la siguiente manera “mi barriga está creciendo, me sacó estrías, subí de peso, se me manchó la cara, toco usar ropa ancha, a veces utilizaba la ropa de mi mamá”. Estos cambios eran una de sus preocupaciones puesto que pensaban en que sus novios no iban a querer tener más relaciones sexuales con ellas, lo que les generó desconfianza en su corporalidad. Estos pensamientos no influyeron en su adaptación al rol materno, ya que sus novios les dieron la confianza y les demostraron que el cambio físico no era una barrera para su intimidad, si no que seguían siendo atractivas y se veían lindas “con su barriguita”.

9.2.1.5 Sentimientos durante el embarazo, fase anticipatoria.

Grafica No. 11. Durante el embarazo ya se sentía madre



Al interrogar sobre los sentimientos acerca del rol materno, el 47% de las adolescentes se sentían madres, cuando empezaron a sentir los movimientos de su bebé en el vientre y cuando lo observaban en las ecografías.

El 53% de las madres no se sentían madres porque creían que esto empezaría en el momento en que el bebé naciera, pero realmente el rol se estaba formando en ellas pero que así creyeran que el rol se adquiriría en el momento del parto, ellas realizaban actividades propias de una madre, como lo era asistir a controles médicos, cuidarse en la alimentación y hablarle.

De la misma manera las madres manifestaron que se sentían amadas, cuidadas y comprendidas en esta etapa del embarazo, lo que facilitaba que su madre centrara toda su atención en el bebé y en ella, logrando que la madre cada día se le facilitara más desempeñarse como madre.

9.2.1.6 Apoyo familiar y de la pareja durante el embarazo, fase anticipatoria.

El apoyo fue dado principalmente por la familia de la madre, del padre del bebé y por el novio, a diferencia del inicio del embarazo, la familia acepta que la adolescente este embarazada y ahora solo enfocan su cuidado a ella y su bebé favoreciendo la adquisición del rol materno, debido a que la madre siente una satisfacción por recibir la ayuda económica y emocional por parte de sus familias y sus parejas, evidenciando que las gestantes adolescentes estaban viviendo la etapa anticipatoria como lo plantea la teorista Ramona T. Mercer.

El entorno durante el embarazo estuvo más relacionado con el núcleo familiar de las adolescentes en un 67%, ya que las amigas iban a visitarlas a las casas y empezaron a realizar los quehaceres propios de las mismas. Este porcentaje de madres se quedó viviendo con sus padres por motivos económicos, lo que no implica que sus novios no las apoyaran tanto económicamente como emocionalmente, si no que los recursos brindados por él no eran suficientes como

para formar un hogar aparte. El 33% restante se organizó con sus novios en unión libre, favoreciendo en que las adolescentes terminaran la primera fase de adopción e iniciara a vivir las siguientes tres fases.

9.2.2 Segunda, tercera y última fase de la adopción del rol maternal: Formal, informal y personal

Debido a que estas fases comprenden el nacimiento del bebé y el proceso de crianza hasta el año de edad del mismo, se analizaron los pensamientos, sentimientos y el apoyo familiar y de la pareja, en dichos momentos, así:

Fase Formal. Comienza con la asunción del rol en el nacimiento. Las conductas de rol están guiadas por las expectativas formales y consensuadas de otras personas dentro del sistema social de la madre. La madre escucha pautas de crianza.

Gráfica No. 12. Personas que dan pautas de crianza adicionales a las del Programa Madre Canguro Integral



El 54% de las madres adolescentes que participaron en el estudio reciben pautas de crianza de su madre, por seguir el ejemplo de ella y por ser la persona que le ayuda con el cuidado de su hijo en aspectos como la alimentación, vestuario y el juego. Seguido por un 20% son las suegras que aunque no convivan con ellas les brindan sus consejos para el cuidado diario del bebé lo cual fortalece los vínculos entre las dos familias. El 13% Las madres adolescentes que reciben pautas de crianza del padre de sus hijos, es porque ellos tienen otros hijos con otras mujeres. Finalmente el 13% restante recibe pautas de crianza de sus abuelas, hermanas mayores y de otras personas con las que viven porque estas personas son madres y comparten más tiempo con ellas que con otros miembros de la familia, para la crianza de sus hijos.

Fase informal. Comienza cuando la madre desarrolla su forma particular de representar el rol independientemente del sistema social.

Las madres que establecieron un nuevo hogar empezaron a formar sus propios criterios como madres sin ser influenciados por los de otras personas, lo que demuestra que este grupo de madres vivió esta fase de la adquisición del rol maternal, puesto que la independencia conseguida facilitó este proceso, porque el enfrentarse a crear un hogar le exigió crear criterios o pautas para responder a las necesidades que demanda un nuevo ser, sin dejar de lado las recomendaciones brindadas por el Programa Madre Canguro para el cuidado del bebé canguro.

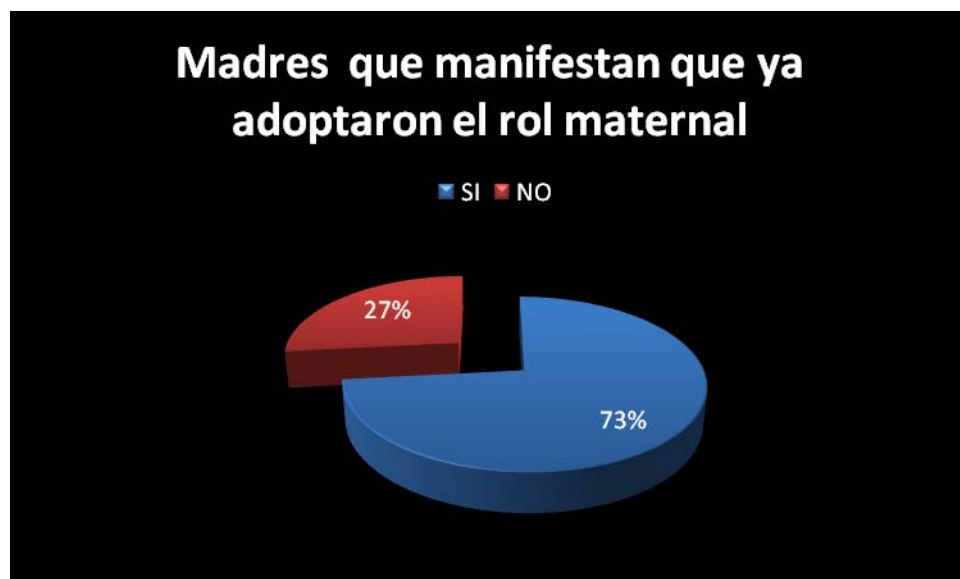
Las madres que no formaron un nuevo hogar se demoraron en vivir esta fase, ya que necesitaron más tiempo para formar criterios de manejo propios frente a las necesidades de su hijo y así poder representar el rol materno, sin tener en cuenta un parámetro social.

Fase 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.

En la población estudiada se evidenció que las madres adolescentes alcanzaron la fase personal puesto que, la mayoría de ellas se sentían gratificadas, en armonía y con competencia para desempeñar este rol al saber responder a las necesidades de sus hijos, en este caso prematuros, teniendo en cuenta lo explicado en el programa madre canguro y sus criterios personales, indicando que formaron su identidad como madres, como lo explica la teorista.

9.2.2.1 Pensamientos después del embarazo, fases: formal, informal y personal

Gráfica No. 13. Madres que manifiestan que ya adoptaron el rol maternal



El 73% de las madres adolescentes afirman que ya adoptaron su rol maternal, porque se sienten a gusto con su bebé, el cuidado de él no lo ven como una

obligación y refieren que saben responder a las necesidades de su hijo y que esto no les ocasiona conflictos; lo que muestra según Ramona Mercer que vivenciaron todas las etapas logrando en ese momento se alcanzar el rol maternal de forma satisfactoria. El 27% restante manifestó que no habían adoptado el rol maternal, por que pensaban que necesitaban compartir más tiempo con sus hijos para conocerlos mejor y poder asumir que ya desempeñaban el rol de madres.

9.2.2.2 Sentimientos después del embarazo, fases: formal, informal y personal

Gráfica No. 14. Adolescente que se sentía en el rol de madre



El 93% de la población investigada se sienten en el rol de madre, ya que adquirieron la competencia en la realización de los cuidados asociados a su rol y experimentan placer y gratificación ejecutando las actividades propias de ser madre (aseo personal de su bebe, jugar con ellos, responder a sus necesidades básicas).

Sólo el 7% de la población refiere no sentirse en el rol de madre porque ven como una obligación el cuidar a su hijo, además piensa que es un obstáculo para salir con sus amigas. De este mismo porcentaje expresan que les falta compartir más momentos con sus hijos para sentirse realizadas como madres.

Las madres adolescentes entrevistadas vivieron una experiencia difícil porque sus hijos nacieron antes de las 40 semanas de gestación, lo que les generó sentimientos ambivalentes como: culpa, tristeza, ira, desconcierto pero también felicidad por el nacimiento de su hijo , además ellas sentían que habían hecho cosas que perjudicaron a su bebé y por esto tuvieron que hospitalizarlos lo que implicaba separarse de ellos y tener que desplazarse diariamente al hospital, para alimentarlos y compartir con ellos.

Según Ramona Mercer los acontecimientos que causan separación del niño de su madre interfieren con el proceso de vinculación; alterando inicialmente el compromiso afectivo y emocional entre madre e hijo. Debido a que sus hijos fueron bebés canguros, con el tiempo logró que este vínculo afectivo se fortaleciera tanto, generando competencias en las madres adolescentes que le facilitaron el cuidado de los mismos. Ellas lo manifestaban, así: “mi hijo reconoce mi voz y esto me hace sentir feliz, cuando mi hijo llora yo identifico la causa de su llanto”.

9.2.2.3 Apoyo familiar y de la pareja después del embarazo, fases: formal, informal y personal. El 93% de la población investigada afirma que después del nacimiento del bebé, siguen recibiendo atención y apoyo incondicional por parte de su familia, pareja y del programa madre canguro integral, ayudándolas en el cuidado diario del bebé y acompañándolas en todo momento, lo cual permitió que la madre adolescente se sintiera más segura en su rol maternal porque le transmiten confianza en su competencia como madre.

A pesar de que el apoyo de la familia de la madre adolescente es importante, el apoyo de la pareja es vital para la adquisición del rol materno, porque la madre adolescente se siente respaldada y protegida por él. Esto fue evidenciado en el 7% de las adolescentes que expresaron no tener el apoyo del padre del niño (a), en ningún trimestre del embarazo, lo que influyó en que ellas no se sintieran felices, comprendidas y respaldadas como madres porque estaban solas en el momento en que más necesitaban apoyo del papá de su hijo.

10. CONCLUSIONES

- Las adolescentes de este estudio, al inicio de la fase anticipatoria no pensaban en cómo sería el desempeño del rol materno porque no era su prioridad en ese momento, ya que su mayor preocupación era la reacción de sus padres frente al embarazo, generando en ellas sentimientos de miedo, tristeza e ira lo que prolongo el inicio de la adopción del rol materno.
- Durante la fase formal de la adopción del rol maternal, las adolescentes pensaban en la crianza de sus hijos teniendo en cuenta los parámetros brindados por sus familiares y por el programa madre canguro integral permitiendo que la joven madre se desempeñara en este nuevo rol con mayor facilidad. En esta misma fase, los sentimientos expresados fueron ambivalentes ya que hubo alegría por el nacimiento de su hijo, pero también tristeza porque ellas tuvieron que separarse de sus hijos.
- En la fase informal las madres lograron una forma individual de representar su rol maternal, puesto que el cuidado de su hijo quedo exclusivamente a cargo de ellas y de sus parejas, sin que dejaran de lado los parámetros adquiridos en el Programa Madre Canguro Integral, por el contrario ellas lo vincularon a la forma de desempeñar su rol, permitiendo ir culminando el proceso de adaptación a la maternidad.
- En la fase personal la mayoría de las adolescentes pensaban y se sentían desempeñando el rol de madres porque sabían responder a las necesidades de sus hijos, experimentaban sensaciones de armonía, intimidad y competencia frente a su propia forma de representar su rol, evidenciando según Ramona T. Mercer que las adolescentes habían alcanzado el rol materno con plenitud.

- En la última fase de la adopción del rol materno, ellas se reconocían como madres, porque el tiempo compartido con su hijo fue generando un vínculo afectivo necesario para poder desempeñar este papel y así satisfacer los requerimientos del bebe, sin que se sintieran obligadas a hacerlo.

- Se evidenció que el apoyo afectivo brindado por la pareja de la adolescente determinó fundamentalmente que la madre viviera las cuatro fases de la adopción con plenitud, ya que ratificó a la madre en su papel transmitiéndole confianza en su capacidad para desempeñar el nuevo rol.

- Ser adolescente, tener un hijo pre término y pertenecer al programa madre canguro integral, son tres aspectos que Ramona Mercer afirma que interfieren en la adopción del rol maternal, esto se observó en el estudio, ya que a las madres se les generó una dificultad para la adquisición del rol materno, que posteriormente con el apoyo de sus parejas se pudo resolver y terminar el proceso satisfactoriamente.

11. RECOMENDACIONES

- La teoría de Ramona T. Mercer es útil en la investigación y en la formación de profesionales de enfermería porque provee una guía teórica que impulsa la identidad y autonomía profesional en el área materno infantil, es por eso que esta teoría al ser utilizada en los controles prenatales, curso de preparación para el parto, posparto y consultas de crecimiento y desarrollo contribuirá a un proceso de adquisición del rol maternal armonioso. Este abordaje permitirá una atención integral, que requiere acciones no solo de tipo institucional sino también colectivas.
- Los profesionales de enfermería deben fomentar acciones en el plan de atención de enfermería dirigidos a la mujer gestante, tales como promover la lactancia materna en el posparto inmediato, si las condiciones de salud tanto del bebe como de la madre lo permiten, de igual manera facilitar que el padre la acompañe durante el trabajo de parto, para que así se promueva la vinculación del neonato con sus padres. Esto sin duda repercutirá positivamente en la salud física y mental del neonato y también del grupo familiar.
- Es importante crear políticas públicas saludables encaminadas a generar centros educativos en los cuales hayan jardines infantiles para los hijos de las adolescentes y así ellas puedan continuar con sus estudios ofreciendo un mejor futuro tanto para ellas como para sus hijos ya que es evidente que existe una repercusión negativa en las adolescentes puesto que, sus estudios son interrumpidos y la posibilidad de reanudarlos es cada vez más lejana, porque ahora deben dedicarse al cuidado de sus hijos.

BIBLIOGRAFÍA

ADOLESCENTES Y JÓVENES. UNFPA. Estado de población 2004. El consenso del Cairo diez años después: población, salud reproductiva y acciones mundiales para eliminar la pobreza. Disponible en Internet enlace: <http://www.unfpa.org/swp/2004/espanol/ch9/index.htm>

Adolescentes y jóvenes. UNFPA. Estado de población mundial 2004. El consenso del Cairo diez años después: población, salud reproductiva y acciones mundiales para eliminar la pobreza. Disponible en internet en el siguiente enlace: <http://www.monografias.com/trabajos15/embarazo-adolescente/embarazo-adolescente.shtml>

CAMACHO, Nelsy. Caracterización del soporte social en gestantes adolescentes. Tesis para optar el título de Maestría en Enfermería. Facultad de Enfermería Universidad Nacional De Colombia. 2002.

COLL, A.: "Embarazo en la adolescencia" – Clínicas Perinatológica Argentinas, Nº 4, 1997 – Asociación Argentina de Perinatología (ASAPER)

CUEVAS, A. Embarazo en adolescentes: una visión desde la realidad colombiana. Revista crítica de ciencias de la vida. Pensamiento provida. Vol. 1, No 0. diciembre de 2003. disponible en Internet en el siguiente enlace: http://www.provida.es/pensamiento/Publicaciones/Aura_Cuevas.htm . consulta en [25/08/2008](http://www.provida.es/pensamiento/Publicaciones/Aura_Cuevas.htm)

Chambers, Taylor y Potenza. La maternidad en la adolescencia: un enfoque social, poblacional y psicológico. Disponible en: http://64.233.179.104/scholar?hl=es&lr=&q=cache:7xtQVab_aflJ:www.pdipas.us.es/o/oliva/Capitulo5.doc+La+maternidad+en+la+adolescencia:un+enfoco+social,+poblacional+y+psicol%C3%B3gico. (8 mayo 2008)

CHARPAK, Nathalie. El Método canguro. Ed. Mc Graw-Hill. Santafé de Bogotá. 1996. 210 p.

Descubriendo las Voces de las Adolescentes. El Empoderamiento desde la Perspectiva de las Adolescentes. Unidad de Salud del Niño y del Adolescente. Área Salud Familiar y Comunitaria. OPS/OMS. Noviembre 2006. Disponible en el siguiente enlace: <http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/ca-empoderamiento.pdf>

ERIKSON, Erick. Teorías de la identidad del Yo. Available from Internet: <www.geocities.com/ResearchTriangle/Thinktank/4492/noticias/erikson.htm> (5 mayo 2008)

FERNÁNDEZ Paredes F, CASTRO García M, ÁVILA Reyes M,. Características socio familiares y consecuencias en la salud materno-infantil del embarazo en edad precoz. Bol Med Hosp Infant Mex 1996;53(2):84-88. (30 abril 2008)

FERNÁNDEZ Paredes F, CASTRO García M, ÁVILA Reyes M,. Características socio familiares y consecuencias en la salud materno-infantil del embarazo en edad precoz. Bol Med Hosp Infant Mex 1996;53(2):84-88. (30 abril 2008)

Kliksberg B. Impactos de la situación social de América Latina sobre la familia y la educación: interrogantes y búsquedas. Estudios interdisciplinarios de América Latina y el Caribe. 2000; 11(2). Disponible en internet en el siguiente enlace: http://www.tau.ac.il/eial/XI_2

La calidad del control prenatal como garantía de salud de madres. Available from Internet: www.encolombia.com/go_calidad_control.htm (30 abril 2008)

MARRINER Tomey, Ann. Modelos y teorías en enfermería. Edición: 5a ed. Madrid, España. 2003. 452 p.

Martínez JC, Andina E, Pomata J, et al. Maternidad y paternidad en adolescentes. Programa asistencial para la madre adolescente (PROAMA). Revista Hospital Materno Infantil. Ramón Sardá 1992; Vol.2: 73 p.

MARTINEZ, María del Rosario. Dimensiones del cuidado. Programa de cuidado madre canguero. Bogotá-Colombia. 250 p.

Maternidad adolescente en América Latina y el Caribe. Tendencias, problemas y desafíos. Boletín de la infancia y adolescencia sobre el avance de los objetivos del milenio. Enero de 2007. ISSN 1816-7527.

MOLINA R., SANDOVAL J., LUENGO X.: "Salud sexual y reproductiva del adolescente" Ruoti, A. M. y col.: Obstetricia y Perinatología, Asunción, Paraguay. 2.000 – EFACIM-EDUNA, Cap. 8, 2ª Edición.

Monterrosa Castro Alvaro. Causas e implicaciones médico-sociales del embarazo en la adolescencia. Avalaible from Internet: <www.encolombia.com/go_causasei2.tm.> (30 abril 2008)

OPS. Proyecto de Desarrollo y Salud Integral de adolescentes y jóvenes en América Latina y el Caribe 1997- 2000. Washington: OPS; 1998. Disponible en Internet en el siguiente enlace: http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol29_2_03/spu14203.htm (marzo 17 2008)

Planificación familiar, salud sexual y reproductiva. Encuestas e investigaciones. Disponible en Internet en el siguiente enlace: <<http://www.profamilia.org.co/encuestas/00resumen/011general.htm> ENDS 2005> (marzo 17 2008)

Programa Madre Canguro - Monografías. Avalaible from Internet: www.monografias.com/trabajos16/madre-canguero/madre-canguero.shtml - 80k - (28 abril 2008)

YÉPEZ F. La salud en Colombia. Ministerio de Salud. Departamento Nacional de Planeación. Bogotá, 1990.

**Anexo No. 1. ENTREVISTA INFORMAL PARA SER APLICADA A LAS
MADRES ADOLESCENTES DEL PROGRAMA MADRE CANGURO INTEGRAL
FRENTE A LA ADOPCIÓN DEL ROL MATERNAL**

Objetivo. Describir las vivencias de las madres adolescentes del Programa Madre Canguro Integral del Hospital Universitario San Ignacio frente a la adopción del rol maternal durante el segundo periodo de 2008.

Características sociodemográficas

Edad

14 ____	17 ____
15 ____	18 ____
16 ____	19 ____

Nivel de escolaridad

Primaria incompleta ____	Primaria completa ____
Secundaria incompleta ____	Secundaria completa ____
Estudios técnicos ____	Estudios superiores ____

Ingresos familiares mensuales (salario mínimo vigente \$461.500)

Menos de un salario mínimo ____	Un (1) salario mínimo ____
Dos (2) salarios mínimos ____	Tres (3) salarios mínimos ____
Más de tres salarios mínimos ____	

Personas con las que vive

Padre ___ Madre ___ Hermanos ___
Abuela ___ Abuelo ___ Tíos ___
Tías ___ Novio ___ Esposo ___
Otros ___ Quienes? _____

Estado civil

Unión libre ___ Casado ___ Viuda ___
Soltera ___ Divorciada ___

Ocupación

Estudia ___ Trabaja ___ Hogar ___

Características gineco-obstetricas

Embarazos ___ Parto ___ Cesárea ___ Aborto ___

VIVENCIAS DE LAS MADRES ADOLESCENTES

1. INICIO DEL EMBARAZO

1.1 Para usted qué era el rol materno antes de estar embarazada?

1.2 Qué hacía antes de estar embarazada?

1.3 Estaba planeando/deseado tener el bebe?

1.4 Qué aspectos de su vida cambiaron en el momento que se entero que estaba embarazada?

- 1.5 Usted se imaginaba desempeñando el rol de madre?
- 1.6 Describa sus sentimientos y pensamientos cuando se entero que estaba embarazada?
- 1.7 Quién fue la primera persona a la que le conto que estaba embarazada?
- 1.8 De quien recibió apoyo cuando informo que estaba embarazada?
- 1.9 Usted se sentía amada, cuidada y comprendida en el momento que quedo embarazada?

2. DURANTE EL EMBARAZO

- 2.1 El padre del niño la acompañó a usted durante el embarazo?
- 2.2 Que hacia durante su embarazo?
- 2.3 Qué sentimientos, sensaciones y temores tuvo durante el embarazo?
- 2.4 Durante el embarazo usted ya se sentía madre?
- 2.5 Usted se sentía amada, cuidada y comprendida durante el embarazo?
- 2.6 Usted se veía en el rol de madre?
- 2.7 Usted pensaba en como criar a su hijo?
- 2.8 Durante el embarazo que pensaba y sentía con respecto al bebe?
- 2.9 Le hablaba al bebe cuando estaba en su vientre?
- 2.10 Qué aspectos de su vida cambiaron durante el embarazo?

3. DESPUES DEL EMBARAZO

- 3.1 Usted se sentía en el rol de madre?
- 3.2 Como fue su experiencia cuando su bebe nació?
- 3.3 Cómo se sintió durante el trabajo de parto y nacimiento de su bebe?
- 3.4 Usted se sentía amada, cuidada y comprendida después de tener a su bebe?

- 3.5 Desde que nació su bebe de quien o quienes ha recibido apoyo?
- 3.6 Cómo se sintió cuando le informaron que su bebe era prematuro y/o con bajo peso?
- 3.7 En el cuidado diario de su bebe que factor ó factores son los que le generan estrés?
- 3.8 Después de que nació su bebé que aspectos de su vida han cambiado?
- 3.9 En su familia de quién recibe pautas de crianza?
- 3.10 Le gusta cuidar a su bebe ó lo siente como una obligación?
- 3.11 Que hace cuando su hijo llora?
- 3.12 Cómo describiría la relación ó vinculo que tiene con su bebe?
- 3.13 Usted cree que por ser adolescente se le dificulta ser madre?
- 3.14 Que piensa y siente por ser madre adolescente?
- 3.15 En la actualidad usted siente que ya adopto su rol de madre?

Anexo No. 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LAS MADRES ADOLESCENTES DEL PROGRAMA MADRE CANGURO INTEGRAL

Información para las madres a quienes se les ha pedido que participen en esta investigación.

La información que se presenta a continuación tiene como finalidad ayudarle a decidir si usted quiere participar en un estudio de investigación de riesgo mínimo. Por favor léalo cuidadosamente. Si no entiende algo, o si tiene alguna duda, pregúntele a la persona encargada del estudio.

Título de la investigación

Vivencias de las madres adolescentes del Programa Madre Canguro Integral del Hospital Universitario San Ignacio frente a la adopción del rol maternal durante el segundo periodo de 2008.

Personas a cargo del estudio

Estudiantes de enfermería de VIII semestre: Claudia Liliana Martínez Lozano y Magaly Rodríguez Soacha

Dónde se va a realizar el estudio

En el servicio del Plan Canguro Integral en el Hospital Universitario San Ignacio y en las viviendas de las madres.

Información general del estudio de investigación

El propósito de esta investigación es conocer como es el comportamiento de las madres adolescentes con sus hijos cuando estos están en el plan canguro.

Plan del estudio

El estudio se realizara en tres fases

Fase 1. Se realizará observación de los comportamientos de las madres con sus hijos: cómo los cuidan, cómo se sienten ante esta situación. Y las investigadoras tomarán notas de lo observado.

Fase 2. Se realizará entrevista individual con una duración de 20 a 30min. Las entrevistas serán grabadas y las investigadoras tomarán notas de lo que suceda en la entrevista.

Fase 3. Se registrarán las vivencias con respecto a la adaptación del rol maternal según el modelo de Ramona Mercy. Y se realizarán sugerencias de acuerdo a los resultados.

Beneficios de participar en este estudio

Las madres recibirán educación en salud.

Riesgos de participar en este estudio de investigación

No se conoce de ningún riesgo físico o mental por el hecho de participar en esta investigación.

Confidencialidad y privacidad de los archivos y anonimato

Su privacidad, así como la de los archivos se mantendrán de manera confidencial. Sólo el personal autorizado como el comité de ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Javeriana puede revisar los archivos resultantes de este proyecto.

En la fase 1 y 2 con el fin de mantener la privacidad y asegurar la confidencialidad no se escribirá el nombre de la madre. Cada participante se identificará con un número.

Los resultados de este estudio deben ser publicados. Sin embargo, la información que las madres brinden será combinada con las de otras participantes. Las publicaciones no incluirán el nombre de la madre o su hijo (a) o ninguna otra información que permita identificarlos personalmente.

Participación voluntaria

La decisión de participar en esta investigación es completamente voluntaria. Usted es libre de participar en este estudio así como de retirarse en cualquier momento.

Si decide no participar o decide retirarse en cualquier momento antes de terminar la investigación, no tendrá ningún castigo, ni tampoco perderá los beneficios que ya haya obtenido.

Preguntas y contactos

Si tiene cualquier pregunta acerca de esta investigación, puede comunicarse con: Claudia Martínez 300 2657331 7 571713 y/o Magaly Rodríguez 300 5681073 7 534672

Consentimiento

De manera libre doy mi consentimiento para participar en este estudio. Entiendo que esta es una investigación. He recibido copia de esta forma de consentimiento informado.

Declaración de las investigadoras

De manera cuidadosa hemos explicado al participante la naturaleza del protocolo arriba enunciado. Certificamos que, basadas en lo mejor de nuestro conocimiento, las participantes que leen este consentimiento informado entienden la naturaleza, los requisitos, los riesgos y los beneficios involucrados por participar en este estudio.

_____	_____	_____
Firma de la madre	Nombre de la madre	Fecha

_____	_____	_____
Firma de la investigadora	Nombre de la investigadora	Fecha

_____	_____	_____
Firma de la investigadora	Nombre de la investigadora	Fecha

Anexo No. 3. ENTREVISTA

VIVENCIAS DE LAS MADRES ADOLESCENTES

INICIO DEL EMBARAZO

MADRE					
PREGUNTA	M-1	M-2	M-3	M-4	M-5
PARA USTED QUÉ ERA EL ROL MATERNO ANTES DE ESTAR EMBARAZADA	Experiencia bonita, agradable, darle la vida a un ser humano	Que un bebe, no es error para la vida de uno (no pensaba que era el rol) Es una responsabilidad grande.	Era difícil, por el estudio, la disciplina y uno tiene que dar todo el tiempo a ellos	Sentido de protección, ayudar a alguien a salir adelante.	No, quería quedar embarazada tan joven, yo pensaba por ahí a los 25 años. Nunca había pensado en criar a un bebe, ni siquiera pensaba en eso.
QUÉ HACIA ANTES DE ESTAR EMBARAZADA?	Estudiar	Antes de quedar embarazada ya me había retirado de estudiar por estar con el papá de la niña y en la casa y ya.	Impulsadora de fruta. Llegaba de trabajar y escuchaba música y por la noche me ponía a atender una discoteca y vivía sola.	Estudiaba auxiliar de enfermería. De vez en cuando salía a bailar porque tenía más libertad.	Estudiaba, estaba en 11 salía con mis amigas a fiestas y permanecería mucho tiempo en el colegio.
ESTABA PLANEANDO/DESE	No. El bebe no era planeado, pero él y yo aceptamos	Lo comentábamos y decíamos si Dios lo manda bienvenido sea. No nos	No, porque mi sueño era otro. Trabajar y estudiar más adelante o darle el	No	No

ADO TENER EL BEBE?	siempre al bebe, nunca pensamos abortar.	cuidamos y nada	estudio a mi hermana.		
QUÉ ASPECTOS DE SU VIDA CAMBIARON EN EL MOMENTO QUE SE ENTERO QUE ESTABA EMBARAZADA?	En el cuidado de alimentación y cuerpo.	En algo mejore la relación con mi mamá, porque la relación entre mi mamá y yo era muy distante. Con el papá de la niña permanecíamos más tiempo.	El ánimo. Porque mi esposo ya tenía una niña y cuando hay un niño puede haber conflictos en el hogar porque la otra persona ya se está metiendo y vino la mamá de él y dijo que él había dicho que no iba a mostrar a la niña porque él quería formar el otro hogar. Y cuando yo tenía 4 meses el se fue para Bucaramanga y allá volvió con la otra. Yo pensaba si no fuera por la niña yo no estaría aguantando todo lo que estoy aguantando.	No pude seguir estudiando, yo termine técnico pero no pude empezar la carrera profesional. Siempre le cambia a uno la vida, porque lo que uno trabaja ya no es para uno sino para el hijo.	:Me toco coger más responsabilidad, ya casi no podía salir, cambio mi manera de vestir, en el aspecto físico se me mancho toda la cara, me sentía rara
USTED SE IMAGINABA DESEMPEÑANDO EL ROL DE MADRE?	No	No	No	Si cuando tuviera 26 – 27 años de resto no.	No
DESCRIBA SUS SENTIMIENTOS Y PENSAMIENTOS	No pensé en nada. Yo estaba segura que él (pareja) estaba	Lo tome normal. Hasta los tres meses me enteré que estaba embarazada y	Le di primero que todo gracias a Dios, me puse contenta, feliz por mi primer hijo, feliz en el momento.	Estaba asustada, pero no pensé en abortar, porque uno no sabe que le va a tocar. Incertidumbre	Al principio fue muy duro porque yo pensaba en mis papas, yo decía que embarazada. Yo lloraba,

CUANDO SE ENTERO QUE ESTABA EMBARAZADA?	conmigo	consentía mi barriguita.	Después cuando vinieron los problemas con él fue más difícil porque si es buena gente pero estar pidiendo todo el tiempo a ellos.	porque no sabía que iba a pasar en la casa y conmigo más adelante.	me dio tristeza los primeros meses, le conté a mis papas y me regañaron me dijeron que porque no seguía estudiando. Pero de los 5 meses para adelante como ya todos sabían me fue normal.
QUIÉN FUE LA PRIMERA PERSONA A LA QUE LE CONTO QUE ESTABA EMBARAZADA	Amiga del colegio, me felicito.	Al papa de la niña. Mi mamá hassta que se dio cuenta y me dijo mire a ver si va al médico para que ese niño nazca bien.	Mi esposo. Mi familia está en Bucaramanga.	Una amiga.	Primero el papa de la niña, luego mi mamá.
DE QUIEN RECIBÍ APOYO CUANDO INFORMO QUE ESTABA EMBARAZADA?	Todos me apoyaron. El siempre está conmigo.	De todos: mi mamá, mis hermanitos, el papá de la niña.	Por parte de un primo y su familia me dijeron que animo y me construyeron esta habitación. No con el consentimiento de mis padres no porque ellos desde que yo tenía 10 años no se preocuparon por mí.	Mi novio y la familia de él y de mi amiga, aquí en la casa un poco de problemas.	De mi mamá y del papá de la niña. De ni papá casi no recibí apoyo.
USTED SENTÍA AMADA, CUIDADA Y COMPRENDIDA EN EL MOMENTO	Sí.	Sí.	Sí.	Pues por unas personas uno se siente apoyada y por otras uno se siente mal.	Después de los 5 meses de embarazo porque nadie sabía porque a mí no se me notaba nada.

QUE QUEDO EMBARAZADA?					
<u>DURANTE EL EMBARAZO.</u>					
El Padre Del Niño La Acompaño A Usted Durante El Embarazo?	Si	Me acompañaba a los controles algunas veces porque él trabaja.	Sí. Aunque cuando tenía cuatro meses el se organizo con la otra.	Si	Si
QUE HACIA DURANTE SU EMBARAZO?	Cuidado, consentir al bebe. Me retire de estudiar porque tenía amenaza de aborto.	Andar con el papá de la niña	Trabaje como hasta después de los cuatro meses allá en la pulpa, después me salí y dedicada al hogar.	Me puse a trabajar en una marroquinería haciendo artículos de cuero hasta que tenía 7 meses de embarazo y el resto aquí en la casa. Me aparte de mis amigas y me aleje un poco de salir con mi familia a eventos familiares.	Aquí en mi casa. Ya había terminado once. Los primeros meses no salía porque toda triste.
QUÉ SENTIMIENTOS, SENSACIONES Y TEMORES TUVO DURANTE EL EMBARAZO?	La perdida, que algo fallara	Me daba miedo del parto, que fuera muy doloroso.	Mal genio, felicidad. Temores de que mi niña no saliera bien porque yo la pase sangrando durante el embarazo yo le pedía a mi Dios que la niña saliera normalita.	Miedo a quedar sin que poderle ofrecer a ella, sin techo, sin casa. Que de pronto me quedara sola.	No se me daba mucho miedo, me volví muy nerviosa, sentía temor.

DURANTE EL EMBARAZO USTED YA SE SENTÍA MADRE?	Si	Si	Claro, porque soñaba con sus primeros pasitos, me sentía total.	Sí, yo lo acepte rápido porque las cosas cambiaron, por ejemplo: en el momento de comer uno piensa, todo lo que uno hace lo hace pensando en el bebe, que no le vaya hacer daño.	Quando la sentía. A veces no me sentía madre, normal como si nada.
USTED SE SENTÍA AMADA, CUIDADA Y COMPRENDIDA DURANTE EL EMBARAZO?	Sí	Sí	Un poquito, no mucho porque mi esposo trabajaba y problemas con esa señora. Uno en el embarazo se pone muy sensible y yo soy de muy malgenio.	Sí	Sí, cuando se me empezó a notar, cuando ya todos sabían.
USTED SE VEÍA EN EL ROL DE MADRE?	No. Me veía como la estudiante, pero poco como la madre.	Si pensaba toca darle esto, hacerle esto.	Si, yo pensaba como sería tener a mi niña aquí en la cama cuando diga mamá, papá. Qué clase de madre iba a ser, que no le falte nada. Como yo nunca tuve una niñez feliz y yo pensaba que mi niña fuera a sufrir todo lo que yo sufrí.	Me lo imaginaba pero todo es muy diferente cuando ella nace.	Ya a lo ultimo sí. Le compraba ropita, cositas de bebe.

USTED PENSABA EN COMO CRIAR A SU HIJO?	No.	Pues no, yo decía esperemos a que nazca y que me vayan dando las pautas.	Sí.	Sí, yo quería como organizarme, pero todo es muy diferente cuando ella nace.	Miraba revistas, libros, le preguntaba a mi mamá.
DURANTE EL EMBARAZO QUE PENSABA Y SENTÍA CON RESPECTO AL BEBE?	Que lo quería mucho.	Que ojala nazca rápido, veía otros bebes y yo decía que bonito ojala así sea.	Que era muy lindo. Durante todo el embarazo me decía que era niño pero miren es niña. Que iba a ser muy lindo y especial. Yo he cuidado niños y se me facilitan las cosas.	Mucho amor y protección, yo estaba contenta.	A quien se va a parecer. Mi papá me ponía de mal genio y salió igualita a él.
LE HABLABA AL BEBE CUANDO ESTABA EN SU VIENTRE?	Si	Si	Si le hablaba y le lloraba mucho. Porque me sentía aburrida con ganas de irme donde mis papas pero yo sabía que si llegaba allá embarazo tenía que devolverme por sonde venía. Me sentía acorralada, no tenía plata, ahorros, pensaba que tenía que aguantarme.	Si, yo le hacía estimulaciones, le colocaba el CD de Mozart estimulaciones con lucecitas. Le decía que tenía que crecer, que nacer bien que yo la quería mucho.	Sí, que la quería mucho, le ponía jugueticos para que los escuchara y lucecitas para que viera.
QUÉ ASPECTOS DE SU VIDA CAMBIARON	No ninguno, no me gusta bailar, soy muy de estar en la casa.	No cambio nada, siempre permanecía con él (el papá de la bebe).	Yo era muy malgeniada, a mi no me podían decir nada. Después del embarazo ya no porque quiero darle otro	Me aleje de mis amigas, ir a reuniones con mi familia. Me cambio el cuerpo, uno ya no se	Ya no salía mucho, porque ya no podía tomar, me daban muchas ganas de comer pero de tanta

<p>DURANTE EL EMBARAZO?</p>			<p>ejemplo a mi hija porque yo era malgeniada, contestona de todo y para darle otro ejemplo tengo que cambiar yo. Yo era muy grosera, como me expresaba de las personas, altanera de todo lo que la gente le hace a uno, uno coge rabia, rencor. Y me fui a vivir con mi esposo, ya no trabaje, ni escucho música como antes. Y se lo pido a él.</p>	<p>siente tan segura por las estrías para uno todas esas cosas es incomodo con la pareja que por eso ya no quiera estar con uno.</p>	<p>ansiedad me daban ganas de vomitar. Estuve en la casa reposando.</p>
<p><u>DESPUES DEL EMBARAZO</u></p>					
<p>USTED SE SENTÍA EN EL ROL DE MADRE?</p> <p>COMO FUE SU EXPERIENCIA CUANDO SU BEBE NACÍÓ?</p>	<p>Si</p> <p>Cuando nació a mí me lo quitaron por bajito de peso, porque nació me sentía feliz, pero como me lo quitaron me dio tristeza, pero no llore. Porque sabía que estaba</p>	<p>Si. Cuando la vi hasta las 4:30pm del otro día, me pegue una llorada sentimientos digamos que uno no cree ni espera. Cuando me toco dejarla uno siente que le roban un pedacito de uno</p> <p>Fue algo hermoso. Me la pasaron para darle un besito y dije ahí que preciso es.</p>	<p>Si, claro.</p> <p>Fue feliz y triste.</p>	<p>Ya. Al principio como la llevaron a la unidad uno pregunta y nadie le da respuesta. Cuando la vi fue una sensación bonita porque me agarro el dedo y yo le di la bendición.</p> <p>Muy duro porque uno piensa que va a nacer bien, que no va a tener problemas.</p>	<p>Claro, fue una felicidad muy grande.</p> <p>Fue increíble, no pensé que fuera tan emocionante y como nació tan chiquita.</p>

	bien.				
CÓMO SE SENTÍO DURANTE EL TRABAJO DE PARTO Y NACIMIENTO DE SU BEBE?	Nada	Bien, no me dolió, no sufrí yo nunca me queje y al otro día me toco salir y como había quedado la niña hospitalizada. Iba a visitarla al San Ignacio durante ocho días tenía que caminar desde la 27 sola porque el papá trabajaba.	Fue de urgencia yo no llevaba nada. A mí me hospitalizaron porque me dolía mucho la cabeza y tenía una infección en el útero y como a las 10:00pm me dijeron que tenían que sacarme la niña y en ese momento no sentía ningún apoyo y no permitieron llamar ni a mi esposo ni a mis primos. Le pedía mucho a Dios y miraba a mi bebe con tubos en la boca, con suero, no dejaron que le diera pecho durante 20 días y todos los días corría para valla con la cortada de la cesárea y no me pude cuidar.	Me trataron bien. A uno le da pena que la desnuden, la anestesia bien, me dijeron que la niña no respiraba pero todo salió bien.	No tuve contracciones, lo que me dolió fue la cesaría. La gente bien.
USTED SE SENTÍA AMADA, CUIDADA Y COMPRENDIDA DESPUÉS DE TENER A SU BEBE?	Sí me daban igual atención a la niña que a mí.	Sí.	Sí, mi esposo y mi familia (primos). Yo sentía que al principio que él no me quería a la niña y poco a poco la niña se ha ganado su cariño.	Sí, la atención nos la dieron a las dos.	De mis familiares me tenían cuidado.
DESDE QUE NACIÓ SU BEBE DE QUIEN O QUIENES	De todos.	Mi mami que me dice que hacerle a la niña. Y lo económico y el amor el	Esposo y primos	De mis papas, de mi novio y de la familia de él.	De todos.

HA RECIBIDO APOYO?		papá.			
CÓMO SE SINTIÓ CUANDO LE INFORMARON QUE SU BEBE ERA PREMATURO Y/O CON BAJO PESO?	Mal, porque por no cuidarme bien en el embarazo fue que eme paso eso. Pues a mí me dijeron que fue por la placenta, pero yo creo que no me cuide lo suficiente.	Yo pensé que la iban a dar en el momento, pero cuando me dijeron que tenía que esperar que ella subiera de peso y pensé que? como así?. La psicóloga me dijo que no la podía llevar hasta que subiera de peso. Me puse a llorar me dio mucha piedra y en esos días ella subió de peso y el ultimo día no me la dejaron llevar y me dio mal genio y me puse a llorar porque le había dado eso que se ponen amarillos y yo llore y llore pero igual.	Mal, porque cuando me dijeron que era prematuro y que había que dejarla y yo pensé que por ahí 3 días. Imagínese usted entrar por algo y salir como si no hubiera tenido nada eso es duro.	Tristeza e incertidumbre, uno dice que es lo que tengo que hacer hasta ahora uno lo está asimilando, toca pesado.	Me dio tristeza, me sentía culpable porque a veces no comía bien.
EN EL CUIDADO DIARIO DE SU BEBE QUE FACTOR Ó FACTORES SON LOS QUE LE GENERAN ESTRÉS?	Lloro mucho los 2 primeros meses.	Tener que acostarme sentada y que cada dos horas timbraba el celular para darle de comer. De resto bien nunca me estrese, digamos uno el amor siempre muy cariñosa con ella y la miraba y se veía tan hermosa.	La dormida y al otro día madrugar a la cita de ella. Al hacer aseo como era prematura había que tener todo limpio eso era difícil.	El sueño, me tenía que despertar cada dos horas y dormir sentada me dolía la espalda. Me estresaba que la gente de pronto tenía gripa y quería alzar a la niña y como era prematura.	Para acostarme, el tenerla como canguro cansa, aunque me ayuda mi mamá y el papá de la niña.
DESPUÉS DE QUE	En el tiempo, porque	Pues de pronto uno se	He cambiado el mal genio.	Que ya uno no piensa	Ahora me preocupo más

NACIÓ SU BEBÉ QUE ASPECTOS DE SU VIDA HAN CAMBIADO?	tengo que dedicarle casi todo el tiempo a ella.	vuelve más amoroso con el bebe, yo la tengo, no la dejo mirar ni tocar de nadie y solo me concentro es en ella.	Trabajo a veces con mi niña.	tanto en uno, si que uno trabaja para que a ella no le falte nada. También ya no hago todo lo que hacía con el papá de la niña, ya no me maquillo igual que antes por falta de tiempo.	por trabajar.
EN SU FAMILIA DE QUIÉN RECIBE PAUTAS DE CRIANZA?	Mi suegra sobre la comida.	De mi mamá y del papá de mi bebe. El tiene 39 años y tiene 2 niñas.	De la esposa de mi primo, recibo mucho apoyo, me guía en la comida, en no dejarle cosas cerca a la niña que le pueda hacer daño.	Mi mamá y mi suegra, como bañarla y cambiar el pañal.	De mi mamá, en las sopitas, coladas, todo eso
LE GUSTA CUIDAR A SU BEBE Ó LO SIENTE COMO UNA OBLIGACIÓN?	Me gusta estar con ella.	Me fascina, es toda linda, avispada.	Me gusta cuidarla, le dedico toco el tiempo que puedo, porque el otro año si Dios lo permite comienzo a trabajar y le doy mucho amor.	A mí me gusta.	Me gusta.
QUE HACE CUANDO SU HIJO LLORA?	La alzo, le pongo muñecos.	Ella, es muy juiciosa casi no llora, llora cuando tiene hambre o sueño. Cuando llora yo le pongo el senito y si tiene sueño se duerme y si no mirar que tiene, pero ella siempre esta hay brincando.	Si esta comida, cambiada y no está enferma porque tiene que llorar luego la acostumbro a los brazos y luego cuando trabaje quien me va a cuidar a la niña así?. La dejo llorar si es ganas de molestar si llora mucho entonces la alzo, le muestro cositas, pongo la televisión para que vea muñequitos y si sigue	La consiento, le hablo.	Ella llora cuando tiene hambre. Le muestro los móviles, la alzo.

			llorando le dejo en el corral hasta que se duerme.		
COMO DESCRIBIRÍA LA RELACIÓN Ó VINCULO QUE TIENE CON SU BEBE?	Bien, me parece que es una relación bacana, de cariño. Ella pide que yo la alzé, ella me quiere.	Buenísima.	Muy bonito	Felicidad, tranquilidad, ganas de salir adelante.	Bueno, de juego y compañía.
USTED CREE QUE POR SER ADOLESCENTE SE LE DIFICULTA SER MADRE?	No	Pues yo creo que no. Yo digo que cuando una madre es responsable no, porque hay madres que son irresponsables y las otras señoras le dicen ese niño esta descuidado. Pero a mí no.	No, porque antes mucho mejor, me gusta porque no hay tanta diferencia de edad, no se me dificulta. Así mi hija tiene una mamá joven.	No, dependiendo del grado de aceptación que uno tenga, como yo lo acepte siento que no se me complica.	Angustioso un poco, de pronto ahorita un poco porque económicamente no soy independiente como para pagarle las cositas.
QUE PIENSA Y SIENTE POR SER MADRE ADOLESCENTE?	Siendo adolescente o no es lo mismo, pues un bebe a un adolescente no le dificulta salir adelante para trabajar, estudiar. Ya no salgo con mis amigas siempre estoy con mi bebe, pero me siento bien.	Yo me siento feliz, pues bueno no esperaba un bebe tan temprano pero pues igual uno tiene que salir adelante con un bebe. Cuantas personas con bebes y siguen adelante. Yo este año no estudio ni nada porque mi bebe es muy chiquita y es tan linda que me da miedo tantos	Es vacano. Mis amigas me decían que paso?	Que debería estar haciendo una carrera profesional, como que se van atrasando las cosas.	Que no era el momento. Pero quiero mucho mi niña, me gustaría ofrecerle más cosas que ahora no tengo como dárselas.

		casos que se ven.			
EN LA ACTUALIDAD USTED SIENDE QUE YA ADOPTO SU ROL DE MADRE?	Si, porque antes madre era dar la vida y yo siento que es cuidarlo, darle cariño y protegerlo de cosas malas.	Sí.	Sí, le tengo mucho amor a mi hija, quiero que ella no sufra lo que yo sufrí cuando era niña.	Ya me siento segura.	Creo que me falta un poquito, porque le pregunto mucho a mi mamá que hago. Pero siento que es lo que necesita la niña.

INICIO DEL EMBARAZO

MADRE PREGUNTA	M-6	M-7	M-8	M-9	M-10
PARA USTED QUÉ ERA EL ROL MATERNO ANTES DE ESTAR EMBARAZADA	No, quería quedar embarazada tan joven, yo pensaba por ahí a los 25 años. Nunca había pensado en criar a un bebe, ni siquiera pensaba en eso.	Cuidar un bebe y ya y estar para él.	No pensaba en eso	Algo interesante, los niños son bonitos.	Algo complicado pero muy lindo.
QUÉ HACIA ANTES DE ESTAR EMBARAZADA?	Muchas cosas. Estudiaba, paseaba, compraba ropa cada vez que quería, bailaba con mis amigas de colegio y del barrio, en vacaciones trabajaba y vivía con mis papas.	Rumbeaba mucho y estudiaba.	Estudiando 11, salía normalmente a bailar sanamente.	Estudiaba.	Estudiaba en un internado y viernes, sábado y domingo salía con mis amigos a caminar y el domingo también me encontraba con mi familia.

ESTABA PLANEANDO/DESEADO TENER EL BEBE?	No	No	No	No estaba planeando tener al bebé	No estaba planeando tener al bebé
QUÉ ASPECTOS DE SU VIDA CAMBIARON EN EL MOMENTO QUE SE ENTERO QUE ESTABA EMBARAZADA	Yo me entere a los 5 meses, yo tenía un temor de hacerme la prueba. Si Dios me dio un bebe es por algo. Cambio mis salidas.	Todo fue muy rápido. Porque me enteré que estaba embarazada a los 5 meses, fui al médico y esa noche sentí dolores, al siguiente día fui al San Ignacio y tuve al bebe de 5 meses y 1 día.	Todos, libertad ya no, no me preocupaba por nada	Me fui a vivir con mi esposo, todo muy diferente, deje de estudiar.	Muchos, no pude terminar el estudio como quería, salir con mis amigos era difícil y debía pensar en una persona más.
USTED SE IMAGINABA DESEMPEÑANDO EL ROL DE MADRE?	No, para nada.	No. Que como así, que como era posible	No tan joven	No.	Sí pero más adelante.
DESCRIBA SUS SENTIMIENTOS Y PENSAMIENTOS CUANDO SE ENTERO QUE ESTABA EMBARAZADA?	Me puse en una depresión horrible, no comía, no salía. A penas que me entere que estaba embaraza me comenzó a crecer la barriga. Hay Dios mío será que el va responder, será que mis papas me van a pegar y pensaba en la familia de él.	Nervios, miedo, llanto.	Confusión todo, porque la gente decía que me tire la vida, fue negativo.	Me van a regañar, pensaba en abortar, lloraba, tenía nervios, pánico, alegría, tristeza y problemas.	Pensaba cosas malas como abortar, pero cuando me apoyaron salí adelante, sentía tristeza y nostalgia.
QUIÉN FUE LA PRIMERA PERSONA A	Mi hermana la mayor, ella me decía voy a ser	Mi mamá	Amigas del colegio	Al papá, luego a mi mamá y al suegro.	A mi mamá

LA QUE LE CONTO QUE ESTABA EMBARAZADA	tía.				
DE QUIEN RECIBÍO APOYO CUANDO INFORMO QUE ESTABA EMBARAZADA?	Del papá de la niña y mi mamá, me apoyaron mucho me acompañaban al médico.	Mi familia.	De mi familia y del papá del niño.	Papá del niño.	Amigos con los que vivo y mi mamá.
USTED SE SENTÍA AMADA, CUIDADA Y COMPRENDIDA EN EL MOMENTO QUE QUEDO EMBARAZADA?	Sí, todo el mundo pendiente de mí.	Sí.	Sí.	Sí.	Sí.
<u>DURANTE EL EMBARAZO</u>					
EL PADRE DEL NIÑO LA ACOMPAÑO A USTED DURANTE EL EMBARAZO?	Sí todos los momentos que el podía me acompañaba, él tiene 22 años. Nos organizamos cuando iba a cumplir los 7 meses de embarazo.	Sí.	Sí.	Sí.	No en ningún momento.
QUE HACIA DURANTE SU EMBARAZO?	Me iba a caminar, dormía y comía mucho, me la pasaba con una amiga que también estaba embarazada pero ella tenía ya 18 años.	Nada, en la casa. Compre ropa de embarazo con mi hermana	Me retiré de estudiar por amenaza de aborto. Estar en la casa con mi mamá y hermanos.	Me fui de la casa y estudiar.	En la casa, no hacía fuerza y comer bien.

QUÉ SENTIMIENTOS, SENSACIONES Y TEMORES DURANTE EL EMBARAZO?	Yo era muy frágil, sensible, por todo hay lloraba. Pensaba que todo saliera bien porque yo tengo anemia hemolítica y a los 5 años me sacaron el bazo. Estaba preocupada por la vida de mi bebe y la mía.	Que si todo iba a salir bien o no? porque yo me la pasaba tomando y rumbiando.	Que el niño naciera prematuro, porque en mi familia hay bebes prematuros; o que el niño me saliera con alguna malformación.	Temores sobre el parto, la salida del bebé y felicidad.	Alegría, llorar, tristeza.
DURANTE EL EMBARAZO USTED YA SE SENTÍA MADRE?	Pues no, uno no se imagina todo lo que hay que hacer.	No.	Sí, verlo por las ecografías, porque se movía.	No me sentía.	No. Pero cuando me decían que acariciara mi barriga yo no lo hacía, pero si pensaba en el rol de madre.
USTED SE SENTÍA AMADA, CUIDADA Y COMPRENDIDA DURANTE EL EMBARAZO?	Sí.	Sí.	Sí, me cuidaban con la comida	Sí.	Sí.
USTED SE VEÍA EN EL ROL DE MADRE?	No, pensaba bien que era eso.	No.	Sí.	No me veía todavía.	Sí.
USTED PENSABA EN COMO CRIAR A SU HIJO?	Sí, que exista confianza entre ella y yo, comprenderla, darle amor, cariño, no pegarle, reprenderla si pero no	No.	Con los mismos valores que mi mamá me dio.	Sí.	No. Yo planeaba cosas, pero no hacía nada.

DURANTE EL EMBARAZO QUE PENSABA Y SENTÍA CON RESPECTO AL BEBE?	<p>violentemente.</p> <p>Cuando se movía una sensación chévere, la sentía parte mía.</p>	El bienestar de él.	Me daba miedo no saber como tenerlo. Pero todo bien.	Pensaba como iba a ser, si era niño o si era niña, será bonito, será feito.	Pensaba en como lo iba a bañar, en conseguirle ropa y en el baby shower.
LE HABLABA AL BEBE CUANDO ESTABA EN SU VIENTRE?	Si le contaba cosas y cosas. Me decían que parecía loca, pero lo decían en broma.	No.	Si yo le decía muchas cosas, le cantaba y le leía.	Sí	Más o menos solo por la noche.
QUÉ ASPECTOS DE SU VIDA CAMBIARON DURANTE EL EMBARAZO?	Peleaba con la gente que me miraba juzgándome porque estaba embarazada, si yo tenía 15 años pero no era ni la primera ni la ultima en estar así. Me retire del colegio y me organicé aparte con el papá de la niña.	Nada.	Me retiré del colegio. Seguí igual de alegre	Dejar de estudiar.	Que me gustaban los pantalones ajustados, entonces me toco colocarme ropa suelta y las chaquetas de mi mamá que eran grandes y mis amigos se preocupaban más por mí.
<u>DESPUES DEL EMBARAZO</u>					

<p>USTED SE SENTÍA EN EL ROL DE MADRE?</p>	<p>Si, aunque al comienzo fue duro. Dure 15 días hospitalizada como ella estaba en la clínica no me sentía madre, y la primera noche con ella yo decía Dios mío y no pude dormir con ella, esa noche fue el papá quien durmió sentado con ella en el pecho.</p>	<p>Me estaba haciendo a la idea que era mamá.</p>	<p>Claro.</p>	<p>Sí</p>	<p>Sí algo muy bonito.</p>
<p>COMO FUE SU EXPERIENCIA CUANDO SU BEBE NACIÓ?</p>	<p>Bonita, aunque me estrese porque me dolía mucho la cabeza.</p>	<p>Tenaz, me fui con dolores a la San Ignacio y pues yo llegue mal y el doctor no me atendió luego llego una doctora y me hizo un tacto y me dijo que me pasara a la otra camilla.</p>	<p>Al principio me dio muy duro, se veía tan mal, yo quería traérmelo para la casa y me sentía mal por ir a visitarlo en una encubadora.</p>	<p>Dura, porque el bebé tenía 7 meses, quedó hospitalizado 12 días, tenía oxígeno y se enfermaba mucho.</p>	<p>Positivo, nostalgia, nervios, algo impresionante.</p>
<p>CÓMO SE SINTIÓ DURANTE EL TRABAJO DE PARTO Y NACIMIENTO DE SU BEBE?</p>	<p>Yo sufrí mucho por la hipertensión, y la gente corría para llevarme a cirugía. Me pusieron droga para los dolores y tenaz me dolía mucho la cabeza, mi barriguita y como la cola. No dilataba, no la tuve normal pero sentí los</p>	<p>Me sentí ultrajada, me cogieron a la fuerza entre la doctora y la enfermera para que me pasara a otra camilla. Todo fue muy rápido y cuando me estaba pasando a la otra camilla el bebe salió con bolsa y todo y el bebe se cayó al</p>	<p>Nerviosa, no estaba segura del sexo del bebé. Me trataron super bien la gente del hospital.</p>	<p>Bien, pero después difícil.</p>	<p>Bien tranquila, llore, se me subió la tensión arterial porque tuve pre eclampsia severa.</p>

	dolores. Me chuzaron muchas veces para la anestesia.	piso.			
USTED SE SENTÍA AMADA, CUIDADA Y COMPRENDIDA DESPUÉS DE TENER A SU BEBE?	Mis papas me apoyaron demasiado	Sí. La atención estaba en los dos por parte de mi familia y de las enfermeras.	Me sentí apoyada por que ví como querían a mi bebé.	Sí.	Sí.
DESDE QUE NACIÓ SU BEBE DE QUIEN O QUIENES HA RECIBIDO APOYO?	De todas las personas que me quieren.	De mi familia, del papá y de la familia de él.	Mi familia y la de él.	Mi familia, mamá, papá del bebé y mi cuñado.	Mamá, abuela, amigos de la casa, familia, y amigos de afuera del internado
CÓMO SE SINTIÓ CUANDO LE INFORMARON QUE SU BEBE ERA PREMATURO Y/O CON BAJO PESO?	Me dio duro, eso que no la podía sacar sin oxígeno y le dio eso cuando se les olvida respirar y se puso morada como muertica y la dejaron hospitalizada en el San Ignacio.	No le di tanta importancia solo cuando estaba en la UCI, el doctor me informo que era un milagro con caída y todo.	Al principio duro y luego pensé que era por el bienestar de él. Sabía que tenía que “canguriar” por que mi sobrina también fue prematura, entonces yo ya sabía.	Duro porque parecía un feto, por ser tan flaca y pequeño.	Culpable, pensé que yo no me había alimentado bien.
EN EL CUIDADO DIARIO DE SU BEBE QUE FACTOR Ó FACTORES SON LOS QUE LE	Al dormir sentada y despertarme cada rato a darle tética. Aunque ella es tranquila y duerme bastante en la noche. Pero cuando la vacuno ese día es	No. Me despertaba cada dos horas para darle de comer, cargar el oxígeno me causaba estrés.	La forma de dormir. Fue la más dura, tenerlo las 24 horas, estar pendiente del oxígeno, hasta los 6 meses.	Dejarla en la cama mientras yo me bañaba, el oxígeno era una mamera, salirme del cuarto con ese oxígeno.	Dormir.

GENERAN ESTRÉS?	pesado. Por la noche casi siempre se acuesta en el pecho del papá y en día soy yo quien la carga, mas bonito.				
DESPUÉS DE QUE NACIÓ SU BEBÉ QUE ASPECTOS DE SU VIDA HAN CAMBIADO?	Todos, ya no pienso en que hoy no me levanto. Ahorita todo toca en su preciso momento es mucha responsabilidad. Y Si salgo claro, por ejemplo hace 15 días mi mamá me cuida a la niña para que yo saliera a bailar un momentico. Y me cuida mucho porque soy muy vanidosa y ya estoy viviendo con el papa de mi niña.	Ya no salgo tanto a rumbeear, me preocupa es llegar a la casa. Ya no es igual cuando salgo.	No puedo ir a bailar, salir con mis amigas por falta de tiempo, pero no porque me lo prohíban.	Me fui de la casa, me aparte de mí mamá.	Muchos porque estoy todo el día en la casa, debo cuidar a mi hermano menor, estudio solo los fines de semana y mis amigos dicen que los abandoné.
EN SU FAMILIA DE QUIÉN RECIBE PAUTAS DE CRIANZA?	A mi abuelita, bañar a la niña con leche e hinojo para que la piel sea bonita, que el ombliguito ponerle un botón, que la camiseta roja de bachatilla. Mi mamá me dice que la colita no la deje quemar.	De mi mamá, de mi tía de mi abuelita. Me dicen que hablarle, como bañarlo, cambiarlo, agüeros que ponerle la camiseta de bayetilla.	De mi mamá acerca de la comida y de que hacer cuando se enferma.	De mi mamá, de mi abuela, tías, suegra, cuñada.	De mi mamá.
LE GUSTA CUIDAR A SU BEBE Ó LO SIENTE COMO UNA	Eso es más que una obligación, es por lógica que uno tiene que cuidar lo suyo.	Me gusta.	A mí me gusta porque aprendo de él y el de mí.	Me gusta.	Me gusta, a veces pero tengo pensamientos como de obligación, creo que es algo psicológico.

OBLIGACIÓN?					
QUE HACE CUANDO SU HIJO LLORA?	La consiento mucho a ella y ella se calma conmigo.	Es muy tranquilo, solo llora cuando tiene hambre.	Lo consiento, lo alzo, le doy tetero, fruta y alpinito.	Alcanzarla, darle calor, el papá la consentía.	Alzarla y consentirla.
CÓMO DESCRIBIRÍA LA RELACIÓN Ó VINCULO QUE TIENE CON SU BEBE?	Que es lo más lindo, es muy chévere, mi mira a los ojos.	Amor, afecto.	Tranquila de afecto y de respeto.	Tranquila de afecto y de respeto.	Algo muy bonito, nos entendemos, me gusta que ella identifica mi voz.
USTED CREE QUE POR SER ADOLESCENTE SE LE DIFICULTA SER MADRE?	No, a veces yo digo que listo. Porque todo en la vida no es vagar en algún momento de la vida le tenía que llegar a uno y enfrentarlo. Tampoco es que me sienta muy madura pero siento que ya tengo clara las cosas de mi bebe.	En un principio porque uno es muy ignorante, porque uno no sabe como criar a un bebe. Uno aprende de la vida.	A veces sí, uno no tiene experiencia, estar todo el día con él es difícil.	No para nada, mejor tener hijos joven y no después de los 30.	No. Pues igual a uno le va a tocar, es muy bonito.
QUE PIENSA Y SIENTE POR SER MADRE ADOLESCENTE?	A veces el que dirá de las personas, me nerva.	Ya hay una razón más para salir adelante.	Me parece bueno.	Me gusta porque se comparte más tiempo.	Feo porque todos lo critican a uno, pero igual no vivo del que dirán a veces me gusta, igual veo desde pequeño uno como es con los papas.
EN LA ACTUALIDAD	No, porque siento que me falta mucho por vivir	Sí, porque ya sé cuando llora las necesidades,	Yo creo que me falta, porque me falta pasar	Me siento en adopción	Si, señora.

USTED SIENDE QUE YA ADOPTO SU ROL DE MADRE?	con muchas experiencias con mi hija. Porque mamá no es solo dar la vida a alguien.	porque ya sé como cuidarlo.	más etapas con él.	de rol.	
--	--	-----------------------------	--------------------	---------	--

INICIO DEL EMBARAZO

MADRE PREGUNTA	M-11	M-12	M-13	M-14	M-15
PARA USTED QUÉ ERA EL ROL MATERNO ANTES DE ESTAR EMBARAZADA	Es una responsabilidad muy grande, que no me gustaría asumir.	Amarrarse a un hijo.	Un regalo de Dios, que había que asumirlo con amor y paciencia.	Algo muy lindo, difícil y complejo.	No pensaba en eso.
QUÉ HACIA ANTES DE ESTAR EMBARAZADA?	Estudiar en un colegio de monjas y pensaba en ser novicia.	Estudiaba, con mi familia, con mi novio	Estudiaba y le ayudaba a mi mama a atender el negocio	Bailaba mucho y siempre estaba con mis amigos.	Estudiaba y cuidaba a mis hermanitos
ESTABA PLANEANDO/DESEADO TENER EL BEBE?	No	No	A veces lo comentaba con mi novio	No	No
QUÉ ASPECTOS DE SU	No sabía a quién acudir en mi familia, tenía	Todos, que no podía	Perdí el apetito y llore	Durante dos días no dormí bien y todo me	Pensé que las salidas con mis amigos se

VIDA CAMBIARON EN EL MOMENTO QUE SE ENTERO QUE ESTABA EMBARAZADA	miedo de defraudarlos.	terminar mis estudios	mucho.	molestaba	acabarían y que mi novio me iba a dejar.
USTED SE IMAGINABA DESEMPEÑANDO EL ROL DE MADRE?	No	No pensaba en eso.	No	No, después	No
DESCRIBA SUS SENTIMIENTOS Y PENSAMIENTOS CUANDO SE ENTERO QUE ESTABA EMBARAZADA?	No pensé en nada.	Estaba muy asustada, pensaba en que mis papás me iban a regañar, lloraba, me sentía mal conmigo misma y sentía que había defraudado la confianza de mis padres. Sentí que se me acabo el mundo, eso fue terrible.	Pensé que no tenía plata para sostener esa nueva persona, miedo.	Estaba preocupada y por mi mente paso la posibilidad de abortar.	Que porque no me había cuidado, pero tenía el apoyo de mi novio, lo que me dio tranquilidad.
QUIÉN FUE LA PRIMERA PERSONA A LA QUE LE CONTO QUE ESTABA EMBARAZADA	A mi novio, a mi hermana mayor.	A mi novio, luego le dije a mi mama.	A mi mejor amiga del barrio.	A mi novio.	A mi mamá.
DE QUIEN RECIBÍO APOYO CUANDO INFORMO QUE ESTABA	De mi familia, especialmente de mi abuela.	Del papá de la niña y de su familia, y mis padres.	De todos.	De mi familia y del papá del niño.	Todos me apoyaron.

EMBARAZADA?					
USTED SE SENTÍA AMADA, CUIDADA Y COMPRENDIDA EN EL MOMENTO QUE QUEDO EMBARAZADA?	Sí, yo era el centro de atención.	Sí, por unas personas, por que otras me criticaban.	Sí, en todo momento.	Sí. Sobre todo en la comida y la ropa	Sí.
<u>DURANTE EL EMBARAZO</u>					
EL PADRE DEL NIÑO LA ACOMPAÑO A USTED DURANTE EL EMBARAZO?	Sí.	Sí, me acompañó a comprar las cosas del bebé y a algunos controles con el médico.	Sí.	Sí.	Sí, siempre estuvo muy pendiente de todo.
QUE HACIA DURANTE SU EMBARAZO?	Deje de estudiar y solo dormía.	A veces lloraba, ya no estudiaba porque alcance a terminar.	Me la pasaba con el papá del niño y nuestros amigos.	En la casa.	Me fui a vivir con mi novio.
QUÉ SENTIMIENTOS, SENSACIONES Y TEMORES TUVO DURANTE EL EMBARAZO?	Me daba miedo el parto	Sentimientos encontrados. Solo quería que todo saliera bien.	Pensaba en como sería mi hijo y que cuando naciera no tuviera ninguna enfermedad.	Miedo del parto, y que el bebé naciera completo.	Pensé que me iba a engordar, pero también alegría.

DURANTE EL EMBARAZO USTED YA SE SENTÍA MADRE?	í. Me emocionaba con los movimientos del bebé.	No.	No los primeros meses, pero cuando empezó a crecer la barriga sí.	Sí	No me sentía.
USTED SE SENTÍA AMADA, CUIDADA Y COMPRENDIDA DURANTE EL EMBARAZO?	Sí mucho.	Si, por todo el mundo.	Sí	Sí, sobre todo por mi mamá y el papá del bebé.	Sí
USTED SE VEÍA EN EL ROL DE MADRE?	Sí me veía como mamá, pero sabía que no era fácil.	Sí.	No, me sentía como una persona muy joven.	No.	Sí, claro.
USTED PENSABA EN COMO CRIAR A SU HIJO?	Sí pero pensaba que todo llegaba en su momento.	Sí, con mucho amor.	Sí, tratando de imitar a mis papas.	No.	Sí, por eso me fui con el papá de mi bebé.
DURANTE EL EMBARAZO QUE PENSABA Y SENTÍA CON RESPECTO AL BEBE?	Que como sería y a quien se parecería.	Que era un ser que yo tenía que cuidar.	Que saliera con el color de mis ojos y que fuera sano.	Pensaba en cuidarlo y darle amor.	Que era una responsabilidad muy grande, y que iba a ser hermoso.
LE HABLABA AL BEBE CUANDO ESTABA EN	Sí, yo le contaba cuando su papa llamaba y me ponía el teléfono en la	Sí, le contaba mis problemas y mis alegrías.	Sí mi mamá y yo le hablábamos mucho y el se movía.	Sí. Con mi novio le contábamos nuestros secretos.	Si, al principio no tanto, pero después si.

SU VIENTRE?	barriguita.				
QUÉ ASPECTOS DE SU VIDA CAMBIARON DURANTE EL EMBARAZO?	No muchos, excepto en cuanto a las cosas que podía hacer, como hacer fuerza, todos, los dulces que comía y no podía jugar basketball.	Mi forma de arreglarme, me daba mucho sueño y deje de estudiar.	La ropa que usaba era diferente y se me manchó la cara.	Nada, solo que me retire del colegio.	Me fui de mi casa, deje de estudiar, todos me cuidaban.
<u>DESPUES DEL EMBARAZO</u>					
USTED SE SENTÍA EN EL ROL DE MADRE?	Claro, ya uno tiene que vivir muchas cosas de mamás, como organizar las cosas del bebé, llevarlo al médico, bañarlo, las vacunas.	Sí, aunque era difícil porque los primeros días mi bebe se quedó hospitalizado y yo no tuve contacto con ella.	Sí, fue muy emocionante verlo por fuera de mi barriga.	Sí.	Sí sentía la responsabilidad de tener una persona a mi cargo.
COMO FUE SU EXPERIENCIA CUANDO SU BEBE NACIÓ?	Muy difícil por lo que fue cesárea y se me subió la tensión y me dolió mucho.	Me preocupe por que me dijeron que tenía una infección y pensé que le hacía daño al bebé.	Fue de tristeza y alegría. Tristeza porque me toco dejarlo en la clínica y felicidad por que ya lo había visto.	Fue muy feliz, pero también me preocupe.	Fue una de las cosas mas bonitas que he vivido.

CÓMO SE SINTIÓ DURANTE EL TRABAJO DE PARTO Y NACIMIENTO DE SU BEBE?	Me atendieron bien, pero tuve miedo por la cesárea.	Nerviosa y llore mucho.	Bien fue rápido y vi a mi bebé llorando	Normal porque casi me dolió nada.	Todos estaban pendientes de mí y mi bebé, aunque me asuste por tener que dejar al bebé.
USTED SE SENTÍA AMADA, CUIDADA Y COMPRENDIDA DESPUÉS DE TENER A SU BEBE?	Si todos nos ponían atención	Si se preocuparon por mi pero luego paso todo.	Si pues todos me ayudaron y me acompañaban al hospital	Sí.	Si siento más atención de las personas.
DESDE QUE NACIÓ SU BEBE DE QUIEN O QUIENES HA RECIBIDO APOYO?	De todos.	De mi familia.	De mi mamá y del papá del bebé.	De mis hermanos y de mi mama.	De mi esposo y toda su familia y la mía.
CÓMO SE SINTIÓ CUANDO LE INFORMARON QUE SU BEBE ERA PREMATURO Y/O CON BAJO PESO?	Mal, porque a veces no comía lo que mi mamá y abuelita preparaban. Quería estar con mi bebe pero lo tuve que dejar en el hospital.	Llore mucho y casi no hable ese día de la misma tristeza, pero sabía que era por el bien de mi bebe que tenía que dejarlo en incubadora.	Me hacía muchas preguntas de porque había pasado eso, que hice o que deje de hacer para que a mi bebe le pasara eso	Me sentí culpable, y lloraba todo el tiempo.	Me puse triste y empecé a pensar que había hecho mal, pero mi esposo me dio mucha comprensión.
EN EL CUIDADO DIARIO DE SU BEBE QUE	Planchar y la manera de dormir.	El oxígeno era un estrés.	Dormir sentada me genero dolores de	Bañarlo porque era muy pequeño y pensaba que	Ir al hospital a cada rato y dormir sentada.

FACTOR Ó FACTORES SON LOS QUE LE GENERAN ESTRÉS?			espalda y estarme despertando cada dos horas era un poco incomodo.	se me iba ahogar y enfriar demasiado.	
DESPUÉS DE QUE NACIÓ SU BEBÉ QUE ASPECTOS DE SU VIDA HAN CAMBIADO?	Ya no puedo salir tanto como antes.	Todo momento pienso en el bienestar de mi hijo y ya no tanto en mi.	Ahora soy más responsable con todo.	Que ahora le hago más caso a mi mamá y aplico sus consejos.	Que ahora tengo un compañero y vivo lejos de mi mamá y tengo más responsabilidad.
EN SU FAMILIA DE QUIÉN RECIBE PAUTAS DE CRIANZA?	De mi suegra y mi mamá.	De mi mamá, mis tías y mi abuela.	De mi mamá y de una vecina, en como bañarlo, como vestirlo y que no hacerle.	De mi mamá, mis suegros y cuñados, frente a orientarlo en la vida y como cuidarlo.	De mi suegra, mi hermana y mi mamá.
LE GUSTA CUIDAR A SU BEBE Ó LO SIENTE COMO UNA OBLIGACIÓN?	Claro que me gusta, es mi hijo.	Es una obligación que disfruto mucho, el tiempo se me pasa muy rápido con mi hermoso bebe.	Me gusta, soy su mama y debo cuidarlo lo mejor que pueda. Yo se que el día de mañana voy a tener más cosas que ofrecerle.	Sí, me gusta muchísimo. Es responsabilidad lo que siento pero mucho amor. Me pongo muy feliz cuando sonrío y juega con mi cabello.	Me gusta. Lo cuido lo mejor que puedo, eso si nadie puede dudar que amo a mi bebe.
QUE HACE CUANDO SU HIJO LLORA?	Primero miro si esta mojado o sucio el pañal y luego le doy leche o compota.	Lo consiento y se queda dormidito.	Lo alzo y juego un ratico con sus juguetes, si sigue llorando le consiento su cuerpecito y se tranquiliza.	No me desespero, porque lo quiero mucho. Miro si esta orinado o con popo, lo abrigo bien y si tiene hambre le doy de comer.	Pues cuidarlo, lo alzo pero no quiero acostumbrarlo a los brazos. Le canto y lo consiento.

CÓMO DESCRIBIRÍA LA RELACIÓN Ó VINCULO QUE TIENE CON SU BEBE?	Un vinculo de mucha responsabilidad por parte mía, porque es un ser muy pequeñito.	Super buena, me conoce y se tranquiliza cuando me ve.	La relación es de amor, cariño y de dedicarle tiempo.	Bonita	Es una compañía mas en mi vida. Es una relación tan bonita.
USTED CREE QUE POR SER ADOLESCENTE SE LE DIFICULTA SER MADRE?	Bien, simplemente es algo más que hay que hacer, pero siento que lo hago bien, no importa mi edad	No, porque Si siento que es mi bebe y quiero lo mejor para él, no se me dificulta.	No, tengo tiempo para cuidarlo	No, me parece rico ser mama joven, así cuando tenga 30 años mi bebé ya estará grande.	No, siento tanto amor por mi bebe.
QUE PIENSA Y SIENTE POR SER MADRE ADOLESCENTE?	Pienso que no era el momento, pero todo va bien.	Nada, que voy a pensar.	Que debería seguir estudiando, pero por la edad todo está bien.	Que es bueno, tengo una ventaja grande, voy a poder disfrutar mucho a mi bebe.	Que no están fácil ser mamá independiente de la edad que uno tenga, pero yo no he tenido problemas.
EN LA ACTUALIDAD USTED SIENTE QUE YA ADOPTO SU ROL DE MADRE?	Claro	Si, sé que me falta. Pero ya me siento mamita.	Sí, quiero cuidarlo y me siento bien.	Si tengo seguridad.	Si, cuando me necesita sé cómo ayudarlo. Sí, me siento mamá.

