



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA HUMANA

TÍTULO:

**PRÁCTICA DE LOS
PROFESIONALES DE LA SALUD
EN EL FOMENTO DEL APEGO
INMEDIATO POSPARTO EN EL
CENTRO OBSTÉTRICO DEL HIA.**

**TESIS DE GRADO PREVIA A LA
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
MÉDICO GENERAL**

AUTORA:

Tatiana del Rosario Pérez Landázuri.

DIRECTOR:

Dr. Lyndon Bismark Zapata Loaiza, Mg. Sc.

**LOJA- ECUADOR
2015**

CERTIFICACIÓN

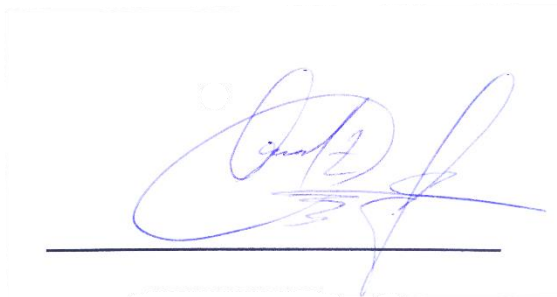
Dr. Lyndon Zapata Loáiza.

DOCENTE DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CERTIFICA:

Que he revisado y orientado todo el proceso de la elaboración de la tesis de grado titulada **“Práctica de los profesionales de la salud en el fomento del apego inmediato posparto en el centro obstétrico del HIA”** de autoría de la estudiante de Medicina Humana, señorita **Tatiana del Rosario Pérez Landázuri**, previa a la obtención del título de Médico General, una vez que el trabajo cumple con todos los requisitos exigidos por la Universidad Nacional de Loja para el efecto, autorizo la presentación del mismo para la respectiva sustentación y defensa.

Atentamente



Dr. Lyndon Bismark Zapata Loáiza, Mg. Sc.

DIRECTOR DE TESIS

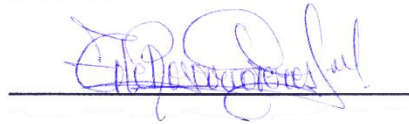
AUTORÍA

Yo, **TATIANA DEL ROSARIO PÉREZ LANDÁZURI**, declaro ser la autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional – Biblioteca Virtual.

- **AUTOR:** TATIANA DEL ROSARIO PÉREZ LANDÁZURI

- **FIRMA:**



- **NUMERO DE CEDULA DE IDENTIDAD:** 1104928609


- **FECHA:** 18 de Marzo del 2015

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, **TATIANA DEL ROSARIO PÉREZ LANDÁZURI**, declaro ser autora de la tesis titulada “PRÁCTICA DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN EL FOMENTO DEL APEGO INMEDIATO POSPARTO EN EL CENTRO OBSTÉTRICO DEL HIA”. Como requisito para optar al grado de Médica General, autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional (RDI):

- Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con los cuales tengan convenio la Universidad.
- La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja a los dieciocho días del mes de Marzo del dos mil quince, firma el autor.

- **Firma:** 
- **Autor:** TATIANA DEL ROSARIO PÉREZ LANDÁZURI
- **Cedula:** 1104928609
- **Dirección:** Loja, Cda Celi Román, calles Benjamín Pereira y Alfredo Mora Reyes.
- **Teléfono:** 072 687 019
- **Celular:** 0991341219
- **Dirección electrónica:** nefertiti_tati89@yahoo.es ; isis.tati89@gmail.com

DATOS COMPLEMENTARIOS

- **Director de Tesis:** Dr. Lyndon Bismark Zapata Loáiza. Mg. Sc.
- **Tribunal de grado:** Dr. Luis Alfonso Castillo Arévalo. Mg. Sc. (Presidente)
Dr. Bolívar Eduardo Samaniego Cárdenas. Mg. Sc.
Dr. Guillermo Enrique Coronel Astudillo. Mg. Sc.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mis padres Roger y Nancy, por su apoyo incondicional durante mi trayectoria universitaria; a mi abuelita Mercedes Jiménez que siempre soñó el verme realizada como médica, y sé que desde el cielo se alegrará por haber cumplido una de mis metas; a mis hermanos Fernando, Jaime e Iván, que con sus conocimientos aportaron a varias actividades que desarrolle durante mi formación académica, a mis tías y tíos que con su cariño y apoyo supieron incentivar me para no desfallecer durante este sacrificado camino.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar agradezco a Dios por haberme permitido tener salud para culminar esta sacrificada pero gratificante carrera para el servicio de las personas.

A quienes fueron mis maestros, que con su guía he llegado a ser la profesional que soy ahora.

A mi director de tesis, que con su paciencia y constancia me ayudo a culminar exitosamente mi carrera universitaria.

A mis compañeros, hoy mis amigos y colegas que compartieron conmigo momentos de alegría y dificultades que se nos presentaron durante estos 6 años de hermosa convivencia.

*“Después de escalar una montaña muy alta,
descubrimos que hay muchas otras montañas por escalar”*

Nelson Mandela

I. TÍTULO

PRÁCTICA DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN EL
FOMENTO DEL APEGO INMEDIATO POSPARTO EN EL CENTRO
OBSTÉTRICO DEL HIA.

II. RESUMEN

El Apego Inmediato Posparto (AIP), se define como el contacto piel a piel del recién nacido con su madre, inmediatamente después de haber nacido, y por un lapso de tiempo no menor a 30 minutos, momento en que cual se producen diversas reacciones tanto físicas como psicológicas que provocan un sinnúmero de beneficios como un vínculo afectivo más fuerte, y una mejor estabilidad hemodinámica tanto del neonato como de la madre, disminuyendo así la morbimortalidad del recién nacido, y complicaciones en el puerperio. El presente trabajo se centra en establecer si los profesionales de la salud tienen la práctica de fomentar el apego inmediato postparto en el Hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja; determinar si de acuerdo al nivel de formación, los profesionales de la salud recibieron instrucción sobre apego inmediato postparto; identificar las causas que impiden a los profesionales de la salud realizar la práctica de fomentar el apego inmediato postparto. Esta tesis es de tipo prospectivo, longitudinal y exploratorio, en el que se logró obtener los datos necesarios, mediante la observación directa y con el uso de fichas y encuestas dirigidas a los profesionales encargados de la atención del parto. Se observó que el 100% de los médicos tratantes, médicos residentes e internos de medicina que laboran en el servicio de Gineco- Obstetricia, NO aplican el Apego precoz como parte del protocolo de atención, a pesar de contar con el conocimiento adecuado en la mayoría de los casos sobre este tema. Se pudo determinar, que la causa principal que impide la aplicación del AIP en este hospital, es porque no se acostumbra a realizarlo, en el que concuerdan el 26% de profesionales de la salud encuestados.

Palabras claves: Apego inmediato postparto, protocolo, manejo del parto, normas.

III. SUMMARY

The postpartum attachment (PA), is defined as the Skin-skin contact (SSC) of the newborn with his mother immediately after to be born, and for a time lapse not less than 30 minutes, moment witch start different reactions both physical and psychological that induce a countless of benefits like a stronger affective link, and a better hemodynamic stability for the neonate and the mother, thus decreasing the morbidity and mortality of newborn and puerperium complications. The present document is focused in founding if the health professionals have the practice of foment the PA in the “Isidro Ayora” hospital in Loja city; establish whether according to skill level of professional health received instruction about PA; identify the causes that detain to professionals’ health have the practice of foment the AP. This thesis is prospective, longitudinal and exploratory type, in which it was possible to obtain the necessary data through direct observation and the use of records cards and surveys aimed at those responsible for delivery care. We could see that the 100% of specialists, residents doctors and medicine interns that work in the area of obstetrics and gynecology, NOT apply the PA as part of the treatment protocol, despite having adequate knowledge in most cases on this issue. It was possible to determine that the main cause which prevents the application of PA in this hospital is because is not a habit to do it; this is supported by 26% of the health professionals respondents.

Key words: immediate attachment, postpartum, protocol, delivery management, laws.

IV. INTRODUCCIÓN

El Hospital Isidro Ayora de Loja (HIA), es considerado como uno de los principales centros de salud de la región sur del Ecuador, acogiendo a un gran número de mujeres embarazadas que acuden para dar a luz. Así, durante mi proceso de aprendizaje, y al haber formado parte del personal de salud encargado de la atención de parto, he podido identificar la falta de un proceso fundamental y muy importante dentro del protocolo de atención del parto, como es **“el apego inmediato posparto”** o **“apego precoz”**, que **constituye no solo el acto de acercar al recién nacido inmediatamente después del nacimiento a su madre, sino que son precisos varios aspectos para que esta práctica sea completa y adecuada**. Además, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador en un documento emitido bajo el título de “Normas, protocolos y consejería para programas de atención nutricional durante el embarazo y parto” indica sobre la importancia y el carácter de obligatorio la realización del apego inmediato posparto en todos los nacimientos que se produzcan en las casas de salud pública¹. Esto motivó la realización del presente estudio, con la espera de poder contribuir para que se aplique esta práctica en el HIA sin excepciones y de forma reglamentada, lo cual llevará a mejorar la calidad en la atención del parto, y consecuentemente la disminución de la morbimortalidad en niños, siendo este solo uno, de entre los muchos beneficios, que trae este proceso.

¹ **MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR. COORDINACION NACIONAL DE NUTRICION.** *Normas, Protocolos y Consejería para programas de atención nutricional durante el embarazo y parto.* Quito : MSP, 2010

Para poder determinar en qué medida se realiza el apego inmediato posparto en el HIA, fue necesario plantearme los siguientes objetivos:

1. Establecer si los profesionales de la salud tienen la práctica de fomentar el apego inmediato postparto.
2. Conocer de acuerdo al nivel de formación de los profesionales la práctica de fomentar el apego inmediato postparto.
3. Determinar si de acuerdo al nivel de formación, los profesionales de la salud recibieron instrucción sobre apego inmediato postparto.
4. Identificar las causas que impiden a los profesionales de la salud realizar la práctica de fomentar el apego inmediato postparto.

Para la realización de esta investigación fue menester registrar la información haciendo uso de fichas, obteniendo los datos según fueron ocurriendo los hechos, para finalmente demostrar estadísticamente los resultados, además de encuestas que llevaron a profundizar en aspectos necesarios, que permitieron cumplir exitosamente los objetivos planteados y anteriormente explicados.

V. MARCO TEÓRICO

CAPITULO I

1. EL APEGO

1.1. DEFINICIÓN.

El apego, se define como una vinculación afectiva intensa, duradera, de carácter singular, que se desarrolla y consolida entre dos personas, por medio de su interacción recíproca, y cuyo objetivo más inmediato es la búsqueda y mantenimiento de proximidad en momentos de amenaza ya que esto proporciona seguridad, consuelo y protección. No se trata de un sentimiento inmaterial, sino de conductas observables que comienzan de manera refleja.

Desde el punto de vista emocional, el apego surge cuando se está seguro de que la otra persona estará ahí incondicionalmente, lo que facilita que aparezcan la empatía, la comunicación emocional y hasta el amor entre estas personas. Desde el punto de vista cognitivo, la propia existencia de una relación de apego, conlleva a la construcción de un modelo mental de dicha relación, una imagen de cómo es el propio niño, representaciones sobre la figura de apego y una teoría mental sobre la imagen que la figura de apego tiene sobre el niño. Existe la posibilidad de que la figura de apego cambie a lo largo de la vida. Cada relación de apego tiene sus características específicas, dado que algunos factores como la edad o la interacción tienen mucha influencia. Estas relaciones son muy amplias, pero las más importantes son las de **asegurar la supervivencia de la cría, darle**

seguridad, autoestima y la posibilidad de intimar, es decir, tener una comunicación emocional privilegiada, así como refugiarse en situaciones de angustia o confusión para sentirse seguro. ²

1.2. TEORÍA DEL APEGO

La teoría del apego es la teoría que describe la dinámica de largo plazo de las relaciones entre los seres humanos. Su principio más importante declara que un recién nacido necesita desarrollar una relación con al menos un cuidador principal para que su desarrollo social y emocional se produzca con normalidad. La teoría del apego es un estudio interdisciplinario que abarca los campos de las teorías psicológicas, evolutivas y etiológicas.

Inmediatamente después de la Segunda Guerra Mundial, los huérfanos y sin hogar presentaron muchas dificultades, y la (Organización de las Naciones Unidas) (ONU) le pidió al psiquiatra y psicoanalista John Bowlby que escribiera un folleto sobre el tema, que él tituló “Privación Materna”. La teoría del apego surgió de su trabajo posterior sobre las cuestiones planteadas.

1.2.1. Postulados de apego

Gran parte de la teoría del apego fue esclarecida por la metodología innovadora y los estudios observacionales de Mary Ainsworth, particularmente aquellos realizados en Escocia y Uganda. El trabajo de Ainsworth amplió los conceptos de la teoría y permitió test empíricos de sus principios. Usando la formulación inicial de Bowlby, realizó una investigación observacional con pares padre/madre-bebé

² **Cantero, María José y Lafuente, María Josefa.** *Vinculaciones afectivas: apego, amistad y amor.* Andalucía : Ediciones Pirámide, 2010. ISBN: 9788436824179.

(o día) durante el primer año del niño, combinando extensas visitas a domicilio con el estudio del comportamiento en situaciones particulares. Esta investigación inicial fue publicada en 1967 en un libro titulado *Infancy in Uganda* (Infancia en Uganda).³ Ainsworth identificó tres estilos de apego, o patrones, que un niño puede tener con las figuras de apego: seguro, evitativo (inseguro) y ambivalente o resistente (inseguro). Ella desarrolló un procedimiento conocido como el *Protocolo de Situación Extraña* como la parte de laboratorio de su estudio más amplio, para evaluar el comportamiento de la separación y reencuentro.⁴ Esta es una herramienta de investigación estandarizada que se utiliza para evaluar los patrones de apego en bebés y niños en brazos. Al crear tensiones diseñados para activar la conducta de apego, el procedimiento pone de manifiesto cómo los niños pequeños usan a su cuidador como fuente de seguridad.

El trabajo de Ainsworth atrajo a muchos estudiosos en este campo en los Estados Unidos, inspirando investigaciones y desafiando el dominio del conductismo. Las investigaciones posteriores realizadas por Mary Main y sus colegas de la Universidad de California en Berkeley identificaron un cuarto patrón de vinculación, llamado apego desorganizado / desorientado. El nombre refleja la falta de una estrategia coherente para hacer frente a estos niños.⁵

³ **Bretherton, Inge.** The Origins of Attachment Theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. s.l. : Data Base Records, 1992. [en línea] http://www.psychology.sunysb.edu/attachment/online/inge_origins.pdf

⁴ **MD, Ainsworth, y otros, y otros.** *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation.* New Jersey : Lawrence Erlbaum Associates, 1978. ISBN 0-89859-461-8..

⁵ **Cameron, Catherine Ann. PhD.** *Identification and Classification of Childhood Developmental Difficulties in the Context of Attachment Relationships.* Vancouver : Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2008. [en línea] <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2387106/>. ISBN 0-89391-345-6.

El tipo de apego desarrollado por los recién nacidos depende de la calidad de la atención que reciben. ⁶Cada patrón de apego está asociado a un cierto patrón de comportamiento característico, que se expresa en los niños antes de los 18 meses de edad, y que se describe en la siguiente tabla:

Patrón de apego	Niño	Cuidador
Seguro	Utiliza el cuidador como una base segura para la exploración. Protesta contra la partida del cuidador y busca proximidad, y es consolado por la espalda, volviendo a la exploración. Puede ser consolado por extraños, pero muestra una clara preferencia por el cuidador.	Reacciona de forma apropiada, rápida y consistente a las necesidades. El cuidador formó, con éxito un vínculo paternal seguro con el niño.
Ambivalente/ Resistente	No puede utilizar al cuidador como una base segura, busca la proximidad antes de que ocurra la separación. Se irrita con la separación con ambivalencia, rabia, renuencia a acurrucarse al cuidador y enseguida volver a jugar. Se preocupa por la disponibilidad del cuidador, buscando contacto, pero resistiendo furiosamente cuando es alcanzado. No es aliviada fácilmente por extraños. En este relacionamiento, el niño siempre se siente ansioso porque la disponibilidad del cuidador nunca es consistente.	Inconsistente entre las respuestas apropiadas y negligentes. Por lo general, reacciona sólo después de aumento de la conducta de apego del recién nacido.
Evitativo	Poco intercambio afectivo en el juego. Poca o ninguna irritación con la salida, poca o ninguna respuesta visible al volver, ignorando o alejándose sin ningún esfuerzo para mantener contacto, se asegura. Trata al extraño de manera similar al cuidador. El niño siente que no hay apego, por lo tanto el niño es rebelde y tienen baja autoimagen y autoestima.	Pequeña o ninguna a la irritación del niño. Desalienta el lloro y alienta la independencia.
Desorganizado	Vuelven los estereotipos como si tuviera frío o se balanceara. La falta de una estrategia coherente de apego demuestra comportamientos contradictorios y / o confundidos, cómo acercarse, pero con el rostro boca abajo.	Comportamiento asustado o asustador, intrusión, retiro, negatividad, confusión de roles, errores de comunicación afectiva y los malos tratos. Muy a menudo asociado a muchas formas de abuso infantil. ⁷

⁶ Pearce, JW y Pezzot-Pearce, Terry TD. *Psychotherapy of abused and neglected children*. Segunda. New York : The Guilford Press, 2007. pág. 17. [en línea] <http://bit.ly/1EcqwsH>

⁷ Scaife, Joyce. *Deciding Children's Futures: An Expert Guide to Assessments for Safeguarding and Promoting Children's Welfare in Family Court*. New York : Routledge, 2013. pág. 170. [en línea] <http://bit.ly/1DPz1wt>. ISBN: 978-0-203-09413-6.

La presencia de un vínculo se diferencia por su calidad. Los recién nacidos forman vínculos si hay alguien para interactuar con ellos, incluso si son maltratados. Las diferencias individuales en las relaciones reflejan la historia de la atención, ya que los bebés comienzan a predecir el comportamiento de los cuidadores a través de las repetidas interacciones. El foco es la organización (estándar) en lugar de la cantidad de conductas de apego. Los patrones de apego inseguro no son ideales, pues ellos pueden comprometer la exploración, la autoconfianza y el conocimiento más profundo del ambiente. Sin embargo, los patrones de inseguridad también son adaptativos, ya que son reacciones apropiadas a la indiferencia del cuidador. Por ejemplo, en el patrón de evitación, para minimizar las expresiones de unión, incluso bajo condiciones de amenaza leve, evitará alejar a los cuidadores que ya están rechazados, dejando, así, la posibilidad de respuesta en el caso de que surja una amenaza más grave.⁸

Los niños abusados o descuidados físicamente son menos propensos a desarrollar apegos seguros, y sus clasificaciones inseguras tienden a persistir a lo largo de los años preescolares. La negligencia está asociada únicamente a las organizaciones inseguras, y las tasas de apego desorganizado están marcadamente elevadas en los recién nacidos maltratados.⁹

⁸ **Valverde, Javier.** *Los Patrones de Apego.* Supernanny-barcelona. [En línea] 10 de Abril de 2014. [Citado el: 22 de Noviembre de 2014.] <http://bit.ly/1AuDVc0>.

⁹ **Pearce, JW y Pezzot-Pearce, Terry TD.** *Psychotherapy of abused and neglected children.* Segunda. New York : The Guilford Press, 2007. pág. 17- 21. [en línea] <http://bit.ly/1EcqwsH>

El apego inseguro prematuro no prevé, necesariamente, dificultades, pero es una inadecuación para el niño, sobre todo si las conductas parentales similares continúan durante toda la infancia.¹⁰

Comparando entre los niños con apego seguro, los niños con apego inseguro no están tan bien apoyados en muchos ámbitos de la vida, colocando sus relaciones futuras en peligro. Los recién nacidos seguros son más propensos a ser socialmente competentes que sus pares inseguros. Las relaciones formadas con semejantes influyen la adquisición de habilidades sociales, el desarrollo intelectual y la formación de la identidad social. Los niños inseguros, sobre todo los evitativos, son especialmente vulnerables al riesgo de familia. Los problemas sociales y de comportamiento aumentan o disminuyen con el deterioro o mejoría de la atención de sus padres respectivamente. Sin embargo, un apego seguro prematuro parece tener una función protectora duradera.

El patrón más preocupante es el apego desorganizado. Según Scheffer, “alrededor del 80% de los recién nacidos que sufrieron maltrato son susceptibles de ser clasificados como desorganizados, en contraposición al 12% encontrados en grupos que no sufrieron maltrato. Solo alrededor del 15% de los recién nacidos que sufrieron maltrato son propensos a ser clasificados como seguros. Los niños con un patrón desorganizado en la infancia tienden a mostrar, en las relaciones, claros patrones de disturbio. A continuación sus relaciones con sus pares, muchas veces, se caracterizan por el patrón de la agresión y retirada llamado *Reacción de*

¹⁰ **Karen, Robert.** psychology.sunysb.edu. [En línea] Febrero de 1990. [Citado el: 25 de Noviembre de 2014.] [en línea] <http://www.psychology.sunysb.edu/attachment/online/karen.pdf>.

lucha o huida. Estos niños tienen más probabilidades de convertirse en padres que maltratan.”

1.2.2. Detección temprana del apego disfuncional

La disfunción en el apego puede ser detectada, tanto en la madre como en el recién nacido, a través de una acuciosa observación clínica y conversando e interrogando a la madre. Debemos recordar que dicha disfunción es perjudicial tanto para la madre como para su hijo.

Una detección precoz de esta disfunción en el apego por un profesional de la salud con experiencia, puede revertir el problema y reencauzar el apego hacia una evolución normal. A veces sólo basta con explicar a los padres la naturaleza del problema y convencer a la madre de su real competencia en la crianza de su hijo para que el problema se solucione, y verificar en controles posteriores los resultados de la intervención. Otras veces, el problema es más complejo y requiere del apoyo del psiquiatra y/o psicóloga.

Algunas de las características que se pueden encontrar en casos donde se ha producido eficientemente el apego y otros en los que existen disfunción o alteración del mismo, se describen en el siguiente listado:

- ***Recién nacido sano con apego normal***
 - Está siempre contento.
 - Mirada atenta, especialmente con su madre.
 - Se calma en brazos de su madre.

- Buena succión y deglución.
 - Manifiesta su hambre y plenitud.
 - Adquiere un patrón de alimentación regular, sin cólicos.
-
- ***Recién nacido sano con apego patológico***
 - Está irritable y/o dormilón.
 - Mirada esquiva.
 - No se calma en brazos de su madre (esta, lo mece constantemente).
 - Succión pobre o descoordinado.
 - Aerofagia y vómitos frecuentes.
 - Llanto muy frecuente.
 - Adquiere un patrón irregular de alimentación.
-
- ***Madre sana con apego normal***
 - Contenta con su recién nacido.
 - Tranquila frente al discomfort de su hijo.
 - Alerta con sus demandas, que reconoce claramente.
 - Muy positiva con su hijo.
 - Reconoce y respeta su temperamento.
 - Le ayuda a organizarse.
 - Se adapta a su patrón y ritmo de alimentación.
-
- ***Madre sana con apego patológico***

- Ansiosa y deprimida frente al disconfort de su hijo.
- No entiende ni atiende bien demandas de su hijo.
- Muy estresada y sobreprotectora con su hijo.
- Desconoce su temperamento y ve atributos negativos en él.
- No detecta las claves de hambre o plenitud y tiende a sobrealimentarlo.
- Hipoestimula o sobreestimula.
- No logra un ritmo y patrón alimentario normal.

- ***Lactante de 6 a 12 meses sano con apego normal***

- Alerta, sonriente, feliz, reactivo.
- Mirada y actitudes proclives a la comunicación.
- Comunicación vocal, táctil y mimicogestual.
- Prefiere a sus padres, en vez de otros adultos.
- Disfruta la alimentación (¡Esungourmet!).
- Comunica claramente hambre y saciedad.
- Patrón alimentario y de sueño bien regulados.

- ***Madre de hijo de 6 a 12 meses con apego normal***

- Placer consigo misma y su hijo.
- Comprometida y estimuladora.
- Ve atributos positivos en la conducta de su hijo.
- Alimentación placentera para ambos.
- Óptima calidad y cantidad de lactancia y otros alimentos.

- Toma y acuna bien, en sus brazos a su hijo.

- ***Lactante de 6 a 12 meses con apego patológico***

- Triste, retraído e hipervigilante.
- Evita contacto visual.
- Vocaliza poco o no lo hace.
- Ausencia de conductas anticipatorias.
- Esquivo, al tomarle en brazos.
- Indiferente con los adultos.
- Vómitos frecuentes o rumiación.
- Indiferencia con su madre y la alimentación, pero no con la cuidadora.

- ***Madre de lactante de 6 a 12 meses, con apego patológico***

- Desapegada y deprimida.
- Ansiosa y agitada.
- Comparte poco tiempo con su hijo.
- Fallas en la interacción.
- No responde ni entiende claves.
- El acto de alimentación es mecánico, sin afecto.
- Toma mal a su hijo, en sus brazos.
- Escaso contacto visual entre ambos.
- Indiferente con la nutrición de su hijo.

Con estos elementos de observación es posible detectar precozmente una disfunción en el apego, que habitualmente se asocia a problemas en la lactancia natural. Es de la más alta importancia que los profesionales de la salud sepan y puedan enfrentar esta situación. Un buen apego junto a una lactancia materna eficiente son determinantes para una excelente salud física y emocional del niño en el futuro, incluyendo un mejor coeficiente intelectual.

El gran desafío para los pediatras este siglo XXI, es lograr institucionalizar y transformarse en los paladines del apego y lactancia natural exclusiva durante los primeros seis meses de vida.

Para ello será preciso una mayor presencia en la comunidad a través de los medios informativos, continuar educando e investigando. Incorporar esta temática en el currículo de enseñanza básica y media, previo adiestramiento del magisterio. Incorporarla además, al currículo de todas las carreras relativas al área de la salud, comenzando por medicina, obstetricia y enfermería. Luchar por prolongar la Licencia Postnatal a seis meses y finalmente, predicando con el ejemplo.

El futuro de la humanidad está en el cerebro de los niños. Si cuidamos el cerebro, tanto físicamente como emocionalmente, desde la gestación hasta el término del desarrollo (edad pediátrica), con especial énfasis en el Apego y la Lactancia Natural Exclusiva, nuestros nietos vivirán en un mundo mejor.¹¹

¹¹ **Pinto, Fernando.** Apego y lactancia natural. [En línea] 2007. Revista Pediátrica de Chile_ Scielo. http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062007000600008. ISSN 0370-4106.

1.3. TIPOS DE APEGO

En resumen, las conductas adecuadas frente a las distintas formas en que interactúan madres e hijos, conllevan a mejorar la calidad de vida de los individuos, es así que una vez establecida la importancia y aspectos beneficiosos que conlleva el apego adecuado en general, se pueden determinar dos tipos de apego:

1.3.1. Apego a través del establecimiento de un vínculo cognitivo, es decir, a través de la relación cotidiana entre padres e hijos. Esta relación permite, a través del aprendizaje y el conocimiento, establecer una relación permanente e intensa entre padres e hijos.

1.3.2. Apego a través del establecimiento de un vínculo no cognitivo, esto es lo conocido como apego post parto o vínculo precoz. Tipo de apego en el que nos enfocaremos y que se quiere promover con el presente estudio.

CAPITULO II

2. APEGO INMEDIATO POSPARTO

2.1. DEFINICIÓN.

El **apego inmediato posparto** es el contacto físico entre el recién nacido y la madre inmediatamente después del nacimiento, proceso que conlleva una secuencia pasos y sucesos, que se han podido establecer, que en conjunto producen una serie de beneficios físicos y psicológicos tanto para la madre como para el desarrollo y crecimiento del recién nacido motivo en el que radica su importancia.¹²

Es una técnica que permite establecer un vínculo precoz entre madre e hijo. Este vínculo es intenso, permanente y favorece la lactancia materna. Este apego se basa en la capacidad que tiene la madre y el hijo de reconocerse como propios desde el nacimiento y es una característica no sólo del hombre, sino que también de muchos mamíferos.¹³

En este reconocimiento juegan un importante rol nuestros órganos de los sentidos, especialmente el olfato, el tacto y el oído. El niño que reconoce a su madre desde el nacimiento, logra de inmediato una seguridad absoluta y establece una relación armónica con su entorno desde el nacimiento. Las madres que practican la técnica

¹² **Clínica Los Condes.** clinicalascondes. [En línea] [Citado el: 14 de Noviembre de 2014.] <http://bit.ly/1sXhPBh>.

¹³ *Contacto piel-a-piel temprano para las madres y sus recién nacidos.* **Moore ER, Anderson GC, Bergman N.** 4, Oxford : La Biblioteca Cochrane Plus, 2007.

del apego se manifiestan rápidamente sorprendidas, ya que su hijo no llora y se calma al estar en contacto piel a piel con ella, tras el parto.

2.2. TÉCNICA DE APEGO INMEDIATO POSPARTO

La técnica del apego consiste en que, una vez salido el recién nacido del canal del parto, es puesto en contacto directo, piel a piel, sobre el vientre y posteriormente en el pecho de su madre. El niño se cubre con paños para evitar que se enfríe y se deja en esta situación durante los primeros 30 a 40 minutos de vida. Todo este período es vigilado de cerca por un médico neonatólogo o por una matrona especialista.

El padre participa activamente junto a la madre en este período. No es raro observar que a los pocos minutos, tanto la madre como el niño, logran una armonía y paz que permite crear el vínculo que el apego persigue.

Durante los primeros minutos, el recién nacido se calma tras el parto e inicia la apertura de los ojos, logrando un estado de beneplácito. Tras algunos minutos, comienza a salivar y a explorar el pecho materno, manteniendo los ojos muy abiertos.

En muchos niños es posible observar cómo se aproximan al pezón mediante movimientos de reptación y comienzan a ensayar la succión. Algunos, incluso logran su primera alimentación en pocos minutos. El practicar el apego es una experiencia que favorece la lactancia materna desde etapas muy precoces.

Está demostrado científicamente que el apego no produce alteraciones al recién nacido, éste no se enfría ni tiene otras complicaciones, por lo que la Organización Mundial de la Salud y Unicef promueven esta iniciativa.¹⁴

2.3. BENEFICIOS DEL APEGO INMEDIATO

El contacto piel a piel, a través de estímulos sensoriales como el tacto, el calor y el olor, es un potente estimulante vagal que, entre otros efectos, libera oxitocina materna. La oxitocina produce un incremento de la temperatura de la piel de las mamas de la madre, lo que proporciona calor al recién nacido. La oxitocina antagoniza el efecto de lucha / huida, lo que reduce la ansiedad materna y aumenta la tranquilidad y la receptividad social. Durante las primeras horas después del nacimiento, es posible que la oxitocina también estimule las conductas de crianza. Las rutinas hospitalarias de las salas de parto y postparto pueden perturbar significativamente el desarrollo de las primeras interacciones entre la madre y el recién nacido.

Los recién nacidos a término sanos utilizan un conjunto de conductas innatas específicas a la especie inmediatamente después del parto cuando son colocados en contacto piel a piel con la madre. Localizan el pezón por medio del olfato y presentan una mayor respuesta a las señales olfativas en las primeras horas después del nacimiento. Este "período de reconocimiento sensible" predispone o prepara a las madres y a los recién nacidos para que desarrollen pautas de

¹⁴ **Clínica Los Condes.** clinicalascondes. [En línea] [Citado el: 14 de Noviembre de 2014.] <http://bit.ly/1sXhPBh>.

interacción sincrónicas y recíprocas, siempre y cuando estén juntos y en contacto íntimo. Las rutinas hospitalarias postparto tempranas pueden perturbar estas conductas innatas, como se demostró de forma experimental en Widstrom 1990 y en los estudios descriptivos de Righard 1990, Jansson 1995, y Gómez 1998. Gomez 1998 encontró que los recién nacidos que pasaron más de 50 minutos en contacto piel a piel con sus madres inmediatamente después del nacimiento presentaron ocho veces más probabilidades de lactar de forma espontánea, y concluyó que el tiempo de contacto piel a piel puede ser un componente crítico en lo que respecta al éxito de la lactancia.

Es posible que los recién nacidos a los que se les permite un contacto piel a piel continuo inmediatamente después del nacimiento y que se prenden por sí solos al pezón de la madre puedan continuar la lactancia con mayor eficacia. La lactancia eficaz aumenta la producción de leche y el peso del recién nacido.

Anderson 2004 utilizó el contacto piel a piel como una intervención para 48 díadas de madres y neonatos a término sanos con problemas en la lactancia identificados entre 12 a 24 horas después del nacimiento. El contacto piel a piel se proporcionó durante las tres lactancias consecutivas. La lactancia materna fue exclusiva en el 81% de estas díadas al alta hospitalaria, en el 73% a la semana, y en el 52% un mes después del nacimiento. En este mismo estudio, la medición de las temperaturas se realizó antes (inicio), durante y después de cada lactancia materna con contacto piel a piel. Las temperaturas iniciales alcanzaron, y permanecieron, en el rango termoneutral, lo que indica que las madres poseen la

capacidad de regular la temperatura del neonato si se les ofrece la oportunidad de lactar en contacto piel a piel. Debido a que estas madres y sus neonatos presentaban dificultades en la lactancia, es lógico asegurarle al personal del hospital y a los padres que los recién nacidos sanos, con o sin dificultades en la lactancia, pueden lactar de forma segura en contacto piel a piel en lo que respecta a la temperatura.

El simple hecho de alterar las rutinas hospitalarias puede aumentar los niveles de lactancia en el mundo desarrollado (Rogers 1997).

En una revisión Cochrane sobre la atención de las madres canguro con crías con un peso al nacer menor de 2 500 g, Conde-Agudelo, Diaz-Rossello y Belizam encontraron que la atención de la madre "canguro" con una cría prematura se asoció con disminuciones en varias medidas de resultado adversas clínicamente importantes, como las infecciones nosocomiales, las enfermedades graves, la afección de las vías respiratorias inferiores, la insatisfacción materna con el método de atención y la imposibilidad de lactar de forma exclusiva después del alta hospitalaria.

La separación de las madres de los recién nacidos cuando nacen se ha convertido en la práctica estándar a pesar de las pruebas cada vez mayores de sus posibles efectos nocivos. La disminución concomitante generalizada de la lactancia es uno de los principales problemas de la salud pública.

Los sentimientos de la madre sobre el contacto piel a piel temprano y su satisfacción con la experiencia del parto son importantes y pertinentes.¹⁵

En Resumen los beneficios que conlleva la aplicación del Apego Inmediato Posparto se pueden especificar en:

- Los recién nacidos regulan mejor la temperatura cuando se ponen en contacto piel a piel con la madre.
- Los niños nacen sin flora bacteriana propia, dada la esterilidad de la cavidad uterina. El contacto con la piel permite la colonización precoz del recién nacido con la flora bacteriana materna, lo que ayuda a evitar infecciones posteriores.
- Existe una relación directa entre la práctica de apego con el éxito de la lactancia materna. Esto porque el bebé estimula a la madre a producir hormonas como la prolactina y oxitocina. La primera favorece la producción de leche y la segunda ayuda a la contracción del útero. El apego produce además una rápida efectividad en el mecanismo de succión, que comienza en la fase de alerta después del parto.
- El apego permite formar lazos de amor y sentimientos muy fuertes entre madre e hijo, que determinarán en gran medida la relación futura entre ambos.

¹⁵ *Contacto piel-a-piel temprano para las madres y sus recién nacidos.* Moore ER, Anderson GC, Bergman N. 4, Oxford : La Biblioteca Cochrane Plus, 2007.

- El vínculo precoz favorece, además, el desarrollo de la autonomía del niño. Los niños con apego seguro son capaces de adaptarse mejor al estrés y demuestran conductas satisfactorias en situaciones de separación de los padres, como el ingreso a salas cuna o jardines infantiles.¹⁶

CAPITULO III

3. RECOMENDACIONES DE LA OMS PARA LA ATENCIÓN DE PARTO

3.1. IMPORTANCIA DEL PRIMER CONTACTO ENTRE LA MADRE Y SU BEBÉ

La OMS recomienda desde el año 1985:

- El recién nacido sano debe permanecer con la madre siempre que sea posible. La observación del recién nacido sano no justifica la separación de su madre. Debe recomendarse la lactancia inmediata, incluso antes de que la madre abandone la sala de partos.
- El contacto piel con piel entre el recién nacido y su madre favorece el vínculo afectivo entre ambos. El primer contacto piel con piel entre la madre y su recién nacido, el intercambio de miradas y el hechizo entre ambos es el inicio del vínculo afectivo que mantendrá unida a la madre con su hijo.

El entorno en estos momentos de inicio debe ser de silencio y sin interferencias para que madre y bebé puedan vivir plenamente el nacimiento del amor.

¹⁶ *Apego Posparto: VOLVER A LO NATURAL*. Departamento de Ginecología y Obstetricia de la Clínica las Condes. Clínica Las Condes. [En línea] Mayo de 2009. <http://bit.ly/1CNLJbu>.

El alumbramiento de la placenta se realiza sin una pérdida de sangre exagerada si no se perturba el encuentro madre hijo que en el espacio de la primera hora habrá encontrado por sí mismo el pecho de la madre y comenzará a mamar sin dificultad para la succión, pues el estado de alerta del bebé es máximo en esa primera hora de vida

En el momento del primer contacto entre la madre y su bebé se alcanzan los niveles máximos de oxitocina, de endorfinas y de prolactina que facilitan en la madre la atención máxima afectiva hacia el bebé, la expulsión de la placenta y el comienzo de la lactancia. El inicio precoz de la lactancia influye en la duración de la misma y en la posición correcta de succión.

3.2. RECOMENDACIONES DE LA OMS (1989):

En la Declaración Conjunta de OMS-UNICEF para la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna (1989), se recomienda lo siguiente respecto al momento inmediato tras el parto.

3.2.1. Atención a la madre durante el parto e inmediatamente después

Muchas de las maniobras que habitualmente constituyen la atención al parto perinatal, que con frecuencia se caracterizan por adoptar medios “quirúrgicos” y “asépticos, se implantaron originalmente para evitar infecciones perinatales o para facilitar el trabajo de los médicos y demás personal sanitario. Aún cuando no todas esas maniobras perturban la relación madre-hijo, con frecuencia sus efectos son negativos sobre la lactancia.

La experiencia de la mujer durante el parto influye sobre su motivación con respecto a la lactancia y la facilidad con que pueda iniciarla. La sensibilidad y disponibilidad del personal de salud, inclusive el respeto que éste tenga hacia la dignidad e intimidad de la mujer, contribuirán a que ésta se encuentre cómoda y a gusto. Para reducir al mínimo las molestias de parto debe permitirse que la mujer se mueva, adopte las posturas que le resulten más cómodas y tenga a alguna persona querida o de confianza que le dé compañía y apoyo.

Con estas sencillas medidas se puede reducir la duración del parto y la necesidad de oxitocina, de intervenciones quirúrgicas y de sedantes, mejorando al mismo tiempo las perspectivas de una buena lactancia natural.

Se evaluará con el máximo cuidado la necesidad de administrar sedantes, analgésicos y anestésicos. Aun cuando es importante reducir las molestias físicas a la mujer, la utilización indiscriminada o excesiva de estos medicamentos puede reducir la capacidad de ésta para parir normalmente, provocar somnolencia, evitar que establezca un contacto íntimo con su hijo inmediatamente después del parto y reducir la capacidad de succión del recién nacido. Es preciso que se haga todo lo posible para evitar la administración de todo medicamento, hormonas inclusive, que puede interferir directamente con la iniciación y establecimiento de la lactancia.

Los reflejos de búsqueda y succión en el recién nacido son especialmente intensos inmediatamente después de un parto normal, momento en que normalmente la madre está deseando tocar y ver a su hijo. En esos momentos

será beneficioso favorecer el contacto directo piel con piel entre la madre y el niño y permitir que éste succione el pecho de la madre, con lo cual se contribuirá a reforzar el vínculo inicial madre-hijo y se estimulará la secreción láctea.

Además los movimientos de succión del niño estimularán la liberación de oxitocina, que facilitará la expulsión de la placenta y las contracciones uterinas de la tercera fase del parto.

La necesidad de reposo de la mujer que acaba de parir se puede satisfacer más adelante: en realidad, facilitará el reposo **un íntimo contacto con su hijo durante la primera media hora aproximadamente**. Por consiguiente se debe limpiar y secar al recién nacido (no es necesario bañarle) y ponerlo sobre el abdomen de la madre para que ésta lo tome y lo lleve hacia su pecho.

La aplicación habitual de un colirio de nitrato de plata o de antibiótico para prevenir la conjuntivitis se puede aplazar por unos 15 minutos para no obstaculizar el contacto visual mutuo entre la madre y el hijo. El niño debe permanecer cerca de la madre mientras se encuentre en la sala de partos.

Es evidente que todas las maniobras no son posibles en caso de cesárea o de otras intervenciones quirúrgicas importantes. Ello no obstante, debe mantenerse el principio de permitirlo antes posible el contacto estrecho entre la madre y el hijo.¹⁷

¹⁷ **Blázquez, María Jesús.** *Recomendaciones de la OMS sobre el Nacimiento.* Universidad de Zaragoza. Zaragoza : s.n., 2003. Curso de Medicina Naturista. [En línea] <http://bit.ly/182m59n>.

CAPITULO IV

4. PROTOCOLOS Y NORMATIVAS DE LA ATENCIÓN DEL PARTO

MINISTERIO DE SALUD REPUBLICA DEL ECUADOR

El parto y el posparto inmediato son etapas de gran vulnerabilidad, en las que, el niño o niña y su madre pueden presentar complicaciones que, incluso, podrían desencadenar en la muerte; por este motivo, es fundamental la atención médica que se brinda, no solo para la supervivencia inmediata de ambos, sino también para mejorar su salud y nutrición futuras.

En el Ecuador, el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) reportó en el año 2009 que dentro de las quince principales causas de muerte infantil, al menos cinco estaban asociadas con el periodo del parto y posparto inmediato.

En este informe, la hemorragia posparto se reporta como la cuarta causa de muerte materna en 2009 (INEC, 2009).

Las prácticas de atención durante el parto y del posparto inmediato han estado orientadas casi exclusivamente a disminuir los problemas más serios de la madre y de los niños y niñas: las hemorragias posparto, la infección puerperal de la madre, la asfixia, el peso bajo al nacer y la prematuridad del recién nacido son algunos ejemplos. Estos eventos han captado la atención del personal de salud.

Sin embargo, mientras se promueve una mayor atención a la sobrevivida madre-recién nacido se pasa por alto la implementación de tres prácticas seguras, eficaces, factibles, de bajo costo y basadas en el mejor nivel de evidencia

científica, que benefician tanto al niño o niña como a su madre y tienen un efecto positivo a largo plazo en el estado nutricional y en el correcto desarrollo y salud del recién nacido (Chaparro & Lutter, 2007).

Estas prácticas son:

- a) Pinzamiento oportuno del cordón umbilical.
- b) Contacto inmediato piel a piel o apego precoz entre la madre y su hija o hijo.
- c) Inicio temprano de la lactancia exclusiva o lactancia precoz.

La aplicación de estas estrategias y conductas de atención integral a la mujer y a su hijo o hija previenen la morbimortalidad neonatal y deben ser puestas en práctica en todas las unidades médicas donde se atiendan partos por profesionales de salud calificados, dentro del respeto absoluto al derecho de intimidad de la mujer, enunciado en la Constitución Política del Estado Ecuatoriano.

4.1. MARCO LEGAL

La aplicación de las tres prácticas integrales durante el parto y sus protocolos se encuentra respaldada por la legislación ecuatoriana, en numerosas políticas, normas y acuerdos, de las cuales se citan algunas a continuación:

4.1.1. Constitución Política del Estado Ecuatoriano (2008)

Art.45.- “Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la integridad física y psíquica; a su identidad, nombre y ciudadanía; a la salud integral y nutrición;”.

4.1.2. Ley Orgánica de Salud (2006)

Código de la Niñez y Adolescencia (2003)

Art. 24.- Derecho a la Lactancia Materna: *“Los niños y niñas tiene derecho a la lactancia materna para asegurarles una adecuada nutrición y favorecer su normal crecimiento y desarrollo.*

Es obligación de los establecimientos de salud públicos y privados desarrollar programas de estimulación de la lactancia materna”.

4.2. POLÍTICA NACIONAL DE LACTANCIA MATERNA, MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA 2009

4.2.1. Fomentar la práctica de lactancia materna involucrando a mujeres, hombres, familias y comunidad mediante la promoción de la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida de niños y niñas.

4.2.2. Fortalecer la capacidad de los servicios de salud para asegurar la práctica adecuada de la lactancia materna mediante:

4.2.2.1. El cumplimiento obligatorio del apego precoz dentro de los primeros 30 minutos de vida en todas las unidades de Salud Pública, y de la red complementaria que atiende los partos.

4.2.2.2. El cumplimiento obligatorio del alojamiento conjunto en todas las unidades de Salud Pública y de la red complementaria que atiende partos y recién nacidos.¹⁸

¹⁸ **MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR. COORDINACION NACIONAL DE NUTRICION.** *Normas, Protocolos y Consejería para programas de atención nutricional durante el embarazo y parto.* Quito : MSP, 2010.

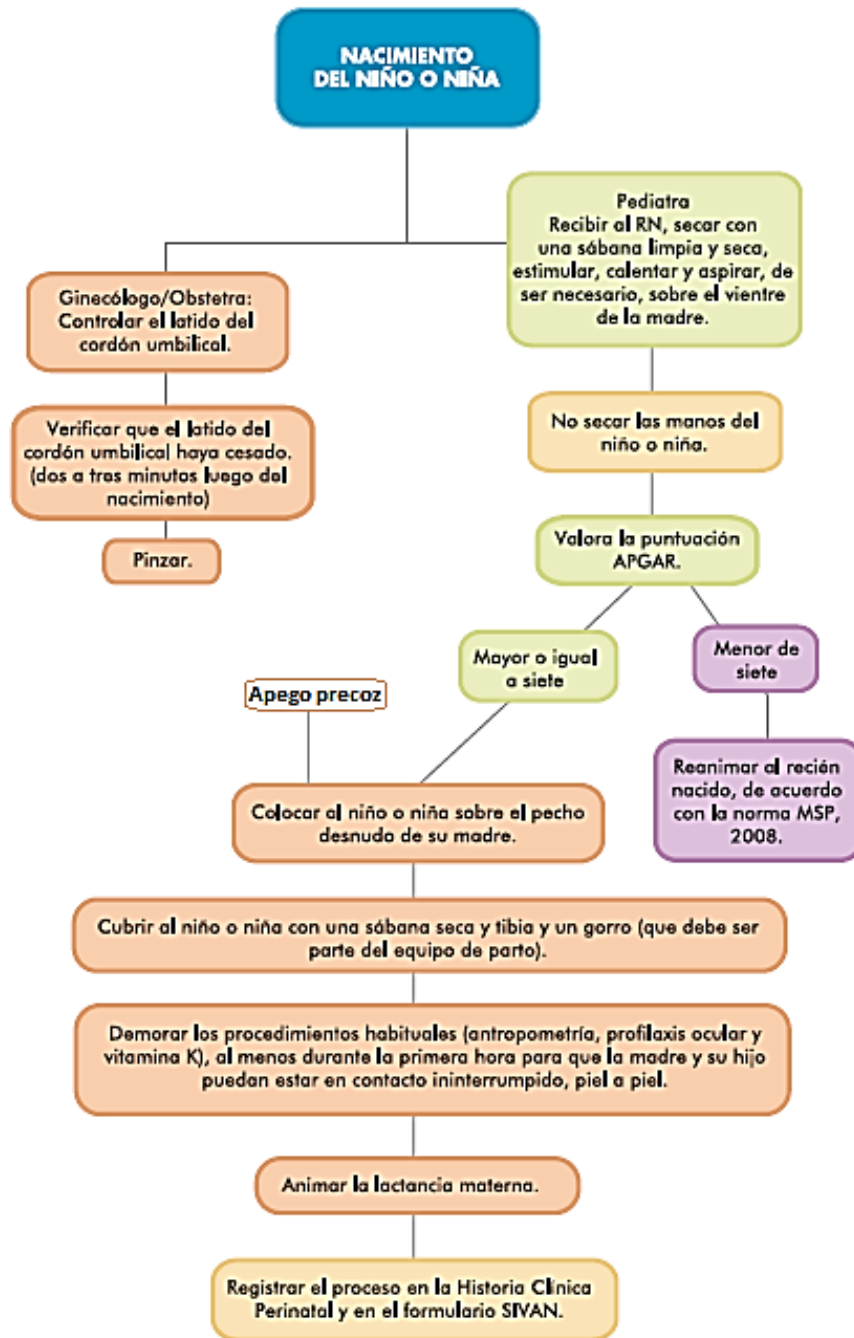
4.3. COMPONENTE NORMATIVO MATERNO NEONATAL

FINALIZACIÓN DEL PARTO, INICIO DEL NACIMIENTO	NMBL		
1. Permita que la cabeza del bebé gire espontáneamente en su movimiento de rotación externa.	X	X	
2. Después de que la cabeza haya girado, coloque una mano a cada lado de la cabeza del bebé a nivel de los parietales.	X	X	
3. Pídale a la mujer que puje suavemente con la próxima contracción.	X	X	
4. Si la posición adoptada por la embarazada es vertical, la cabeza se desprenderá sola recibéndole con una mano y con la otra recibir el cuerpo del niño, de lo contrario o si es otra posición mueva suavemente hacia la región anal la cabeza del bebé para extraer el hombro anterior.	X	X	
5. Lleve la cabeza del bebé hacia la región anterior para extraer el hombro posterior.	X	X	
6. Sostenga el resto del cuerpo del bebé con una mano mientras se desliza hacia afuera.	X	X	
<p>7. Coloque al bebé SIEMPRE sobre el abdomen de la madre para que ella lo pueda tocar (si la condición y posición de la madre lo permite), mientras, seque al bebé por completo y evalúe las condiciones del recién nacido (puede requerir atención urgente).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La mayoría de los bebés comienzan a respirar o llorar espontáneamente dentro de los primeros 30 segundos después del nacimiento. 	X	X	
<p>8. Pince y corte el cordón umbilical cuando ha dejado de latir, permita cortar el cordón umbilical a la partera o al partero tradicional, y al familiar, según las prácticas de la comunidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ NO EXISTE APURO. ▪ NO REALICE PINZAMIENTO PRECOZ DEL CORDÓN UMBILICAL. ▪ El tamaño al que se realice el corte del cordón será consultado al acompañante según las costumbres locales. <p>Registre en historia clínica perinatal del CLAP/SMR OPS/OMS. MSP – HCU. Form. # 051</p>	X	X	
<p>9. Si las condiciones de la madre y del RN lo permiten inicie la lactancia materna.</p> <p>Registre en historia clínica perinatal del CLAP/SMR OPS/OMS. MSP – HCU. Form. # 051</p>	X	X	

19

¹⁹ Ministerio de Salud del Ecuador. *Guía Técnica para la atención del parto culturalmente adecuado*. Quito : MSP, 2008.

ALGORITMO PARA EL APEGO PRECOZ Y LA LACTANCIA MATERNA INMEDIATA



20

²⁰ MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR. COORDINACION NACIONAL DE NUTRICION. *Normas, Protocolos y Consejería para programas de atención nutricional durante el embarazo y parto*. Quito : MSP, 2010

VI. MATERIALES Y MÉTODOS

Esta investigación se la realizó utilizando los siguientes métodos y técnicas de investigación:

1. Prospectivo, longitudinal ya que se registró la información obtenida según fueron ocurriendo los hechos de todas las variables implicadas en este estudio.
2. Exploratorio, porque se enfocó en observar los fenómenos involucrados en la investigación.
3. Cuantitativo ya que se contabilizó estadísticamente los casos.

El presente trabajo se lo llevó a cabo en el Área de Gineco-Obstetricia y Centro obstétrico del HIA, ubicado en la ciudad de Loja, y sus resultados son valederos para ser usados en otros hospitales, centros de salud y clínicas de diferentes sectores geográficos.

El Universo comprendió las 754 usuarias que acudieron al HIA para dar a luz en el periodo de octubre a diciembre del año 2014, y el personal profesional que labora en este hospital. La muestra comprendida de 116 usuarias, se determinó de acuerdo a las características del perfil que a continuación se describe.

Criterios de inclusión:

- Gestantes cursando por el segundo periodo del parto en el centro obstétrico del HIA
- Médicos tratantes y residentes que laboran en el área de Ginecología y Obstetricia del HIA

- Internos de Medicina que se encuentran rotando por el servicio de Ginecología y obstetricia

Criterios de exclusión: Profesionales y usuarias que no cumplan con los criterios de inclusión; Partos en los que se presentaron complicaciones tanto maternas como neonatales.

Los instrumentos utilizados fueron:

1. Observación directa de partos eutócicos, atendidos durante los meses de octubre, noviembre y diciembre, por el personal médico e internos de medicina que forman parte de la muestra de este estudio.
2. Fichas de recolección de datos: que sirvieron para llevar una adecuada contabilidad de los casos investigados, con la aplicación de la observación directa como técnica.
3. La encuesta: como instrumento de recolección de datos, se realizó de forma anónima, mediante preguntas objetivas y accesibles para los internos rotativos, médicos residentes y tratantes que pertenecen a esta área.

El procedimiento que se llevó a cabo fue, inicialmente la búsqueda de la bibliografía médica actualizada de otros estudios que se relacionan con la problemática de esta investigación, para así conocer ampliamente el tema planteado, seguidamente se realizó una solicitud pidiendo la autorización al Director de la Institución para el libre acceso en la misma; luego, en varias visitas al Hospital Isidro Ayora se recolecto la información a través de la aplicación de los instrumentos y técnicas señaladas, con las que se evaluó a los médicos tratantes,

residentes e internos de medicina, que atendieron los partos en el periodo establecido, asegurando el anonimato.

Finalizado el proceso de recolección de datos, estos se tabularon manejando tablas y gráficos estadísticos en Excel, permitiendo el análisis y discusión respectivo, llegando de esta manera a las conclusiones y recomendaciones.

Los recursos utilizados fueron:

- Las usuarias.
- Médicos tratantes, residentes e internos de medicina que atendieron los partos en el centro obstétrico del HIA en el periodo señalado.
- Director y personal del Área de Gineco-Obstetricia del HIA.
- Investigador.
- UNL Carrera de Medicina.
- Área de Gineco-Obstetricia del HIA.

Materiales:

- De oficina:
Papel Bond, Lápices, Hojas cuadriculadas, Esferográficos
- Informáticos:
Computadora, Impresora, Internet, Proyector

VII. RESULTADOS

TABLA N°1

**APLICACIÓN DEL APEGO INMEDIATO POSPARTO EN NACIMIENTOS
OBSERVADOS DURANTE OCTUBRE A DICIEMBRE DEL 2014**

APLICACIÓN AIP	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	0	0%
NO	116	100%
TOTAL	116	100%

GRÁFICO N° 1



Fuente: Fichas de recolección de datos.

Elaboración: Autora

Interpretación: De los partos observados durante el periodo establecido, en el 100% de estos no se aplicó el apego inmediato posparto.

TABLA N° 2

APLICACIÓN DEL APEGO INMEDIATO POSPARTO POR MÉDICOS TRATANTES

APLICACIÓN DEL AIP POR TRATANTES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	0	0%
NO	34	100%
TOTAL	34	100%

GRÁFICO N° 2



Fuente: Fichas de recolección de datos.

Elaboración: Autora

Interpretación: Los médicos tratantes del área de Gineco-Obstetricia, tienen una participación del 30% en la atención de partos eutócicos, pero en ninguno de los casos se practicó el apego inmediato posparto.

TABLA N° 3

APLICACIÓN DEL APEGO INMEDIATO POSPARTO POR MÉDICOS RESIDENTES

APLICACIÓN DEL AIP POR RESIDENTES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	0	0%
NO	52	100%
TOTAL	52	100%

GRÁFICO N° 3



Fuente: Fichas de recolección de datos.

Elaboración: Autora

Interpretación: Los médicos residentes son los que más atendieron partos eutócicos en el HIA, pero de igual manera el 100% no realiza el Apego inmediato posparto.

TABLA N° 4

APLICACIÓN DEL APEGO INMEDIATO POSPARTO POR INTERNOS ROTATIVOS DE MEDICINA

APLICACIÓN DEL AIP POR INTERNOS DE MEDICINA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	0	0%
NO	30	100%
TOTAL	30	100%

GRÁFICO N° 4



Fuente: Fichas de recolección de datos.

Elaboración: Autora

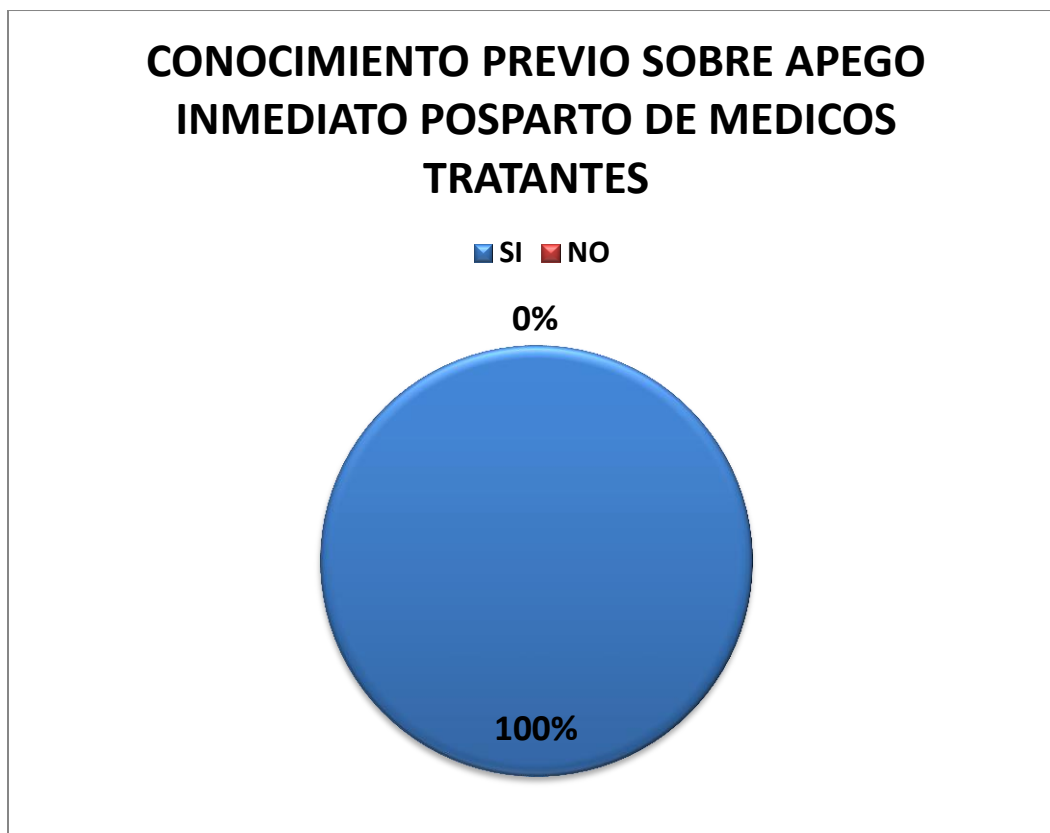
Interpretación: Los Internos Rotativos mantienen la misma tendencia, el 100% no aplican el apego inmediato posparto

TABLA N° 5

CONOCIMIENTO PREVIO SOBRE APEGO INMEDIATO POSPARTO DE MÉDICOS TRATANTES

CONOCIMIENTOS DEL AIP DE TRATANTES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	10	100%
NO	0	0%
TOTAL	10	100%

GRÁFICO N° 5



Fuente: Encuesta.
Elaboración: Autora

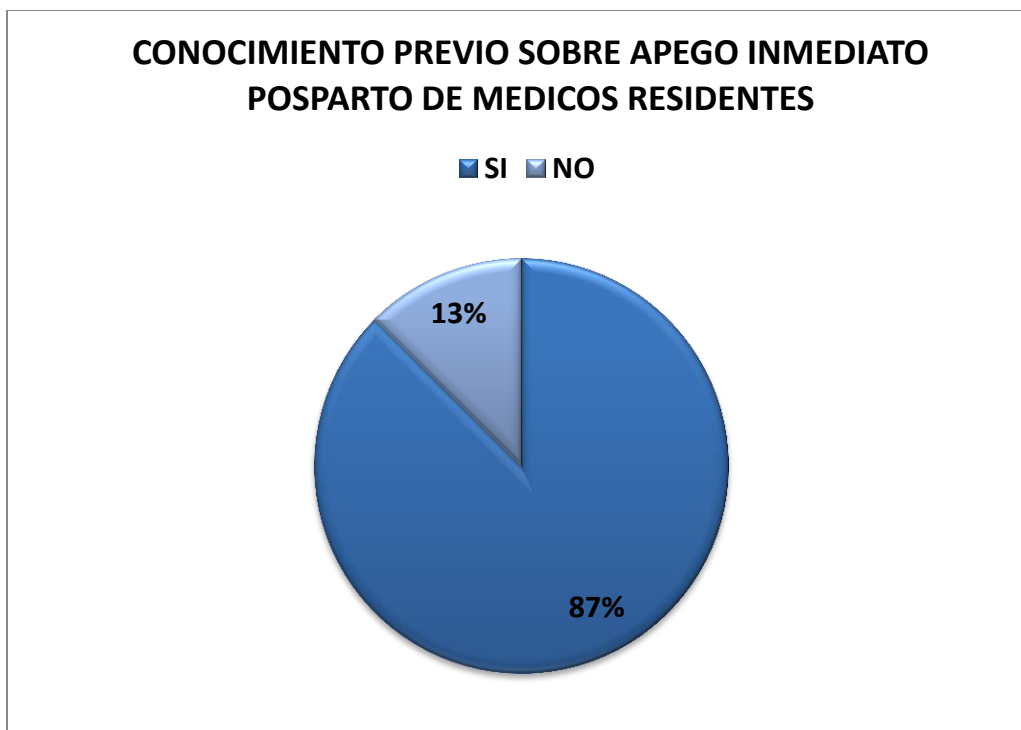
Interpretación: el 100% de los médicos tratantes admiten tener conocimiento sobre el Apego Inmediato Posparto

TABLA N°6

CONOCIMIENTO PREVIO SOBRE APEGO INMEDIATO POSPARTO DE MÉDICOS RESIDENTES

CONOCIMIENTOS DEL AIP DE RESIDENTES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	7	87,50%
NO	1	12,50%
TOTAL	8	100%

GRÁFICO N° 6



Fuente: Encuesta.
Elaboración: Autora

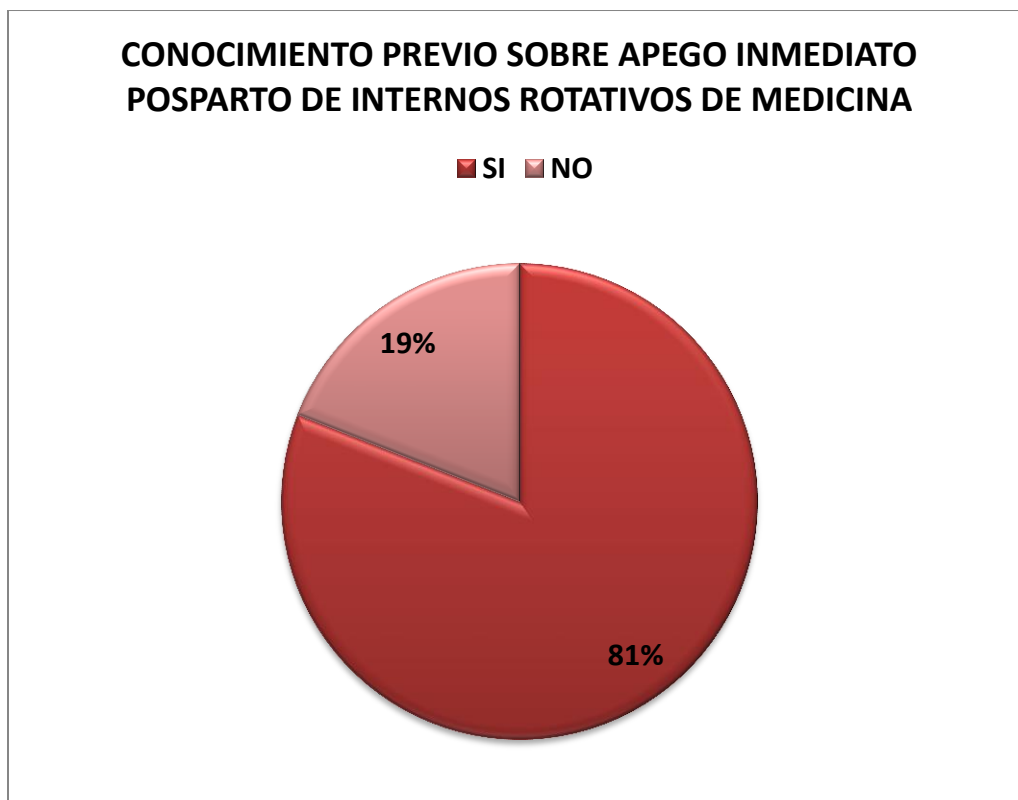
Interpretación: El 12,5% de los médicos residentes desconocen del AIP (Apego Inmediato Posparto), pero en su mayoría, el 87% si saben sobre este tema.

TABLA N° 7

CONOCIMIENTO PREVIO SOBRE APEGO INMEDIATO POSPARTO DE INTERNOS ROTATIVOS DE MEDICINA

CONOCIMIENTOS DEL AIP DE INTERNOS ROTATIVOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	17	80,95%
NO	4	19,05%
TOTAL	21	100%

GRÁFICO N° 7



Fuente: Encuesta.
Elaboración: Autora

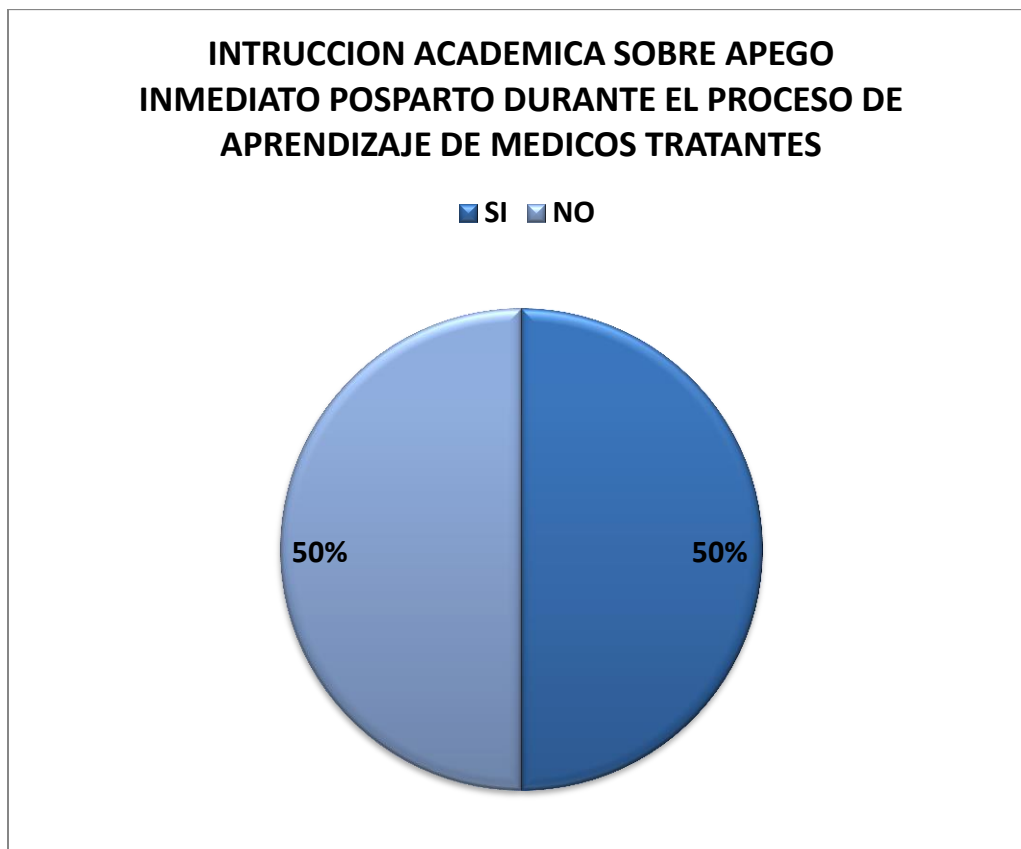
Interpretación: Los Internos Rotativos de medicina tienen un amplio conocimiento sobre el AIP correspondiendo así con el 81%, mientras que el 19% no sabe sobre este tema.

TABLA N° 8

INSTRUCCIÓN ACADÉMICA SOBRE APEGO INMEDIATO POSPARTO DURANTE EL PROCESO DE APRENDIZAJE DE MÉDICOS TRATANTES

INSTRUCCIÓN SOBRE AIP DE TRATANTES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	5	50,0%
NO	5	50,0%
TOTAL	10	100%

GRÁFICO N° 8



Fuente: Encuesta.
Elaboración: Autora

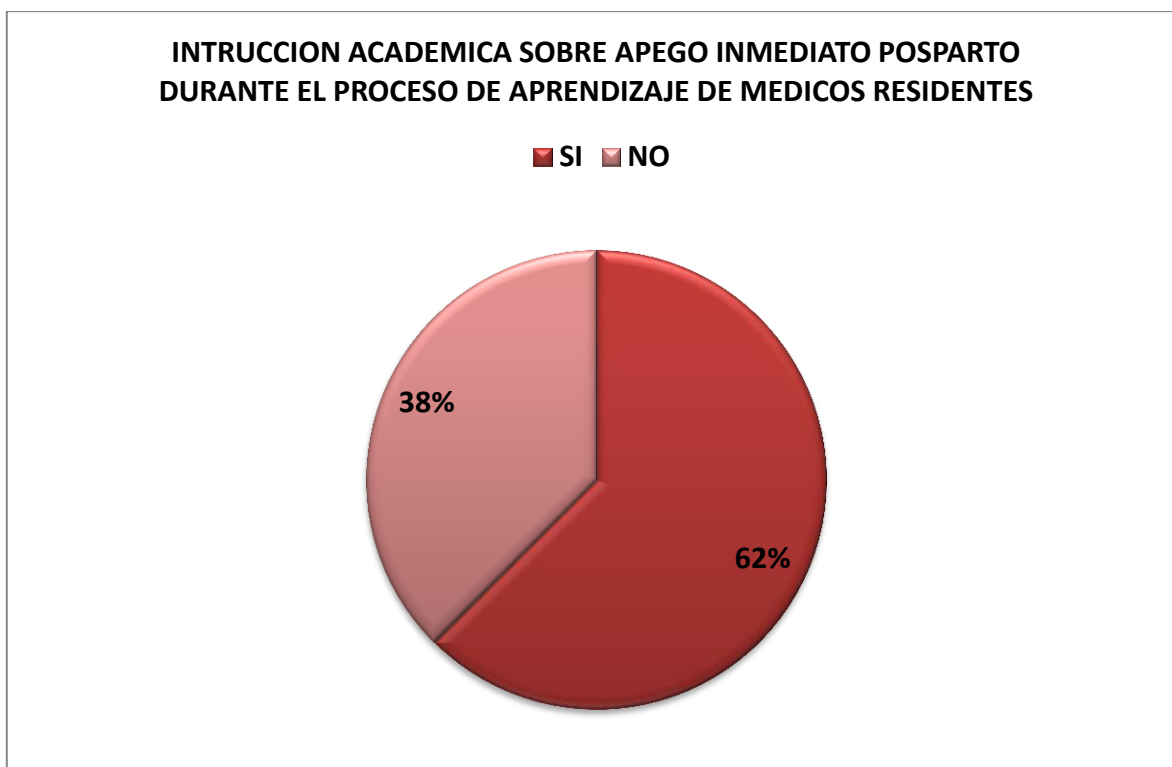
Interpretación: El 50% de médicos tratantes recibieron educación sobre AIP durante su proceso de aprendizaje.

TABLA N° 9

INSTRUCCIÓN ACADÉMICA SOBRE APEGO INMEDIATO POSPARTO DURANTE EL PROCESO DE APRENDIZAJE DE MÉDICOS RESIDENTES

INSTRUCCIÓN SOBRE AIP DE RESIDENTES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	5	62,5%
NO	3	37,5%
TOTAL	8	100%

GRÁFICO N° 9



Fuente: Encuesta.
Elaboración: Autora

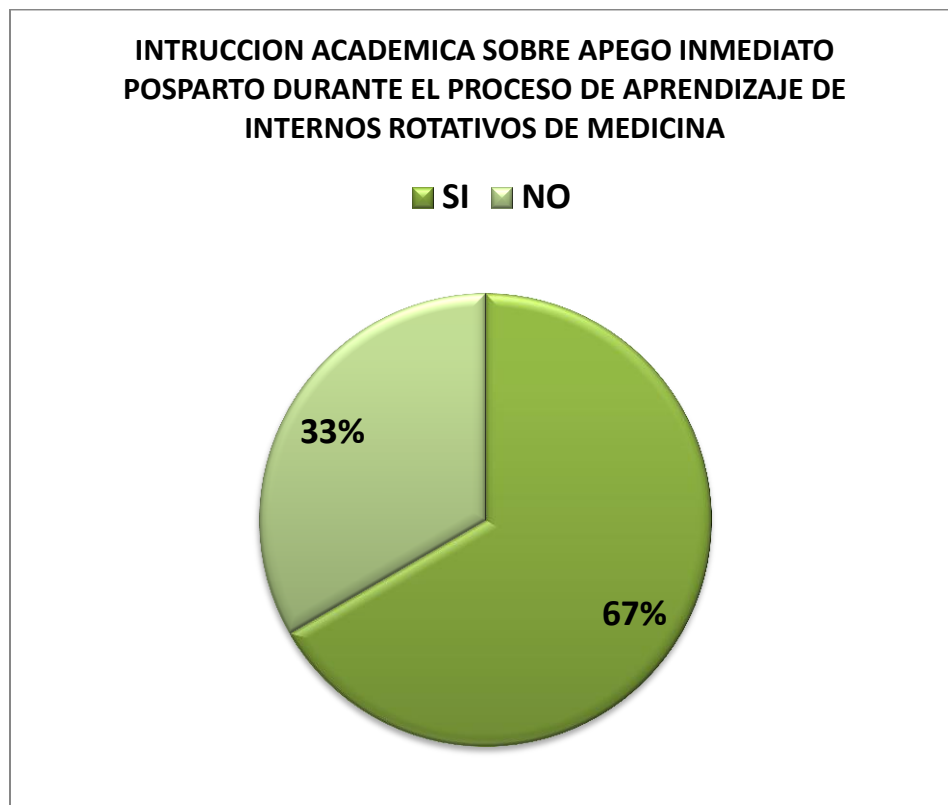
Interpretación: La mayoría de médicos residentes, recibieron instrucción académica sobre el AIP como parte del protocolo de atención de partos normales, correspondiendo así al 62%; en contraste a un 38% que no recibieron información sobre este tema en las aulas.

TABLA N° 10

INSTRUCCIÓN ACADÉMICA SOBRE APEGO INMEDIATO POSPARTO DURANTE EL PROCESO DE APRENDIZAJE DE INTERNOS ROTATIVOS DE MEDICINA

INSTRUCCIÓN SOBRE AIP DE INTERNOS DE MEDICINA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	14	66,67%
NO	7	33,33%
TOTAL	21	100%

GRÁFICO N° 10



Fuente: Encuesta.

Elaboración: Autora

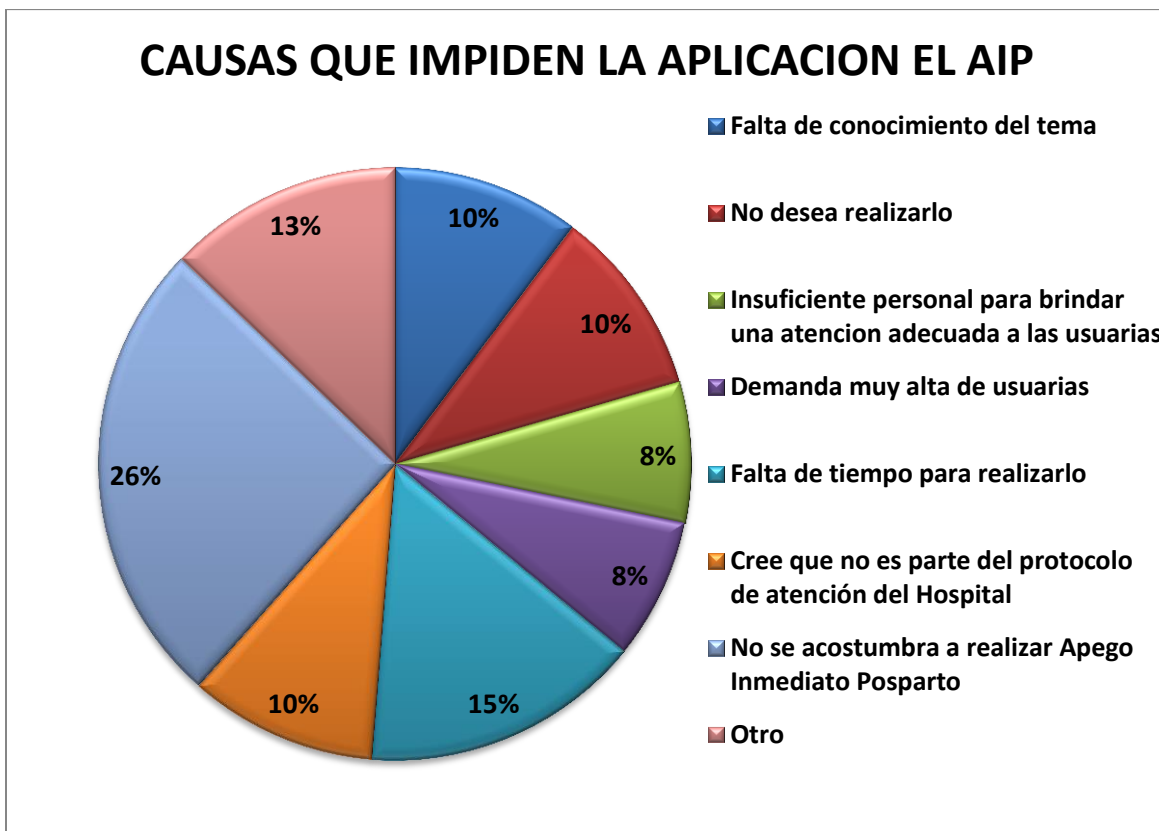
Interpretación: Los porcentajes de los Internos Rotativos en cuanto a si recibieron instrucción académica sobre AIP corresponden a un 67% para una respuesta afirmativa, y el 33% negativa.

TABLA N° 11

CAUSAS QUE IMPIDEN LA APLICACIÓN DEL APEGO INMEDIATO.

CAUSAS QUE IMPIDEN EL AIP	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Falta de conocimiento del tema	4	10,25%
No desea realizarlo	4	10,25%
Insuficiente personal para brindar una atención adecuada a las usuarias	3	7,69%
Demanda muy alta de usuarias	3	7,69%
Falta de tiempo para realizarlo	6	15,38%
Cree que no es parte del protocolo de atención del Hospital	4	10,25%
No se acostumbra a realizar Apego Inmediato Posparto	10	25,64%
Otro	5	12,82%
TOTAL	39	100%

GRÁFICO N° 11



Fuente: Encuesta.
Elaboración: Autora

Interpretación: Entre las posibles causas que pueden estar impidiendo la aplicación de AIP, por parte de los profesionales responsables de la atención del parto, la mayoría concordó que el motivo principal es la NO costumbre de realizarlo, con un 26%; seguido del 15% que afirman no realizarlo por falta de tiempo. Las causas con valores mínimos, con un 8%, refieren que la falta del personal adecuado, y la demanda muy alta de usuarias impiden la realización de este acto. Cabe recalcar que todos los encuestados que refirieron que “otra” es la causa de la falta de AIP, concuerdan en que SI SE REALIZA ESTA PRÁCTICA, llevando así a interpretar que existe un conocimiento erróneo sobre el proceso completo del AIP.

VIII. DISCUSIÓN

El AIP al ser considerado como parte del protocolo del MSP del Ecuador, y a la vez un proceso obligatorio, normal y común en varios establecimientos de salud del país, hay muy pocos estudios de esta índole a nivel nacional e internacional con los cuales se pueda realizar una discusión exhaustiva.

De entre estos estudios se puede mencionar al realizado en el Hospital Provincial General Latacunga durante el periodo Mayo- Agosto Del 2010, en el cual el 50% de los profesionales encargados del manejo del parto aplican el AIP como proceso rutinario del manejo del parto, no son cifras del todo tranquilizantes pero a diferencia del HIA, en donde este aspecto es muy preocupante ya que no se aplica en lo absoluto esta práctica.

En tres hospitales de Bolivia, “Jaime Sánchez Porcel de Sucre”, “San Juan de Dios de Tarija” y “Universitario Japonés de Santa Cruz”, se realizó un estudio sobre AIP con la implementación de dos estrategias de capacitación dirigida a los profesionales que laboraban en mencionados centros, antes de realizadas estas capacitaciones A y B, los porcentajes de aplicación del AIP fueron de 1,8% y 1,4%, pero después de empleadas estas dos estrategias los valores de aplicación subieron a un 41,8% y 67,7% para las estrategias A y B respectivamente.²¹ Es indiscutible como el conocimiento del AIP influye directamente en la práctica de la

²¹ **Viscarra, M, Gonzales, F y Padilla, J.** *Evaluación de estrategias para la introducción de prácticas PERINATALES esenciales: ligadura tardía del Cordón, manejo activo del alumbramiento, apego precoz y lactancia materna.* Santa Cruz de la Sierra : s.n., 2009. investigación desarrollada con el apoyo del Gobierno de Estados Unidos de América, a través de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo internacional (USAID),.

misma, sin embargo, es confuso el hecho de que la totalidad de los médicos tratantes, y la gran mayoría de los médicos residentes e internos, afirmen tener conocimientos previos sobre esta práctica, pero a pesar de esto, no es aplicada en esta casa de salud.

Según el informe de Veeduría para el cumplimiento de la ley de maternidad gratuita y atención a la infancia en el Hospital gineco obstétrico Isidro Ayora (HGOIA) durante noviembre del 2007, destacan tras la revisión de 30 historias clínicas perinatales con un total de 360 ítems, que las causas por las que **no** se aplica apego precoz/ lactancia precoz se debe a: La distribución física del hospital (año 1951), que impide la reestructuración arquitectónica del Centro Obstétrico; Salas de partos sin la adecuación física necesaria para el apego precoz: privacidad, calor ambiental, camillas adecuadas; la sobre demanda de usuaria; la falta de recursos humanos disponible las 24 horas que preserve la integridad física y emocional de la madre. En este estudio de acuerdo a los profesionales de salud encargados de la atención integral del parto concuerdan en un 7,7% en que las posibles causas por las que no se aplica el AIP son las mismas que imposibilitaban este proceso en la maternidad Isidro Ayora de Quito.²² A partir de este informe, en el mes de agosto del 2008, se inicia en el HGOIA el Programa “Prácticas que Salvan Vidas: Clampeo Oportuno de Cordón Umbilical y Lactancia Precoz”, el mismo que se logra obviamente con la realización del AIP. Después de la implementación de este plan, la aplicación de estos procesos fue de un 96%. En

²² **COMISIÓN DE CONTROL CÍVICO DE LA CORRUPCIÓN.** *Veeduría para el cumplimiento de la ley de maternidad gratuita y atención a la infancia en el hospital gineco obstétrico isidro ayora.* Quito : s.n., 2007. págs. 35- 36, 49. <http://bit.ly/1BOXzod>

Ecuador, estas prácticas han sido incorporadas a la normativa nacional de atención al recién nacido, en el marco del “Plan de Reducción Acelerada de la Muerte Materna Neonatal”²³

Ahora bien, se ha demostrado que el AIP trae consigo un sinnúmero de beneficios tanto para la madre como para el recién nacido, entre estos: el neonato reduce el llanto al nacer, mejora la interacción entre la madre y el recién nacido, mantiene al neonato caliente. Los neonatos que recibieron contacto piel a piel presentaron más probabilidades de lactar y de hacerlo durante más tiempo, en fin, históricamente este procedimiento ha sido necesario para la supervivencia del neonato. Se ha indicado que en las sociedades industrializadas, las rutinas hospitalarias pueden perturbar de forma significativa las interacciones tempranas entre la madre y el neonato, y poseen efectos perjudiciales.²⁴ Estos efectos son representados por la Agencia de los Estados Unidos de América para el Desarrollo internacional (United States of America Agency for International Development- USAID) en su estudio realizado en 2008 “Evidencia de los beneficios del Apego precoz” donde recalcan que está, promueve a la iniciación de la lactancia materna exclusiva, determinando así que la iniciación tardía de la misma aumenta el riesgo de morir por infección 2.6 veces; y que el 16% de las muertes neonatales pueden evitarse si todos los recién nacidos reciben lactancia materna en el día 1, y 22% si

²³ **Delgado, Linda Arturo Dra.** *Prácticas que salvan vidas: Clampeo oportuno de cordón umbilical y lactancia precoz.* 3, Quito : Organización Panamericana de la Salud, Agosto de 2009, New, Vol. 15.
<http://bit.ly/1KyjV2Q>

²⁴ *Contacto piel-a-piel temprano para las madres y sus recién nacidos.* **Moore ER, Anderson GC, Bergman N.** Oxford : La Biblioteca Cochrane Plus, 2007

se inicia en la primera hora²⁵. A pesar de no encontrarse de entre los objetivos de esta tesis, creo oportuno recalcar que el promedio de tiempo en el cual había un primer contacto entre la madre e hijo era de entre 1 a 3 horas aproximadamente, interfiriendo con el periodo de alerta y reconocimiento entre el neonato y su progenitora, momento de suma importancia y que como se ha mencionado trae consigo muchos de beneficios. Recalcando también que al ser esta práctica obligatoria y amparada por la ley, se podrían evitar demandas por parte de las usuarias a las que se les ha sido negado este derecho.

Para concluir el AIP es un proceso que se practica muy deficientemente a nivel nacional, pero es preocupante que en la institución en la que se centra este trabajo, no realice en lo absoluto esta técnica que ha demostrado traer varios beneficios para el binomio madre-hijo, a pesar de ser un componente importante y obligatorio dentro del protocolo de manejo del parto en el Estado ecuatoriano, que llevaría a evitar complicaciones posteriores, además de disminuir los recursos utilizados para patologías fácilmente prevenibles hasta el primer año de edad de los niños.

“El futuro de la humanidad está en el cerebro de los niños. Si cuidamos el cerebro, tanto físicamente como emocionalmente, desde la gestación hasta el término del desarrollo (edad pediátrica), con especial énfasis en el Apego y la Lactancia Natural Exclusiva, nuestros nietos vivirán en un mundo mejor.”²⁶

²⁵ **Mazia, Goldy MD MPH.** *Evidencia de los Beneficios del Apego Precoz.* s.l. : Basics.org, 2008.
<http://bit.ly/1u1ATVe>.

²⁶ **Pinto, Fernando.** *Apego y lactancia natural.* [En línea] 2007. Revista Pediátrica de Chile_ Scielo.
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062007000600008. ISSN 0370-4106.

IX. CONCLUSIONES

Después de haber realizado la interpretación de los resultados obtenidos, ha sido posible llegar a las siguientes conclusiones:

- EL AIP siendo parte del protocolo del parto del MSP y al haber quedado demostrado que este proceso trae consigo infinidad de beneficios, es de obligatoriedad la realización del mismo. Sin embargo en este hospital no se efectúa esta práctica.
- Se pudo determinar que de acuerdo al nivel de formación de los profesionales de la salud encargados de la atención del parto, el 100% de los médicos tratantes; el 87% de los médicos residentes; y el 81% de los Internos rotativos tienen conocimiento previo sobre apego inmediato posparto, pero a pesar de esto no hay aplicación del mismo en el HIA.
- El 50% de los médicos tratantes afirmaron haber recibido instrucción sobre AIP, dentro de sus programas de formación. De igual manera un 62% de los médicos residentes y el 67% de los Internos Rotativos de Medicina. Sin embargo como se señaló anteriormente en ningunos de los casos se aplicó este conocimiento.
- Entre las principales causas que impiden la realización del Apego Inmediato Posparto, la mayoría (25,64%) de los profesionales e

internos afirman que no se acostumbra a realizarlo en esta institución; seguido por el 15,38% que señala la falta de tiempo para realizarlo. El 12,82% de los encuestados respondió que SI REALIZAN EL APEGO INMEDIATO POSPARTO, sin embargo, no se constató que realmente lo hicieran. Por tanto se concluye que estos tienen un conocimiento erróneo de lo que es al AIP, limitándose a la estimulación, secado del neonato y pinzamiento del cordón sobre el abdomen de la madre el mismo que está cubierto por un campo estéril; durante un tiempo menor a 2 minutos, lo que no constituye Apego precoz.

Un menor porcentaje (7,69%) de los encuestados manifiesta que no se realiza AIP por la alta demanda de usuarias; y con igual porcentaje otros manifiestan insuficiente personal para brindar una atención adecuada a las usuarias.

La falta de conocimientos sobre AIP; el no deseo de realizarlo y el argumento erróneo de que no forma el AIP parte del protocolo de atención del parto en el HIA, cada una estas causas corresponden al 10,25% de los encuestados.

X. RECOMENDACIONES

- Capacitar al personal que labora en el Área de Gineco-Obstetricia del Hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja, sobre el Apego Inmediato Posparto, valiéndose de folletos y normativas ya existentes, proporcionadas por Ministerio de Salud del Ecuador, o material elaborado por el mismo personal.
- Recordar a los profesionales de la salud que intervienen en la atención del parto en el hospital Isidro Ayora, Autoridades del Hospital y docentes de obstetricia, e internado rotativo de ginecología y obstetricia de la carrera de medicina del ASH de la UNL que: el AIP es un derecho de la madre contemplado en la ley²⁷, y que además forma parte del protocolo de atención del parto de MSP del Ecuador. Por tanto todos los profesionales de la salud que atendemos partos tanto en las instituciones públicas como privadas estamos obligados a realizar el AIP.
- Intervención de las autoridades del HIA de Loja, para que del Apego Inmediato Posparto sea aplicado en todos los partos eutócicos y distócicos que se produzcan en esta casa de salud.

²⁷ (Art.45 de Constitución Política del Estado Ecuatoriano 2008; Art. 17 de la Ley Orgánica de Salud 2006; Art. 24 del Código de la Niñez y Adolescencia 2003; Política Nacional de Lactancia Materna, Ministerio de Salud Pública 2009; Art. 1 y 27 de la Ley de fomento Apoyo y Protección a la lactancia Materna 1995; Política 1, 2 y 4 de Ecuador, Consejo Nacional de la Niñez y Adolescencia, Plan Nacional Decenal de protección Integral a la Niñez y Adolescencia, Quito, CNNA, mayo, 2004),

- Realización de campañas a la comunidad para que se incremente el conocimiento sobre el AIP y su importancia, y así lograr que las madres sean quienes exijan este proceso antes de dar a luz.
- Registrar la realización del procedimiento en la Historia Clínica Perinatal, con cada uno de los sucesos que se produzcan durante este lapso de tiempo.

XI. BIBLIOGRAFÍA

1. *Contacto piel-a-piel temprano para las madres y sus recién nacidos.* **Moore ER, Anderson GC, Bergman N.** 4, Oxford : La Biblioteca Cochrane Plus, 2007.
2. **Inca, Alexandra y Ibarra, Paulina.** *CALIDAD DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA RELACIONADA A LA APLICACIÓN DE LOS PROTOCOLOS DE ATENCIÓN EN EL POSTPARTO QUE ACUDEN AL CENTRO OBSTÉTRICO DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL LATACUNGA.* Guaranda : s.n., 2010.
3. **Viscarra, M, Gonzales, F y Padilla, J.** *Evaluación de estrategias para la introducción de prácticas PERINATALES esenciales: ligadura tardía del Cordón, manejo activo del alumbramiento, apego precoz y lactancia materna.* Santa Cruz de la Sierra : s.n., 2009. investigación desarrollada con el apoyo del Gobierno de Estados Unidos de América, a través de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo internacional (USAID),.
4. **Pinto, Fernando.** Apego y lactancia natural. 2007. Revista Pediátrica de Chile_ Scielo. http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062007000600008. ISSN 0370-4106. [En línea]
5. **Cantero, María José y Lafuente, María Josefa.** *Vinculaciones afectivas: apego, amistad y amor.* Andalucía : Ediciones Pirámide, 2010. ISBN: 9788436824179.
6. **Bretherton, Inge.** The Origins of Attachment Theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. s.l. : Data Base Records, 1992. [En línea] <http://www.saylor.org/site/wp-content/uploads/2010/11/PSYCH101-Wiki-Attachment-theory.pdf>.
7. **MD, Ainsworth, y otros, y otros.** *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation.* New Yersey : Lawrence Erlbaum Associates, 1978. ISBN 0-89859-461-8..
8. **Cameron, Catherine Ann. PhD.** *Identification and Classification of Childhood Developmental Difficulties in the Context of Attachment Relationships.* Vancouver :

Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2008.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2387106/>. PMID: PMC2387106.

9. **Pearce, JW y Pezzot-Pearce, Terry TD.** *Psychotherapy of abused and neglected children*. Segunda. New York : The Guilford Press, 2007. pág. 17.
<https://books.google.com.ec/books?id=VMsvtQM7A2EC&lpg=PA37&ots=N2jhOF60lz&dq=Psychotherapy%20of%20abused%20and%20neglected%20children&hl=es&pg=PA37#v=onepage&q&f=false>. ISBN 978-1-59385-213-9..

10. **Scaife, Joyce.** *Deciding Children's Futures: An Expert Guide to Assessments for Safeguarding and Promoting Children's Welfare in Family Court*. New York : Routledge, 2013. pág. 170. <http://bit.ly/1DPz1wt>. ISBN: 978-0-203-09413-6.

11. **Valverde, Javier.** Supernanny-barcelona. [En línea] 10 de Abril de 2014. [Citado el: 22 de Noviembre de 2014.] <http://bit.ly/1AuDVc0>.

12. **Karen, Robert.** psychology.sunysb.edu. [En línea] Febrero de 1990. [Citado el: 25 de Noviembre de 2014.] <http://www.psychology.sunysb.edu/attachment/online/karen.pdf>.

13. **Clínica Los Condes.** clinicalascondes. [En línea] [Citado el: 14 de Noviembre de 2014.] <http://bit.ly/1sXhPBh>.

14. **Departamento de Ginecología y Obstetricia de la Clinica las Condes.** Clínica Las Condes. [En línea] Mayo de 2009. <http://bit.ly/1CNLJbu>.

15. **Blázquez, María Jesús.** *Recomendaciones de la OMS sobre el Nacimiento*. Universidad de Zaragoza. Zaragoza : s.n., 2003. Curso de Medicina Naturista. <http://bit.ly/182m59n>.

16. **MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR. COORDINACION NACIONAL DE NUTRICION.** *Normas, Protocolos y Consejería para programas de atención nutricional durante el embarazo y parto*. Quito : MSP, 2010.

17. **Ministerio de Salud del Ecuador.** *Guía Técnica para la atención del parto culturalmente adecuado*. Quito : MSP, 2008.

18. **Mazia, Goldy MD MPH.** *Evidencia de los Beneficios del Apego Precoz.* s.l. : Basics.org, 2008. <http://bit.ly/1u1ATVe>.

19. **CORRUPCIÓN, COMISIÓN DE CONTROL CÍVICO DE LA. VEEDURÍA PARA EL CUMPLIMIENTO DE LA LEY DE MATERNIDAD GRATUITA Y ATENCIÓN A LA INFANCIA EN EL HOSPITAL GINECO OBSTÉTRICO ISIDRO AYORA.** Quito : s.n., 2007. págs. 35- 36, 49.

20. **Delgado, Dra. Linda Arturo.** *Prácticas que salvan vidas: Clampeo oportuno de cordón umbilical y lactancia precoz . 3,* Quito : Organizacion Panamericana de la Salud, Agosto de 2009, New, Vol. 15. <http://bit.ly/1KyjV2Q>.

ANEXOS

FICHAS PARA RECOLECCIÓN DE DATOS

1. REALIZA EL APEGO INMEDIATO POSPARTO

Nro partos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
SI																					
NO																					
Profesional.																					

Nro partos	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	
SI																					
NO																					
Profesional																					

Nro Partos	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	
SI																					
NO																					
Profesional.																					

Nro Partos	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	
SI																					
NO																					
Profesional.																					

Nro Partos	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	
SI																					
NO																					
Profesional.																					

En la casilla "Profesional". Se colocará la inicial del nombre y apellido para el Médico tratante y residente según corresponda, y la letra "I" para Internos rotativos de medicina.

CALIDAD DE APLICACIÓN

(Casos en los que si se aplique el apego. El área marcada corresponde a afirmación)

Partos	Parámetros de calidad	Contacto piel a piel	Abrigo	Reptación	Succión	Tiempo de apego (minutos)			
						1- 10	11- 20	21- 30	31- 40
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									
26									
27									
28									
29									
30									
31									
32									
33									
34									
35									

ENCUESTA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

APEGO INMEDIATO POSPARTO

El apego inmediato posparto o contacto piel a piel consiste en colocar al recién nacido desnudo en posición decúbito ventral sobre el pecho desnudo de la madre apenas nace o pocos minutos después, el niño se cubre con paños para evitar que se enfríe y se deja en esta situación durante los primeros 30 a 40 minutos de vida, tiempo en el cual se produce un vínculo único entre madre e hijo, incentivando a una temprana y adecuada lactancia materna. Todo este período es vigilado de cerca por un médico.

1. QUE CARGO TIENE USTED EN ESTE ESTABLECIMIENTO

- Médico Tratante ()
- Médico Residente ()
- Interno Rotativo de Medicina ()

2. ¿TIENE CONOCIMIENTO PREVIO SOBRE EL APEGO INMEDIATO POSPARTO?

- SI ()
- NO ()

3. DURANTE EL PROCESO DE INSTRUCCIÓN ACADÉMICA, ¿RECIBIÓ CLASES SOBRE ESTE TEMA COMO PARTE DE LA ATENCIÓN DEL PARTO NORMAL?

- SI ()
- NO ()

4. ¿CUÁL CREE USTED QUE ES LA CAUSA POR LA CUAL NO SE REALIZA EL APEGO INMEDIATO POSPARTO EN ESTA CASA DE SALUD? (seleccione la causa principal)

- Falta de conocimiento del tema ()
- No desea realizarlo ()
- Insuficiente personal para brindar una atención adecuada a las usuarias ()
- Demanda muy alta de usuarias ()
- Falta de tiempo para realizarlo ()
- No es parte del protocolo de atención del Hospital ()
- Se acostumbra no realizar apego inmediato posparto ()
- Otro (indique cual) ()

Loja, 07 de Noviembre del 2014

Dr. Jorge Guapulema

DIRECTOR ASISTENCIAL DEL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA

De mis consideraciones.


Yo **Tatiana del Rosario Pérez Landázuri** con número de cédula N° **1104928609**, egresada de la carrera de Medicina, me dirijo ante su digna autoridad para solicitarle muy comedidamente se me permita recolectar información, a través de la observación del manejo de parto a las usuarias ingresadas en el servicio de Gineco- obstetricia de dicha institución, y aplicación de encuestas al personal que labora en el servicio antes mencionado, la misma que me facilitará la realización de mi trabajo de tesis denominado: **"PRÁCTICA DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN EL FOMENTO DEL APEGO INMEDIATO POSPARTO, EN CENTRO OBSTÉTRICO DEL HIA"** el mismo que se llevará a cabo durante el periodo de noviembre y diciembre del presente año.

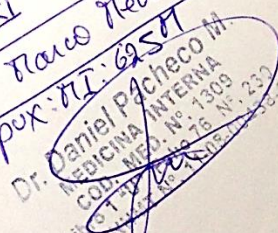
Por la favorable atención que se digne dar a la presente le anhele mis más sinceros agradecimientos.

Atentamente



Tatiana Pérez Landázuri

CI: 1104928609

 Ministerio de Salud Pública
HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA
RECIBIDO
Loja, a 07/11/2014 Hora: 12:30
Firma: Ximena T.
SECRETARIA GENERAL

Autorizado
11-XI-2014
Dr. Marco Medina
auxiliar de GAST

Dr. Daniel Pacheco M.
MEDICINA INTERNA
C.O.P. N° 1309
C.O.P. N° 232

*Para Ocasión
Favor atender
lo solicitado*

 Ministerio de Salud Pública
HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA
07/11/2014
GESTION ASISTENCIAL

MSP - C 27 - HIAL - GA - 2014 - 1323 - E

ÍNDICE

CERTIFICACIÓN	I
AUTORÍA	II
CARTA DE AUTORIZACIÓN	III
DEDICATORIA	IV
AGRADECIMIENTO	V
I. TÍTULO	1
II. RESUMEN	2
III. SUMMARY	3
IV. INTRODUCCIÓN	3
V. MARCO TEÓRICO	6
CAPITULO I	6
1. EL APEGO	6
1.1. DEFINICIÓN.	6
1.2. TEORÍA DEL APEGO	7
1.2.1. Postulados de apego	7
1.2.2. Detección temprana del apego disfuncional	12
1.3. TIPOS DE APEGO	17
1.3.1. Apego a través del establecimiento de un vínculo cognitivo.	17
1.3.2. Apego a través del establecimiento de un vínculo no cognitivo.	17
CAPITULO II	18
2. APEGO INMEDIATO POSPARTO	18
2.1. DEFINICIÓN.	18
2.2. TÉCNICA DE APEGO INMEDIATO POSPARTO	19
2.3. BENEFICIOS DEL APEGO INMEDIATO	20
CAPITULO III	24
3. RECOMENDACIONES DE LA OMS PARA LA ATENCIÓN DE PARTO	24

3.1. IMPORTANCIA DEL PRIMER CONTACTO ENTRE LA MADRE Y SU BEBÉ _____	24
3.2. RECOMENDACIONES DE LA OMS (1989): _____	25
3.2.1. Atención a la madre durante el parto e inmediatamente después _____	25
CAPITULO IV _____	28
4. PROTOCOLOS Y NORMATIVAS DE LA ATENCIÓN DEL PARTO MINISTERIO DE SALUD REPUBLICA DEL ECUADOR _____	28
4.1. MARCO LEGAL _____	29
4.1.1. Constitución Política del Estado Ecuatoriano (2008) _____	30
4.1.2. Ley Orgánica de Salud (2006) _____	30
4.2. POLÍTICA NACIONAL DE LACTANCIA MATERNA, MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA 2009 _____	30
4.3. COMPONENTE NORMATIVO MATERNO NEONATAL _____	32
VI. MATERIALES Y MÉTODOS _____	34
VII. RESULTADOS _____	37
VIII. DISCUSIÓN _____	49
IX. CONCLUSIONES _____	53
X. RECOMENDACIONES _____	55
XI. BIBLIOGRAFÍA _____	57
ANEXOS _____	60