

**Universidad Andina Simón Bolívar**

**Sede Ecuador**

**Área de Salud**

Maestría en Trastornos del Desarrollo Infantil

Mención en Autismo

**Procesos de acompañamiento en el niño/a prematuro/a en la Unidad de Neonatología del Hospital General San Vicente de Paúl**

**Un análisis desde la Determinación Social de la Salud**

Marco Antonio Montesdeoca Bastidas

Tutora: Ylonka Tillería Muñoz

Quito, 2021

Trabajo almacenado en el Repositorio Institucional UASB-DIGITAL con licencia Creative Commons 4.0 Internacional

	<b>Reconocimiento de créditos de la obra</b> No comercial Sin obras derivadas	
---	---	---

Para usar esta obra, deben respetarse los términos de esta licencia



## Cláusula de cesión de derecho de publicación

Yo, Marco Antonio Montesdeoca Bastidas, autor de la tesis intitulada “Procesos de acompañamiento en el niño/a prematuro/a en la Unidad de Neonatología del Hospital General San Vicente de Paúl: Un análisis desde la Determinación Social de la Salud”, mediante el presente documento dejo constancia de que la obra es de mi exclusiva autoría y producción, que la he elaborado para cumplir con uno de los requisitos previos para la obtención del título de Magíster en Trastornos del Desarrollo Infantil, Mención Autismo en la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador.

1. Cedo a la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador, los derechos exclusivos de reproducción, comunicación pública, distribución y divulgación, durante 36 meses a partir de mi graduación, pudiendo por lo tanto la Universidad, utilizar y usar esta obra por cualquier medio conocido o por conocer, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico. Esta autorización incluye la reproducción total o parcial en los formatos virtual, electrónico, digital, óptico, como usos en red local y en internet.
2. Declaro que en caso de presentarse cualquier reclamación de parte de terceros respecto de los derechos de autor/a de la obra antes referida, yo asumiré toda responsabilidad frente a terceros y a la Universidad.
3. En esta fecha entrego a la Secretaría General, el ejemplar respectivo y sus anexos en formato impreso y digital o electrónico.

4 de agosto de 2021

Firma: \_\_\_\_\_



## Resumen

El presente estudio se establece como descriptivo, explicativo y transversal, realizado en el Hospital General San Vicente de Paúl de la ciudad de Ibarra, donde participaron, las madres de 11 niños/as muy prematuros/as. El propósito fue analizar los procesos de acompañamiento en el niño/a prematuro/a en la estancia hospitalaria de la Unidad de Neonatología, a partir de la comprensión del vínculo materno infantil y el apego, utilización del Establecimiento Amigo de la Madre y el Niño (ESAMyN), profundizando en el análisis desde el paradigma de la Determinación Social de la Salud. La investigación se realizó en el período de septiembre 2020 a febrero 2021. Se observó que durante la hospitalización se promueve el acompañamiento y apoyo profesional, el cual mayormente realizan las profesionales enfermeras en lactancia materna con el 72,73 %, al contrario, con un porcentaje minoritario del 27,27 % de madres que no tuvieron acompañamiento permanente, por vivir en sectores lejanos y por situación económica no acudieron a diario al hospital a ver a sus niños/as. En los procesos de acompañamiento se demuestra la labor primordial en acciones de vínculo y apego, contacto piel con piel entre la madre y el niño en la aplicación del Método Madre Canguro y fomentación de la lactancia materna exclusiva y duradera. Por un lado, se evidencian puntos críticos al cumplimiento del ESAMyN en el componente de lactancia materna, por la inadecuada área de lactario, falta de infraestructura en alojamiento conjunto y por no poseer un área de banco de leche materna. Por otro lado, desde el enfoque de la Determinación Social de la Salud se puede evidenciar la grave problemática en la triada: clase social, relaciones de género y étnicas, donde sobresale la inequidad y desigualdad. Los principales responsables económicos de los entornos familiares de las madres, en su mayoría no poseen estabilidad laboral con el 63,64 % trabajan a jornal diario. Además, el 36,36 % son madres en condición de movilidad humana.

Palabras clave: prematuridad, método madre canguro, lactancia materna, normativa ESAMyN, determinación social de la salud



Este trabajo lo dedico a mi esposa Rosi, a mis hijos Antonella, Adrián y Emilia por su apoyo, comprensión y amor incondicional.





## **Agradecimientos**

A la PhD Ylonka Tillería, quien ha sido la guía importante en la tutoría, y a todos los docentes del programa de maestría quienes han sabido compartir sus conocimientos con alma y corazón, especialmente a Catalina López.

A los coordinadores: médico MSc. Adolfo Arzuaga y de enfermería MSc. Martha Marroquín, como también a todos los profesionales de salud de la Unidad de Neonatología del Hospital General San Vicente de Paúl, quienes con su espíritu y amor hacen que cada día haya la esperanza de un mejor porvenir y bienestar para los niños/as prematuros/as.

A las madres de los niños/as prematuros/as quienes fueron el cimiento para que se desarrolle esta investigación, entregando su valioso tiempo en dar a conocer sus vivencias y realidades de manera sincera, en relación a sus vidas y ámbito de atención hospitalaria.



## Tabla de contenidos

Figuras, gráficos y tablas .....	15
Abreviaturas.....	17
Introducción.....	19
Capítulo primero: Marco conceptual y enfoque teórico.....	25
1. El vínculo materno infantil y el apego.....	26
1.1. Tipos de apego.....	28
1.2. Acompañamiento y neurodesarrollo en el niño/a prematuro/a.....	30
1.3. El Método Madre Canguro .....	31
1.3.1. Características del Método Madre Canguro .....	32
1.4. Procesos del Método Madre Canguro en el entorno hospitalario.....	33
1.4.1. Participación y acompañamiento del personal de salud en el Método Madre Canguro.....	34
1.4.2. Participación de la madre en el Método Madre Canguro en hospitalización ..	35
1.5. Materiales y suministros para la intervención del Método Madre Canguro.....	36
1.6. El Método Madre Canguro como aporte en la nutrición del niño/a prematuro/a	37
2. Factores de riesgo neonatales en el niño/a prematuro/a .....	38
2.1. Acompañamiento al niño/a prematuro/a en hospitalización.....	39
2.2. Acompañamiento en la lactancia materna y nutrición del niño/a prematuro/a...	40
2.3. Acompañamiento y atención al niño/a prematuro/a durante la transición intermedia a crecimiento.....	42
2.4. Acompañamiento y proceso de egreso o alta del niño/a prematuro/a .....	43
3. La Normativa Establecimiento Amigo de la Madre y el Niño (ESAMyN) .....	44
3.1. Componentes y pasos del ESAMyN.....	45
4. Enfoque teórico.....	47
4.1. La Determinación Social de la Salud.....	47
4.2. Dimensiones de la Determinación Social de la Salud .....	50
Capítulo segundo: Diseño metodológico.....	53
1. Objeto de estudio .....	53
1.1. Tipo de estudio .....	55
1.2. Universo y muestra .....	56
1.2.1. Definición y caracterización del universo .....	56

1.3. Recolección de datos .....	57
1.3.1. Procedimiento de aplicación de instrumentos .....	59
1.4. Análisis de datos .....	59
1.5. Modelo analítico y operacional del estudio .....	60
1.6. Modelo operacional de los procesos protectores y destructivos.....	63
1.7. Ética .....	63
Capítulo tercero: Contexto sociohistórico del cantón Ibarra .....	65
1. Dinámicas de ocupación en la ciudad de Ibarra .....	68
1.1. Dinámicas de crecimiento de la población en el cantón Ibarra .....	69
1.2. Cualidades culturales y etnias de la ciudad de Ibarra .....	70
1.3. Niveles etarios de la población y grupos de atención prioritaria del cantón .....	71
1.4. Perfil educacional del cantón Ibarra .....	72
1.5. Zonas de producción en el cantón Ibarra .....	73
1.6. Patrones socioeconómicos del cantón Ibarra .....	74
1.7. Limitaciones en el desarrollo de la ciudad de Ibarra .....	74
1.8. Migración, vulnerabilidad de género, patrones y problemática de inserción social en el cantón Ibarra .....	75
1.9. Aspectos referentes a la salud en el cantón Ibarra .....	79
1.10. El Hospital General San Vicente de Paúl, entidad pública de salud del cantón Ibarra.....	80
1.10.1. Unidad de Neonatología del Hospital General San Vicente de Paúl .....	82
Capítulo cuarto: Análisis de los procesos de acompañamiento, ESAMyN y enfoque desde la Determinación Social de la Salud.....	85
1. Acompañamiento de los profesionales de la Unidad de Neonatología en la lactancia materna .....	86
1.1. Percepción de las madres en lactancia materna .....	87
1.2. Conocimiento de la normativa del Establecimiento Amigo de la Madre y el Niño (ESAMyN).....	90
2. Los procesos de la Determinación Social de la Salud .....	92
2.1. Inserción sociocultural y condiciones de trabajo .....	95
2.2. Identidad cultural, organización y soportes colectivos.....	97
3. Dominio singular .....	102
3.1. Perfil de salud .....	103
3.2. Uso del tiempo libre.....	104

5. Determinación las lógicas de exposición e imposición, procesos protectores y destructivos .....	107
Discusión, conclusiones y recomendaciones .....	113
Obras citadas.....	127
Anexos.....	133
Anexo 1: Esquema de consentimiento informado .....	133
Anexo 2: Formulario 04 de encuesta para madres puérperas, de la normativa ESAMyN .....	134
Anexo 3: Formulario 05A de encuesta para personal de salud en contacto con la madre, de la normativa ESAMyN .....	142
Anexo 4: Encuesta de la Determinación Social de la Salud (DSS) en modos y estilos de vida de las madres de los niños/as muy prematuros/as.....	146
Anexo 5: Guía de entrevista a las madres de los niños/as muy prematuros/as.....	153
Anexo 6: Guía de entrevista a los coordinadores médico y de enfermería de la Unidad de Neonatología .....	154
Anexo 7: Modelo operacional de los procesos protectores y destructivos .....	155
Anexo 8: Cartera de Servicios del Hospital General San Vicente de Paúl.....	156
Anexo 9: Perfil sociodemográfico, según procedencia .....	157
Anexo 10: Identidad cultural, organización y soporte de acciones, según edad .....	158
Anexo 11: Condiciones de vivienda, según ciudad de residencia .....	159
Anexo 12: Calidad de alimentación, según lugar de procedencia .....	160
Anexo 13: Tendencia religiosa, según nacionalidad .....	161
Anexo 14: Perfil de salud de las madres puérperas .....	162
Anexo 15: Uso del tiempo libre, según edad .....	163
Anexo 16: Procesos protectores acompañamiento en el niño/a prematuro .....	164
Anexo 17: Procesos destructivos acompañamiento en el niño/a prematuro.....	165



## **Figuras, gráficos y tablas**

Figura 1. La vida social y lo biológico en el proceso de salud (Subsunción de procesos) .....	51
Figura 2. Ubicación geográfica del cantón Ibarra .....	66
Figura 3. División política administrativa del cantón Ibarra .....	67
Figura 4. Factores determinados en la problemática de las personas con movilidad humana .....	76
Figura 5. Atenciones gineco obstétricas de mujeres migrantes por año.....	78
Figura 6. Atenciones gineco obstétricas de mujeres migrantes del primer trimestre, de 2021 .....	79
Figura 7. Distribución por sexo, niños/as muy prematuros .....	86
Figura 8. Perfil epidemiológico de los niños/as muy prematuros .....	107
Tabla 1. Componentes y pasos del ESAMyN .....	46
Tabla 2. Matriz de operacionalización .....	60
Tabla 3. Acompañamiento lactancia materna, según la profesión Unidad de Neonatología .....	87
Tabla 4. Percepción de madres puérperas en lactancia materna.....	89
Tabla 5. Conocimiento del ESAMyN, según profesión Unidad de Neonatología .....	91
Tabla 6. Inserción social, según procedencia .....	93
Fotografía 1. Hospital General San Vicente de Paúl .....	81





## Abreviaturas

ACNUR	Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados
COVID-19	Coronavirus 2019
BCG	Vacuna Contra la Tuberculosis
DSS	Determinación Social de la Salud
EOA	Emisiones Otoacústicas
ESAMyN	Establecimiento Amigo de la Madre y el Niño
ERI	Evaluación Rápida Interagencial
GAD Ibarra	Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal de San Miguel de Ibarra
GPR	Gobierno por Resultados
GTRM	Grupo de Trabajo para Refugiados y Migrantes
HSVP	Hospital General San Vicente de Paúl
IESS	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
INEC	Instituto Nacional de Estadística y Censos
MMC	Método Madre Canguro
MSP	Ministerio de Salud Pública
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OIM	Organización Internacional para las Migraciones
ONGs	Organizaciones no Gubernamentales
PEA	Población Económicamente Activa
PEAA	Potenciales Auditivos de Estado Estable
PCI	Parálisis Cerebral Infantil
ROP	Retinopatía de la Prematuridad
SG	Semanas de Gestación
UCIN	Unidad de cuidados intensivos neonatales
UCI	Unidad de Cuidados Intensivos
UTN	Universidad Técnica del Norte
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana



## Introducción

La presente investigación describe los procesos de acompañamiento en el niño/a prematuro/a en la estancia hospitalaria de la Unidad de Neonatología del Hospital General San Vicente de Paúl de la ciudad de Ibarra, a partir de la comprensión del vínculo materno infantil y el apego, utilización del Establecimiento Amigo de la Madre y el Niño (ESAMyN), y análisis desde el enfoque de la Determinación Social de la Salud; en el período de septiembre 2020 a febrero 2021.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) refiere que cada año nacen en el mundo unos 15 millones de bebés antes de llegar a término, es decir, más de uno en 10 nacimientos. Aproximadamente un millón de recién nacidos prematuros fallecen por año, a causa de múltiples inconvenientes durante el parto. Los prematuros que subsisten sobrellevan alguna disfunción por toda la vida, específicamente, pueden ser dificultades afines con el aprendizaje, trastornos visuales y auditivos.

En este sentido, a escala mundial la prematurez es la causa primaria en la mortalidad infantil menor a cinco años. En el contexto de países que disponen de datos estadísticos seguros, el promedio de nacimientos de recién nacidos prematuros va en aumento, sin embargo, los índices de sobrevivencia son muy dispares en cada país.

En cuanto a la situación de naciones de bajos ingresos, el cincuenta por ciento de recién nacidos de 32 semanas de gestación, fallecen en razón de no haber tenido acciones oportunas en procedimientos sencillos, por ejemplo: el aporte de calor suficiente al neonato, acciones de apego temprano materno, soporte a la lactancia materna, así como también por no realizar acciones en la atención básica con el fin de contrarrestar las infecciones y dificultades respiratorias.

En cambio, en los países económicamente desarrollados casi en la totalidad los recién nacidos prematuros sobrevive. Pues bien, en contextos de ingresos medianos la incompleta utilización de equipamiento biomédico de tecnología de punta, hay mayor predisposición a que el niño/a prematuro/a presente alguna discapacidad, sea cual sea, en el aspecto sensorial y/o motor.

Actualmente, se ha dado importancia a la participación de los padres para el cuidado de su hijo/a prematuro/a en los espacios neonatales, pues favorece su evolución y preparación para su egreso temprano. No obstante, es importante mejorar en ciertas premisas como: el apego precoz en la potencialización del método canguro, los periodos

continuos de visita, relevancia y atención a las inquietudes y criterios de la familia, trabajo coordinado y cooperativo entre los servidores de salud y la familia, primordialmente en la creación de empatía del equipo de salud profesional con los padres. Los profesionales de la Unidad de Neonatología deben apoderarse del rol informativo constante, mientras que, los padres se comprometerán al cuidado de su hijo/a de forma perenne.

En el estudio realizado por Suin y Suriaga (2018) puntualizan lo siguiente:

En el Ecuador la mortalidad neonatal aporta cerca del 60 % de muertes en menores de un año, y alrededor del 70 % de estas defunciones de menores de 28 días ocurren durante la primera semana de vida; los recién nacidos con peso muy bajo para la edad gestacional representan el 1 % del total de nacimientos, contribuyendo con un 40 % de la mortalidad infantil. Por otro lado, el riesgo de nacimientos prematuros estimado para la población general oscila entre 6 y 10 %, sin embargo, según datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) nuestra nación se encuentra entre los 11 países con tasas más bajas de nacimientos prematuros a nivel mundial con un 5,1 %, aunque la corta duración de la gestación sigue siendo la primera causa de mortalidad infantil en todo el territorio Ecuatoriano. (Suin y Suriaga 2018, 14-5)

Los procesos que se producen en la estancia hospitalaria en el niño/a prematuro/ra desbordan una serie de consecuencias y transformaciones entre ellas la disrupción de apego relación padres e hijo/a, este abismo encarna una serie de efectos en el desarrollo físico y emocional del niño/a. Durante estos procesos se van fusionando un sinnúmero de eventos que pueden reflejar situaciones destructivas o a la vez escenarios protectores, pues bien, el hecho mismo de que el niño/a prematuro/ra no ha tenido un desarrollo gestacional esperado, engloba una sucesión de afectaciones en el apego precoz que debería iniciarse entre la madre y su hijo/a, ya que por circunstancias de la salud materna, que comúnmente ocurre (preclamsia), se efectúan acciones prontas en la intervención gineco obstétrico y procedimiento médico quirúrgico (cesárea) para salvaguardar las vidas de la madre y del infante.

Por otro lado, es importante concebir que el apego precoz a desarrollarse en la infancia es una relación muy afectiva, que puede extenderse y expresarse entre los cuidadores principales y el niño/a. Estos lazos emotivos edificarán el desarrollo emocional del niño/a, proporcionándole protección y seguridad duradera por toda su vida. Inicialmente la característica de apego en el pequeño se manifiesta por la necesidad de cercanía física y emocional hacia la madre o cuidador, sobre todo aquellas expresiones se visualizan en circunstancias estresantes percibidas por el niño/a.

Para Winnicott (1993, 4) el vínculo del apego se produce de forma innata durante los primeros estadios del desarrollo entre un niño/a y sus padres y/o figuras de referencia,

nace de la necesidad por parte del bebé de sentirse protegido, fundamentalmente al contacto corporal con la madre. En etapas iniciales, la madre brinda a su hijo/a la oportunidad de instaurar la ilusión en el proceso de lactancia materna, que su pecho ya es parte de él, es así, que el recién nacido va habituándose a la relación inmensamente afectiva con su madre.

En este aspecto, el desarrollo emocional del bebé fluye por numerosas interacciones de relaciones corpóreas en los cuidados recibidos, instaurándose la imagen de consigo mismo. No obstante, se hace notable que ese complejo proceso estará expuesto a múltiples influencias y que en el trayecto puede perturbarse, en otros términos, en el desarrollo emocional temprano todo lo que ocurre a partir de la creación del bebé es importante y determinante para lograr un equilibrio adecuado emocional en la persona (Winnicott 1981, 56).

Efectivamente, mediante el desarrollo de la tecnología y los avances en cuidados intensivos neonatales en las últimas años la supervivencia de los niños/as prematuros/ras se ha elevado, a la vez la instauración de normativas y procesos de salud como Hospital Amigo del Niño y la Madre como lo fue en primera instancia, y posteriormente la obtención de certificación de Establecimientos de Salud Amigos de la Madre y del Niño (ESAMyN, 2017) han ido reflejando de forma eficiente el empoderamiento prioritario en salud materno infantil para la sobrevivencia de niños/as prematuros/as. Sin embargo, hoy por hoy no se ha podido dar acatamiento como dice la normativa por las circunstancias de la pandemia del COVID-19, ya que el Hospital General San Vicente de Paúl de la ciudad de Ibarra siendo una entidad de segundo nivel ha sido considerado Unidad de Salud Centinela de la pandemia, conforme al Acuerdo Ministerial N° 00126 – 2020 de fecha 12 de marzo de 2020, razón por la cual ha truncado paulatinamente el cumplimiento de los estándares que exige el ESAMyN.

Por lo tanto, con los argumentos expuestos y criterios de encaminar esta investigación se fundamenta en la evidencia del contexto de acompañamiento al niño/a prematuro/a en la Unidad de Neonatología del Hospital San Vicente de Paúl de la ciudad de Ibarra, formulando la necesidad de ejecutar este proceso durante la estancia hospitalaria, de acuerdo a la descripción de la normativa de acompañamiento del Establecimiento Amigo de la Madre y el Niño (ESAMyN), con el propósito de entrelazar la dinámica de apego entre los cuidadores y los niños/as prematuros/as, con la perspectiva de fomentar un nuevo paradigma que conlleve a las vivencias de la madre, como también a los cuidadores en coadyuvar al mejoramiento del desarrollo integral del niño/a.

La prematuridad constituye un desafío para las Unidades Neonatología, por el trabajo coordinado que debe existir en el equipo profesional multi e interdisciplinario, puesto que el neonato prematuro por su situación de salud necesita un monitoreo continuo de observación y aplicación de procedimientos. A más de toda la información y evidencia disponible por la Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, Organizaciones no Gubernamentales y Gubernamentales de nuestro país, las organizaciones tienen el desafío de lograr transformaciones en los procesos de disminución de la morbilidad-mortalidad infantil y todas las repercusiones del desarrollo neurológico derivada de la prematurez, con la fomentación de estudios, guías de práctica clínica y normativas en salud.

Para Hernández y otros autores (2019) enfatizan que:

Mediante el apego temprano hay factores que favorecen el sostenimiento o mantenimiento de representaciones mentales y las condiciones bajo las cuales podrían cambiar [...] Las representaciones mentales sobre la relación con el cuidador primario de la infancia se caracterizan por la tendencia a resaltar la sensibilidad, la disposición, la confianza y la accesibilidad de esta figura en momentos difíciles y estresantes. También predominan los recuerdos positivos en cuanto a la cercanía emocional, la calidez afectiva, la comprensión, las respuestas ajustadas a las necesidades demandadas y al apoyo recibido. (Hernández et al. 2019, 3-7)

Por consiguiente, la estimulación neonatal en los niños/as prematuros/as establece una forma de vínculo y acompañamiento, ya que estas acciones organizadas de manera sistemática, se orientan a la prevención de las alteraciones en el desarrollo integral de los niños/as; pues los indicadores de ingreso semanalmente demuestran que entre 13 a 15 recién nacidos con diversas dificultades en la salud, entre ellos prematuros de heterogénea edad gestacional ingresan a la Unidad de Neonatología del Hospital General San Vicente de Paúl, haciendo referencia a la inmediata aplicación de variadas formas de intervención temprana, siempre y cuando estas sean organizadas y ampliamente estimuladas por los cuidadores principales y por los profesionales del área de Neonatología, es decir, acciones impulsadas por las madres, enfermeras, médicos y terapeutas; de acuerdo a los flujogramas instaurados en la Unidad de Neonatología, tanto en el área de cuidado intensivo neonatal, sala intermedia y sala abierta o crecimiento.

Por este motivo, la propuesta planteada en la presente investigación se encuentra relacionado dentro de los estándares de cumplimiento de la normativa Establecimientos de Salud Amigos de la Madre y del Niño (ESAMyN) fundamentándose en el apoyo profesional y mejoramiento de la salud del niño/a, así como también en el análisis de la

determinación social de la salud en los modos y estilos de vida materno. Por ende, se aspira que los beneficiarios en este estudio sean los recién nacidos prematuros/as junto a sus madres, puesto que, conforme a los resultados obtenidos se anhela que se accionen la iniciativa del apego precoz y Método Madre Canguro con más ímpetu, esperando mejoras en planes de acción y difusión mediante los coordinadores de la Unidad de Neonatología a las autoridades de la Institución Hospitalaria, y de esta manera se promueva el vínculo materno infantil, el apego y Método Madre Canguro como un hábito continuo en intervención y prevención de dificultades del desarrollo neurológico, como también se propongan futuras investigaciones entorno a la problemática de la prematuridad.

El presente trabajo está estructurado por cuatro capítulos: El primer capítulo nombrado como Marco Conceptual y Enfoque Teórico el cual se encuentra la fundamentación teórica en el que se sustenta este estudio, inicia con la explicación del vínculo materno infantil y el apego; continúa con la descripción del acompañamiento y neurodesarrollo en el niño/a prematuro, donde se enfatiza la metodología Madre Canguro, procesos del acompañamiento de los profesionales en el ámbito hospitalario; después se detallan los factores de riesgo neonatales, procesos de acompañamiento en lactancia materna, transición hospitalaria en etapas intermedia a crecimiento y egreso; seguidamente se centra en la descripción de los componentes y pasos de la normativa establecimiento amigo de la madre y el niño (ESAMyN); y finalmente se detalla el enfoque del paradigma de la Determinación Social de la Salud y sus tres dimensiones.

En el segundo capítulo designado a la Metodología, se explica la pregunta central y objetivos, el tipo y diseño del estudio; continua con el universo y muestra, donde se explica la definición de la caracterización del universo y posteriormente se expone el tipo de procedimiento muestral; luego se detalla el proceso de recolección de datos, la descripción de instrumentos utilizados y el análisis de datos; también se manifiesta el soporte ético con el que se elaboró el trabajo, estableciendo la privacidad, el anonimato de las y los participantes, así como también el consentimiento informado pertinente.

El tercer capítulo llamado análisis del contexto sociohistórico-económico de la ciudad de Ibarra, se enmarca en el dominio general de la Determinación Social de la Salud (estructura de acumulación, capacidad central del medio de producción, las estrategias administrativas del cantón y los avances de la cultura, y destrezas contextuales gnoseológicas). Asimismo, se realiza una breve descripción de los procesos organizacionales de la entidad de salud pública Hospital General San Vicente de Paúl, específicamente de la Unidad de Neonatología, donde se aplicó el estudio.

El capítulo cuarto denominado análisis de los procesos de acompañamiento, ESAMyN y enfoque desde la Determinación Social de la Salud, se desarrolla la descripción y análisis de los resultados del acompañamiento al niño/a muy prematuro en la estancia hospitalaria; además, se verifica la aplicación de la normativa del Establecimiento Amigo de la Madre y el Niño (ESAMyN) durante el acompañamiento; finalmente, se realiza el análisis desde el paradigma de la Determinación social de la salud, a través de los modos y estilos de vida materno, los procesos protectores y/o destructivos en el niño/a prematuro/a.

Por último, se encuentra la sección denominada: Discusión, Conclusiones y Recomendaciones, en el cual se expone la discusión fundamentada en el vínculo materno infantil y apego, acciones de contacto piel con piel en el Método Madre Canguro, el componente de lactancia materna del ESAMyN correlacionado con otros estudios que guardan similitudes. Así también, se aborda el análisis de la Determinación Social de la Salud en modos y estilos de vida en las madres, procesos protectores y destructivos en el niño/a prematuro/a, e igualmente se enuncian las conclusiones que se entrelazan en la discusión; para terminar con la propuesta de recomendaciones encaminadas a la contribución en la búsqueda de alternativas para el abordaje de la problemática analizada en este trabajo.



## **Capítulo primero**

### **Marco conceptual y enfoque teórico**

La vida en el útero suele ser una experiencia sumamente agradable. Desde esa instancia el vínculo de la madre con su hijo/a empieza a prosperar, desarrollándose entre ellos un sinnúmero de experiencias sensoriales y emocionales, posteriormente, este estado confortable y dichoso se interrumpe en el transcurso brusco del nacimiento. Algunos estudios sostienen que el proceso de nacer es turbador para el ser que nace. Esto debido, a los grandes acontecimientos que se van produciendo entorno a la de labor del parto cuando en la madre la progesterona empieza a descender, lo cual se provocan en el parto experiencias conflictivas para el feto.

Posterior a su nacimiento, el nuevo ser empezará a interactuar en su hábitat, en el que en él o ella, se van forjando una serie de procesos sensoriales que poco a poco los irá discriminando; estas vivencias mutuas entre el niño/a y sus cuidadores (padres y/o familiares) accionarán en el niño/a las respuestas ante los estímulos recibidos, que paulatinamente el pequeño evocará dentro los procesos de desarrollo esperables, conforme a la intensidad participativa de su entorno.

En el caso del nacimiento de un bebé prematuro (antes de las 37 semanas de edad gestacional) primordialmente el ambiente familiar se vuelve estresante, factor que se potencializa cada vez más, mientras el niño/a se encuentre hospitalizado. Esto repercutirá en el proceso del beneficio de la lactancia materna, así también en la dinámica familiar.

En el cuidado de su hijo/a prematuro/a en los espacios neonatales, la participación de los padres favorece su evolución y preparación para su egreso temprano. No obstante, es importante mejorar en ciertos aspectos como: el apego precoz en la potencialización del método canguro, la asistencia continúa de los padres sin restricciones, relaciones interpersonales en empatía por parte de los profesionales y la familia del neonato, colaboración y cooperación conjunta, fomentación de buena actitud y apertura comunicacional entre padres y profesionales. Al respecto, el profesional de la unidad neonatal debe inspirar confianza a los padres para que se motiven y colaboren en la asistencia de su hijo/a de manera permanente.

Según la Organización Mundial de la Salud, al niño/a prematuro/a lo categoriza en función de la edad gestacional, clasificando en subcategorías como: prematuros tardíos

de 34 a 36 semanas 6 días, prematuros moderados de 32 a 33 semanas 6 días, muy prematuros de 28 a 31 semanas 6 días y prematuros extremos menor o igual a 27 semanas 6 días (MSP 2015, 14).

## **1. El vínculo materno infantil y el apego**

En el período del embarazo, la madre ha estado preparándose física y emocionalmente para la llegada de su bebé, con el anhelo de que ese lazo de afecto entre los dos fluya inmediatamente posterior al alumbramiento. Pues ella, es la única que atenderá las primeras demandas de él, ya que la madre y su hijo/a se encuentran enormemente fusionados, llevan entre si acciones mutuas que no terminan solamente en la etapa del embarazo, sino más bien, esa intensa relación prosigue íntimamente luego del proceso del parto, en que la madre concibe aquellas vivencias como un escenario dramático; es la etapa del puerperio en donde el ambiente se convierte en una esfera de amor, ternura y placer, confortando al pequeño su alimento natural “leche de mamá”, manteniendo el contacto físico, de caricias contiguas, despertando respuestas ante estímulos sensoriales (táctiles, gustativos, olfativos, visuales, auditivos, propioceptivos), que le otorgarán al pequeño un hábitat de protección y desarrollo integral adecuado (Montago 2004, 45).

En este sentido, para Winnicott (1981, 54) el encuentro entre la madre y el pequeño, describe a la madre como un ser “suficientemente buena” que ha formado un enlace amoroso pasional, donde solo se encuentran los dos juntos, viviendo su propia realidad. Indiscutiblemente, la madre es la que resuelve todas las necesidades de su pequeño amor, es la que organiza, la que opaca las insatisfacciones de su bebé; de manera que, crea esa sintonía de disfrute mutuo, ofreciéndole a su hijo/a en cada conexión seguridad y sostenimiento, que día a día recíprocamente van creando en sus vivencias, sean aquellos voluntariosos o instintivos.

De modo que, en la interrelación de madre e hijo/a iniciada luego del parto se va trenzando ampliamente la sincronía de uno y otro. A inicios el pequeño es el que domina la reciprocidad, el que desea profundizar ese enlace, llevando a la madre a sus formas de solicitud persistente. Luego es ella, la que se empodera de los requerimientos cotidianos del niño/a, que va organizando funcionalmente las responsabilidades de cuidado que en un inicio son intensivos; esto con el pasar del tiempo irá disminuyendo por las otras ocupaciones que la madre va desarrollando, conjuntamente con los compromisos de la

crianza. Mientras que la función paralela del padre es en proporcionarle el sostenimiento, seguridad y afecto a la madre como medio de apoyo en el manejo del niño/a (Longhi 2011, 566).

Al respecto, Winnicott afirma:

Así, el sostenimiento que demuestra la madre hacia el niño/a viene hacer el hecho físico de sostén en los brazos, constituyéndose una forma de amar [...] hay madres que saben sostener a su pequeño y otras que no lo logran, estas últimas no tardan en producir una sensación de inseguridad acompañada por los consiguientes llantos del niño/a. (Winnicott 1981, 56)

Al principio, en la relación mamá-hijo/a, el pequeño aún no ha extraído una personalidad propia del cuidado materno, que en el sentido psicológico, depende por completo. El niño/a necesita y de hecho suele conseguir, condiciones ambientales que poseen ciertas características que satisfagan sus necesidades fisiológicas (teniendo en cuenta que fisiología y la psicología todavía no se han diferenciado o simplemente se encuentra en proceso de hacerlo), y que sean estables, dignas de confianza; si bien las condiciones ambientales no son seguras desde el punto de vista mecánico, lo son de un modo que entaña la identificación emocional de la madre (Winnicott 1981, 55).

De hecho, el vínculo de la madre con su hijo va cultivando el apego, manera esencial configurada en el círculo relacional lleno de intimidad y sentimiento entre los dos, enlace esencial en el equilibrio mental, en razón de que el pequeño concibe la necesidad de sentir más cerca a su madre antes que alimentarse. Por medio de esta concordancia, el niño/a que no posee a su cuidador primario, demanda mayor complacencia a sus requerimientos básicos relacionales, que serán fuente de interacción social, desarrollo cognitivo y madurez emocional. Igualmente, los procesos vivenciales que ha experimentado el infante quedarán instaurados en su cerebro perenemente, transformándose en conocimientos y formas individuales que marcan el florecimiento de la personalidad. En palabras de Glenda Villamarín, “el apego trasluce en algo universal del comportamiento humano, por lo tanto es una teoría transcultural” (2017, 12).

Para Bowlby (1986) el comportamiento de Apego es todo aquel que permite al sujeto conseguir o mantener la proximidad con otra persona diferenciada y generalmente considerada más fuerte y/o sabia, propio del ser humano, que motiva la búsqueda de proximidad entre el niño pequeño y sus padres o cuidadores. (Bowlby 1986, VI)

En tanto que la figura de apego permanezca accesible y que haya respuesta al apego, la conducta puede consistir en una mera verificación visual o auditiva del lugar en

el que se halla y en el intercambio ocasional de miradas y saludos, en ciertas circunstancias se observa también un seguimiento o aferramiento a la figura de apego, así como la tendencia a llamarla o llorar, conductas que mueven a esa figura a brindar sus cuidados (Arias 2014, 14).

Por su parte, Mary Ainsworth (1989) llega a conceptualizar el apego como:

Las conductas que posibilitan la cercanía con una persona determinada. Entre estos comportamientos se encuentran las señales (llanto, sonrisa, vocalizaciones), la orientación (mirada), los movimientos relacionados con otra persona (seguir, aproximarse) e intentos activos de contacto físico (subir, abrazar, aferrarse). Se trata de una actitud mutua y recíproca. (Ainsworth 1989, 709)

### 1.1. Tipos de apego

Ainsworth, Blehar, Waters y Wall (1978, 68) desarrollaron la primera clasificación de apego en infantes, describiendo tres esquemas principales: inseguro evitativo, seguro y ambivalente. Dichos autores construyeron el instrumento de evaluación denominado “situación extraña”, esto con el propósito de observar la forma en como los niños/as utilizaban a los adultos en apoyo a su seguridad, a partir del cual conseguían explorar el entorno. Igualmente, se analizaban las reacciones que emitían los niños ante extraños, como también en los tiempos de separación y fusión con su madre.

De esta forma a raíz de la prueba situación extraña, Ainsworth (1978) distingue tres tipos de apego según la respuesta del niño/a:

- Niños/as con apego inseguro evitativo, tipo A.
- Niños/as con apego seguro, tipo B.
- Niños/as con apego ambivalente, tipo C.

a) **Apego Inseguro Evitativo, tipo A.** Ainsworth et al. (1978, 69) expresan que las emociones más frecuentes de los bebés con apego evitativo, en la situación extraña, es la ausencia de angustia y de enojo ante las separaciones del cuidador, y la indiferencia cuando vuelve en la interacción relevan distancia y evitación.

En este tipo de apego, el individuo no tiene ninguna confianza en el hecho de que si busca cuidados se le responda de modo útil, por el contrario espera un rechazo; intenta vivir su vida sin amor, ni apoyo por parte de los demás. Trata de ser autosuficiente en el plano afectivo. Además, se ha asociado con la

presencia del “síndrome no orgánico de detención del desarrollo” que se caracteriza por carencias nutricionales y/o emocionales que derivan en una pérdida de peso y un retardo en el desarrollo físico, emocional, social y escasa reacción a la separación. Este tipo de personas evita o inhibe conductas de proximidad y de expresión de afectos hacia su figura de apego, mayor atención a su ambiente, tienen despliegues mínimos de afecto y angustia hacia el cuidador, o evasión de esta figura ante situaciones que exigen la proximidad y rechazan la información que pudiese crear confusión, cerrando sus esquemas a ésta, teniendo estructuras cognitivas rígidas, poseen más propensión al enojo, caracterizándose por metas destructivas, frecuentes episodios de cólera y otras emociones negativas (Delgado 2004, 67).

- b) **Apego Seguro, tipo B.** Ainsworth et al. (1978, 69) señalan que las emociones más frecuentes de los bebés con apego seguro en la situación extraña, son la angustia ante las separaciones del cuidador y la calma cuando éste vuelve; en la interacción con el cuidador relevan la calidez, confianza y seguridad.

En este tipo de apego, el individuo tiene confianza en el hecho de que su madre-padre está disponible, se siente alentado en sus exploraciones del mundo, son capaces de usar a sus cuidadores como una base de seguridad cuando están angustiados. Los cuidadores se caracterizan por ser sensibles a sus necesidades, proporcionando confianza en que sus figuras de apego estarán disponibles, que responderán y les ayudarán en la adversidad. En el dominio interpersonal, tienden a ser más positivos, integrados y con perspectivas coherentes de sí mismo, tienden a ser más cálidos, estables y con relaciones íntimas satisfactorias. De igual forma, muestran tener una alta accesibilidad a esquemas y recuerdos positivos, lo que las lleva a tener expectativas positivas acerca de las relaciones (Delgado 2004, 66).

- c) **Apego Ambivalente, tipo C.** Ainsworth et al. (1978, 69) enuncian que las emociones más frecuentes de los bebés con apego ambivalente en la situación extraña es la angustia exacerbada ante las separaciones del cuidador y la dificultad para lograr la calma cuando éste vuelve en la interacción con el cuidador, relevan la ambivalencia, enojo y preocupación.

En este tipo de apego, el individuo no está seguro de que su progenitor esté disponible y le responda o le ayude si él le llama. Debido a esta incertidumbre, continuamente estará sujeto a esta angustia de separación, tenderá a apeparse

a la madre y poco a poco demostrará su ansiedad cuando explore su entorno. Las respuestas ante la separación se caracterizan por la incesante inquietud, el cual manifiestan acciones de apego con discrepancias, enojos o rechazos. Estas personas están determinadas por una intensa exigencia de intimidad, a la vez demuestran inseguridad respecto a otras personas; en virtud de ello buscan interrelacionarse con ellas, y al mismo tiempo presentan temor en que el vínculo desaparezca. Igualmente, desean acceder a información nueva, pero sus múltiples conflictos conducen a separarse de ella (Delgado 2004, 67-8).

## **1.2. Acompañamiento y neurodesarrollo en el niño/a prematuro/a**

El parto inminentemente prematuro es un riesgo, el principio preventivo en cuidados prenatales se basa en un seguimiento y acompañamiento estricto en el embarazo, entre ellos el traslado precoz de la madre al lugar de nacimiento previsto, lo que permite evitar el traslado posnatal del niño/a. Los elementos claves en posibles nacimientos de niños/as a término, es la pronta intervención en la etapa prenatal mediante la aplicación de corticoides a la madre, con el fin de acelerar la maduración del infante antes del alumbramiento, elevando de esta manera un mejor pronóstico.

En este punto Simeoni (2014) destaca:

Los métodos disponibles de acción oportuna en el niño/a prematuro/a privilegian un enfoque intensivo, aunque no enérgico como la asistencia respiratoria mediante presión positiva continua de las vías respiratorias, sin intubación traqueal, que puede limitarse a la administración de surfactante exógeno; aire ambiente para la reanimación, protección con mantas para reducir las pérdidas insensibles y la hipotermia, sedación. En realidad, es poco común que algunos niños extremadamente prematuros necesiten una reanimación intensiva en el momento del nacimiento. (Simeoni 2014, 2)

El acompañamiento humano es muy importante ante circunstancias de peligro en el neonato, estas dificultades estarán cargadas de mucho estrés que pueden perturbar el desarrollo integral del niño/a, ya que en esta etapa se espera que se fomente con más amplitud el vínculo de apego materno. De este modo, al momento del nacimiento del neonato con antelación se debe prever el equipamiento específico de reanimación, para lograr la estabilización segura del pequeño, durante el proceso de transición a la vida extrauterina.

En esta misma línea, entorno a la prematuridad Fernández y otros autores (2019) expresan lo siguiente:

La prematuridad no solo es un componente primordial en la muerte, sino también en otros eventos adversos, como las alteraciones del neurodesarrollo. Cualquier lesión que ocurra en el cerebro del recién nacido prematuro comprometerá un tiempo crítico de su desarrollo, ya que el cerebro inmaduro cursa por un periodo de activa mielinización. Otras causas que contribuyen a las alteraciones en este grupo de recién nacidos incluyen la edad gestacional, las complicaciones respiratorias, la displasia broncopulmonar, las infecciones maternas o sepsis neonatal, entre otros. Si bien, se ha logrado mejorar la sobrevida de los prematuros de muy bajo peso al nacer, la tarea pendiente es que dicha sobrevida suceda con menos morbilidades. (Fernández et al. 2017, 7)

Por otra parte García y colaboradores (2019) concuerdan que:

Existe evidencia suficiente para afirmar que los prematuros tienen mayor riesgo de déficits en su neurodesarrollo, con una relación inversamente proporcional a su edad gestacional. Los factores involucrados son múltiples, pudiendo atribuirse por una parte a la genética y a la epigenética. Pero en los recién nacidos prematuros el desarrollo neurológico hasta la edad de término se alcanza fuera del útero, y es probable que sea perturbado por el cambio del medio ambiente [...] Fuera del ambiente intrauterino existen otros factores que también pueden influir: la morbilidad asociada a la prematuridad, la ausencia de lactancia materna y el bajo nivel sociocultural de los padres, descritos como factores de riesgo para un peor neurodesarrollo en los prematuros. (García et al. 2019, 318e3)

En la actualidad, los avances tecnológicos y progresos científico-médico de las Unidades de Neonatología son cada vez mejores para la sobrevida de los niños/as prematuros/as. No obstante, los adelantos en la medicina en cuanto a los Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) no logran ser suficientes para apalear las otras dificultades que pueden estar cursando en la dinámica familiar, especialmente procesos emocionales que los padres de los prematuros/as los experimentan como: culpabilidad, estrés, miedo, depresión; donde a la par se van creando dudas y una variabilidad de preguntas, deseando tener respuestas tan pronto lo requieren. La internación del neonato en la hospitalización, estará envuelta en un círculo emocionalmente excesivo en los padres y entorno familiar del niño/a; ya que la venida del recién nacido como nuevo integrante de la familia habitualmente expresa sentimentalismo, felicidad y al mismo tiempo expectativa, pero en el caso del nacimiento del niño/a prematuro/a la armonía familiar se colapsa, suscitándose calamidades familiares frecuentes, siendo vivenciadas con el pasar de los días.

### **1.3. El Método Madre Canguro**

El Método Madre Canguro (MMC), es un sistema de cuidados de niños/as prematuros/ras o con bajo peso al nacer (aquellos que pueden respirar aire ambiente y no

presentan dificultades importante de salud) en el que necesitan protección térmica, alimentación adecuada, observación frecuente y protección frente a infecciones; es decir, se basa en el contacto piel a piel entre el niño/a prematuro/a y su madre, el cual se busca empoderar a la madre (a los padres o cuidadores) y transferirle gradualmente la capacidad, y responsabilidad de ser la cuidadora primaria de su hijo/a, satisfaciendo sus necesidades físicas y emocionales (Ruiz et al. 2007, 25-6).

Esta iniciativa fue impulsada por los doctores Rey y Martínez (1978) en Bogotá-Colombia, donde se desarrolló como alternativa a los cuidados en incubadora que fueron inadecuados e insuficientes en esa época, dispensados a recién nacidos prematuros que habían superado dificultades iniciales y que necesitaban únicamente alimentarse y crecer (OMS 2004, 2).

Con el pasar del tiempo, se ha dejado claro que el MMC luego de la aplicación e investigación, constituye algo más que una alternativa a los cuidados en incubadora. Pues es un método eficaz y específico para instaurar la lactancia materna, favorecer al control de temperatura corporal, afianzar los nexos afectivos de la madre y el niño/a, aumento de peso, potencializar la edad gestacional y situación de salud en general.

### **1.3.1. Características del Método Madre Canguro**

La iniciativa de atención del MMC aplicado a los niños/as prematuros/as mantiene el contacto piel a piel con su madre, es un método que no demanda acciones complejas para su aplicación, es prospero para recién nacidos prematuros y a término.

En la guía de práctica clínica del Método Madre Canguro publicada por la OMS (2004) enuncia las principales características, siendo estas:

1. Acciona el contacto temprano piel con piel, de manera continua y extensa entre la madre e hijo/a.
2. Fomenta la lactancia materna exclusiva.
3. Se inicia en hospitalización y prosigue en el hogar.
4. Egreso temprano en los niños pequeños al nacer.
5. El método promueve el seguimiento y apoyo a la madre hasta en el hogar.
6. Es un método agradable y eficaz, que se instaura en el mismo lugar del área de neonatología donde está niño/a prematuro/a.

El sistema de duración diaria y general del contacto piel a piel entre la madre y el niño/a fluctúa desde algunos minutos, como puede ser 30 minutos al día en promedio



hasta las veinticuatro horas, ubicado en posición vertical, entre los pechos de la mamá y bajo la ropa. No solamente las madres tienen la iniciativa de preservar la temperatura corporal del niño/a, es decir, que reemplace a la incubadora; más aún es la contribución que otorga en la nutrición y estimulación sensorial. Para ello, es necesario utilizar tela elástica sea de algodón o de fibra sintética, que facilite a la madre mantener una posición relajante y de descanso, mientras el niño/a se encuentra en posición canguro (Ruiz et al. 2007, 27).

El Método Madre Canguro, junto al contacto piel a piel entre la madre y el niño/a promueve la lactancia materna, principalmente en niños/as prematuros/as y de bajo peso, específicamente si se encuentra el neonato en la incubadora o si hay el uso del biberón en la nutrición enteral. Por consiguiente, mientras más pronto se comienza la aplicación del MMC y contacto piel con piel, la influencia de la lactancia materna será mayor. Además, el MMC mantenido en contacto piel con piel en los niños/as prematuros/ras se evidencia que mejoran los signos vitales, el descanso (sueño) y el comportamiento afectivo es superior, en comparación con los pequeños que son separados de sus madres.

Asimismo, del vínculo madre e hijo/a se desencadenan otras respuestas en el niño/a, un claro ejemplo es: el cortisol salival como indicador de estrés, siendo inferior en neonatos cuando se mantiene el contacto piel con piel. Esta hipótesis es coherente con la frecuencia del llanto que es relativamente mayor en recién nacidos sanos a término, supuesto verificable en neonatos prematuros con bajo peso al nacer de 6 meses de edad posterior a 90 minutos luego del parto, y que es observable cuando se les separa de sus madres (OMS 2004, 9).

#### **1.4. Procesos del Método Madre Canguro en el entorno hospitalario**

El entorno hospitalario es importante para la fomentación del MMC, tomando en cuenta que el personal profesional de salud entre ellos: médicos, obstetras, enfermeras, terapeutas, deben tener conocimiento y capacitación sobre los procesos y la aplicación del MMC; además debe haber la disponibilidad del material básico para la atención al neonato. Sin embargo, la realidad hospitalaria neonatal es distinta y tanto el talento humano como los materiales son escasos, primordialmente el personal de enfermería quienes son los que atienden constantemente a los niños/as, agudizando la brecha por la falta de estos profesionales. Otra realidad que se evidencia es la falta de alojamiento

conjunto entre la madre y su hijo/a, donde hay dificultad de iniciar y mantener la lactancia materna exclusiva.

De igual manera el MMC constituye un sistema acertado, especialmente en el progreso del niño/a en la estancia de cuidados intensivos, ya que este método acelera el mejoramiento de la salud en general del niño/a, en la regulación de temperatura, ayuda a la protección de infecciones y garantiza el crecimiento del neonato en la nutrición enteral.

El Método Madre Canguro en hospitalización es un gran soporte de apoyo para los recién nacidos y sus padres, es indudable que en los momentos de realización del método, la madre baja las tensiones de estrés, en contraste, con el niño/a pequeño/a que solamente le atienden de forma ordinaria. También, se observa que las madres tienen mayor confort, seguridad y eleva la autoestima en los procesos psíquicos del puerperio.

Precisamente, las madres van conformando sentimientos de empoderamiento y familiaridad, el cual sienten experiencias de poder contribuir en algo en las mejoras de la salud de sus hijos/as, así sean de diversas culturas, etnias o entornos. Igualmente los padres sienten relajación, comodidad y felicidad cuando aportan los cuidados del método canguro a su hijo/a. De este modo, el MMC potencia su confianza a la hora de tratar y alimentar a los pequeños prematuros y de bajo peso (OMS 2004, 9).

#### **1.4.1. Participación y acompañamiento del personal de salud en el Método Madre Canguro**

El acompañamiento del personal de salud en el MMC es de forma activa, el personal que está a cargo de esta técnica es enfermería quienes motivan a la introducción de este sistema; por tanto, el personal tiene que ser experto en promover la lactancia materna exclusiva y poseer conocimientos amplios del MMC, por lo que a continuación se describen estos aspectos:

1. Se deberá tener presente como y cuando iniciar el Método Madre Canguro.
2. Conocer cuál es la posición del niño/a canguro en la nutrición enteral.
3. Conocer el procedimiento de alimentación del niño/a prematuro/ra.
4. Conocimiento de la lactancia materna exclusiva.
5. Conocimiento sobre procedimientos alternativos de nutrición enteral, hasta lograr una efectiva lactancia materna.

6. Motivar a las madres en la participación referente a la atención de salud del niño/a, en el que se incluyan la observación de signos vitales y reconocimiento de probables eventos adversos.
7. Adoptar una intervención oportuna a la derivación al profesional especializado, cuando la madre exprese conductas emocionales no apropiadas.
8. Analizar acertadamente las acciones, concerniente al alta del niño/a.
9. Demostrar empatía y motivación exclusivamente a la madre y demás familiares del pequeño.

En este sentido, las instituciones hospitalarias deben planificar una educación de la salud continua en el Método Madre Canguro y en procesos de lactancia materna, entrelazando una enseñanza conjunta con las entidades universitarias en la formación de profesionales de la salud, con el objeto de que se añadan conocimientos sobre el MMC.

#### **1.4.2. Participación de la madre en el Método Madre Canguro en hospitalización**

Una vez que las madres se han familiarizado con el MMC, posterior a ese bagaje de experiencias iniciales, el siguiente paso es la inmediata instauración de este sistema después del nacimiento del niño/a prematuro/a; es decir, la progenitora debe tener conocimiento en relación al MMC ofertándole como una alternativa a los cuidados ordinarios, cuando el niño/a se encuentre estable en su salud. Puesto que, la aplicación del MMC demanda la presencia constante de la madre, por tanto es esencial explicar a ella las ventajas del método y concordar las posibles alternativas de asistencia al niño/a.

En esta línea, la madre debe planificar su tiempo y tener presente sobre las probables consecuencias del MMC que pueden producirse en la familia, ya que en la adopción de este sistema la madre permanecerá constantemente en el área hospitalaria, y también concordará en la continuidad de la aplicación del método en el entorno familiar, efectuándose asesoría constante por parte de los profesionales certificados.

En relación a las probables dificultades que podrían ocurrir, éstas deberían analizarse para la búsqueda de soluciones con la familia, previo al abandono del MMC. Además, es indispensable que la madre tenga el apoyo de los profesionales de la salud, de modo que vaya asumiendo de manera paulatina la responsabilidad del cuidado de su hijo/a (OMS 2004, 13).

### 1.5. Materiales y suministros para la intervención del Método Madre Canguro

- a) **Vestuario de la madre:** Se puede utilizar cualquier prenda que sea cómoda y abrigada, que este acorde a la temperatura ambiente, siempre y cuando la prenda le permita acoplar al niño/a, esto es, que el niño/a se encuentre firme y en contacto con su piel. Por lo demás no se necesita ropa especial, solamente si la madre lleva regularmente vestimenta muy ajustada.
- b) **Faja de agarre:** Este es el material específicamente necesario para la aplicación del MMC, ya que ayuda a las madres a sostener de forma segura al niño/a junto a su pecho. Al inicio es recomendable utilizar un segmento de tela suave de un metro cuadrado, plegarlo en diagonal y asegurarlo con un nudo o se puede introducir bajo la axila de la madre. Posteriormente, la forma de una bolsa de transporte de elección de la madre puede reemplazar dicha tela. Cualquiera de estas opciones tendrá la madre libertad para movilizar sus manos, permitiéndole el desplazamiento con ligereza en tanto que transporta al niño/a en contacto piel a piel.
- c) **Necesidades del niño/a:** Durante la aplicación del MMC, no es necesario que el niño lleve vestuario especial. Respecto a que el MMC no sea constante, se debe ubicar al niño/a en una cuna caliente y se le pondrá una cobija térmica entre períodos de posición canguro.
- d) **Ropa del niño/a:** En caso que la temperatura ambiente es entre 22 y 24 °C, el niño/a que se encuentra en posición canguro no llevará ropa más que el pañal, un gorro y unas medias para que le abriguen. En cuanto la temperatura este por debajo de los 22 °C, el niño/a deberá estar puesto una camiseta de algodón sin mangas, abierta en la parte delantera; de modo que la cara, el pecho, el estómago y extremidades estén en contacto piel a piel con el pecho y el estómago de la madre.
- e) **Otros componentes o elementos:** Necesariamente se debe tener un termómetro para medir la temperatura corporal (35 °C); una balanza específica para neonatos donde se mida intervalos de 10 gramos. En niños/as prematuros/as se debe tener a la mano un equipo básico de reanimación y acople de oxígeno; conforme a los protocolos de cada unidad de neonatología,

puede agregarse medicamentos de prevención y atención de posibles problemas que aquejan a los neonatos.

### **1.6. El Método Madre Canguro como aporte en la nutrición del niño/a prematuro/a**

Como ya se ha dicho el Método Madre Canguro sirve como apoyo para la fomentación de la lactancia materna exclusiva, indudablemente la leche materna es la fuente primaria para el recién nacido prematuro o recién nacido a término, es la base nutricional e idónea especialmente en bebés muy prematuros y de bajo peso; constituyendo a la lactancia materna como el mejor método alimentario que se puede otorgar al niño/a. La leche materna por su naturaleza proteica y nutriente específica, se compacta a las necesidades del recién nacido, así como también a la edad gestacional que tiene el neonato.

Cuando no se puede impulsar la alimentación con leche materna en el niño/a prematuro/a, en casos excepcionales (madre se encuentra en cuidados intensivos por la preclamsia) se pueda optar el uso de leche materna pasteurizada proveniente de banco de leche.

Evidentemente, el Método Madre Canguro favorece la lactancia materna en neonatos prematuros, desde el principio hasta la consolidación de la lactancia exclusiva. Sin embargo, inicialmente algunos prematuros no llegan a tolerar debida o absolutamente la lactancia materna, por tanto se crea la necesidad de integrar otros métodos alternativos de alimentación. Por tal motivo, el profesional de salud debe enseñar a la madre a extraerse la leche de su pecho con el fin de proporcionarle a su hijo/a y mantener la lactación, pudiendo alimentar al pequeño por copita; a la vez es necesario evaluar periódicamente la alimentación (OMS 2004, 18).

Las estrategias adoptadas en la alimentación y nutrición en relación al período postnatal que se encuentra el niño/a prematuro y de bajo peso son de mucha importancia para emprender la evolución favorable en la salud integral.

Generalmente de acuerdo a Ruiz y otros autores (2007) proponen que es oportuno reconocer tres grandes períodos nutricionales, siendo los siguientes:

**El período de transición:** Abarca desde el nacimiento hasta que se completan los aspectos principales de la transición inmediata y mediata a la vida extrauterina (usualmente del día 0 al día 10), donde suele ser necesario el soporte nutricional parenteral

y/o el uso de estrategias de adaptación de la fisiología del niño/a al uso del tracto digestivo para administrarle los nutrientes que requiere. **El período de crecimiento estable:** Desde que se completa la transición hasta llegar al término, que semeja el período de crecimiento intrauterino que hubiese ocurrido si el neonato hubiese podido llegar al término, y en el cual ya suele ser apropiado usar formas de alimentación enteral, predominantemente la vía oral. **El período pos egreso:** Desde el término (o el egreso hospitalario 4-8 semanas después del nacimiento) hasta el año de edad corregida. (Ruiz et al. 2007, 29)

## 2. Factores de riesgo neonatales en el niño/a prematuro/a

Desde una mirada clínica, Fernández y colaboradores (2017) enfatizan lo siguiente:

La frecuencia de las alteraciones del neurodesarrollo en los prematuros de muy bajo peso al nacer es alarmante, siendo ésta responsable hasta de un 50 % de las anormalidades neurológicas de la infancia, que incluyen desde las alteraciones leves de las funciones cognitivas hasta la parálisis cerebral infantil, retraso en el desarrollo psicomotor, sordera o hipoacusia neurosensorial, retinopatía de la prematuridad que en su grado severo ocasionaría la ceguera. (Fernández 2017, 7)

La retinopatía de la prematuridad (ROP) de cualquier grado, principalmente la que es considerada severa pone en riesgo la visión del niño/a prematuro/a, preferentemente es indispensable tamizar la ROP a los recién nacidos prematuros de edad gestacional menor a las 33 semanas al nacimiento (Ministerio de Salud y Protección Social 2013, 55).

Otro factor principal es la anemia precoz que puede estar presente durante las primeras semanas de existencia del niño/a, por motivo de la extracción continua del volumen de sangre para exámenes de laboratorio.

La anemia tardía o anemia del prematuro propiamente dicha, es aquella que aparece entre las 3 y 12 semanas de vida posnatal, se trata de la anemia hiporegenerativa, normocítica, normocrómica (MSP 2015, 56).

La evidencia sugiere que un retraso moderado en el pinzamiento de cordón en recién nacidos prematuros mejora la volemia y disminuye la necesidad de transfusiones por anemia de la prematuridad. Se recomienda diferir el pinzamiento del cordón umbilical entre 30 y 60 segundos en recién nacidos prematuros para favorecer la transfusión placentaria y ayudar con la prevención de la anemia de la prematuridad. (Ministerio de Salud y Protección Social 2013, 58)

Así también, hay otros factores como: baja edad gestacional, ventilación apoyada por más de ocho días, el bajo peso al nacimiento, terapéutica con surfactante, volúmenes de transfusión sanguínea consecutiva, hiperglucemia, otras morbilidades agravantes y la terapéutica de insulina. Adicionalmente pueden darse posibles factores de riesgo que

incluyen: sepsis, hemorragia intraventricular, fluctuaciones en las mediciones de gases en sangre, la infección fúngica sistémica, displasia bronco pulmonar y la administración temprana de eritropoyetina para la terapia de la anemia del prematuro (MSP 2015, 56).

### **2.1. Acompañamiento al niño/a prematuro/a en hospitalización**

Luego del nacimiento, el niño/a prematuro/a es trasladado al área de reanimación, dependiendo de las semanas de gestación que presente en algunas Unidades de Neonatología se permite la presencia de la madre, para iniciar el apego precoz momentáneo, claro está si la madre goza de mejor salud para poder realizarlo. Comúnmente los recién nacidos prematuros por su atención en la salud en general son ubicados en el área de UCIN, hasta observar su evolución y continuar a otras áreas (cuidados intermedios y de crecimiento) donde finalmente se desarrolla el proceso del alta hospitalaria. En el transcurso de estos períodos el niño/a prematuro/a está expuesto a una serie de complicaciones que van a depender de cuan mayor es su inmadurez (García et al. 2019, 318e4).

Como ya se ha dicho, el niño/a prematuro/a por su situación de salud requiere cuidados especiales en las unidades de cuidados neonatales de hospitalización, difiriendo la estadía constante durante días e incluso meses, esto dependerá conforme a las semanas de gestación del recién nacido y del estado de salud en general.

Por lo general, el niño/a prematuro/a hospitalizado se encuentra en un entorno que no es favorable para el desarrollo neurológico, el hecho de estar en áreas neonatales complejas conectados a equipos que emiten una variedad de ruidos y estímulos visuales, hacen que el pequeño no tenga estímulos sensoriales agradables; tampoco tiene la factibilidad de tener la estimulación materna, ya que se rompe ese vínculo porque el neonato está conectado al equipamiento que le apoya a la sobrevivencia. Así también, las deficiencias en la nutrición enteral en el recién nacido prematuro en principio es compleja por la falta del tono muscular y por su edad gestacional, pues no hay solidez fisiológica que le mantenga el gasto energético que pierde durante la succión-deglución, que está dada por inmadurez del sistema nervioso y del sistema gastrointestinal. Por tanto, es necesario tener en cuenta que a nivel central, el tronco encefálico expresa tres reflejos básicos (búsqueda, succión y deglución) que son de mucha importancia y que ayudan para el inicio de la alimentación.

Durante la etapa de hospitalización la atención se centra en el estado de salud del niño/a prematuro/a, en este período es cuando los padres necesitan atención y ser escuchados. Por consiguiente, el personal de salud debe interesarse por conocer la forma como ellos están vivenciando la transición de tener un recién nacido hospitalizado en dicha unidad (Acosta et al. 2017, 18).

Posteriormente, el manejo del niño/a prematuro/a tiene que ser exhaustivo desde la estadía hospitalaria y posteriormente en su domicilio con un seguimiento continuo incluyéndose un programa de intervención y estimulación temprana basado en el cuidado integral del niño, con énfasis en la atención de interacción con la madre o cuidadores. El impacto de intervención refleja la importancia de un programa entre los 2 meses a un año de edad cronológica, mediación provista en etapas críticas del neurodesarrollo (Sánchez et al. 2018, 349).

En conclusión, uno de los elementos principales en relación a la prognosis de la prematurez en estos tiempos, es la hoja de ruta del trabajo multidisciplinario que se establezca. Esto es, la agrupación de profesionales de la salud de neonatología, gineco obstetricia, además especialistas de otras áreas como: rehabilitación, neurología infantil, psicología, epidemiología, pediatría, anestesiología, especialista en atención temprana, entre otros. Las mejoras en la organización de cuidados neonatales se ve reflejado en la gran labor multidisciplinaria, basado en la aplicación de protocolos y guías de prácticas clínicas, que estarán acorde a las necesidades del recién nacido prematuro. Por tanto, si es necesario la referencia a instituciones hospitalarias de mayor complejidad de atención, deben estar las unidades hospitalarias totalmente equipadas con los aditamentos para el traslado y cuidado del niño/a junto con su madre.

## **2.2. Acompañamiento en la lactancia materna y nutrición del niño/a prematuro/a**

La noción materna sobre lactancia, así como las experiencias previas de amamantar, manifiestan representaciones maternas para la construcción de conocimiento sobre la leche como alimento bueno, lo que le permite a la madre optar inicialmente por alimentar al hijo/a con su leche. En casos particulares y limitados coexiste la posibilidad de abandono por la idea que en la lactancia se presenta una serie de dificultades como la percepción de producción insuficiente de leche, la creencia de que la leche materna daña la actividad laboral materna y la prescripción de sucedáneos (Gallegos et al. 2018, 106).



En los recién nacidos de bajo peso al nacimiento menor a 1500 gramos, o niños prematuros menor a 32 SG, se debe iniciar tempranamente la nutrición enteral trófica, provista del calostro materno, pues de esta manera se evita de que el pequeño presente otras dificultades en la salud como la enterocolitis necrosante. En cambio, en prematuros nacidos casi a término con un peso mayor a 1500 gramos, se deberá promover la lactancia materna lo más rápido posible. Asimismo, es trascendental empezar con el prematuro el proceso de nutrición con leche materna preferentemente los primeros días de producción de leche, con el propósito de reducir los problemas gastrointestinales.

La importancia de iniciar prematuramente la estimulación en la succión antes de la semana 33 o 34, está correlacionado en la disminución de la estancia hospitalaria, también facilita el paso de la nutrición enteral de sonda naso u orogástrica a la nutrición enteral por vía oral total, donde la evidencia científica expone que no se producen efectos contrarios. La estimulación intraoral, anterior a las 34 semanas y la provocación de la succión no nutritiva, se relaciona con una mejor inserción de la lactancia materna en menor tiempo e incentiva al alta más oportuna. Asimismo, es de vital importancia antes de la semana 34 en el neonato prematuro, comenzar con la estimulación de la succión no nutritiva, esencialmente desde el apego madre-hijo y en la instauración del MMC; con la finalidad de que se proceda a la maduración de la succión y favorezca la fundamentación de la lactancia materna (Ministerio de Salud y Protección Social 2013, 31).

Se recomienda que el recién nacido prematuro reciba alimentación enteral por sonda o gavage, reciba estimulación por succión no nutritiva directamente del seno de su madre y haga una transición directa a succión nutritiva [...] En el recién nacido prematuro menor de 32 semanas, la alimentación por succión no está coordinada con la deglución y respiración, no es de utilidad y provoca fatiga excesiva, por lo que es conveniente alimentarlo por sonda gástrica. (MSP 2015, 48)

La suplementación de la lactancia materna con leche materna en vaso o copita es de mucha ayuda para la implantación eficiente de la lactancia materna sea parcial o exclusiva, y que puede ser introducida al instante del alta hospitalaria. Por consiguiente, no es recomendable la utilización de biberones o chupones como método de acción para provocar la funcionalidad de la succión o como empleo de nutrición enteral en el neonato prematuro, no sin antes de haber ejecutado la lactancia con la madre. Sin embargo, en casos concretos si no se ha dado la posibilidad de inserción de la lactancia materna, se asesora al cuidador el empleo de otros métodos de alimentación con jeringa, vaso o copa.

### **2.3. Acompañamiento y atención al niño/a prematuro/a durante la transición intermedia a crecimiento**

En los niños/as prematuros/as que se encuentran en periodo de crecimiento estable y los que aún no regulan temperatura, es recomendable iniciar la aplicación del Método Madre Canguro hasta que el método sea perdurable durante todo el tiempo que este la madre con el niño/a. En el caso que el niño/a ya regule su temperatura corporal y a la vez refleje el aumento de peso mientras se encuentra en la postura de canguro, será necesario que se continúe empleando de forma repetitiva el MMC, mientras se pueda en la hospitalización. Evidentemente, la adaptación de la posición canguro, es un punto importante que se puede tomar en cuenta para el pronto egreso del hospital.

El uso fundamental del Método Madre Canguro iniciado entre de los primeros 10 días de vida hasta alcanzar la permanente utilización consecutiva, es considerado como principio en la disminución de la mortalidad; en virtud de que propaga la regulación de temperatura corpórea, va encausando al crecimiento y ganancia de peso, en donde se produce mejor estabilidad funcional en su fisiología y estructuración del desarrollo neurológico. Procesos que se van presentando durante el vínculo materno-hijo/a, y que al mismo tiempo servirán de apoyo para la lactancia materna, desarrollando el apego seguro y egreso anticipado de la internación (Ministerio de Salud y Protección Social 2013, 48).

En este sentido, la potenciación de la posición canguro, conjuntamente con las constante asistencia por parte de los padres y familiares al área de neonatología en horarios definidos es primordialmente trascendental, esto con la finalidad de proclamar el vínculo y apego seguro del niño/a con sus padres, lactancia materna exclusiva y el contacto materno o paterno piel con piel.

De acuerdo a la guía de práctica clínica del prematuro del MSP (2015) con el propósito de propagar mejoras al cuidado y maduración del niño/a prematuro/a, recomienda lo siguiente:

Colocar nidos dentro de la incubadora. Limite el contacto de luz mientras atiende al Recién Nacido. Que el ruido de la UCIN no supere los 40 dB. Favorezca la utilización del Método Madre Canguro. Fomente la lactancia materna. Contacto de los padres con el recién nacido. (MSP 2015, 60)

## 2.4. Acompañamiento y proceso de egreso o alta del niño/a prematuro/a

Como ya se había indicado anteriormente en relación al Método Madre Canguro si durante la hospitalización se engendró un proceso exitoso del MMC el egreso hospitalario en el niño/a prematuro/a será oportuno, adecuado y seguro. Por consiguiente, este egreso se recomienda cuando el recién nacido prematuro ya regula la temperatura corpórea en posición canguro.

Conforme a lo enunciado por el Ministerio de Salud y Protección Social (2013) en la guía de práctica clínica del recién nacido prematuro se provee el alta con los siguientes criterios:

La madre y el recién nacido toleran la posición canguro. El recién nacido en posición canguro esté estable fisiológicamente. Signos vitales normales. Ausencia de apneas. No haya episodios de hipotermia. Adecuada alimentación por vía oral (preferiblemente lactancia materna). Demostrar que el recién nacido prematuro en posición canguro prolongada (6 horas o más) o continua, tiene una ganancia de peso adecuada: 15 gramos / kilogramos / día, hasta las 37 semanas y a partir de la semana 38, de 8-11 gramos / kilogramos / día. El proveedor de la posición canguro (madre, padre u otro familiar) demuestre competencia en el manejo del recién nacido para mantenerlo y sacarlo de la posición canguro. La familia se comprometa en mantener la posición canguro continua. La familia reconoce los signos de alarma del recién nacido y tienen acceso rápido y expedito a un puesto de salud con unidad de recién nacidos. Se debe garantizar que el recién nacido prematuro será seguido en un programa de madre canguro ambulatorio. (Ministerio de Salud y Protección Social 2013, 61-2)

Ahora bien, acorde a los principios descritos por el Ministerio de Salud y Protección Social (2013) en la guía de práctica clínica del recién nacido prematuro, en el caso de que el niño/a ya haya superado la posición canguro y regule la temperatura corporal, proponen otorgar el alta hospitalaria si cumple lo siguiente:

El recién nacido prematuro no recibe medicamentos que requieran de administración o vigilancia intrahospitalaria. La familia comprende y acepta los factores de riesgo que comprende el recién nacido prematuro y sus comorbilidades en caso de estar presentes. La familia comprende los signos de alarma y está en capacidad de regresar a un punto de salud con unidad de recién nacidos si fuera necesario. Se debe garantizar que se continúe un seguimiento adecuado para recién nacidos de alto riesgo. (Ministerio de Salud y Protección Social 2013, 62-3)

De igual modo, para el alta hospitalaria se debe realizar una valoración neurológica pediátrica integral y exhaustiva. Para ello, se sugiere utilizar valoraciones sistemáticas como el examen neuromotor de Amiel Tison o la evaluación clínica de la potencialidad cerebromotriz innata de Michel Le Métayer. El seguimiento de

valoraciones continuas debe efectuarse cada vez que el niño/a acuda a las citas médicas (pediatría–neonatología) por consulta externa o ambulatoria, pronosticando la evolución integral sensorio motriz con el propósito de recomendar una intervención terapéutica temprana.

Con antelación al alta se efectúa al niño/a la prueba del talón o tamizaje metabólico del neonato, el propósito de este examen es para prevenir la discapacidad intelectual y la mortalidad temprana en los neonatos, este tamiz detecta oportunamente los posibles fallos metabólicos. Concretamente el tamizaje alerta sobre las manifestaciones de estas enfermedades como: fenilcetonuria e hipotiroidismo que provocan discapacidad intelectual, la hiperplasia suprarrenal y galactosemia que provocan la mortalidad temprana precoz y discapacidad intelectual.

También deben realizarse las pruebas de tamizaje auditivo que son las Emisiones Otoacústicas (EOA) y Potenciales Auditivos de Estado Estable (PEAA) para interpretarlas en paralelo, para verificar el estado de audición del niño; esta valoración auditiva demuestra las probables dificultades en la audición. Para la ejecución de este examen es necesario que el pequeño tenga una edad gestacional de 34 semanas, pero es mejor cuando se realiza la prueba a las 38 de SG. No obstante, si el tamizaje auditivo no se efectuó en la internación hasta el alta hospitalaria, se puede desarrollar posteriormente en el transcurso del seguimiento por consulta externa.

Todo el proceso de egreso o alta hospitalaria del niño/a prematuro/a debe ejecutarse de acuerdo al protocolo de alta instaurado en la Unidad de Neonatología, el cual es desarrollado por la parte médica pediátrica y enfermería, teniendo como respaldo las actas de egreso respectivas.

### **3. La Normativa Establecimiento Amigo de la Madre y el Niño (ESAMyN)**

La normativa de salud pública “Certificación de Establecimientos de Salud como Amigos” (ESAMyN) implementada por el MSP, tiene como objetivo la disminución de morbilidad-mortalidad de la madre y el niño/a. Las instituciones de salud a nivel de la nación sean públicas o privadas están llamadas a la acreditación de esta política de salud, cumpliendo con los parámetros que exige la norma, que se encuentran relacionados con el parto, el puerperio y la fomentación de la lactancia materna. La estructura de la normativa se basa en: seguimiento del embarazo, parto humanizado y lactancia materna. (MSP 2017, 1).

El Hospital San Vicente de Paúl de la ciudad de Ibarra, en cumplimiento con esta normativa, posee el Comité del Establecimiento de Salud Amigos de la Madre y del Niño, el cual se direccionan las actividades de socialización interna, inmiscuyendo a otros profesionales u otros actores se han internos o externos al establecimiento. El Comité del MSP es el encargado de difundir y aplicar la normativa sanitaria a todas las entidades de salud del Sistema Integral Nacional de Salud, en donde se ofertan los servicios prestados de salud a madres en gestación y partos; además verifican el cumplimiento a la institución mediante la autoevaluación, el cual se analizan los resultados de dicha intervención y se emite informes que son entregados al Comité Zonal Amigo de la Madre y el Niño. En este aspecto integran las acciones técnicas y administrativas respectivas para la implementación de estrategias en la supervisión y ejecución de planes de acción, conjuntamente con el apoyo de los Comités de Gestión de Calidad; de esta forma impulsan acciones ante los nudos críticos relacionados con el ESAMyN.

### **3.1. Componentes y pasos del ESAMyN**

La normativa ESAMyN del MSP (2017, 3) comprende cuatro componentes y veinticuatro pasos, los mismos que son evaluados para la certificación del establecimiento, estos son específicos en los diferentes períodos del embarazo. Además, la normativa evalúa a todo el talento humano de salud, principalmente a las personas que tienen contacto directo con la madre en gestación, en la observación del buen trato y soporte preferencial de lactancia materna en el primer semestre luego del alumbramiento.

Los componentes del ESAMyN se clasifican en:

1. General que posee 1 paso.
2. Prenatal que posee 6 pasos.
3. Parto y postparto que posee 11 pasos.
4. Lactancia materna que posee 9 pasos.

Los pasos de cada componente que establece el ESAMyN para cumplir con la estrategia se exponen en la tabla 1, de acuerdo a lo dispuesto por el Ministerio de Salud Pública.

Tabla 1  
Componentes y pasos del ESAMyN

Componente	Pasos
General	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Capacitar y dar a conocer la norma en el establecimiento de salud.</li> </ul>
Prenatal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cumplir con las sesiones de educación prenatal a las embarazadas.</li> <li>- Captar y controlar a madres embarazadas, y asegurar el tratamiento de mujeres en riesgo.</li> <li>- Garantizar la prueba de VIH y Sífilis, así como su tratamiento en todas las embarazadas.</li> <li>- Articularse con los agentes de la medicina ancestral para el cuidado antes, durante y después del parto.</li> </ul>
Parto y posparto	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Permitir el acompañamiento por una persona de la elección de la madre, antes, durante y después del parto.</li> <li>- Garantizar un ambiente acogedor y el respeto de prácticas interculturales.</li> <li>- Asistir a la madre para que se movilice y asuma la posición a su elección.</li> <li>- Proporcionar métodos no farmacológicos para el alivio del dolor.</li> <li>- Evitar procedimientos invasivos y cesáreas innecesarias.</li> <li>- Garantizar la aplicación de prácticas integradas a la atención del parto, pinzamiento oportuno, apego inmediato y lactancia en la primera hora.</li> <li>- Realizar los procedimientos médicos al recién nacido frente a la madre.</li> <li>- Identificar posibles riesgos y manejar complicaciones que amenazan la vida madre y bebé.</li> <li>- Permitir el contacto con bebés que requieren internación e informar sobre su evolución.</li> <li>- Al Alta: asesorar y garantizar métodos de planificación familiar, informar sobre signos de alarma y conceder la cita del primer control para la madre y el bebé.</li> </ul>
Lactancia materna	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informar a todas las embarazadas de los beneficios y el manejo de la lactancia.</li> <li>- Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la hora siguiente al parto.</li> <li>- Mostrar a las madres como amamantar y mantener la lactancia incluso en caso de separación de sus bebés.</li> <li>- No dar al recién nacido alimento o líquido que no sea leche materna.</li> <li>- Practicar alojamiento conjunto de madres y recién nacidos durante las 24 horas al día.</li> <li>- Fomentar la lactancia a demanda, sin hora ni duración de toma.</li> <li>- No dar biberones ni chupones al recién nacido.</li> <li>- Referir a las madres a grupos de apoyo a la lactancia.</li> <li>- No entregar material de propaganda o muestras gratis de leches de fórmula biberones o chupones.</li> </ul>

Fuente: MSP Normativa ESAMyN, 2017

Elaboración propia

En síntesis, el cumplimiento de la normativa ESAMyN en las Instituciones de Salud que son acreditadas, les permite proporcionar estándares de calidad y calidez de atención a las madres y a los niños/as en los procesos prenatales, natales-posnatales en lactancia materna en la aplicación de los componentes y pasos tal cual prescribe la normativa. De esta manera, siendo el Ecuador un país multiétnico, plurinacional e intercultural sirve de mucho cumplir el parto humanizado, con el objeto de reducir el 35 % la muerte de la madre y del neonato, como también, incrementar el 70 % de atención del parto en entidades de salud, optimizando la fomentación de la lactancia materna total y exclusiva, esencialmente hasta el sexto mes o más, posterior al parto.

#### **4. Enfoque teórico**

A partir del análisis de los procesos de acompañamiento en la estancia hospitalaria (acciones de vínculo materno infantil y apego, MMC y lactancia materna), se adopta un direccionamiento distinto a lo que comúnmente analiza el esquema tradicional biomédico del dominio de la salud pública; por tanto, el estudio se encamina hacia el soporte teórico del paradigma de la Determinación Social de la Salud. De esta manera se sustenta como contraste de nuevas propuestas en la Salud Colectiva, desde una visión de pensamiento crítico, y que se fomenten transformaciones en las estructuras y elementos de los determinantes de la salud pública.

##### **4.1. La Determinación Social de la Salud**

La Determinación Social de la Salud (DSS), como eje central de la Epidemiología Crítica, y como ciencia emancipadora originada por los años setenta, conjuntamente con las categorías reproducción social y metabolismo sociedad-naturaleza, establece un proceso de ruptura con el paradigma de la salud pública, basado en un nuevo contenido y articulación de la práctica, el desarrollo conceptual y metódico-instrumental de la epidemiología; propuesta basada por investigadores sociales latinoamericanos (Breilh, 1977; Castellanos, 1987; Samaja, 1993; Castiel, 1994; Testa, 1997; Solíz, 2014).

Encaminarse en la DSS es involucrar tres categorías centrales de la Epidemiología Crítica (con los órdenes general, particular e individual). Además, se incluyen la propagación social y cambios entre la sociedad-naturaleza, constituyéndose como otros senderos conceptuales metodológicos, distintos de la epidemiología clásica.

En este lineamiento, durante los años ochenta logra posesionarse la Salud Colectiva Latinoamericana en todos los contextos sociales, con planteamientos en estudios novedosos y propuestas asentadas en contra de la explotación y acaparamiento del agro, enfocados a todas las transformaciones que afectan a la salud. La sucesión de procesos de acumulación se encuentran relacionados a las formas de vivir mal sanos, debido a la discriminación del consumo de productos nocivos, por la iniciativa del poder capitalista. Ahora bien, las estrategias de intervención de la salud pública solamente se ejecutan hacia el asistencialismo mirando el efecto ya producido en la salud de las personas, sin investigar a profundidad las causas de estas afecciones (Breilh 2014, 54).

Al respecto el autor enfatiza:

La Salud Colectiva Latinoamericana eslabonó la construcción integral del objeto salud, con una práctica integral de transformación. No la transformación de “riesgos” aislados, o “factores determinantes”, sino la incidencia sobre procesos de determinación que implican modos históricos estructurales. (Breilh 2008, 4)

Este nuevo paradigma en los procesos de la salud nos dirige hacia un enfoque diferente elaborado por la DSS, en la cual se puede entender que la salud es de ámbito colectivo y a su vez está determinada por los estilos de vida de cada uno de los integrantes: individuo y familia, por los modos de vida de las comunidades y organizaciones, por las condiciones generales de la sociedad cuyo devenir acontece en una unidad histórica, sin olvidar el orden social y las relaciones de poder que mueven la sociedad (Breilh 2015, 973).

En contraposición, el modelo de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) permanece atado al neocausalismo donde los determinantes sociales son asumidos como factores externamente conectados. Esta cuestión teórica implica prácticas de repetir el procedimiento del casualismo, es decir, intervenir sobre factores y no sobre el cambio de procesos estructurales. Igualmente, este patrón explora los determinantes estructurales y determinantes intermediarios, por lo que es inverosímil descubrir cómo se desarrolla el anclaje entre estas coacciones.

Desde el análisis que hace Breilh, en primer lugar, en los determinantes estructurales no se encuentra definido el posicionamiento de una manera estrecha en cuanto a las relaciones sociales, acumulación y propiedad; es decir, totalmente prevalece las formas de acción política de la gobernanza. En segunda instancia, se producen segmentos lineales en las clases sociales dentro de la educación, la ocupación e ingresos económicos, que está trazado a la propagación del consumismo. Finalmente, en el nivel de los determinantes intermediarios, no se especifica cuáles son esas circunstancias materiales, si corresponde al aspecto individual o social (Breilh 2008, 5).

De tal forma que, dentro de la salud colectiva se encuentra sumergida la salud individual. Como principio elemental de la epidemiología crítica es necesario estudiar todos los esquemas de la salud individual, con la finalidad de buscar soluciones a la salud colectiva; ya que, si se investiga a profundidad todos los aspectos colectivos e individuales como los modos de vida, ecosistema, contexto laboral y económico, se pueden planificar acciones a corto y largo plazo para poder intervenir oportunamente. Por lo tanto, Jaime Breilh (2008, 6) resalta lo manifestado por Juan Samaja en los años 1992-1993, expresando lo siguiente:



Otra línea teórica ha enfatizado en la dialéctica de los órdenes colectivo e individual, explicando la capacidad generativa de lo individual y la capacidad de reproducción social de lo colectivo; una dialéctica que mantiene con vida el poder determinante de lo individual y lo social. Como parte de esta línea está la caracterización de la multidimensionalidad de la salud como “determinación múltiple bajo interfases jerárquicas”. (Samaja 1992; 1993)

Por tal razón, la epidemiología crítica cuestiona la manera de proyectar las enfermedades y sus factores. Justamente, la tendencia médica común u ordinaria edifica la enfermedad dentro del paradigma biológico individual, y que penosamente crea una cortina de humo sobre la naturaleza de lo que en concreto es la salud-enfermedad en el entorno comunitario, por lo que crea murallas en la generación de nuevos conocimientos.

En ese marco, en el planteamiento de búsqueda sobre la procedencia de la enfermedad, no debe enmarcarse simplemente en lo biológico, o en los tres elementos naturales (huésped-agente-ambiente), sino también en la reproducción social, aspectos sociales y la producción. No obstante, al objeto empírico “enfermedad” la anteponen diferentes fenómenos, un proceso material biológico y una interpretación del mismo que socialmente hablando, determina si lo que se observa es enfermedad o salud (Breilh 2010, 18).

A su vez para retomar el campo de la salud, una explicación dialéctica del nexo sociedad-naturaleza y lo social con lo biológico, se cimienta en una mirada distinta de esos vínculos tan importantes para la epidemiología, que fueron ampliamente explicados por la filosofía crítica del siglo diecinueve, pero que habían sido enterradas por la abrupta participación del positivismo junto con su hegemonía meramente de curso lineal y biomédico (Breilh 2010, 25).

En este sentido, en el origen de la Epidemiología Crítica Latinoamericana se destacan tres propuestas teóricas para afrontar la superación del causalismo, y de esta forma llegar a extirpar los elementos del positivismo de la vieja epidemiología, direccionando al cambio de transformación epistemológica, para no solo quedarse en el análisis de lo externo, sino más bien llegar a profundizar el fenómeno.

Los tres principios teóricos de la Epidemiología Crítica Latinoamericana, la cual se basa son: 1) La estructura en la unidad colectiva que batalla al poder del círculo vicioso del capitalismo; 2) El análisis imperante del dominio del poder que cobija a los contextos sociales; 3) La exigente transformación que amplía el conocimiento en la correlación exposición-riesgo en las formas de vivir. De esta manera, lo que se busca es el sentido o el significado de sí mismos, a la vez afronta la innegable organización posestratégica que

está conectada a preceptos de ejecución del paradigma cartesiano, que solamente están encuadrados en los principios estadísticos. Por tanto, la epidemiología crítica no puede ser otra cosa que radicalmente emancipadora (Breilh 2013,14).

La construcción de la Epidemiología Crítica Latinoamericana enfatiza el pensar y reflexionar en la fuerza del enfoque. Al respecto la investigadora brasilera Cecilia Donnangelo (1982 citada en Breilh 2014, 96-7) manifiesta:

Lo que traté de mostrar es hasta qué punto la forma de incorporación del concepto de lo social obstaculiza determinados avances. En la epidemiología clásica, porque lo social es incorporado marginalmente y en la epidemiología social, porque lo social es incorporado sólo como determinante externo. Como una forma fuerte de ver la constitución del proceso salud-enfermedad, que hasta hoy no dio margen, no creo posibilidades para que se renovase el campo del saber en lo que se refiere a la propia salud-enfermedad. (Donnangelo, 1982)

#### **4.2. Dimensiones de la Determinación Social de la Salud**

En la actualidad las lógicas en lo social son trascendentales por las transformaciones de procesos que acontecen en lo colectivo más que lo individual. Es así, que en la DSS se fundamentan tres dominios, entre ellos: el dominio general, engloba o está a cargo de la sociedad en conjunto; esto ha predominado en el dominio particular, que se han fijado en las agrupaciones en sus formas de vivir influenciados por contextos de vínculos de género, clase social y étnicas; y la importancia del dominio singular proporcionado por procesos y situaciones personales familiares que son parte del diario vivir, siendo aquellos los estilos de vida, teniendo en cuenta que en nuestra nación, y especialmente en la provincia de Imbabura hay diversidad de culturas y etnias.

Los dominios relacionales de la DSS abordan una perspectiva diferente a lo tradicionalmente mencionado como paradigma del positivismo, conformándose que la Determinación Social aplicada a la Salud es un punto de partida para el cambio de conceptualización, que ha forjado la comprensión entre los fenómenos individuales y colectivos (Breilh 2003, 7).

En este aspecto Solíz (2014) señala:

Hablar de Determinación Social de la Salud no es igual que hablar de determinantes sociales de la salud, categoría utilizada por la vieja escuela de la salud pública y por los organismos internacionales de salud. Tampoco se trata de una construcción semántica aleatoria, utilizada para referirnos a “lo mismo”, con una suerte de innovación sutil. (Solíz 2014, 33)

Por todo lo dicho, la salud es como un objeto complejo multidimensional, aplicando la categoría reproducción social para articular el sistema de contradicciones que se enlazan entre tres grandes dominios de la determinación: la lógica estructurante de acumulación de capital, con sus condiciones político culturales; los modos de vivir con sus patrones estructurados grupales de exposición y vulnerabilidad; y los estilos de vida del libre albedrío personal y las condiciones fenotípicas y genotípicas (Figura 1). En correspondencia se incorporan las relaciones de poder de forma integrada entre clase-género-etnia. Y ha incorporado la dimensión de la interculturalidad como condición de una objetividad y subjetividad innovada en el conocimiento epidemiológico (Breilh 2008, 6).

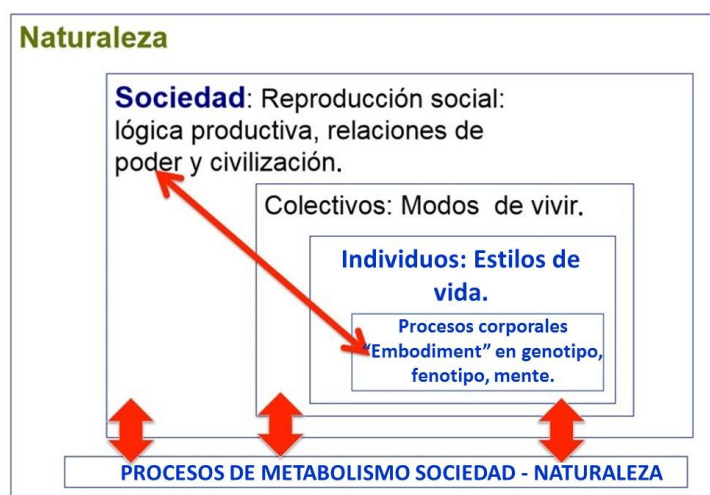


Figura 1. La vida social y lo biológico en el proceso de salud (Subsunción de procesos)  
Fuente y elaboración: Jaime Breilh 1977, 2003, 2015, 2020

A todo esto, si los principios de un modo de vivir saludable, está fundamentado en las 4 "S" de la vida (sustentabilidad, soberanía, solidaridad y bioseguridad) y, si los procesos sociales que afectan esas cuatro condiciones deterioran la salud en cinco dominios (trabajo, consumo y vida doméstica, organización / soportes sociales, cultura y construcción de identidad y metabolismo de la vida social con la naturaleza), tendríamos como resultado que esos principios y dimensiones del orden social que condicionan la salud están atravesando procesos complejos que deterioran la dinámica de la salud individual y colectiva (Breilh 2015, 980).

Por consiguiente, la iniciativa de encausar este estudio en el paradigma de la Determinación Social de la Salud, sobre los procesos de acompañamiento del niño/a prematuro/a, abre un abanico de engendrar un nuevo camino de la salud como un proceso

concatenado que está en movimiento continuo, de enfoque constructivo, participativo, transformacional e intercultural. Esta nueva mirada se instruye en tres dimensiones: 1) Dimensión Ontológica, que actúa en la realidad presente y existente; 2) Dimensión Epistemológica, el cual se analizan los procesos de operaciones y prácticas en la construcción de conceptos de una colectividad, y 3) Dimensión Praxiológica, donde se investigan los procesos concernientes a los aspectos sociales, políticos y económicos que se encuentran trenzados con el ecosistema.

## **Capítulo segundo**

### **Diseño metodológico**

#### **1. Objeto de estudio**

Procesos de acompañamiento en el niño/a prematuro/a en la Unidad de Neonatología del Hospital General San Vicente de Paúl de la ciudad de Ibarra, desde la Determinación Social de la Salud.

#### **Pregunta central de investigación**

¿Cuáles son los procesos de acompañamiento que se producen durante la estancia hospitalaria neonatal del niño/a prematuro/a en el período de septiembre 2020 a febrero 2021, desde la Determinación Social de la Salud?

#### **Objetivos**

##### **Objetivo general**

Analizar los procesos de acompañamiento en el niño/a prematuro/a en la estancia hospitalaria de la Unidad de Neonatología del Hospital San Vicente de Paúl de la ciudad de Ibarra, desde la Determinación Social de la Salud.

##### **Objetivos específicos**

1. Describir los procesos de acompañamiento del niño/a prematuro/a en la estancia hospitalaria.
2. Verificar la aplicación del Establecimiento Amigo de la Madre y el Niño (ESAMyN) durante el acompañamiento en los niños/as prematuros/as.
3. Analizar los modos y estilos de vida materno (DSS), procesos protectores y/o destructivos en el niño/a prematuro/a.



### **1.1. Tipo de estudio**

El presente trabajo de investigación corresponde según su profundidad a un estudio descriptivo-explicativo y según su alcance temporal se define como transversal.

La metodología utilizada en un principio es cuantitativa, y posteriormente conforme al enfoque de análisis que se encauza es cualitativo, de manera que, se describen y analizan las manifestaciones de procesos de acompañamiento materno y/o cuidadores de los niños/as prematuros/as en la estancia hospitalaria neonatal, profundizando el enfoque con el paradigma de la Determinación Social de la Salud. Se plantean tres objetivos, en el que incluyen la identificación de los aspectos que intervienen en el acompañamiento materno y cuidadores, la verificación en la aplicación del Establecimiento Amigo de la Madre y el Niño (ESAMyN) durante el acompañamiento y el análisis de los modos y estilos de vida materna (DSS), procesos protectores y/o destructivos en el niño/a prematuro/a.

#### **Diseño**

El diseño general de estudio propuesto para esta investigación es Observacional, puesto que los fundamentos de acompañamiento y/o cuidadores del niño/a prematuro/a representan básicamente a un momento del tiempo, es decir, no puede establecerse secuencia temporal entre las variables, ya que la recolección de la información se efectúa durante un período establecido. El periodo de estudio que se realiza es de septiembre 2020 a febrero 2021, el cual se analizan los procesos de acompañamiento en los niños/as prematuros/as que se encuentran hospitalizados en la Unidad de Neonatología, hasta el alta hospitalaria.

En relación al diseño cuantitativo se utilizaron dos instrumentos para las madres de los niños/as muy prematuros/as (formulario 04 de la normativa ESAMyN y la encuesta de Determinación Social de la Salud de Jaime Breilh); en cuanto a los profesionales de la Unidad de Neonatología se aplicó el instrumento (formulario 05A de la normativa ESAMyN).

Al respecto del diseño cualitativo se utilizaron tres entrevistas, administradas a los coordinadores: médico y enfermería de la Unidad de Neonatología y una entrevista aplicada a una madre de niño muy prematuro.

## **1.2. Universo y muestra**

### **1.2.1. Definición y caracterización del universo**

El universo está conformado por la totalidad de niños/as prematuros/as de la Unidad de Neonatología del Hospital San Vicente de Paúl de la ciudad de Ibarra, que están hospitalizados durante el período de septiembre 2020 a febrero 2021. Cabe recalcar que aproximadamente por semana ingresan a hospitalización en la Unidad de Neonatología entre 13 a 15 casos de recién nacidos que presentan factores de riesgo, de los cuales son recién nacidos vivos muy prematuros entre 1 a 2, y teniendo como indicador en el primer semestre de enero a junio de 2020 una cantidad de 20 niños/as muy prematuros/as. Los datos descritos anteriormente son obtenidos mediante los registros que emite la unidad de Neonatología al departamento de admisiones de la entidad hospitalaria.

Conforme a los criterios de inclusión y exclusión para este estudio, solamente son incluidos los niños/as prematuros/as de 28 a 31 semanas 6 días de edad gestacional, denominados niños/as muy prematuros/as; los demás niños/as prematuros/as de entre las 32 a 37 semanas son excluidos, puesto que en su mayoría no ingresan a cuidados intensivos neonatales y su estancia hospitalaria es más reducida. Por lo tanto, siendo la estancia un periodo mínimo no se observa con mayor amplitud los procesos de acompañamiento, como lo es en comparación con los niños/as muy prematuros/as, que permanecen más tiempo en la estancia hospitalaria.

### **Tipo de procedimiento muestral**

Teniendo en cuenta que este trabajo investigativo en su generalidad es de estudio cualitativo y por tratarse de una población pequeña se incluyeron a todos los casos de niños/as que cumplieron con los criterios de inclusión, ya que la población es definida y observable. Además, la presente investigación solventa el análisis de acompañamiento de las madres y/o cuidadores de los niños/as prematuros/as que están hospitalizados en la Unidad de Neonatología, en el período de septiembre 2020 a febrero de 2021, con una total  $n=11$  niños/as muy prematuros/as de 28 a 31 semanas 6 días de edad gestacional.



En el lapso del periodo de estudio hubo n=19 niños/as muy prematuros/as pese a las circunstancias de la pandemia del COVID-19, siendo el Hospital General San Vicente de Paúl considerado como Unidad Operativa Hospitalaria Centinela de la pandemia. De los n=19 niños/as muy prematuros/as hubo una mortalidad de n=8 por diversas circunstancias entre ellas la misma prematuridad, los niños/as que sobrevivieron en un total de n=11 ingresaron al estudio, llegando hasta el alta hospitalaria.

### **1.3. Recolección de datos**

#### **Instrumentos**

Las técnicas que se utilizan en este estudio son de inicio cuantitativas y posteriormente cualitativas.

Para la aplicación de las técnicas cuantitativas se utilizaron los siguientes instrumentos:

1. Formulario 04 de encuesta del ESAMyN para madres puérperas.
2. Formulario 05A de encuesta del ESAMyN para el personal de salud en contacto con la madre.
3. Encuesta de la Determinación Social de la Salud (Jaime Breilh) en modos y estilos de vida de las madres de los niños/as prematuros/as.

Mientras que, las técnicas cualitativas que se utilizan son:

1. Entrevista estructurada por el investigador aplicada a una madre de niño/a prematuro/a.
2. Entrevista estructurada por el investigador realizada a los profesionales coordinadores médico y de enfermería de la Unidad de Neonatología.
3. Recolección de datos de historia clínica del niño/a prematuro/a

#### **Descripción de los instrumentos**

Dentro de los instrumentos que recopilan la información y que se utilizan en este estudio son cuantitativos y cualitativos.

En los instrumentos cuantitativos, se utilizan los siguientes:

1. Formulario 04 de encuesta del Establecimientos de Salud Amigos de la Madre y del Niño (ESAMyN) para madres puérperas, estructurado por bloques: A

(datos de la madre, bebé y parto), B (asesoría), C (parto y puerperio), D (datos en caso de hospitalización del neonato) E (lactancia materna), F (para madres que no amamantan). Las preguntas de la encuesta son cerradas; la aplicación se desarrolla a las madres que son encuestadas, por el encuestador – investigador; el tiempo de aplicación es de 15 minutos. Como es un instrumento validado por la normativa ESAMyN hay mínimos sesgos en la medición.

2. Formulario 05A de encuesta del Establecimientos de Salud Amigos de la Madre y del Niño (ESAMyN) para el personal de salud en contacto con la madre, estructurado por bloques: A (datos del empleado en salud), B (evaluación al personal). Las preguntas de la encuesta son cerradas; la aplicación se desarrolló a los profesionales de la Unidad de Neonatología (n=10 enfermeras y n=5 médicos tratantes) que son los encuestados, efectuado por el encuestador-investigador; el tiempo de aplicación es de 10 minutos. Como es un instrumento validado por la normativa ESAMyN hay mínimos sesgos en la medición.
3. Encuesta de la Determinación Social de la Salud (DSS) en modos y estilos de vida de las madres de los niños/as muy prematuros/as, estructurada por el investigador de acuerdo a la propuesta de la DSS por el autor Jaime Breilh (2003). La estructura de la encuesta es por módulos: módulo 1 (datos de identificación de la madre), módulo 2 (modos de vida), módulo 3 (estilos de vida). Las preguntas de la encuesta son cerradas; la aplicación se desarrolla a las madres de los niños/as muy prematuros/as que están hospitalizados en la Unidad de Neonatología, siendo ellas las encuestadas y aplicado por el encuestador-investigador; el tiempo de aplicación es 15 a 20 minutos.
4. Se realiza la observación consecutiva y el análisis epidemiológico del expediente único historia clínica del niño/a prematuro/a, durante la estancia hospitalaria (formulario de evolución y prescripción SNS-MSP / HCU-form.005 / 2007), este análisis se correlaciona con la encuesta de la DSS aplicada a las madres.

Mientras tanto los instrumentos cualitativos que se utilizan son los siguientes:

- Entrevista estructurada por el investigador que se realiza a una madre migrante del niño/a muy prematuro/a, se encuentra distribuida por cuatro preguntas abiertas, donde se obtiene información sobre los modos y estilos de vida de la

madre y contexto familiar (procesos protectores y destructivos durante etapas: prenatal, natal y postnatal). El tiempo destinado para la entrevista que es realizada por el investigador es de 20 minutos.

- Entrevista estructurada por el investigador aplicado a los profesionales coordinadores (médico y enfermería) de la Unidad de Neonatología, se encuentra distribuida por cuatro preguntas abiertas, donde se obtiene información sobre planes de acción impartidos y/o a ejecutar sobre la normativa del ESAMyN. El tiempo que se destinado para la entrevista que es realizada por el investigador es de 20 minutos.

### **1.3.1. Procedimiento de aplicación de instrumentos**

Para la ejecución del trabajo de investigación se obtiene el permiso pertinente en Memorando Nro. MSP-CZ1-HSVP-2020-5533-M, el cual Gerencia Hospitalaria expone la aprobación para el desarrollo del estudio. Los coordinadores médico y de enfermería de la Unidad de Neonatología informaron al personal profesional de salud para la apertura y colaboración respectiva en el desarrollo de la investigación en el tiempo determinado en él memorando. Por tanto, a las madres de los niños/as muy prematuros/as se les informa y se les solicita mediante el consentimiento informado ingresar a este proceso de investigación, de la misma manera a los profesionales de salud de la Unidad de Neonatología para la aplicación de las encuestas del ESAMyN (madres y profesionales de salud) y DSS (madres). Así como también la ejecución de entrevista a la madre migrante del niño/a prematuro/a y a los coordinadores médico y enfermería de la Unidad de Neonatología. Finalmente, se realiza el análisis epidemiológico del formulario del expediente único historia clínica evolución del niño/a prematuro/a durante la estancia hospitalaria determinando los procesos protectores y embodiment del niño/a prematuro/a.

Para evitar los sesgos en la aplicación de estudio, se delimita como estudio cualitativo, ya que es una población definida y observable.

### **1.4. Análisis de datos**

Una vez obtenido los resultados de las encuestas y entrevistas se utilizan técnicas de análisis de estadística descriptiva, técnicas de análisis del contenido del texto y análisis

epidemiológico; además los datos son analizados mediante el uso de software, de la siguiente manera:

- Posterior a la aplicación de las encuestas: 04 formulario de encuesta para madres puérperas (Anexo 2), 05A formulario de encuesta para personal de salud en contacto con la madre (Anexo 3), ambos formularios de la normativa ESAMyN; encuesta de la Determinación Social de la Salud (Anexo 4) en modos y estilos de vida de las madres de los niños/as muy prematuros/as y análisis epidemiológico de procesos protectores - procesos destructivos de expediente único de la historia clínica de los niños/as prematuros/as en la estancia hospitalaria (formulario de evolución y prescripción).

Los resultados de las encuestas y de análisis epidemiológico de los niños/as prematuros/as, fueron ingresados en la base de datos de programa estadístico SPSS versión 25, con el propósito de analizar y obtener resultados, tanto en las preguntas, así como también en las respuestas.

Para el análisis cualitativo, se procedió con la transcripción de las entrevistas a Microsoft Word aplicada a la madre migrante del niño/a muy prematuros/a (Anexo 5) y a los coordinadores médico y de enfermería de la Unidad de Neonatología (Anexo 6), y su posterior migración al programa Atlas.ti 9 para su análisis de resultados.

## 1.5. Modelo analítico y operacional del estudio

Tabla 2  
**Matriz de operacionalización**

Tema: Procesos de acompañamiento en los niños/as prematuros/as						
Objetivo general: Analizar los procesos de acompañamiento en el niño/a prematuro/a en la estancia hospitalaria de la Unidad de Neonatología del Hospital San Vicente de Paúl de la ciudad de Ibarra, desde la Determinación Social de la Salud.						
Objetivos	Preguntas de investigación	Técnicas de Investigación	Técnicas de análisis	Fuentes / sujetos sociales	Categorías / variables	Instrumentos de recolección de información
<b>1. Describir los procesos de acompañamiento del niño/a prematuro/a en la estancia hospitalaria de la Unidad de Neonatología del Hospital San Vicente de Paúl de la</b>	-¿Cuáles son los procesos de acompañamiento en la estancia hospitalaria de la Unidad de Neonatología del Hospital San Vicente de Paúl de la ciudad de Ibarra?	Formulario 04 de encuesta para madres puérperas (ESAMyN).	Estadística descriptiva.	Madres de los niños/as prematuros en el período de septiembre de 2020 a febrero 2021.	Datos de la madre, bebé y parto, asesoría, parto y puerperio, hospitalización neonatal, lactancia materna.	Formulario 04 de encuesta para madres puérperas (ESAMyN).

<p><b>ciudad de Ibarra</b></p>	<p>-¿Cómo se aplica los procesos de acompañamiento por parte de los profesionales de neonatología en la estancia hospitalaria de la Unidad de Neonatología del Hospital San Vicente de Paúl de la ciudad de Ibarra?</p> <p>- ¿Conocen las madres los procesos de acompañamiento en la estancia hospitalaria del niño/a prematuro/a de la Unidad de Neonatología del Hospital San Vicente de Paúl de la ciudad de Ibarra?</p>	<p>Formulario 05A de encuesta personal de salud en contacto con la madre (ESAMyN).</p> <p>Entrevista a los coordinadores médico-enfermería de la Unidad de Neonatología.</p> <p>Entrevista a madre.</p>	<p>Estadística descriptiva.</p> <p>Análisis de contenido del texto.</p> <p>Análisis de contenido del texto.</p>	<p>Profesionales de salud de la unidad de neonatología.</p> <p>Coordinadores médico-enfermería de la Unidad de Neonatología</p> <p>Madre del niño/a prematuro en el período de septiembre de 2020 a febrero 2021.</p>	<p>Datos del profesional de salud, evaluación al personal.</p> <p>Datos sobre conocimiento, aplicación y procesos de acompañamiento del ESAMyN.</p> <p>Datos sobre modos y estilos de vida. Procesos protectores y destructivos durante etapas: prenatal, natal y postnatal.</p>	<p>Formulario 05A de encuesta personal de salud en contacto con la madre (ESAMyN).</p> <p>Guía de entrevista estructurada por el investigador</p> <p>Guía de entrevista estructurada por el investigador.</p>
<p><b>2. Verificar la aplicación del Establecimiento Amigo de la Madre y del Niño (ESAMyN) durante el acompañamiento en los niños/as prematuros/as.</b></p>	<p>- ¿Cuáles componentes y pasos se aplican a la madre y el niño/a en la estancia hospitalaria de la Unidad de Neonatología del Hospital San Vicente de Paúl de la ciudad de Ibarra?</p> <p>-¿Cómo son los procesos de acompañamiento durante la evolución en la salud del niño/a prematuro en la estancia hospitalaria de la Unidad de Neonatología del Hospital San Vicente de Paúl de la ciudad de Ibarra?</p>	<p>Formulario 04 de encuesta para madres púerperas (ESAMyN).</p> <p>Formulario 05A de encuesta personal de salud en contacto con la madre (ESAMyN).</p> <p>Historia clínica del neonato.</p>	<p>Estadística descriptiva.</p> <p>Análisis epidemiológico.</p>	<p>Madres de los niños/as prematuros en el período de septiembre de 2020 a febrero 2021.</p> <p>Profesionales de salud de la unidad de neonatología.</p> <p>Historia clínica de Niños/as prematuros/as en el período de septiembre de 2020 a febrero 2021.</p> <p>Niños/as prematuros/as en el período de septiembre de 2020 a febrero 2021.</p>	<p>Datos de la madre, bebé y parto, asesoría, parto y puerperio, hospitalización neonatal, lactancia materna.</p> <p>Datos del profesional de salud, evaluación al personal.</p> <p>Datos de evolución de salud de estancia en hospitalización neonatal.</p>	<p>Formulario 04 de encuesta para madres púerperas (ESAMyN).</p> <p>Formulario 05A de encuesta personal de salud en contacto con la madre (ESAMyN).</p> <p>Formulario de encuesta de determinación social de la salud (modos y estilos de vida).</p> <p>Formulario de evolución y prescripción (SNS-MSP / HCU-form.005 / 2007).</p>

<b>3. Analizar los modos y estilos de vida materno (DSS), procesos protectores y/o destructivos en el niño/a prematuro/a</b>	-¿Cuáles son los modos y estilos de vida materna?	Encuesta a las madres de la determinación social de la salud (modos y estilos de vida).	Estadística descriptiva.	Madres de los niños/as prematuros en el período de septiembre de 2020 a febrero 2021.	Datos sobre modos y estilos de vida, (procesos protectores y destructivos). Módulo I datos de identificación de la madre, (embarazo, estado civil, ocupación, actividad que realiza en la actualidad, situación socioeconómica, religión, escolaridad, afiliación, etc.); módulo II modos de vida (principal responsable económico, ocupación, propiedades, vivienda, ingresos económicos, servicios básicos, composición del hogar, grupo étnico, escolaridad, afiliación seguro, pertenencia a una organización social, etc.); módulo III estilos de vida (personas que viven en casa, alimentación, tiempo de descanso, tiene malos hábitos de tabaco – alcohol - drogas, actividad tiempo libre, realiza deporte, etc.)	Formulario de encuesta de determinación social de la salud (modos y estilos de vida).
	-¿Cuáles son los procesos protectores y/o destructivos en el niño/a prematuro/a?	Encuesta a las madres de la determinación social de la salud (modos y estilos de vida).	Estadística descriptiva.	Madres de los niños/as prematuros en el período de septiembre de 2020 a febrero 2021.	Datos de planes de acción ejecutados en	
	-¿Cómo son los procesos protectores y destructivos que acontecen en el niño/a prematuro/a en la estancia hospitalaria de la Unidad de Neonatología del Hospital San Vicente de Paúl de la ciudad de Ibarra?	Entrevista a los coordinadores médico-enfermería de la Unidad de Neonatología.	Análisis de contenido del texto.	Coordinadores, médico-enfermería de la Unidad de Neonatología.	Guía de entrevista estructurada por el investigador.	

Fuente y elaboración propias

## **1.6. Modelo operacional de los procesos protectores y destructivos**

El modelo operacional de los procesos protectores y destructivos se expone en el anexo 7.

## **1.7. Ética**

### **Confidencialidad**

De acuerdo con los procedimientos que garanticen los aspectos éticos en esta investigación con sujetos humanos, se realizó el siguiente proceso para su aprobación:

- Se obtiene el permiso correspondiente a la Autoridad Máxima Hospitalaria, mediante oficio s/n con fecha 29 de septiembre de 2020, realizado por el Lic. Marco Montesdeoca, donde solicita autorización respectiva para desarrollar el tema de investigación "Procesos de Acompañamiento en el Niño Prematuro en la Unidad de Neonatología del Hospital General San Vicente de Paúl". En memorando Nro. MSP-CZ1-HSVP-2020-5533-M del 6 de octubre de 2020 el Dr. Salomón Proaño Gerente la Institución de ese entonces, otorga el consentimiento respectivo para la aplicación de la investigación dando a conocer a los Coordinadores Médico y Enfermería de la Unidad de Neonatología y solicitando las facilidades pertinentes para la aplicación del estudio, conforme al cronograma descrito en el documento, es decir, el tiempo de estudio de los meses de septiembre 2020 a febrero 2021. Posteriormente el investigador junto con los coordinadores de la Unidad de Neonatología mantuvo reuniones para afinar el proceso de intervención observacional durante la estancia hospitalaria del niño/a prematuro/a, y que los profesionales de salud de la Unidad tengan conocimiento y apertura de apoyo sobre el tema de estudio.
- En el proceso de aplicación de la investigación se solicita el consentimiento informado (Anexo 1) a la madres de los niños/as muy prematuros/ras. Para aquello las personas que participaron fueron instruidas anticipadamente en

relación a los objetivos de la investigación antes de aplicar las encuestas (formulario 04 del ESAMyN y DSS). A la vez se les informó que los datos recabados y que la identificación personal son reservados, que no serán empleados para otros propósitos que no sea de este trabajo.

- En cuanto a los profesionales de salud (n=5 médicos tratantes y n=10 enfermeras) se solicita el consentimiento informado (Anexo 1) para la aplicación de encuesta (formulario 05A del ESAMyN), al mismo tiempo se les comunica que la información recabada es estrictamente confidencial y que ni sus datos ni nombres serían utilizados para otros fines fuera de los de este estudio.

Las madres y profesionales de la salud de la Unidad de Neonatología manifiestan su voluntaria y libre aprobación por escrito para participar en este trabajo, mediante consentimiento informado. Este estudio investigativo certifica los principios éticos de la Proclamación de Helsinki-WMA.



## **Capítulo tercero**

### **Contexto sociohistórico del cantón Ibarra**

En esta sección se analiza el contexto sociohistórico-económico de la ciudad de Ibarra, enmarcado en el dominio general de la Determinación Social de la Salud, correspondiente a la estructura de acumulación, la capacidad central del medio de producción, las estrategias administrativas del cantón y los avances de la cultura, y destrezas contextuales gnoseológicas. Puesto que, en este territorio se configuran las dimensiones de la salud, donde se identifican las problemáticas en el dominio de la salud pública. Asimismo, brevemente se describen los procesos organizacionales de la entidad de salud pública Hospital General San Vicente de Paúl, adentrándose al lugar específico Unidad de Neonatología, en donde se aplicó el estudio.

En el estudio realizado por la Universidad Técnica del Norte (2013) y en la actualización del Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial del cantón Ibarra (2020) del Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal de San Miguel de Ibarra, describen a la ciudad política y administrativamente de la siguiente manera:

El cantón Ibarra se encuentra en la región norte del Ecuador, en la provincia de Imbabura. Este cantón tiene la particularidad de ser la sede administrativa de la zona 1 conformada por las provincias de Esmeraldas, Carchi, Sucumbíos e Imbabura; está conformada administrativamente por 5 parroquias Urbanas: San Francisco, El Sagrario, Caranqui, Alpachaca y Priorato; y siete parroquias Rurales: San Antonio, La Esperanza, Angochagua, Ambuquí, Salinas, La Carolina y Lita. Estratégicamente se encuentra ubicada al noreste de Quito, capital de la república a 115 Km, a 135 Km de la frontera con Colombia, y a 185 Km de San Lorenzo-Esmeraldas, en el Océano Pacífico. (UTN 2013, 6-7)

Posee un clima seco templado y agradable durante el año la temperatura generalmente varía de 13°C a 24°C y rara vez baja a menos de 11°C o sube a más de 26°C. (GAD Ibarra 2020, XXIV)

A continuación en la figura 2 se representa la ubicación geográfica del cantón Ibarra, en donde se describen las ubicaciones: provincial, zonas parroquiales y zonas urbanas.

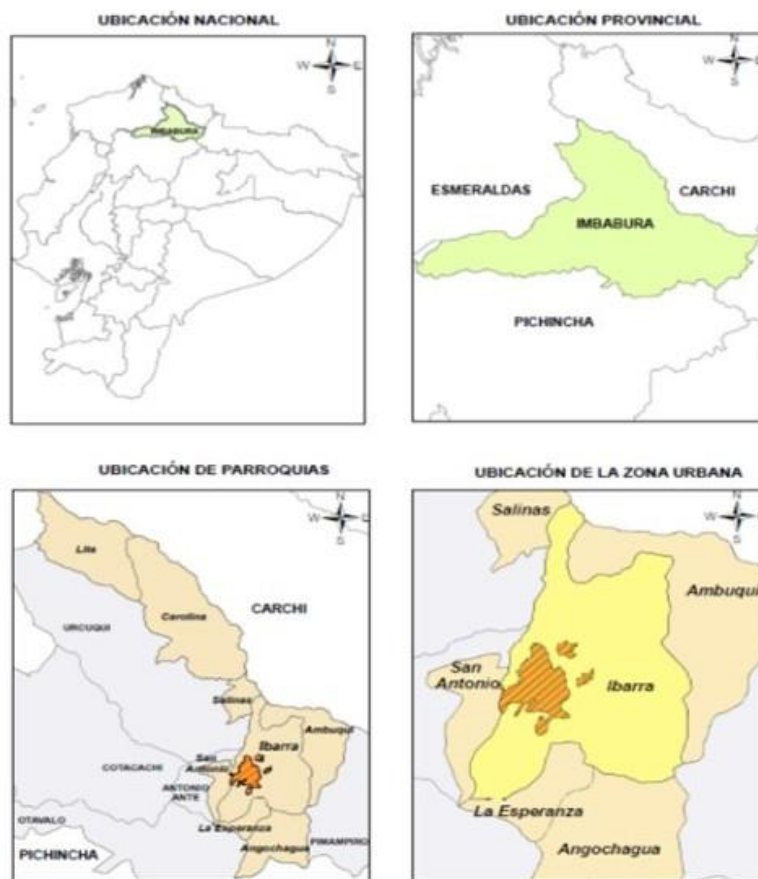


Figura 2. Ubicación geográfica del cantón Ibarra  
 Fuente: UTN, 2013  
 Elaboración propia

La capital de Imbabura se autodefine como “Centro de civilización castellana establecida en el Norte del antiguo Quito” y que “conserva la arquitectura colonial, réplica española, dueña de hitos, leyendas y grandes hazañas protagonizadas por el Libertador Simón Bolívar”. La población en su mayoría es mestiza, a lo largo del territorio se ubican secciones de comunidades indígenas y de etnia afroecuatoriana, lo que resalta la diversidad de cultura y étnica en Imbabura, provincia importante en la representación de pueblos y agrupaciones, especialmente de etnia indígena; sin dejar de lado los sectores de Mira y valle del Chota donde se asientan los grupos afrodescendientes.

La ciudad de Ibarra, es y seguirá siendo, un eje de nexos socioculturales y comerciales de extensa participación entre Ecuador y Colombia, correlaciones que se han marcado durante el tiempo en cuanto a la distribución poblacional, donde se han creado redes de amistad, semejanza y desarrollo comercial entre ciudadanos, organizaciones o colectivos que poseen el mismo fin.

De acuerdo al Censo de Población y Vivienda 2010, el cantón Ibarra tiene una población de 181.175 personas, los habitantes asentados en el área urbana son 131.856,

simboliza el 72,8 % del total de habitantes del cantón; en cuanto al sector rural, hay 49.319 habitantes, que figura el 27,2 % del total de la población. El cantón cuenta con el 45,49 % del total de habitantes de Imbabura, mientras que en la provincia hay 898.244 personas. La cabecera del cantón posee el 77,12 %; en cambio, en el sector rural la parroquia de San Antonio posee el índice poblacional más alto con el 9,67 %. En esta misma línea, acorde a los datos del INEC, en San Antonio se localiza la más alta pobreza de la ciudad, esto afirma que la situación de los ciudadanos que viven en este sector presenta bastantes falencias en lo económico, lo que trunca el desarrollo socioeconómico y un mejor porvenir colectivo. Por tanto, la exigencia de extender los servicios básicos, generar fuentes de empleo, fomentar proyectos en infraestructura, mejorar la calidad de vida en viviendas y educación, son los retos que forjarían las instituciones de gobierno local y seccional (UTN 2013, 16-9).

Según el INEC aproximadamente la población total del cantón Ibarra para el año 2020 llegaría a 221.149 habitantes [...] El Cantón tiene una extensión total de 1.162,22 km<sup>2</sup>; está limitada por norte: provincia del Carchi, al noroeste: provincia de Esmeraldas, al oeste: cantones Urcuquí, Antonio Ante y Otavalo, al este: cantón Pimampiro y al sur: provincia de Pichincha; con una altitud de 2.225 m.s.n.m. (GAD Ibarra 2020, XXIV)

En la figura 3 se aprecia la ubicación geográfica del cantón Ibarra, con los límites y distribución de parroquias urbanas y rurales.



Figura 3. División política administrativa del cantón Ibarra  
Fuente: UTN, 2013  
Elaboración propia

## 1. Dinámicas de ocupación en la ciudad de Ibarra

En este aspecto, acorde a la investigación realizada por la Universidad Técnica del Norte (2013) referente al perfil territorial del cantón Ibarra, expresan lo siguiente:

La estructura económica esencial del cantón Ibarra la marca la Población Económicamente Activa (PEA), para el año 2010 la tasa de crecimiento fue del 2,99 % lo que representa a 20.587 personas, distribuidas en tres sectores productivos: agropecuario, industria y de servicios. Conforme los datos analizados del INEC en el 2010, el sector de servicios es el más representativo a nivel cantonal con el 58,02 %, con sus principales actividades de “comercio al por mayor y menor”, enseñanza, administración pública y transporte, esto evidencia la tendencia de crecimiento a la zona urbana con el establecimiento de locales, infraestructura educativa y red vial dentro del casco urbano, el cual determina que los tipos de ocupación de la población a nivel cantonal sea el de trabajar por cuenta propia o ser empleado público o privado. (UTN 2013, 13-4)

El sector de industrias que representa el 19,38 %, está relacionado con las principales actividades en la industria manufacturera que está ubicada en el casco urbano y tiene el principal tipo de ocupación que es el de ser empleado privado, y la otra actividad que es la construcción, esto se concentra en las áreas periféricas urbanas donde están construyéndose conjuntos habitacionales que utilizan la mano de obra de personas que viven en los sectores rurales especialmente de Angochagua, La Rinconada y La Esperanza, esto ha ocasionado que parte de esta población con vocación netamente agrícola, dejen sus actividades ancestrales y formen los asentamientos urbano marginales de la ciudad de Ibarra. (UTN 2013, 14)

El sector agropecuario representa el 11,61 %, que está relacionado con las actividades agrícolas, ganaderas, silvicultura y pesca, actividades que no se realizan en el área urbana y en sus zonas periféricas, en cambio se concentran en las parroquias rurales de Lita, La Carolina y Salinas, esto se debe a que las condiciones ambientales, culturales y productivas de sus terrenos permiten que continúen trabajando en sus localidades. (UTN 2013, 14)

De acuerdo al GAD Ibarra en la actualización del Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial del Cantón en el año 2020, cita los datos de la actividad agrícola recabados por el Ministerio de Agricultura y Ganadería (MAG) en el año 2014, el cual enuncian:

Los cultivos que se pueden desarrollar de forma moderada y óptima en el cantón son: amaranto, borojo, chocho, mora de castilla, papa, quinua y uvillas. En el caso de los productos andinos como la papa, se identifica la parroquia de La Esperanza, San Antonio y San Francisco como el sector óptimo para su desarrollo, en el caso del chocho su área para un desarrollo adecuado se localiza en la parroquia San Antonio y Caranqui; las uvillas debido a las condiciones biográficas de las parroquias San Antonio y La Esperanza es donde se representa un mayor potencial de desarrollo del cultivo. Para el desarrollo e implementación del producto agrícola del amaranto se lo podría desarrollar en parroquias

como La Dolorosa del Priorato, Sagrario, San Francisco, Caranqui, San Antonio una distribución biogeográfica similar para el desarrollo del cultivo de quinua [...] en cultivos de clima húmedo se destaca el borojo en la parroquia de Lita. En la parroquia La Carolina se zonifica cultivos como el maíz duro, tomate de árbol y borojo. En la parroquia Ambuquí el desarrollo de frutales como manzano del valle interandino, tomate de árbol y mora de castilla. (GAD Ibarra 2020, 8)

En el ámbito del sector agrario lo que más se cultiva, produce y comercializa en el cantón es la caña de azúcar, ya que dentro el territorio se encuentra asentada la empresa de Ingenio Azucarero, una institución privada que ha proporcionado fuentes de empleo en gran parte a la ciudadanía Ibarreña, y que también se ha extendido hacia los cantones cercanos a Ibarra y lugares del Carchi (UTN 2013, 34).

### **1.1. Dinámicas de crecimiento de la población en el cantón Ibarra**

El crecimiento poblacional del cantón Ibarra es continuo y con el pasar del tiempo sigue en evolución, en el año 2010 el índice en el crecimiento poblacional fue del 1,9 %. Realizando una comparación a nivel nacional y provincial, esta tasa de crecimiento poblacional es mayor a la tasa provincial 1,6 % y a la tasa nacional de 1,52 %. (INEC 2010). Una de las causas que interviene en estos resultados, es la migración de personas que se encuentran en movilidad humana provenientes de la nación colombiana con un impacto del 90 %. En tal virtud, hacia el año 2010, la ciudad albergaba a unas 4752 personas, de estos la mayoría se concentran en el casco urbano de Ibarra con el 88 %. Otra causa es la migración de la población de los cantones aledaños como Urcuquí y Pimampiro, y de la provincia del Carchi en busca de oportunidades laborales, y por motivos de estudio a nivel universitario, donde la Universidad Técnica del Norte tiene la representatividad del 40 % de su cuerpo estudiantil procedente de la provincia del Carchi (UTN 2013, 24).

Por otro lado, es elemental analizar cómo se produce el dinamismo de crecimiento poblacional, para ello en el cantón las mujeres fértiles se encuentran en edades de 12 y 49 años, con un total de 54.612 mujeres, figurando el 30,1 % de la población total. Por lo tanto, por cada mil mujeres fértiles se espera que cada año haya aproximadamente 60,2 nacimientos, es decir, que se tendría que planificar la atención médica alrededor de 3.287 nacimientos. Esto involucra a que el crecimiento poblacional en cada año sea del 18,1 % por cada mil personas, debido a los nuevos nacimientos. (UTN 2013, 24).

Conforme al trabajo ejecutado por la Universidad Técnica del Norte (2013) del perfil territorial del cantón Ibarra, en cuanto al dinamismo de crecimiento enfatizan lo siguiente:

Realizando el análisis de las dinámicas de crecimiento de las parroquias urbanas y rurales del cantón, se determina que el decrecimiento de población ha sido alto en las parroquias de la Carolina, Angochagua y Ambuquí; por el contrario en el centro urbano y San Antonio se registran las tasas más altas de crecimiento, incluso por encima de la tasa provincial y cantonal. Esto hace presumir que la falta de condiciones en las parroquias rurales motiva a la gente a migrar o bien hacia el centro urbano, o bien hacia otros países. En el centro urbano esta migración generalmente aumenta los círculos de pobreza, de acuerdo a las condiciones de educación y salud de estas personas muy difícilmente se podrán insertar en procesos productivos. Actualmente, las parroquias rurales como Lita y La Carolina han sido las parroquias con mayor índice de natalidad en el cantón. Mientras que la zona urbana del cantón representada por las parroquias urbanas, ha sido la tercera zona con mayor índice demográfico. La parroquia con menor tasa de natalidad es la parroquia de Ambuquí. Estos datos estadísticos conllevan a pensar en la forma de evolución de los grupos etarios de la población del cantón, es decir, los datos estadísticos expuestos por el INEC en el 2010, demuestran que en todas las parroquias del cantón el principal motivo para emigración ha sido la búsqueda de trabajo, así por ejemplo en parroquias rurales como Ambuquí, Angochagua y La Carolina mantienen los índices más altos con: 74,07 %; 90,32 %; 63,63 % respectivamente. (UTN 2013, 25-7)

## **1.2. Cualidades culturales y etnias de la ciudad de Ibarra**

El cantón Ibarra por su multiculturalidad, presenta una gran diversidad multiétnica. Según el INEC (2010) los habitantes ibarreños se auto identifican en siete etnias, siendo estas: mestizo 78,2 %, indígena 8,83 %, afroecuatoriana 6,62 %, montubio 0,33 %, mulatos 2,06 %, blanco 3,79 % y otros 0,17 %. La etnia con mayor peso demográfico es la mestiza, el cual mayormente se encuentra ubicado en el área urbana (64,86 %), a la vez esta población tiene representatividad significativa en espacios rurales (13,34 %). La etnia indígena es una población que está situada en sectores rurales con el 5,68 % y en menor proporción en el sector urbano con el 3,15 %. Y finalmente la tercer etnia más distintiva es la afroecuatoriana que habita en lugares urbanos y rurales, no obstante, su representación es mínima en cada uno de estos sectores (UTN 2013, 29).

En las narrativas de actualización del Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial del Cantón GAD Ibarra en el año 2020, enuncia lo siguiente:

En Ibarra, las etnias auto identificadas y reconocidas oficialmente son: indígena, afroecuatoriano o negra, y awá, de las cuales se ha podido identificar que, desde la exigencia de derechos, trabajan de manera individual. No existe un organismo rector estatal que dirija políticas públicas a favor de ellos. Entre ellos el más olvidado y desprotegido es la Nacionalidad Awá. El Consejo Cantonal de Protección de los Derechos de Ibarra, construyó una ordenanza para estos enfoques con el fin de dar apoyo a los

mismos, pero de acuerdo a las competencias municipales, esta normativa no alcanza a cubrir con las verdaderas necesidades de este enfoque en general. (GAD Ibarra 2020, 76)

### **1.3. Niveles etarios de la población y grupos de atención prioritaria del cantón**

En relación a los grupos etarios, como ya se ha indicado, la ciudad de Ibarra en el año 2010 contaba con 181.175 habitantes, dentro de ellos 16.590 (9,2 %) son niños entre 0 y 4 años. Del mismo modo, tenemos a los sujetos de 5-9 años con el 10,1 % y de 10-14 años con el 10,5 %. Cantidades semejantes, son entre los grupos de 25-29 años, con la particularidad que disminuye la relación gradualmente. Indudablemente, en rangos de edad de 40-44 y 50-54, figuran el 6,0 % y 4,2 % correspondientemente. En cuanto al rango de edad de 55 años y más, tenemos el 14.4 % (UTN 2013, 31).

Todos los niños y niñas tienen derecho al mejor comienzo posible y al mayor apoyo de su familia para desarrollar el máximo de su potencial. Los niños/as representan el 23 % de la población total en el cantón Ibarra, mientras que los adolescentes el 12 %. (GAD Ibarra 2020, 66)

La Cobertura del Servicio de Desarrollo Infantil Integral 0-3 años del Ministerio de Inclusión Económica y Social en Ibarra es de 3.766 personas, teniendo a la parroquia de El Sagrario con el mayor número de adjudicados.

En cuanto a las personas con discapacidad, según datos de corte a febrero del 2020 en la actualización del Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial del cantón Ibarra, describen lo siguiente:

En el cantón existe un total de 6.282 conforme el Registro Nacional de Discapacidades, el mayor grado de discapacidad que existe en el cantón es la discapacidad física que representa el 44 %, en relación al género el 54 % es masculino. La mayor población con discapacidad se encuentra entre los 36 a 64 años y 1.090 personas con discapacidad se encuentran con grado de discapacidad entre el 75 % a 100 %. (GAD Ibarra 2020, 59)

Con respecto al grupo del adulto mayor, constituyen el 8 % de la ciudad, por lo que, el cantón tiene el desafío de alcanzar propuestas relacionadas a la seguridad social, cuidados del adulto mayor, otorgándoles mejoras en su calidad de vida en las distintas fases de envejecimiento. En este sentido, la responsabilidad de ayuda a este grupo etario lo ejecuta el Ministerio de Inclusión Económica y Social, donde 1.065 sujetos son los beneficiados, encontrándose la mayor asistencia de este apoyo en La Esperanza.

Una de las problemáticas estructurales de la ciudad constituye la desigualdad de género, por lo tanto, mediante la política pública se busca optimizar el accionar oportuno de la justicia, mejorar los esquemas socioculturales, fortalecer recursos y servicios a la comunidad, con el objetivo de prevenir y eliminar completamente la violencia de género. Puesto que, Ibarra está considerada como una ciudad de alto índice de violencia hacia las mujeres, siete de cada diez féminas han sido objeto de alguna forma de violencia, siendo la más frecuente la violencia psicológica en parejas con el 78 %. Igualmente, la violencia física también es habitual, produciéndose en entornos familiares, principalmente en las parejas, esto conlleva en que las víctimas se encuentren en un ambiente incesante de violencia (GAD Ibarra 2020, 70).

En relación a la situación del colectivo de Lesbianas, Gays, Bisexuales, personas Transgénero e Intersexuales (LGBTI), en la ciudad no se cuenta con estudios y acciones específicas sobre la situación local de este grupo.

Acerca de la movilidad humana o migración, el GAD Ibarra no cuenta con estrategias totalmente establecidas de territorio en la recepción y acogida de personas en condiciones de movilidad. Debido a lo cual, necesariamente se debe impulsar propuestas claras y reales que garanticen los derechos humanos y que estos no sean vulnerados. La política pública es esencial en este ámbito, con el afán de mitigar esta problemática social y económica, para esto, es muy trascendental que las Instituciones de Gobierno, Provinciales y Seccionales, coordinen acciones prontas sobre este tema.

#### **1.4. Perfil educacional del cantón Ibarra**

La educación y el aprendizaje es el eje central para el desarrollo y bienestar del individuo, por tal motivo, la dotación educativa que se oferta a la comunidad es de vital importancia, para impulsar el acceso a servicios de formación educativa con estándares que actualmente lo exige la sociedad.

En nuestra nación los índices de analfabetismo han sido reducidos significativamente, mediante un sinnúmero de estrategias que se han venido ejecutando por las instituciones rectoras de educación. No obstante, hasta la actualidad específicamente en los sectores rurales, el analfabetismo no se ha reducido plenamente. Es así, que en el cantón Ibarra según la proyección realizada por la Dirección de Educación para el año 2020 se tendría un índice de analfabetismo de 1,98 %.



La oferta educativa en el Cantón San Miguel de Ibarra está compuesta por 116 instituciones de las cuales el 28 % están en el sector rural y el 72 % en el urbano. En los años 2018-2019, de los 116 establecimientos educativos ubicados en el Cantón el 22,99 % corresponden a equipamientos educativos de educación inicial el 69,03 % a educación general básica y el 7,98 % a bachillerato unificado. Para el año 2019, en el área rural se concentra el 14 % de la población estudiantil mientras que en el área urbana se concentra el 86 % ya que por sus condiciones y ubicación geográfica ofrecen mejores condiciones y accesos a servicios. (GAD Ibarra 45-6)

Así también, en el cantón las instituciones educativas se encuentran distribuidas según su sostenimiento y oferta como: Fiscales 63 entidades, Fiscomisionales 11, Municipal 1 y Particular 41.

En cambio, la educación superior en la ciudad se centra en Universidades representativas como: Universidad Técnica del Norte, entidad pública y Pontificia Universidad Católica Sede Ibarra, entidad privada; así también en Institutos Tecnológicos Superiores. La oferta académica en toda la provincia de Imbabura es de 97 carreras de tercer nivel y 11 carreras de cuarto nivel.

### 1.5. Zonas de producción en el cantón Ibarra

Las dinámicas y procesos de producción de desarrollo en el cantón se centran en los siguientes ámbitos:

**El uso pecuario:** Es el conjunto de usos que presentan pastos cultivados y pastos naturales, en el cantón se localiza en zonas de Aloburo y Piman pertenecientes a la parroquia El Sagrario, donde la ganadería es caprina. Otra área importante de la ganadería se localizada en la parroquia Lita en los poblados de Palo Amarillo y Cachaco, en La Carolina en la comunidad en Santa Marianita de Yacucaspi. **El subsector piscícola:** Existen instalaciones piscícolas de tipo artesanal en la hacienda Zuleta. Pero también existen grandes criaderos de tilapia en Cachaco, perteneciente a la parroquia de Lita, dicha producción sirve para abastecer a los comerciantes de pescado en Yahuarcocha y también es exportada para Colombia. **La producción forestal:** La zona de producción primordialmente se encuentra situado en la parroquia Lita, en la comunidad El Cachaco, y en la zona periférica de La Carolina, y una mínima parte en el Bosque de Guayabillas ubicado en la parroquia urbana San Francisco. Actualmente, el Gobierno Central ha implementado en la parroquia de la Esperanza el proyecto de producción forestal. Algo interesante para resaltar es que Imbabura e Ibarra son lugares de tránsito de la explotación maderera prohibida generada en Esmeraldas. **Para el uso industrial:** La principal zona industrial de Ibarra se ubica en un 50 %, también se ha convertido en residencial. La zona para uso industrial está ubicado al oeste de la ciudad. **Agrícola:** Esta actividad, se desarrolla por todo el territorio del cantón. (UTN 2013, 38)

**Áreas de conservación Municipales:** Dentro del cantón se identifican áreas de conservación como el Bosque Protector Guayabillas (0,57 km<sup>2</sup>), el proyecto de

conservación mancomunado Taita Imbabura (35 km<sup>2</sup>), además de áreas de conservación comunitarias como el de la comunidad Zuleta (2.257,97 km<sup>2</sup>) y Asociación de Trabajadores Agrícolas Gallo Rumi (11,52 km<sup>2</sup>); por otra parte, la suma total de áreas de conservación individuales alcanza alrededor de 3.000,01 km<sup>2</sup>. (GAD Ibarra 2020, 22)

### **1.6. Patrones socioeconómicos del cantón Ibarra**

En el cantón Ibarra se encuentran 189 centros educativos públicos, privados, fiscomisionales y municipal. En el área de salud existen 24 unidades entre públicas y privadas, situados en su mayoría en el casco urbano por la alta demanda a estos servicios, en tanto que en el sector rural las falencias de abastecimiento en equipos, insumos, infraestructura y talento humano son muy evidentes, especialmente en sectores como Salinas, Lita y La Carolina, por lo que cada parroquia cuenta solamente con un subcentro de salud básico. También, en la ciudad se localizan 30 edificaciones públicas, 15 estaciones de suministro de combustible, 11 cementerios, etc. (UTN 2013, 45).

### **1.7. Limitaciones en el desarrollo de la ciudad de Ibarra**

Todo dinamismo que se acciona en la ciudad produce el desarrollo social y económico, sean estos buenos o inadecuados, pero con el pasar del tiempo pueden transformarse en situaciones que limitan el progreso sectorial. Las limitaciones más recurrentes que pueden producirse son: seguridad, movilidad, ambiente y amenazas naturales.

En referencia al aspecto social y delincencial, el cantón posee tres sectores donde hay alta incidencia delictiva:

- a. El sector central de la ciudad, específicamente el centro histórico, los barrios San Martín y Santo Domingo.
- b. El sector de Alpachaca, barrio de Azaya.
- c. La zona del Mercado Amazonas.

Todo aquello se debe a la falta de empleo y la migración. Estas dinámicas han provocado retroceso en el desarrollo económico de la población, porque la inseguridad genera miedo e incertidumbre al momento de invertir en el área local (UTN 2013, 60).

### **1.8. Migración, vulnerabilidad de género, patrones y problemática de inserción social en el cantón Ibarra**

Como ya se ha mencionado, aproximadamente al año 2020 en el cantón Ibarra se esperaba una población de 221.149 habitantes. Las actividades principales que se desarrollan en la ciudad son: comercio, turismo, servicios educativos, agroindustria, sector inmobiliario y las manufacturas (GAD Ibarra 2020, XXIV).

La Provincia de Imbabura se ha caracterizado, desde tiempo atrás, por acoger grupos humanos de distintas culturas, dada su cercanía con poblaciones de frontera. Pero en los últimos años, la migración ha sido uno de los fenómenos constantes en esta región y el mundo.

Hoy en día, la cantidad de individuos que se encuentran asentados en una nación distinta a su país nativo, es superior que en otros tiempos. De acuerdo a referencias de migración en el mundo en el año 2020, la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) en su informe expresa que hasta junio de 2019 se esperaba que la cantidad de migrantes internacionales llegue aproximadamente a los 272 millones alrededor del mundo, esto es, cincuenta y un millones más en comparación al año 2010. De aquellos, las dos terceras partes fueron migrantes laborales, por tanto los migrantes a escala internacional conformaban en el año 2019 el 3,5 % de la comunidad mundial, en contraste en el año 2000 con el 2,8 % y en el año 1980 con el 2,3 %. Aunque muchas personas migran por elección, en cambio otras lo hacen por necesidad (ONU 2021, 1).

Por el año 2019, según ACNUR la cantidad de habitantes desplazados por fuerza mayor alrededor del mundo estuvo en 79,5 millones. De aquellos, 26 millones fueron refugiados, 45,7 millones estuvieron desplazados internos, 4,2 millones fueron solicitantes de asilo y 3,6 millones fueron venezolanos desplazados hacia el exterior (ONU 2021, 1).

En este sentido, de acuerdo con las estadísticas de refugio en el Ecuador de ACNUR (2007), durante los años 2000 al 2006, hubo un total de 5.201 personas, casi por completo de nacionalidad colombiana, migrantes que presentaron solicitud de refugio en Ibarra, siendo este número el 11,70 % del total de solicitudes a nivel nacional durante esos años (44.451 solicitudes), lo cual ubica a la ciudad en el tercer puesto en cuanto a recepción de solicitudes, luego de Quito y Lago Agrio (Ortega 2007, 93).

En el año 2007, frente a la situación de refugiados del hermano país de Colombia en la ciudad de Ibarra, se ha dado la iniciativa en realizar estudios y narrativas sobre esta cuestión, en los que se ha fundamentado las tendencias a profundizar sobre género y la

condición laboral de los migrantes. Por su parte, Kelly Wells (2004) se preocupó por la situación particular de las mujeres refugiadas asentadas en Ibarra y mediante una aproximación cualitativa analiza la situación de ellas en lo concerniente a la salud sexual, física, mental, la situación legal y laboral. Asimismo, Azucena Soledispa (2006) presenta un estudio sobre la situación laboral que transitan específicamente las mujeres, en su mayoría de Ibarra. En cambio, Gloria Camacho (2005) presenta su estudio en el que realiza una caracterización de la frontera norte en Ecuador y frontera sur en Colombia, seguido de un diagnóstico de carácter cualitativo sobre la población colombiana desplazada en las provincias fronterizas, incluida Imbabura, y particularmente sobre la situación de las mujeres en situación de refugio (Ortega 2007, 95).

En este aspecto, el GAD Ibarra ha tratado de proporcionar el apoyo a las personas migrantes de nacionalidad venezolana y colombiana que ingresan al albergue municipal que tiene una capacidad de 795 personas extranjeras que presentan un sinnúmero de problemas como: trata de personas, migración irregular, desempleo, indigencia, problemas emocionales colectivos, falta de efectivo, pobreza extrema (figura 4). Por ello sea gestionado las necesidades de este grupo humano vulnerable como: acciones en el soporte para formalizar documentos personales, aplicación de protocolos para ayuda humanitaria, apoyo psicológico y trabajo social, procedimientos de gestión acorde a las necesidades y lugares de asentamiento temporal (GAD Ibarra 2020, 73).



Figura 4. Factores determinados en la problemática de las personas con movilidad humana  
Fuente: Protección de Derechos GAD Ibarra, 2020  
Elaboración propia

Hace dos años atrás y en la actualidad, Ibarra se ha vuelto un cantón de incesante recepción de migrantes, especialmente de nacionalidad venezolana, no se tienen datos

precisos, pues el cantón se ha convertido como zona momentánea al tránsito de personas extranjeras, debido a lo cual muchos de ellos ya se encuentran asentados en la ciudad, y por motivo de condición de movilidad los registros de asentamiento no son concretos. Además, no hay información precisa del número de personas extranjeras con que cuenta la ciudad, sean de nacionalidad colombiana, venezolana u otras. Las organizaciones pertinentes en el tema no han logrado socializar datos precisos, esto con la finalidad de poder coordinar acciones locales en políticas públicas.

En este sentido, de acuerdo al Ministerio de Relaciones Exteriores y Movilidad Humana, más de 1,3 millones de personas de nacionalidad venezolana han ingresado al país, de ellos 250.000 venezolanos continúan en territorio nacional (GAD Ibarra 2020, 72).

En el mes de febrero de este año, los límites fronterizos con Perú y Colombia estuvieron bloqueados, sin embargo, la comunidad venezolana migrante y refugiada continúa ingresando al país, mediante los sectores informales. En tal virtud, todavía se observa que en la frontera norte hay un alto porcentaje de ciudadanos que ingresan, así como también están las personas que retornan al país colombiano, lo que da a pensar es que el retorno al país vecino es por la otorgación de protección temporal por diez años a los ciudadanos venezolanos, incentivo que lo realiza el gobierno de Colombia como ayuda humanitaria. En cambio, en la frontera con el Perú a más de la militarización fronteriza, se ha verificado el paso persistente de personas migrantes en menores cantidades por pasos informales (Reliefweb 2021, 1).

Los resultados de Evaluación Rápida Interagencial (ERI) realizada por el Grupo de Trabajo para Refugiados y Migrantes (GTRM) en la ciudad de Huequillas efectuaron un rápido análisis estadístico, para el apoyo de asistencia y atención a la comunidad en condición de movilidad, esta coordinación la emprendió el Gobierno Municipal conjuntamente con los entes pertinentes del Gobierno Central. Con esta acción lograron determinar las importantes necesidades (alojamiento, alimentación, salud); esto ha ayudado a la generación de programas de asistencia en la población de frontera, con una cantidad de 12.895 asistencias multisectoriales ejecutadas en el transcurso del mes de febrero (Reliefweb 2021, 1).

En el estudio realizado por la Universidad Técnica del Norte (2013, 24) el cantón Ibarra albergaba a 4.752 migrantes, de esto el 88 % se concentra en el área urbana de Ibarra, siendo en mayor número de nacionalidad colombiana. Actualmente el Gobierno Autónomo Descentralizado de Ibarra con el crecimiento migratorio, ha

notificado a los entes gubernamentales y no gubernamentales en relación al incremento paulatino de migrantes venezolanos en circunstancias de alojamiento en las calles del cantón, en consecuencia el Grupo de Trabajo para Refugiados y Migrantes local realizó gestiones para atender a este sector migrante en el Albergue Municipal. Sin embargo, por la alta cantidad de migrantes la ayuda del albergue no es suficiente, y en los últimos meses del año 2020, muchas personas se han instalado en espacios públicos como parques, orillas del río Tahuando, entre otros sectores.

Al respecto, en Ibarra el acceso a la salud pública de los migrantes es constante, evidenciándose sustancialmente en las atenciones de mujeres migrantes en la especialidad ginecológica obstétrica en el Hospital General San Vicente de Paúl (HSVP). Como se describe en la siguiente figura 5 las atenciones por año se han incrementado; de igual forma, se observa en el figura 6 el considerable incremento de atenciones de mujeres que han migrado en el primer trimestre de este año 2021.



Figura 5. Atenciones gineco obstétricas de mujeres migrantes por año

Fuente: Unidad de Admisiones HSVP, 2021

Elaboración propia

En la figura 5 se observan las atenciones gineco obstétricas de los últimos cinco años, lo que demuestra un incremento importante de atenciones a mujeres migrantes en cada año, en procedimientos de partos, cesáreas, legrados o abortos.

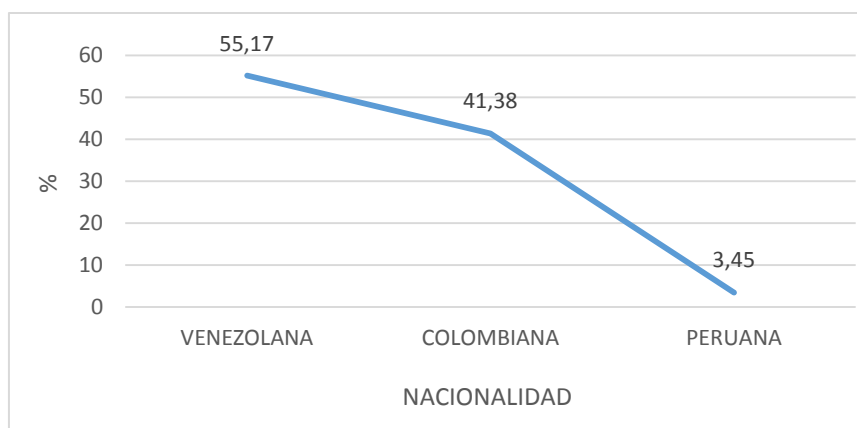


Figura 6. Atenciones gineco obstétricas de mujeres migrantes del primer trimestre, de 2021

Fuente: Unidad de Admisiones HSVP, 2021

Elaboración propia

En la figura 6 se observan las atenciones gineco obstétricas de los meses de enero, febrero y marzo de 2021, que registra en un total de atenciones  $n=854$  (100 %), de los cuales  $n=58$  (6,79 %) son atenciones a mujeres migrantes; y de acuerdo a la nacionalidad se evidencia que  $n=32$  (55,17 %) son de nacionalidad venezolana; conforme  $n=24$  (41,38 %) son colombianas; y  $n=2$  (3,45 %) peruanas.

Para resumir, la vulnerabilidad de movilidad humana es muy compleja, constituyéndose la migración como una problemática socioeconómica en el cantón. El cual las Organizaciones no Gubernamentales (ONG) que tienen la capacidad de apoyo social con las personas migrantes, no despliegan de forma coordinada los esquemas relacionados a la movilidad humana, peor aún no se han dado solución a fomentar políticas que solventen a este grupo. De igual manera, las instituciones públicas locales y nacionales, ante las series de problemas sociales en relación a las condiciones de movilidad humana accionan de forma individualizada, es así las que menormente han aportado son las entidades estatales (GAD Ibarra 2020, 70).

De esta manera con el fin de brindar la mejor protección a este grupo migratorio se ha firmado un convenio entre ACNUR y el Consejo Nacional de Igualdad Intergeneracional GAD Ibarra quienes han dotado al Equipo de la Junta Cantonal una profesional en derecho con capacitación y alta experiencia en temas de movilidad humana (GAD Ibarra 2020, 73).

### 1.9. Aspectos referentes a la salud en el cantón Ibarra

En el ámbito de la salud el cantón cuenta con 14 centros de salud y un Hospital General de segundo nivel, que son instituciones del Ministerio de Salud Pública, y un Hospital General del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Ibarra. También hay diversas instituciones de salud privada como clínicas, centros médicos y de rehabilitación terapéutica.

Los perfiles epidemiológicos en el cantón se encuentran asociados a las problemáticas de la inequidad y la pobreza. Las enfermedades más características son las transmisibles y carenciales, donde se reproducen en zonas de aglomeración comunitaria, provocándose dificultades en la salud colectiva y en los rasgos de enfermedades crónico-degenerativas como: malaria, anemia, desnutrición, afecciones diarreicas, tuberculosis pulmonar, enfermedades inmune prevenibles y respiratorias agudas (GAD Ibarra 2020, 49).

Las dinámicas en los procesos de salud en general presentan vulnerabilidad considerada media a alta. El Hospital General San Vicente de Paúl y el Hospital General IEISS-Ibarra como instituciones de salud transcendentales, presentan vulnerabilidad media a alta ante circunstancias en tiempo de crisis como la que hoy por hoy se está viviendo en la pandemia del COVID-19. No obstante, existen elementos esenciales que deben ser enfocados a la dotación de equipamiento, insumos y talento humano profesional en los centros de salud. Por esta razón, es necesario la readecuación y potencialización de la gran mayoría de centros de salud del cantón Ibarra, esencialmente los que se encuentran en la zona rural, con la finalidad de que se pueda otorgar a la colectividad mejoras en la oferta de servicios de salud.

#### **1.10. El Hospital General San Vicente de Paúl, entidad pública de salud del cantón Ibarra**

El 28 de abril de 1872 se crea el “Hospital San Vicente de Paúl”, el cual sirvió como entidad de apoyo para la ciudad de Ibarra a levantarse de los escombros luego del terremoto ocurrido el 16 de agosto de 1868. Posteriormente, en el gobierno de García Moreno, se concede el financiamiento para la reconstrucción, junto con las acciones emprendidas en el apoyo a los afectados por los doctores Rivadeneira y Vélez, se construye el Hospital. La ciudad de Ibarra continuó creciendo en unidad, tanto por las acciones gubernamentales de turno y de la colectividad en general. Consecutivamente las instalaciones de ese entonces “Hospital San Vicente de Paúl” empezaron a volverse



obsoletas, por tanto en el año de 1979 se empiezan los trámites para la construcción del nuevo edificio (HSVP 2017, 7).

La edificación donde actualmente opera el Hospital General San Vicente de Paúl, se inicia por el año de 1981. Luego de diez años durante el Gobierno del Doctor Rodrigo Borja, el Hospital empieza sus funciones en las nuevas instalaciones, las cuales fueron posibles mediante convenios de apoyo con organizaciones italianas.

A finales del año 2011, en el Hospital General San Vicente de Paúl mediante disposición del Ministerio de Salud Pública (MSP) se ejecuta la estructura organizacional por procesos catalogando al Hospital como una entidad general de segundo nivel de complejidad, desde ese entonces ha sido reconocido por el MSP por ser una Institución con mejores indicadores de Gobierno por Resultados (GPR) del país; a la vez, se ha destacado en varias áreas especialmente en normas de higiene y en planes de contingencia, también desempeñando actividades de procesos de mejoramiento continuo en todas sus Unidades, propuestas dirigidas por el MSP (HSVP 2017, 8).

La Institución Hospitalaria (Fotografía 1) ha trabajado durante largo tiempo con el objetivo de cumplir los estándares de calidad, de esta manera en el año 2016 adquiere la Acreditación Internacional Canadá, con la finalidad de beneficiar la atención y oferta de servicios de salud a la ciudadanía del norte del país, como referente principal de la zona 1 en Salud, otorgando a la colectividad servicios de salud con calidad y calidez. La Institución se encuentra ubicado en la calle Luis Vargas Torres, entre la avenida Jaime Rivadeneira y calle Gonzalo Gómezjurado (HSVP 2017, 8).



Fotografía 1. Hospital General San Vicente de Paúl  
Fuente: HSVP, 2017  
Elaboración propia

La capacidad hospitalaria instalada está distribuida en camas funcionales con un total de 179. Con 41 camas está constituido la unidad de Ginecología; el área de Medicina Interna cuenta con 39 camas; con 32 camas está la unidad de Cirugía; mientras que en el área de Pediatría están 24 camas; en la unidad de Traumatología hay 20 camas; la unidad de Neonatología cuenta con 17 camas neonatales; por último está la unidad de Cuidados Intensivos UCI con 6 camas. Consta de 17 áreas médicas con 18 especialidades (Anexo 8), 26 consultorios de consulta externa que atienden a los ciudadanos de diversas provincias como: Imbabura, Carchi, Esmeraldas, norte de Pichincha y de otros lugares del país (HSVP 2017, 17).

En el contexto actual los espacios hospitalarios han sido reestructurados por situación de la pandemia del COVID-19, transformando los servicios, dividiendo para personas con o sin COVID-19; de esta manera el espacio de emergencia paso a consulta externa, el área de emergencia se convirtió en espacio para personas infectadas con COVID-19 que necesitan ventilación mecánica; en el área de pediatría y medicina interna se ubican las personas infectadas con COVID-19 que necesitan oxígeno; el área de traumatología comparte con personas sin COVID-19 que están hospitalizados y el área de pediatría está reubicada en el área de rehabilitación. El área de consulta externa se encuentra en atención del 50 %, por motivo de falta de espacios de consulta y de personal profesional de especialidades en diversas ramas de la salud.

#### **1.10.1. Unidad de Neonatología del Hospital General San Vicente de Paúl**

La Unidad de Neonatología ofrece atención a todo recién nacido sano o que presente alguna dificultad neonatal desde el nacimiento hasta 28 días de existencia del niño/a. La tasa de nacimientos mensualmente en promedio es de 250 nacidos vivos, de los cuales aproximadamente entre 40 a 50 recién nacidos ingresan al área de Neonatología, por ser prematuros de diversas semanas de gestación o niños/as a término con algún problema en la salud (hiperbilirrubinemia, enfermedades infecciosas congénitas sífilis, niños/as de madres con VIH, fisura labiopalatina, entre otros).

El propósito de la Unidad de Neonatología es satisfacer las necesidades de los recién nacidos procedentes de Centro Obstétrico hospitalario o de otras unidades operativas de salud como Hospitales Básicos de cantones aledaños a Ibarra,

aportando atención integral a todo recién nacido, tomando en cuenta el vínculo madre e hijo/a.

El personal profesional en salud de la Unidad de Neonatología se caracteriza por ofrecer atención de calidad y calidez, con acceso universal a los recién nacidos de 0 a 28 días de vida y sus familiares. Dispone de 6 médicos tratantes, 12 médicos residentes, 18 enfermeras, 2 auxiliares de enfermería, personal de apoyo 1 terapeuta de lenguaje, 1 bioquímica y 3 auxiliares externalizados de limpieza, los mismos que realizan trabajo en equipo, considerando la organización de horarios establecidos por la institución.

Las actividades que realiza el personal de Neonatología con cada uno de los niños que nacen y que se encuentran hospitalizados son: toma de temperatura axilar, baño al recién nacido, cuidado del ombligo, lactancia materna, vacuna BCG, vigilancia de signos de alarma; actividades que se realizan en diferentes salas de cuidados a recién nacidos, tanto en las áreas de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), cuidado intermedios, sala de crecimiento, sala de abiertos, sala de aislamiento, área de reanimación y área de desinfección.



## **Capítulo cuarto**

### **Análisis de los procesos de acompañamiento, ESAMyN y enfoque desde la Determinación Social de la Salud**

En este apartado se desarrolla la descripción y análisis de los resultados del acompañamiento al niño/a muy prematuro en la estancia hospitalaria, así también se verifica la aplicación de la normativa del Establecimiento Amigo de la Madre y el Niño (ESAMyN) durante el acompañamiento en lactancia materna. Se presenta un análisis, desde el enfoque de la Determinación Social de la Salud, a través de los modos y estilos de vida materno, procesos protectores y/o destructivos en el niño/a prematuro/a.

En el presente estudio participaron 11 niños/as muy prematuros de entre 28 a 31 semanas de gestación, correspondiente al 57,90 % de un total de 19 niños/as muy prematuros que nacieron durante el período de los meses de septiembre 2020 a febrero 2021, de aquellos el 42,10 % (n=8) de los niños/as fallecieron por complicaciones en su salud a causa de la muy prematuridad.

Como se expone en la figura 7, los 11 niños/as que ingresaron al estudio el 73 % (n=8) son hombres y el 27 % (n=3) son mujeres. De las madres puérperas de los niños/as, hubo una madre ecuatoriana de etnia Awá que presentó COVID-19; cuatro madres en condición de movilidad humana, de ellas tres de nacionalidad venezolana, habiendo en este grupo una madre que presenta la mayor edad (43 años) entre todas las madres y la otra madre en condición de movilidad que es colombiana; también hay una madre ecuatoriana adolescente de edad (16 años) y cinco madres ecuatorianas entre edades de 19 a 30 años.

El promedio en el tiempo de hospitalización de los niños/as muy prematuros/as fue entre 25 a 35 días, esto dependió de la morbilidad neonatal y las posibles complicaciones de la salud que pueden desencadenarse en el transcurso de la hospitalización. Sin embargo, el apoyo del Método Madre Canguro, que aplican las madres con acompañamiento de las profesionales enfermeras proporciona evolución favorable al niño/a para obtener un pronto egreso hospitalario.

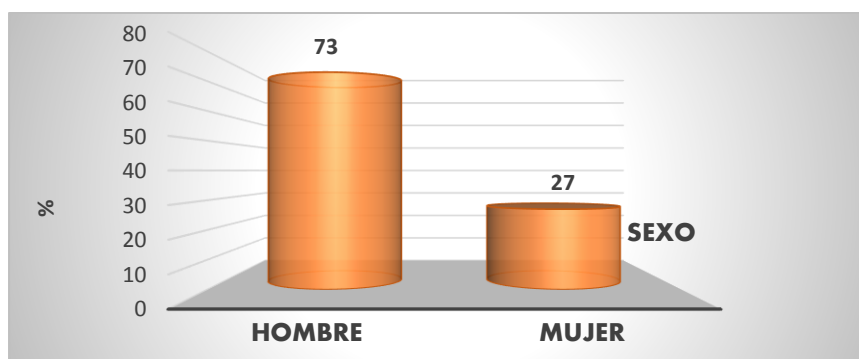


Figura 7. Distribución por sexo, niños/as muy prematuros  
 Fuente: Libro de ingresos Unidad de Neonatología, 2021  
 Elaboración propia

### 1. Acompañamiento de los profesionales de la Unidad de Neonatología en la lactancia materna

En la tabla 3 se presentan los resultados obtenidos en relación al acompañamiento en la lactancia materna, según el accionar de los profesionales de la Unidad de Neonatología tenemos en la pregunta: ¿Quién cree que mayormente acciona al amamantar?, estiman que la madre tiene mayor participación con el 100 % (n=7) las profesionales enfermeras; ¿Usted cree que hay una mayor acción del niño/a?, con el 100 % (n=3) las profesionales enfermeras. Por lo cual, se destaca que las profesionales enfermeras dentro de sus funciones son las que enseñan y proporcionan guías a las madres como amamantar, incrementar leche o si hay la posibilidad de donar leche materna.

De acuerdo a que técnicas de extracción de leche, las técnicas que aplican y enseñan a las madres púerperas, tenemos: técnicas de relajación, masaje en el pecho, calentamiento y dedos en forma de C el 100 % (n=10) profesionales enfermeras.

En cuanto a la participación de los profesionales médicos de la Unidad de Neonatología, las actividades de lactancia materna no cumplen con esta función de apoyo por no estar dentro de sus funciones; sin embargo, los profesionales médicos tienen conocimientos sobre el tema.

En relación en que si explican a las madres púerperas sobre la producción de leche, tenemos en la variable, para la producción de leche no es aconsejable utilizar el biberón, con el 50 % (n=4) profesionales enfermeras, el 50 % (n=4) profesionales médicos; seguido de la concepción, que si hay una mayor succión, estímulo y posición

correcta del bebé habrá mayor producción de leche con el 85,7 % (n=6) profesionales enfermeras y 14,3 % (n=1) profesional médico.

Tabla 3  
Acompañamiento lactancia materna, según la profesión Unidad de Neonatología

		Enfermera	Médico	Total	
		%	%	Núm.	%
<b>Quién mayormente acciona al amamantar</b>	Función que no realiza el profesional	0,0 %	100,0 %	5	100,0 %
	Mayor acción de la madre	100,0 %	0,0 %	7	100,0 %
	Mayor acción del niño/a	100,0 %	0,0 %	3	100,0 %
<b>Técnicas de extracción de leche</b>	Ninguna	0,0 %	100,0 %	2	100,0 %
	Relajación, masaje, calentamiento, dedos en forma de C	100,0 %	0,0 %	10	100,0 %
<b>Producción de Leche</b>	Mayor succión, estímulo y posición correcta del bebé	85,7 %	14,3 %	7	100,0 %
	No usar biberones	50,0 %	50,0 %	8	100,0 %

Fuente: Encuesta formulario 04 ESAMyN, 2021  
Elaboración propia

En conclusión, conforme al acompañamiento de la lactancia materna por parte de los profesionales enfermeras y médicos de la Unidad de Neonatología en un total de quince (10 enfermeras y 5 médicos) que fueron aplicados la encuesta del formulario 5A del ESAMyN, se sintetiza que el apoyo total a las madres puérperas son las profesionales enfermeras ya que tienen su actividad respectiva dentro de sus funciones. Así también tanto los profesionales médicos y enfermeras, hacen énfasis en la no utilización de biberones y de esta manera motivan la lactancia materna exclusiva a largo plazo, salvo el caso en que no se logre la lactancia materna por alguna enfermedad específica de la madre como el VIH, entre otras; recomienda el médico la utilización de sucedáneos y el biberón.

### 1.1. Percepción de las madres en lactancia materna

En el proceso diario que acuden las madres puérperas a la Unidad de Neonatología Hospitalaria a visitar a sus hijos/as, se evidencia que la asistencia consecutiva de las

madres es compleja, en razón de que la mayoría de los contextos familiares de las madres son limitantes en relación a inserción social (tabla 6), que a más de no tener los medios económicos para asistir a hospitalización, también tienen la responsabilidad de adquirir insumos y medicamentos que no tiene el hospital, siendo estos muy necesarios para la evolución de la salud del niño/a. Por tanto, estas falencias de situación socioeconómica en la dinámica de vida de las madres y su entorno familiar, producen fractura en la funcionalidad de su diario vivir, al no tener condiciones adecuadas grupales de trabajo, consumo y relación con la naturaleza.

En la tabla 4 se presentan los resultados obtenidos en el acompañamiento de la lactancia materna, referente en si les enseñaron a las madres como dar de lactar a su hijo/a que estuvo hospitalizado, tenemos el 100,0 % (n=8); y tenemos a las madres que consideran que no les enseñaron como dar de lactar el 100,0 % (n=3). Además dentro de esta categoría las madres con el 100,0 % (n=7) expresaron que proporcionarán el seno materno hasta los 24 meses de edad cronológica del niño/a; mientras que el 100,0 % (n=3) de madres le proporcionarán a su hijo/a el seno materno hasta los 18 meses de edad cronológica, y por último una madre en condición de movilidad que no responde a la pregunta.

Asimismo, en la pregunta: Si los profesionales le enseñaron a extraerse la leche para darle de comer a su hijo/a sin la utilización del biberón promoviendo la lactancia a libre demanda, el 100.0 % (n=10), solamente una madre migrante colombiana responde que no, ya que ella no quiso proporcionarle el seno a su hijo. Igualmente en la variable, si en el hospital le informaron que otro artículo puede utilizar para darle de lactar a su hijo/a en vez del biberón, tenemos en la utilización de otro artículo el 100,0 % (n=5); seguido en la utilización de taza o cuchara con el 100,0 % (n=4) y en la utilización de jeringuilla con el 100,0 % (n=1), y la madre migrante colombiana no contesta. Del mismo modo, en la variable, si en el hospital algún profesional le ofreció o le regalaron leche de fórmula, tenemos en que nadie le ofreció con el 100,0 % (n=5); en la variable le ofreció o le regaló el médico leche de fórmula con el 60 % (n=5); y si le ofreció o le regalo la enfermera leche de fórmula con el 100,0 % (n=1). De igual forma, en la pregunta: ¿Quién le recomendó alimentar al niño/a con leche de fórmula?, tenemos en que nadie le recomendó con el 100,0 % (n=6); si le recomendó el médico con el 100,0 % (n=4); si le recomendó la enfermera el 100,0 % (n=1). Así mismo, en la pregunta por qué le recomendaron alimentarle con leche de fórmula a su hijo/a, tenemos; que nadie le recomendó con el 100,0 % (n=6); le recomendaron porque el niño/a es prematuro el



100,0 % (n=4); le recomendaron por la poca producción de leche materna el 100,0 % (n=1).

Al respecto si les informaron los profesionales de la Unidad de Neonatología sobre al beneficio de la lactancia materna, tenemos, el 100,0 % (n=11); es decir, los profesionales informaron a todas las madres en cuán importante es el beneficio de la lactancia materna.

En cuanto a la variable que creen las madres de quien mayormente acciona o participa durante la lactancia materna, de acuerdo si el niño/a hace mayor participación con el 100,0 % (n=4); seguido, de si creen que la madre hace mayor participación en la lactancia con el 100,0 % (n=4); y por último tenemos a las madres que no contestan la pregunta con el 100,0 % (n=3).

Tabla 4  
Percepción de madres puérperas en lactancia materna

		Madres		Total
		%	Núm.	%
<b>Le enseñaron como dar de lactar</b>	NO	100,0 %	3	100,0 %
	SI	100,0 %	8	100,0 %
<b>Beneficio sobre la lactancia materna</b>	Beneficio madre, niño/a y vínculo madre-hijo/a	100,0 %	11	100,0 %
<b>Quién mayormente acciona durante la lactancia</b>	No contesta	100,0 %	3	100,0 %
	Mayor participación de la madre	100,0 %	4	100,0 %
	Mayor participación del niño/a	100,0 %	4	100,0 %

Fuente: Encuesta formulario 04 ESAMyN, 2021

Elaboración propia

En el análisis del acompañamiento de la lactancia materna de acuerdo a la percepción de las madres en los resultados obtenidos se resume que han tenido apoyo y seguimiento continuo por los profesionales de la Unidad de Neonatología, especialmente las profesionales enfermeras.

Cabe destacar que de acuerdo al conocimiento de las madres sobre la alimentación del bebé todas tienen la certeza que la leche materna es la mejor nutrición para su hijo/a. No obstante, en los datos recabados en relación a la no utilización de biberones y en la utilización de leche de fórmula para alimentarle al niño/a hay puntos

críticos que excluyen la normativa del ESAMyN, esto es, por la recomendación que lo efectúa el médico en la utilización de leche de fórmula, esto puede deberse a las faltas consecutivas de las madres que residen en lugares lejanos en la asistencia diaria a la Unidad de Neonatología donde está hospitalizado el niño/a, específicamente en acudir a los horarios de lactancia, ya que la Institución no tiene infraestructura para alojamiento conjunto, igualmente la Unidad no tiene banco de leche materna; también es la intromisión de las grandes empresas que proporcionan muestras de sucedáneos (leche de fórmula), para ser utilizadas en casos que no se promovió la lactancia materna durante y después de la hospitalización del niño/a, y posiblemente en la madre decrece la producción de leche. Este accionar de las empresas de sucedáneos va con la finalidad de comercializar la leche de fórmula, cuando el niño/a egresa del área hospitalaria y se encuentre en su hábita familiar.

Finalmente, hay una mínima cantidad de tres madres, que no se fomentó un adecuado acompañamiento, debido a la situación de procesos de estrés y también por el lugar de residencia, lo que contribuyó en dos madres a que no haya un seguimiento consecutivo en la lactancia y en la madre en condición de movilidad por su ocupación (trabajadora sexual) y por deseo personal no quiso tener el vínculo con su hijo, por ende no se impulsó la lactancia materna.

## **1.2. Conocimiento de la normativa del Establecimiento Amigo de la Madre y el Niño (ESAMyN)**

En la tabla 5 se muestran los resultados obtenidos de acuerdo al conocimiento de los profesionales de la Unidad de Neonatología del HSVP sobre la normativa ESAMyN, en cuanto si el profesional de enfermería o médico conoce métodos no farmacológicos para aliviar el dolor durante el parto, tenemos en el conocimiento de métodos físicos (masaje, calor local, baños de agua) con el 58,3 % (n=7) profesionales enfermeras y el 41,7 % (n=5) profesionales médicos; en aplicación de métodos naturales (relajación, musicoterapia, aromaterapia) el 100,0 % (n=3) profesionales enfermeras.

En cuanto al conocimiento del profesional, cuál es el fundamento de pinzamiento oportuno del cordón umbilical, tenemos que se espere hasta que el cordón deje de latir con el 69,2 % (n=9) profesionales enfermeras y el 30,8 % (n=4) profesionales médicos; sobre el conocimiento de esperar al menos dos minutos para el pinzamiento el 50,0 % (n=1) profesional enfermera y el 50,0 % (n=1) profesional médico.

En relación al conocimiento de signos de peligro de la madre después del parto como sangrado vaginal y dolor de barriga con el 62,5 % (n=5) profesionales enfermeras y el 37,5 % (n=3) profesionales médicos; de acuerdo si presenta la madre fiebre el 71,4 % (n=5) profesionales enfermeras y el 28,6 % (n=2) profesionales médicos.

Conforme al conocimiento de signos de peligro del recién nacido, tenemos, en que si el niño/a presenta fiebre y dificultad al respirar con el 61,5 % (n=8) profesionales enfermeras y el 38,5 % (n=5) profesionales médicos; en relación si en el niño/a se observa cambio de coloración de la piel y dificultad para alimentarse el 100 % (n=2) profesionales enfermeras.

Tabla 5  
Conocimiento del ESAMyN, según profesión Unidad de Neonatología

		Enfermera	Médico	Total	
		%	%	Núm.	%
<b>Métodos no farmacológicos para aliviar el dolor durante el parto</b>	Métodos físicos	58,3 %	41,7 %	12	100,0 %
	Métodos naturales	100,0 %	0,0 %	3	100,0 %
<b>Fundamento de pinzamiento oportuno del cordón umbilical</b>	Esperar al menos dos minutos	50,0 %	50,0 %	2	100,0 %
	Esperar hasta que el cordón dejar de latir	69,2 %	30,8 %	13	100,0 %
<b>Signos de peligro de la madre después del parto</b>	Sangrado, dolor de barriga	62,5 %	37,5 %	8	100,0 %
	Fiebre	71,4 %	28,6 %	7	100,0 %
<b>Signos de peligro del recién nacido</b>	Cambio de coloración y dificultad alimentarse	100,0 %	0,0 %	2	100,0 %
	Fiebre y dificultad al respirar	61,5 %	38,5 %	13	100,0 %

Fuente: Encuesta formulario 05A ESAMyN, 2021.

Elaboración propia

En el análisis de la tabla 5 sobre el conocimiento del ESAMyN que tienen los profesionales de la Unidad de Neonatología, se resume que tanto las profesionales de enfermería que son diez mujeres y cinco médicos de ellos cuatro mujeres y un hombre tienen los conocimientos de la normativa, exponiendo su criterio en las preguntas de la encuesta aplicada (formulario 05A). Este conocimiento sustenta que la normativa ESAMyN está considerada como aplicación y discernimiento por todo el personal de

salud de la Institución, más aún hay un alto dominio en la experticia de conocimientos por el personal de gineco obstetricia y neonatología en los conceptos y saberes del tema.

El abordar a la salud dentro del contexto colectivo, es principalmente llegar a comprender que es necesario el acogimiento de un paradigma explicativo, con la finalidad de superar la visión lineal y reduccionista de la salud, como un efecto mórbido de causas aisladas; y que necesariamente transforme el entendimiento, que la salud en su espectro de complejidad.

## **2. Los procesos de la Determinación Social de la Salud**

Para Jaime Breilh (2010) los elementos de la dimensión particular de la Determinación Social de la Salud son los siguientes:

Modo de vida (grupal o colectivo), condiciones y espacios estructurados: está constituido por las condiciones grupales del trabajo, relacionada a la posición de la estructura productiva y agrupada por patrones laborales; además abarca la calidad de bienes de consumo del grupo, tipo cuota, construcciones de necesidad, sistemas de acceso y patrones de consumo; a la par tiene la capacidad objetiva del grupo para crear y reproducir valores culturales e identidad, es decir, es la clase para sí; de igual modo tiene la capacidad objetiva del grupo para el empoderamiento, organización y soportes en beneficio del grupo; finalmente resalta la calidad de las relaciones ecológicas del grupo, relación con la naturaleza. Breilh (2010, 90)

Referente a la inserción social y condiciones de vida, en la tabla 6 los resultados obtenidos son: en la variable, quién es el principal económico del hogar, mayormente es el cónyuge el 66,7 % (n=6) en madres ecuatorianas y el 33,3 % (n=3) en madres en condición de movilidad; seguido del 100,0 % (n=1) de madre ecuatoriana, el cual el padre de la madre púérpera adolescente es principal económico y el 100,0 % (n=1) que es la madre en condición de movilidad, siendo ella la principal económico.

En cuanto a la ocupación del principal económico, prevalece el trabajo de jornal diario con el 56,7 % (n=4) madres ecuatorianas y 33,3 % (n=2) en condición de movilidad; seguido de la ocupación obrero trabajador manual con el 100,0 % (n=3) madres ecuatorianas; luego trabajador por cuenta propia 100,0 % (n=1) en condición de movilidad y comerciante pequeño negocio con el 100,0 % (n=1) en condición de movilidad.

En lo concerniente si el principal económico es propietario del bien inmueble casa, con el 80,0 % (n=4) madres ecuatorianas, el 20,0 % (n=1) en condición de

movilidad; seguido, si es propietario de herramientas y máquinas de trabajo el 75,0 % (n=4) madres ecuatorianas, el 25,0 % (n=1) en condición de movilidad; y no es propietario de ningún bien tenemos el 100,0 % (n=1) madres en condición de movilidad.

Respecto a los ingresos mensuales del principal económico entre \$100 a \$376 el 75,0 % (n=3) madres ecuatorianas, el 25,0 % (n=1) en condición de movilidad; en el rango de \$377 a \$750 el 100 % (n=2) madres ecuatorianas; entre \$1001 a \$1500 el 100,0 % (n=2) en condición de movilidad; en el rango de \$1501 a \$2000 el 100 % (n=1) madre ecuatoriana; de entre \$751 a \$1000 el 100,0 % (n=1) madre ecuatoriana y menos de \$100 el 100,0 % (n=1) en condición de movilidad.

En relación, los que componen el grupo familiar de aquellos cuantos aportan dinero, si es una persona con el 62,5 % (n=5) madres ecuatorianas, el 37,5 % (n=3) en condición de movilidad; seguido, si aportan dos o más personas en el hogar el 66,7 % (n=2) madres ecuatorianas y el 33,3 % (n=1) en condición de movilidad.

Tabla 6  
Inserción social, según procedencia

		Nacional	Migrante	Total
		%	%	Núm. %
<b>Principal económico</b>	Usted misma	0,0 %	100,0 %	1 100,0 %
	Cónyuge	66,7 %	33,3 %	9 100,0 %
	Padre	100,0 %	0,0 %	1 100,0 %
<b>Ocupación del principal económico</b>	Jornalero	56,7 %	33,3 %	6 100,0 %
	Obrero trabajador manual	100,0 %	0,0 %	3 100,0 %
	Comerciante pequeño negocio	0,0 %	100,0 %	1 100,0 %
	Trabajador cuenta propia	0,0 %	100,0 %	1 100,0 %
<b>Propietario</b>	Casa	80,0 %	20,0 %	5 100,0 %
	Herramientas y máquinas de trabajo	75,0 %	25,0 %	4 100,0 %
	Nada	0,0 %	100,0 %	2 100,0 %
<b>Ingresos</b>	Menos de \$ 100	0,0 %	100,0 %	1 100,0 %
	\$100 a \$ 376	75,0 %	25,0 %	4 100,0 %
	\$377 a \$ 750	100,0 %	0,0 %	2 100,0 %

<b>mensuales</b>	\$751 a \$ 1000	100,0 %	0,0 %	1	100,0 %
	\$1001 a \$ 1500	0,0 %	100,0 %	2	100,0 %
	\$1501 a \$ 2000	100,0 %	0,0 %	1	100,0 %
<b>Aportan dinero en el hogar</b>	Una	62,5 %	37,5 %	8	100,0 %
	Dos o más	66,7 %	33,3 %	3	100,0 %

Fuente: Encuesta DSS, 2021

Elaboración propia

En resumen, en los resultados de la tabla 6 se observa que de forma mayoritaria, el principal económico es el cónyuge, no obstante, en dos madres en donde la primera es ella la que se sustenta económicamente y la otra, es el padre de ella el que sostiene el hogar. Además, es primordial señalar el grupo étnico a cual pertenecen los principales responsables económicos del hogar así tenemos: en las madres ecuatorianas, tres mestizos, dos afroecuatorianos, un indígena y un awá; en cambio en las madres de condición de movilidad son: dos mestizos, un negro extranjero y una blanca que es la madre trabajadora sexual. Así también, en la escolaridad del principal responsable económico, de las madres ecuatorianas: tres tienen secundaria completa, dos tienen primaria incompleta de ellos, uno es el padre de la madre adolescente y dos tienen primaria completa; en relación a las madres en condición de movilidad: tres tienen secundaria completa y uno posee título técnico-tecnológico siendo el cónyuge de una madre de nacionalidad venezolana y él de nacionalidad ecuatoriana. Igualmente, en relación si los responsables económicos poseen seguridad social o privada, tanto las madres ecuatorianas y en condición de movilidad no poseen ningún tipo de seguro, a excepción del cónyuge de la madre otavaleña que posee seguro social del IESS.

Con relación a la ocupación, ocurre una tendencia al trabajo jornal, con minoría de obrero trabajador manual, comerciante pequeño negocio y trabajador por cuenta propia, que es la madre trabajadora sexual. De aquellos en la mayoría de los principales responsables económicos en un total de nueve hacen el trabajo, mientras que dos hacen y dirigen el trabajo.

En cuanto si el principal responsable económico es propietario de bienes, pues prevalece la tenencia de inmueble casa; seguido de los responsables económicos que son propietarios de herramientas y máquinas de trabajo, y por último los que no tienen ninguna propiedad, que son dos madres en condición de movilidad.

A cerca de los ingresos mensuales del principal responsable económico hay una tendencia en el rango de ingresos mensuales en cuatro responsables económicos de \$100 a \$376, esto se debe a que la mayoría de los responsables económicos trabajan en la construcción jornal diario percibiendo entre 20 a 25 dólares por día; seguido dos responsables económicos de entre el rango \$377 a \$750, continua dos responsables económicos entre el rango de \$1001 a \$ 1500; seguidamente del responsable económico, que es el padre de la madre adolescente en el rango de \$751 a \$1000; y uno entre el rango de \$1501 a \$2000; por último el responsable económico que percibe menos de \$100 pertenece a una madre en condición de movilidad, donde menciona que su cónyuge de nacionalidad venezolana trabaja al jornal de lo que a veces hay o no trabajo, y para la alimentación y del pago de alquiler de la vivienda, perciben ayuda económica temporal de los organismos internacionales de ayuda humanitaria a migrantes.

En la cantidad de personas que aportan dinero en el hogar tanto en madres ecuatorianas y de condición de movilidad, expresan que es una sola persona que aporta que en su mayoría es el cónyuge y minoritariamente entre dos o más personas que aportan dinero.

Se concluye que tanto en las madres ecuatorianas, y las madres en condición de movilidad, el sustento económico e inserción social es mediana, ante un mínimo número que poseen bajos recursos, de ingreso económico mensual, pero que llegan a obtener algo de estabilidad en los modos de vivir, por el sustento de organizaciones de ayuda humanitaria como es el Grupo de Trabajo para Refugiados y Migrantes (GTRM) en el caso específico de los migrantes venezolanos. A la vez, se recalca que ninguna de las madres ecuatorianas recibe ningún bono económico de apoyo por parte de las entidades del Gobierno ecuatoriano.

## **2.1. Inserción sociocultural y condiciones de trabajo**

Siendo el cantón Ibarra una ciudad acogedora y lugar de transferencia para personas en condición de movilidad humana por encontrarse ubicada en la zona norte del Ecuador, y como principal unidad operativa de salud del MSP de esta ciudad, tenemos al Hospital San Vicente de Paúl entidad de segundo nivel. Esta institución de Salud Pública atiende a ciudadanos ecuatorianos como migrantes en condiciones de movilidad, prestando los servicios de salud sin distinción o discriminación alguna, tal como enuncia la Constitución de la Nación.

En lo que respecta a la etnia de las madres puérperas, como se muestra en el anexo 9, la mayoría de madres de nacionalidad ecuatoriana, se considera como mestiza 66,7 % (n=4), esto al igual que las madres en condición de movilidad con el 33,3 % (n=2); seguidos del 66,7 % (n=2) de etnia blanca de madres en situación de movilidad y 33,3 % (n=1) de madre ecuatoriana; así mismo el 100,0 % (n=1) es indígena y el 100,0 % (n=1) es awá.

En cuanto al estado civil, las madres puérperas que están en unión libre representa el 60,0 % (n=3) de madres ecuatorianas y 40,0 % (n=2) en condición de movilidad; seguidos de las que son casadas en un 75,0 % (n=3) de madres ecuatorianas y 25,0 % (n=1) en condición de movilidad; así también son solteras 50,0 % (n=1) madre ecuatoriana y 50 % (n=1) en condición de movilidad.

De acuerdo a la ocupación tenemos las madres que se consideran amas de casa con el 71,4 % (n=5) madres ecuatorianas y el 28,6 % (n=2) en condición de movilidad; le sigue el trabajo particular con el 66,7 % (n=2) de madres ecuatorianas y el 33,3 % (n=1) en condición de movilidad; así también, como trabajo independiente 100,0 % (n=1) en condición de movilidad.

En los datos obtenidos sobre la situación económica actual de las madres puérperas, se consideran de situación media 57,1 % (n=4) en condición de movilidad y el 42,9 % (n=3) de madres ecuatorianas; continua en situación económica baja 100,0 % (n=3) de madres ecuatorianas, y de situación alta 100,0 % (n=1) madre ecuatoriana.

En relación a la afiliación de la seguridad social de las madres puérperas, se evidencia que el 100,0 % (n=11) no poseen ningún seguro, por lo cual es una causa de vulnerabilidad.

Referente a la escolaridad de la madres puérperas, las que tienen instrucción secundaria con el 57,1 % (n=4) de madres ecuatorianas y el 42,9 % (n=3) en condición de movilidad; en la instrucción primaria con el 75,0 % (n=3) de madres ecuatorianas y el 25,0 % (n=1) en condición de movilidad.

Resumiendo, en el anexo 9 se puede apreciar en la inserción sociocultural y condiciones de trabajo, tanto las madres puérperas ecuatorianas como en madres en condición de movilidad, se encuentran en circunstancias de vulnerabilidad con una tendencia mayoritaria de grupo étnico mestizo y grupo minoritario de etnia blanca, indígena y awá. Siendo el Ecuador un país pluricultural y diverso en la acogida de la movilidad humana, se puede decir que existe poca apertura e integración a las nacionalidades o pueblos étnicos, hacia los espacios sociocultural y condición de trabajo,



entre ellos la salud, como es el caso en no poseer seguridad social, o en tener acceso hacia sectores públicos de salud sin tanta burocracia, primordialmente en la atención a madres en etapa de gestación, con la finalidad de prevenir nacimientos de niños/as prematuros. En el estado civil hay una tendencia mayoritaria hacia la unión libre, seguido por las que son casadas y con minoría dos madres solteras; esto permite resaltar que de las once madres, nueve tienen soporte de su pareja creándose un entorno familiar constituido de hecho o de derecho. En la ocupación de las madres se determina que en su mayoría son amas de casa, una minoría tiene trabajo particular que pueden deberse a emprendimientos y una madre en condición de movilidad que es trabajadora sexual. En la situación económica hay una prevalencia importante de la situación media, que está relacionado con el aporte económico de la pareja en el hogar; lo que también podría explicarse que existe algo de estabilidad económica en los hogares en situación de movilidad y hogares ecuatorianos.

Dentro del grupo de participantes también hay madres de una situación económica vulnerable que sobreviven con sus pocos recursos económicos. Existe un solo caso de una madre, que vive en Cotacachi, con mejor situación económica proveniente de la tenencia agrícola.

Sobre el nivel de educación, en su mayoría las madres tienen instrucción secundaria; en menor proporción, cuentan con instrucción primaria. Estos datos resaltan que todas las madres han tenido la oportunidad de cursar la educación básica o el bachillerato, teniendo en consideración que ninguna madre tuvo la oportunidad de seguir una carrera superior o técnica tecnológica.

## **2.2. Identidad cultural, organización y soportes colectivos**

El anexo 10 hace referencia al número de controles prenatales, según la edad de las madres puérperas; se muestra que hay una similitud entre 5 o más de 5 controles respectivamente entre edades de 15-19 años con el 66,6 % (n=2), de 20-29 años el 66,6 % (n=2), más de 30 años el 66,6 % (n=2); entre 3 a 4 controles prenatales en la edad de 20-29 años con el 33,3 % (n=1), y en edad más de 30 años el 66,7 % (n=2); entre 1 a 2 controles prenatales en la edad de 20-29 años con el 100,0 % (n=1); y ningún control prenatal en la edad 20-29 años el 100,0 % (n=1).

En relación sobre las semanas de gestación y rangos de edades de las madres puérperas, de 30 a 31 semanas de gestación entre edades de 15-19 años con el 25,0 %

(n=2), de 20-29 años el 37,5 % (n=3) y de más de 30 años el 37,5 % (n=3); seguido de 28 a 29 semanas de gestación entre edades de 20-29 años con el 66,7 % (n=2), y más de 30 años el 33,3 % (n=1).

En cuanto al tipo de parto por rangos de edad tenemos que en su mayoría es la cesárea, entre 15-19 años con el 20,0 % (n=2), de 20-29 años el 40,0 % (n=4) y más de 30 años el 40,0 % (n=4); en el parto vaginal entre la edad de 20-29 años con el 100,0 % (n=1).

De acuerdo a la cantidad de embarazos por edades de las madres puérperas tenemos entre 1 a 2 embarazos de 15-19 años con el 33,3 % (n=2), de 20-29 años el 33,3 % (n=2) y más de 30 años el 33,3 % (n=2); de 3 a 4 embarazos de 20-29 años con el 100,0 % (n=3); y más de 5 embarazos de más de 30 años el 100,0 % (n=2).

En el estado actual de salud de las madres puérperas por edad, según el estado de salud regular entre 15-19 años con el 33,3 % (n=2), de 20-29 años el 33,3 % (n=2) y más de 30 años 33,3 % el (n=2); en el estado de salud considerado bueno de 20-29 años con el 60,0 % (n=3), y más de 30 años el 40,0 % (n=2).

De acuerdo al tratamiento médico actual que se encuentran las madres puérperas por edades, en el tratamiento de hipertensión arterial, más de 30 años con el 60,0 % (n=3), de 20-29 años el 20,0 % (n=1) y de 15-19 años el 20,0 % (n=1), seguido de ningún tratamiento en edad de 20-29 años con el 75,0 % (n=3), y más de 30 años 25,0 % (n=1); en tratamiento de cirugía por cesárea en edad de 20-29 años con el 100,0 % (n=1); y en tratamiento de diabetes en edad de 15-19 años con el 100,0 % (n=1).

Conforme al tipo de organización a que pertenecen las madres puérperas por edades, pertenecen a ninguna organización en edad de 15-19 años con el 25,0 % (n=2), entre 20-29 años el 37,5 % (n=3) y más de 30 años el 37,5 % (n=3); en la pertenencia de la organización religiosa de 20-29 años con el 100,0 % (n=2); en la pertenencia de la organización social, en edad más de 30 años con el 100,0 % (n=1).

En los resultados en relación a la participación de las madres puérperas en actividades sobre consumo de sustancias, según el cual no han participado entre 15-19 años con el 25,0 % (n=2), entre 20-29 años el 37,5 % (n=3), y más de 30 años el 37,5 % (n=3); seguido, que si han participado entre 20-29 años con el 66,7 % (n=2), y más de 30 años el 33,3 % (n=1).

El rango de edad entre los 20-29 años en un total de cinco y de más de 30 años en un total de cinco presentan adecuada organización y buen soporte de acción, esto se debe a que en estos grupos de edades está el mayor número de madres puérperas del

estudio, donde también se evidencia que estos rangos de edad hay responsabilidad en los controles prenatales, a excepción de una madre que no tuvo controles prenatales por desconocer de su estado de gestación. Esto también define que los niños/as fueron ayudados en la maduración pulmonar para lograr tener más semanas de gestación, gracias a la intervención de controles gineco obstétricos periódicos, por la situación de embarazos de alto riesgo principalmente la presencia de preclamsia. Así mismo hay una alta prevalencia del procedimiento gineco obstétrico cesárea en las diez madres púerperas, salvo una madre de entre 20-29 años que fue parto vaginal debido a pérdida de líquido amniótico y labor de parto expulsivo.

En el número de embarazos en su mayoría están entre 1 a 2 en el rango de edades de 16-29 años, observándose entre la edad de más de 30 años embarazos de 3 o más; aquí destacan una madre nacional de etnia awá con 5 embarazos de edad de 41 años y una madre en condición de movilidad humana con 5 embarazos de edad de 43 años.

En el estado de salud en todos los rangos de edades de las madres, en su mayoría presentan un estado de salud regular, por tanto se encuentran en tratamientos y seguimiento continuo, principalmente por hipertensión arterial. Asimismo, la madre adolescente de 16 años de edad se encuentra en tratamiento de diabetes juvenil y una madre en situación de movilidad de 20 años de edad siguió tratamiento de cirugía cesárea por infección en la herida; luego tenemos a cuatro madres que gozan de una buena salud y por tanto no se encuentran en tratamiento alguno.

En la pertenencia de las madres púerperas a una organización, en el rango de edades de 20 y más de 30 años en su mayoría no pertenecen a ninguna organización, a excepción de cuatro madres que son participes de organizaciones y tienen el soporte religioso; por lo tanto los resultados relatan que la mayoría de las madres, no han participado en actividades realizadas por organizaciones sobre el consumo de sustancias, esto se debe a que las madres no tuvieron influencia en su entorno sobre consumo o puede ser por no tener inclusión a estas estructuras organizacionales, en cambio tres madres pertenecen a organizaciones como religiosas y social han tenido la oportunidad de participar en este ámbito.

### **Condiciones de vivienda**

En el anexo 11 se muestran los resultados obtenidos de acuerdo a las condiciones de vivienda según el lugar de residencia, se observa a dos madres que viven en casa

propia con el 50,0 % en la ciudad de Cotacachi, en la ciudad de Ibarra una madre con el 25,0 % y en la ciudad de Otavalo una madre con el 25,0 %; seguido por la vivienda colectiva con el 100,0 % (n=3) madres en la ciudad de Ibarra; continua la vivienda que es considerada medias aguas en el campo con el 50,0 % una madre de Cotacachi y una madre con el 50,0 % en la parroquia El Chical; y por último, la vivienda que habitan es considerada medias aguas sector urbano con el 100,0 % dos madres en la ciudad de Ibarra.

En relación a la posesión del bien inmueble en donde habitan las madres, tenemos que mayormente es alquilada con el 80,0 % (n=4) madres que viven en la ciudad Ibarra, el 20,0 % (n=1) en la ciudad de Cotacachi; en cuanto si la vivienda que habitan es propia pagada el 50,0 % (n=2) madres que viven en Cotacachi, el 25,0 % (n=1) habita en Ibarra y el 25,0 % (n=1) en El Chical; y las madres que consideran la vivienda que habitan es propia pagándose con el 50,0 % (n=1) madre de la ciudad de Ibarra y 50,0 % (n=1) madre que vive en Otavalo.

Conforme a la cantidad de cuartos para dormir que posee la vivienda, entre uno a tres cuartos el 55,6 % (n=5) madres que viven en Ibarra, el 22,2 % (n=2) madres de Cotacachi, el 11,1 % (n=1) madre de Otavalo y 11,1 % (n=1) madre de El Chical; le sigue de cuatro a siete cuartos 50,0 % (n=1) madre de Ibarra y 50,0 % (n=1) madre de Cotacachi.

En cuanto a la cantidad de personas que habitan la vivienda, en su mayoría de entre tres a cuatro personas el 37,5 % (n=3) madres que viven en Ibarra, el 37,5 % (n=3) de Cotacachi, el 12,5 % (n=1) de Otavalo y el 12,5 % (n=1) de El Chical; seguido de la cantidad de una a dos personas que habitan la vivienda el 100,0 % (n=3) madres en la ciudad de Ibarra.

De acuerdo a los servicios básicos que poseen las viviendas donde habitan las madres puérperas prevalecen los servicios de energía eléctrica, agua potable y alcantarillado con el 57,1 % (n=4) en la ciudad de Ibarra, el 28,6 % (n=2) en el cantón Cotacachi, el 14,3 % (n=1) en la parroquia El Chical; seguido de los servicios: energía eléctrica, agua potable, alcantarillado, internet, televisión pagada y línea telefónica convencional con el 50,0 % (n=2) del cantón Ibarra, el 25,0 % (n=1) del cantón Cotacachi y el 25,0 % (n=1) del cantón Otavalo.

En lo expuesto anteriormente, se observa que la mayoría de las madres puérperas, en un total de seis, se concentran en la ciudad de Ibarra, observándose el asentamiento de las cuatro madres migrantes en este cantón; así mismo hay una variada distribución

en cuanto al tipo de vivienda que habitan como casa, vivienda colectiva y medias aguas sector urbano-sector rural, donde resalta las formas de vivir de tres mujeres en condición de movilidad humana que habitan en viviendas colectivas de alquiler y una madre en condición de movilidad que habita en su casa que es propia pagándose. Igualmente, las madres que están distribuidas en las viviendas de acuerdo al alquiler o el bien inmueble que es propia pagándose y propia pagada. En la cantidad de cuartos para dormir, de uno a tres cuartos, se presenta mayoritariamente en madres en situación de movilidad, y en aquellas madres que habitan en el sector campo y sector urbano.

Según esto la mayoría de las madres participantes en el estudio tienen familias nucleares constituidas por cónyuge, hijos, padres, hermanos; las familias ampliadas son más frecuentes en madres en situación de movilidad, pues en un mismo hogar conviven abuelos, tíos, primos, cuñados, entre otros. En cuanto a la cantidad de personas que habitan en un número de seis madres hay una prevalencia de tres a cuatro personas que se evidencia en las madres en condición de movilidad y madres que habitan en el sector del campo, ante uno a dos personas en un número de cinco madres que habitan en el sector urbano de las ciudades de Ibarra, Cotacachi y Otavalo.

En la disponibilidad de servicios básicos en un número de seis madres en su mayoría tienen servicios de energía eléctrica, agua potable y alcantarillado, preferentemente en los sectores campo y urbano; observándose que las madres que tienen servicios adicionales como internet, televisión pagada y línea telefónica convencional, habitan en sectores de centrales de los cantones: Ibarra, Cotacachi y Otavalo.

Se puede resumir que todas las madres puérperas a sus lugares de residencia presentan condiciones propias de su hábitat tanto de identidad cultural, social, etnia y relación con la naturaleza; evidenciándose que en su mayoría se concentran en la ciudad de Ibarra.

### **Calidad de alimentación**

En el anexo 12 se muestran los resultados obtenidos de acuerdo a la calidad de alimentación de las madres puérperas tenemos en cuanto a la cantidad de comidas que se alimentan al día el 66,7 % (n=4) madres ecuatorianas y 33,3 % (n=2) madres en condición de movilidad; seguido de cinco comidas el 66,7 % (n=2) que son ecuatorianas y 33,3 % (n=1) en condición de movilidad y cuatro comidas el 50,0 % (n=1) ecuatoriana y 50,0 % (n=1) en condición de movilidad.

En relación al lugar donde se alimentan las madres el 63,6 % (n=7) son madres ecuatorianas y el 36,4 % (n=4) en condición de movilidad, donde todas expresan que se alimentan en sus casas.

De acuerdo al análisis se resume que la alimentación de las madres puérperas tanto ecuatorianas como en condición de movilidad es ordinaria o común con tres comidas al día, y le sigue las madres que se alimentan entre cuatro a cinco comidas al día. También los datos dan la tendencia que las madres consumen los alimentos en sus casas, esto puede deberse a la situación de la pandemia por el COVID-19, ya que la dinámica de consumo de alimentos en espacios fuera de casa se ha restringido casi en su totalidad.

### **3. Dominio singular**

En el marco de los estilos de vida, Jaime Breilh (2010) enuncia:

Estilo de vida (libre albedrío individual) está determinado por el itinerario típico personal en la jornada de trabajo; el cual tiene un patrón familiar y personal de consumo, entre ellas está la alimentación, descanso, vivienda, recreación, acceso y calidad de servicios; también están las concepciones y valores personales; al mismo tiempo se entrelaza la capacidad personal para organizar acciones en defensa de la salud, conjuntamente con un itinerario ecológico personal. (Breilh 2010, 90)

En el anexo 13 se muestra los resultados obtenidos en relación a la tendencia religiosa de las madres puérperas, donde se observa que la mayoría pertenece a la religión católica con el 71,4 % (n=5) que son ecuatorianas y 28,6 % (n=2) que son madres en condición de movilidad; luego está la religión evangélica cristiana en 50,0 % (n=2) que son ecuatorianas y 50,0 % (n=2) en condición de movilidad.

Referente a la importancia de la religión, consideran las madres que es muy importante el 60,0 % (n=3) que son ecuatorianas y el 40,0 % (n=2) en condición de movilidad; en cuanto a la creencia que la religión es algo importante 75,0 % (n=3) que son ecuatorianas y el 25,0 % (n=1) en condición de movilidad; y en la consideración que la religión es bastante importante el 50,0 % (n=1) que es ecuatoriana y el 50,0 % (n=1) en condición de movilidad.

Como se puede observar en los resultados hay un enérgico soporte en la tendencia religiosa tanto las madres ecuatorianas como en condición de movilidad que expresan mayoritariamente ser parte de la religión católica, continuando con la tendencia hacia la religión evangélica cristiana. En tal virtud, las madres dan la importancia a la religión en

sus vidas, constituyéndose la religión una cohesión y apoyo, para apalearse sus dificultades emocionales propias y del entorno familiar.

### 3.1. Perfil de salud

En el anexo 14 se expone los resultados obtenidos en el perfil de salud de las madres puérperas en relación con la cantidad de descanso, de acuerdo a la cantidad de horas que duermen: entre siete a ocho horas el 100,0 % (n=7); seguido de cinco a seis horas con el 100,0 % (n=2); y de tres a cuatro horas el 100,0 % (n=2).

Al respecto en la variable si presentan problemas del sueño, tenemos a las madres que no tienen problemas del sueño con el 100,0 % (n=7); y las madres que si tienen problemas del sueño con el 100,0 % (n=4).

Concerniente en que si las madres han fumado alguna vez, tenemos mayormente a las madres que no han fumado con el 100,0 % (n=7); y las madres que sí han fumado con el 100,0 % (n=4). En cuanto a la edad en que fumó, tenemos en el rango de 10 a 15 años con el 100,0 % (n=3); entre los 15 a 20 años el 100,0 % (n=1); y por último las madres que nunca han fumado con el 100,0 % (n=7).

Sobre el consumo de bebidas alcohólicas, se consideran que consumieron alguna vez con el 100,0 % (n=6); y las madres que nunca han consumido alcohol con el 100,0 % (n=5). En relación a la edad que consumieron alcohol en el rango de 15 a 20 años con el 100,0 % (n=4); entre los 10 a 15 años con el 100,0 % (n=2); y las madres que nunca han consumido alcohol con el 100,0 % (n=5).

Con relación al consumo de alguna droga, tenemos a las madres que se consideran haber consumido droga con el 100,0 % (n=3); y tenemos a las madres en que nunca han consumido algún tipo de droga con el 100,0 % (n=8).

En los resultados sobre el consumo de droga, las tres madres describen que la droga que consumieron fue la marihuana entre edades de 10 a 20 años, y que lo hicieron por curiosidad y/o porque en su entorno familiar lo consumían.

En resumen, en el perfil de salud de las madres puérperas se demuestra que en una mínima cantidad presentan vulnerabilidad en su estado de salud, esto puede deberse a los procesos de estrés que posiblemente estuvieron cursando por estar su hijo/a prematuro/a hospitalizado. Así como también desde una perspectiva general el entorno familiar de las madres viene determinado por diversidades de procesos en los estilos de vida que tuvieron desde la adolescencia y tal vez fueron un detonante para consumir alguna vez alcohol,

droga o tabaquismo, principalmente en las madres que han consumido; aquellas que lo han hecho por el ambiente familiar han estado expuestas a este estilo de vida malsano, especialmente en dos madres en condición de movilidad. Cabe señalar que actualmente ninguna madre tiene hábitos malsanos en referencia al consumo, esto se debe al cambio de estilo de vida, el estado de embarazo que cursaron y el soporte de sus cónyuges, ya que ninguna de las madres refirió que en sus hogares consumen tabaco, alcohol o droga; así también se debe al proceso de la etapa de puerperio y por la experiencia obtenida sobre el consumo, en el caso de las madres que consumieron.

### **3.2. Uso del tiempo libre**

En el anexo 15 se presentan los datos correspondientes a las madres ecuatorianas y en condición de movilidad, de acuerdo a las edades.

En relación al uso del tiempo libre de las madres puérperas, en su mayoría las madres pasan con sus familias con el 100,0 % (n=7); en cuanto, si realiza ejercicio en el tiempo libre con el 100,0 % (n=4).

De acuerdo al deporte que práctica, las madres que no practican con el 100,0 % (n=8); si práctica el fútbol con el 100,0 % (n=1); y si el deporte que práctica es el atletismo con el 100,0 % (n=2).

Al respecto sobre la frecuencia que práctica deporte, las madres que practican una vez por semana el 100,0 % (n=2) y la que práctica a diario 100,0 % (n=1); mientras que las madres que no practican tenemos con el 100,0 % (n=8).

Resumiendo el uso del tiempo libre de las madres puérperas está determinado en su mayoría en pasar con su familia; en cambio tenemos a tres madres que realizan ejercicio, siendo dos madres ecuatorianas de 16 años que práctica el fútbol y de 19 años que práctica el atletismo una vez por semana; y una madre migrante de 43 años que práctica el atletismo a diario. Con estos resultados se puede analizar que el estilo de vida en tiempo libre y la práctica de actividad deportiva, la mayoría de madres no lo realiza, esto puede deberse a los quehaceres del hogar o principalmente a las ocupaciones con sus otros hijos, por cuanto no disponen de tiempo organizado para realizar alguna actividad deportiva. Además por la situación de la pandemia del COVID-19 los espacios recreativos son restringidos, por ende los integrantes de las familias se encuentran solamente en sus hogares.



#### 4. Perfil epidemiológico del niño/a muy prematuro

El alto índice de la mortalidad y morbilidad en los recién nacidos está relacionado a la prematuridad, alrededor del 45 % los niños/as prematuros/ras tienen la posibilidad de padecer o presentar el trastorno neuromotor de la parálisis cerebral infantil (PCI), en menor porcentaje con el 35 % sobrellevarán deficiencias visuales y con el 25 % tendrán la prevalencia de sufrir trastornos cognitivos o auditivos. El riesgo de inconvenientes acrecienta mientras menor es la edad gestacional del pequeño, por tanto, los niños/as que son extremadamente prematuros que nacieron antes de las 26 SG poseen la más alta tasa de mortalidad correspondiente a más del 50 %, y si sobreviven están a expensas de presentar graves deterioros cerebrales. En cambio, el niño/a prematuro tardío de 34 a 36 semanas 6 días, su mortalidad es más alta en contraste con los recién nacidos a término, a la vez pueden tener mayor complicaciones en su salud, como hipertensión pulmonar, distrés respiratorio, taquipnea transitoria, ictericia, inestabilidad de control de la temperatura, trastornos de la alimentación, por lo que su estancia puede ser mayor en el área de neonatología (MSP 2015, 11).

Los problemas más comunes en la salud de los niños/as prematuros/as son las respiratorias, lo que más se presenta es la enfermedad de membrana hialina o comúnmente conocida como síndrome de dificultad respiratoria del prematuro. Este síndrome tiene mayor incidencia cuanto menor es la edad gestacional, así tenemos con el 80 % antes de las 28 SG y con el 5 % luego de las 32 SG. A pesar de ello, las complicaciones neurológicas como la enfermedad de la sustancia blanca y leucomalacia periventricular, y la hemorragia cerebral intra y periventricular, tienen una alta prevalencia de mortalidad condicionando el pronóstico del desarrollo cerebral. También se ocasionan otras complicaciones que inciden a la mortalidad como la enterocolitis necrosante y los contagios nosocomiales por catéteres vasculares, siendo aquellos obligatorios para iniciar la nutrición parenteral; así también en tratamientos farmacológicos en la detección de la retinopatía de la prematurez (Simeoni 2014, 2-3).

La nutrición oral en el niño/a prematuro/a se inicia posterior a la adquisición de la funcionalidad entre la succión, deglución y respiración, por lo que necesariamente se emplea sondas de nutrición enteral para la alimentación. La utilización de este insumo (sondas nasogástrica-bucogástrica) es justificada por el retraso en la adquisición del reflejo de succión y por posibles deficiencias oromotoras a corto o largo plazo, lo cual alarga la estancia hospitalaria y eleva la morbilidad.

En el proceso de la nutrición del niño/a prematuro se presentan dos formas de succión, la nutritiva y la que se denomina no nutritiva. Alrededor de las 18-24 SG intrauterina aparece la succión no nutritiva tiene el fin de calmar al feto, esta no implica la alimentación, ya que es incoordinada con la deglución; lo que sí es, que sirve de soporte para la succión y habilidad nutritiva. La succión nutritiva está presente a partir de las 32 SG, cuando ya se coordina de forma refleja con la deglución, e irá madurando consecutivamente entre las 32 y las 40 SG, permitiendo al niño/a alimentarse por vía oral (La Orden Izquierdo et al. 2012, 1121).

En cuanto a la deglución, alrededor de las 32-34 SG se encuentra ya presente en el pequeño, con la particularidad que todavía no logra tener una coordinación con la respiración. Los prematuros con bajo peso acorde a la edad gestacional, adquieren el reflejo de deglución más tarde, en comparación con los de peso adecuado. Asimismo, los procedimientos de intubación, duración de la oxigenoterapia y nutrición enteral, retrasan el reflejo deglutorio, principalmente en niños/as que desarrollan trastornos pulmonares como la displasia broncopulmonar (La Orden Izquierdo et al. 2012, 1123).

La regulación térmica es el equilibrio entre la generación y la pérdida de calor, esto implica directamente en el crecimiento y comorbilidad de los neonatos hacia la adaptación extrauterina, especialmente en los niños/as prematuros. Por lo que se debe tener en cuenta que en la transmisión de calor ocurren cuatro mecanismos: conducción, convección, evaporación y radiación. De esta forma, el conocer estos elementos ayuda a suministrar al infante un entorno térmico neutro, ya que el niño/a prematuro/a se caracteriza por presentar hipotermia, esto es por la eminente relación entre superficie corporal y peso, deficiencia de almacenamiento en grasa y déficit de glucógeno.

Según Zamorano y otros (2012, 44) describen las recomendaciones que emite de la Academia Americana de Pediatría y el Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia, en cuanto los valores de temperatura axilar es de 36.5 °C y para temperatura la temperatura rectal es 37.5 °C.

Las recomendaciones de humedad según edad gestacional son: entre 26 y 28 semanas de gestación (SG) humedad de hasta el 100 %; entre 29 y 32 SG humedad 70-80 %; entre 33 y 34 SG humedad 50-60 %; 35 SG menor del 50 % y en el recién nacido a término humedad 30 %. (Zamorano et al. 2012, 44)

Los equipos que regulan la temperatura en el neonato son: 1) las cunas radiantes que proporcionan un ambiente térmico neutro y 2) la incubadora que provee temperatura y humedad relativa que generan beneficios en el control térmico en el niño/a prematuro.

En la observación del historial clínico de los niños/as muy prematuros de estudio, comúnmente se presentaron problemas en la salud tal como se observa en la figura 8. Entre los mayores trastornos está el distrés respiratorio tipo I que va a depender la complicación de la edad gestacional del neonato, es decir, que sea inferior a las 34 semanas de gestación; bajo peso al nacer inferior a 1500 gramos; la problemática de la regulación térmica es otro factor importante que desde un inicio el niño/a es asistido en cunas radiantes juntamente con la ventilación mecánica, para posteriormente cuando ya haya el destete de ventilación ubicarle en una incubadora con oxígeno lateralizado; otro factor es la deficiencia de la succión y deglución, esto es debido a la incoordinación de la respiración con la succión y deglución.

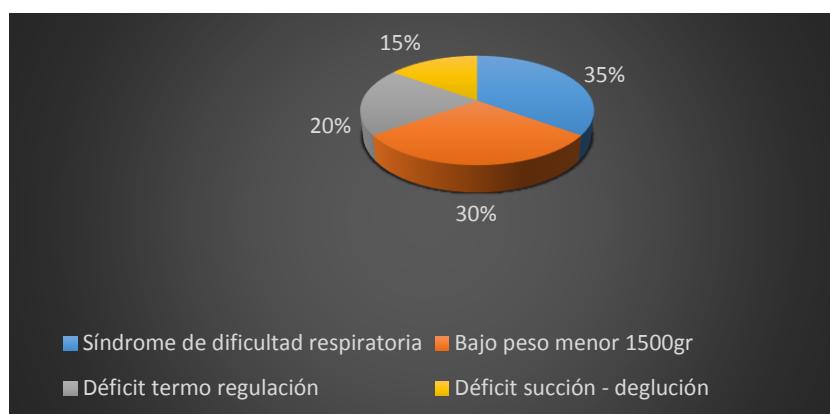


Figura 8. Perfil epidemiológico de los niños/as muy prematuros  
Fuente: Análisis de historias clínicas neonatos de estudio, 2021  
Elaboración propia

En la figura 8 el perfil epidemiológico de los niños/as muy prematuros se evidencia que el 35 % padecen de síndrome de dificultad respiratoria, seguido con el 30 % de bajo peso menor de 1500 gramos, continua con el 20 % las dificultades de termorregulación y con el 15 % los trastornos de succión y deglución.

## 5. Determinación las lógicas de exposición e imposición, procesos protectores y destructivos

Para el cumplimiento de este objetivo se realizaron tres entrevistas: dos con enfoque a las dinámicas de los procesos de acompañamiento hospitalario con sustento de la normativa ESAMyN, efectuadas a los coordinadores médico y enfermería de la Unidad de Neonatología, y la otra entrevista enfocada a la percepción de una madre sobre los

procesos de acompañamiento con su hijo, durante la estancia hospitalaria del niño/a. Consecutivamente del análisis y digitalización de la información se procede a presentar los resultados, la misma que a continuación se destaca.

En el anexo 16, se describen los principales procesos protectores de acompañamiento en el niño/a prematuro, en las dimensiones general, particular e individual.

A continuación se detallan los procesos protectores en la dimensión particular e individual

- El soporte social creado en el grupo de madres fue importante, aunque el área del lactario no es la adecuada ahí las madres en el tiempo de extracción de la leche fomentan lazos de amistad, ayudándose mutuamente con los consejos o diálogos de motivación con sentido de apalar las dificultades de estrés o de su situación económica. Otro soporte importante es la tendencia a los grupos religiosos que de una u otra manera es un alivio a su estado emocional que se en causa en la angustia y preocupación de tener a su hijo/a hospitalizado en cuidados especiales.
- El apoyo familiar es el principal ingrediente para equilibrar los procesos emocionales negativos, pues bien, refuerza el vínculo del entorno familiar, especialmente en la pareja de esposos, consensuando formas de vivir distinta a las que tenían, y que actualmente en el entorno familiar tienen un niño/a prematuro/a a su cuidado. Así mismo, el ocio o tiempo libre en compartir con la familia va procreando la estabilidad emocional y aumenta la estabilidad en la dinámica del hogar; el hacer deporte en familia es uno de los medios que transforma las dificultades, en experiencias buenas para confrontarlas.
- Aunque con limitaciones el equipo multidisciplinario de la Unidad de Neonatología promueve la normativa ESAMyN con los pocos medios materiales que tiene, llevando a cabo como principal eje el apego precoz (madre – hijo/a) conjuntamente con la lactancia materna y la fomentación del Método Madre Canguro, indudablemente es el talón de Aquiles para el mejoramiento de la salud del neonato y que de esta forma egrese en menor tiempo.
- La alimentación sana como estilo de vida saludable es uno de los pilares, y que se inculca en el entorno familiar hacia una nutrición correcta, balanceada y adecuada; reflexiones que engendran a un nuevo rumbo de vivir que es

gracias al niño/a prematuro/a como integrante de la familia. Estos cambios en el hogar en los estilos de vida van teniendo una connotación profunda en tener un Buen Vivir colectivo, basándose en mejorar la salud con una nutrición sana y actividad física que realizan como hábito diario.

Respecto de la dimensión general, a continuación se detallan los siguientes procesos protectores:

- Un proceso protector principal es el acompañamiento no solamente a la madre y el niño/a, sino también a sus familias por parte de los profesionales de la Unidad de Neonatología durante la hospitalización del niño/a muy prematuro, con la finalidad de impulsar mejoras a la salud del niño/a; se puede decir, que es en parte la esencia para cumplir la normativa ESAMyN. En este sentido, la calidez, el esfuerzo y la entrega de los profesionales de la salud crean vínculos de soporte a los padres y familiares de los niños/as muy prematuros, el objetivo primordial del equipo multidisciplinario es, que las madres lleguen a entrelazar los procesos de acompañamiento a sus hijos/as. Pues bien, los factores que aquejan la dinámica emocional de las madres, las dificultades socioeconómicas de la estructura familiar, se ven enmarcados en el apoyo intenso a las madres en la búsqueda de soluciones, como por ejemplo en las madres que viven en lugares lejanos se coordina con otras áreas hospitalarias, se inserta a la madre en albergues privados o públicos, actividad que es gestionada y coordinada por Trabajo Social hospitalaria con la Unidad de Neonatología. Esta acción impulsa a que la madre acuda a hospitalización neonatal y se fundamente el apego y Método Madre Canguro, claro está cuando hay la predisposición de la madre en aceptar este apoyo.
- Otro proceso protector es el acompañamiento específico a las madres por parte de enfermería, que son las profesionales de la salud que se encargan de guiar, promover y motivar a la lactancia materna; el esfuerzo incansable y constante de incentivar los procesos de apego, la realización del Método Madre Canguro, la ayuda en la nutrición del niño/a con leche materna o sucedáneos, en casos específicos y demás actividades que cumplen en los cuidados de hospitalización del niño/a muy prematuro.

En el anexo 17 se describen los procesos destructivos en la dimensión particular e individual, detallando lo siguiente:

- Los escenarios socioeconómicos bajos influyen en las condiciones de vida, esto se debe a que el principal responsable económico no tiene estabilidad laboral, que en su mayoría es el cónyuge, pareja o la madre misma, que son los que tienen alguna ocupación laboral y lo que agudiza también es por no poseer seguridad social; más aún por la limitación económica se desvanece el sustento de que tengan mejoras en la alimentación, al igual, el cuidado y seguimiento de la salud, minimizándose el acceso a prevención y tratamiento de dolencias que aquejan la salud de las madres.
- En relación a la dinámica familiar, se demuestra también que por costumbres culturales se produce inasistencia constante de algunas madres a la lactancia materna, es decir, la costumbre del puerperio y post parto que es “dieta absoluta” creencia especialmente de los grupos étnicos indígena y mestizo. Así también, se produce un abandono en el tratamiento y seguimiento continuo de la salud de las madres, que puede deberse por los tiempos prolongados en espera de citas médicas en las entidades públicas de salud y la insuficiente entrega de medicación.
- En cuanto a la tenencia de la vivienda, son pocas las madres que tienen este privilegio, la mayoría la alquilan y cuentan con servicios muy básicos, con número alto de integrantes en el hogar. Esto resalta que la calidad de vida de los entornos familiares de las madres se encuentran con mayor vulnerabilidad; por un lado, por la insuficiente economía que sostiene al hogar y por otro la agrupación de varios integrantes que viven en las familias.
- Al respecto de perfil de salud de las madres, la exposición al estrés constante, los malos hábitos de vida, influyen en morbilidades de las madres, el cual en edad temprana emergen los problemas en la salud, un ejemplo claro la hipertensión arterial que afecta a la madre en gestación provocando preclamsia y el nacimiento de su hijo/a antes de tiempo, provocándose la prematuridad. Estos escenarios que experimenta la madre llevan a fomentar las dificultades de la salud como el insomnio y estrés en el entorno familiar.

En la dimensión general, se establece los siguientes procesos destructivos:

- La falta de cumplimiento constitucional por parte del Ministerio de Salud Pública en otorgar servicios de salud de calidad y calidez es lo que vulnera el derecho a la salud a la madre y al niño/a. Específicamente, para cumplir la normativa ESAMyN es necesario el apropiamiento del ente rector del Gobierno Ministerio

de Salud Pública en la entrega de los medios como infraestructura hospitalaria de espacios y lugares específicos para la aplicación correcta de la normativa, por ejemplo la Unidad de Neonatología no cuenta con un área adecuada para el lactario, no tiene área de alojamiento conjunto madre – hijo/a, tampoco banco de leche materna.

- Los recursos económicos son indispensables para el abastecimiento de insumos, materiales y medicamentos, que han sido totalmente inconstantes. Igualmente, la brecha del recurso humano profesional que existe, es un factor importante para no poder cumplir a cabalidad la normativa ESAMyN.

Todos estos procesos destructivos de la dimensión general han creado el conflicto de no poder entregar un servicio de salud que garantice el Derecho a la Salud y el Buen Vivir.





## Discusión, conclusiones y recomendaciones

### Discusión y conclusiones

La supervivencia del recién nacido es posible gracias al contacto piel con piel y sistema de apego, en la medida que el niño/a busca la proximidad va expresando un comportamiento mediador hacia una figura que le proporciona seguridad. Los cuidadores primarios como figuras de apego enfatizan procesos profundos de vínculo que son claramente perceptibles entre la madre y el niño/a, siendo aquella en un inicio la principal representación de apego.

La monotropía, tesis sostenida por Jhon Bowlby, en el que explica que el infante desarrolla un firme apego o unión a su madre dentro de los primeros seis meses de vida, señala: “El recién nacido debe experimentar una relación continua, íntima y cálida, con su madre (o madre sustituta permanente) donde ambos puedan encontrar tanto satisfacción como placer”. Por tanto, cualquier circunstancia que logre romper este vínculo entre ambos, causaría serias consecuencias significativas e irreversibles en el desarrollo de la salud mental del niño/a (Bowlby 1986, III).

Hay que tener en cuenta la relevancia de las implicaciones para la formación de los estilos de apego en el niño/a, lo que resalta son las notables influencias de los múltiples elementos (vínculo materno infantil, contacto piel con piel, apego precoz) para la constitución del apego, acentuado preferentemente por el círculo familiar, que engrana el vínculo no solo con los padres sino entre los miembros de la familia; esto involucra que en los niños se fortalezca el desarrollo para el apego seguro. No obstante, va depender de la diversidad cultural de estilos de crianza del ambiente donde se desenvuelven los niños/as, así como también en la extensión de relaciones familiares y de costumbres edificadas.

Según Garrido (2006) enfatiza sobre el estilo de seguro que:

Está determinado por estrategias simétricas, por un lado, en la búsqueda de apoyo y proximidad, y por otro, en la expresión de las emociones que sienten las personas, ya sean aquellas positivas o negativas. Estas estrategias de regulación son consideradas como positivas y protectoras de la salud de los niños/as, especialmente el apoyo social y la expresión emocional. (Garrido 2006, 503)

Por su parte Villamarín (2017, 69) en el sustento de su propuesta sobre la Teoría del Apego en el pensamiento psicológico ecuatoriano, recaba que la Teoría del Apego en la práctica ecuatoriana destella como un instrumento para la creación de familias nucleares, roles de género fijados “biológicamente”, y la producción de individualidades “occidentales de clase media”.

En cambio Winnicott (1981, 55) enfatiza “la relación del niño/a y la madre al principio, cuando el niño/a no ha extraído una personalidad propia del cuidado materno, del que en sentido psicológico depende por completo”. Por ello, el niño/a necesita entornos equilibrados que le complazcan sus menesteres, que sean adecuados y llenos de seguridad, especialmente transmitidos por su madre cuando ella le brinda el sostén, produciéndose en el niño/a una estimulación sensorial; es decir, que incluyan todas las rutinas de cuidados a lo largo del crecimiento del niño/a.

De la misma manera, en el transcurso del desarrollo de esta investigación de enfoque observacional en la hospitalización neonatal, se determina que el vínculo madre – hijo/a que ocurre durante los procesos de acompañamiento, traspasa esa relación mutua entre ambos, evidencia sustentada durante el contacto piel con piel en la aplicación del Método Madre Canguro (MMC) en los recién nacidos prematuros; metodología propuesta por el año de 1978 por los médicos colombianos Rey y Martínez, que hoy por hoy es impartida en la mayoría de entidades de salud a escala mundial. Este método coincide con los postulados de vínculo madre-hijo/a, teoría del apego y estilos de apego, promulgado por investigadores como: Bowlby 1950-1969-1972-1980, Ainsworth 1978-1989, Winnicott 1981, entre otros autores; el MMC demuestra resultados importantes en el empoderamiento de la técnica, principalmente en la Unidad de Neonatología del HSVP que es impartida a las madres por parte de las profesionales de enfermería, con el objetivo de que se incentive el MMC durante el proceso hospitalario y logre insertarse de forma responsable en las madres, motivando el vínculo y apego de larga duración en períodos de cargado que realizan las madres, tanto en la adaptación diaria, como en el continuidad posterior al egreso hospitalario del niño/a.

Todas las acciones de empleo del MMC proclamado en la Unidad de Neonatología, se correlacionan con las recomendaciones que enuncia la guía de práctica clínica del recién nacido prematuro del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2013, 50) sosteniendo: se debe mantener la posición canguro constantemente hasta que el niño/a regule temperatura y eventualmente hasta que llegue al término; a la vez se relaciona con la propuesta de la guía de práctica clínica del recién nacido prematuro

del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2015, 24) en el que se enuncia que el Método Madre Canguro está especialmente orientado a los prematuros de menos de 1500 gramos y menores de 37 semanas de gestación.

En este sentido, en la Unidad de Neonatología se evidencia que está configurada por lineamientos específicos en la práctica hospitalaria de vínculo materno infantil, apego precoz, fomentación del MMC y lactancia materna; de acuerdo a protocolos y normativas instaurados en la unidad, entre ellos la normativa sanitaria para la Certificación de Establecimientos de Salud como Amigos de la Madre y del Niño (ESAMyN). Al respecto, de acuerdo a los resultados de apoyo profesional al niño/a y a la madre se resume que durante el seguimiento continuo por parte de los profesionales de la Unidad de Neonatología, en su mayoría, expresaron las madres que fueron guiadas y apoyadas principalmente en los procesos del componente de lactancia materna con el 72,73 % (n=8), en contraste con un porcentaje minoritario de madres del 27,27 % (n=3) que refirieron en no haber tenido el acompañamiento continuo, porque su residencia era lejana e igualmente por su situación económica no podían asistir a la entidad hospitalaria constantemente para la fomentación de la lactancia; hubo una madre migrante que por su condición laboral de trabajadora sexual, no tuvo el interés de vínculo y apego con su hijo, por lo que no fomentó la lactancia materna.

Asimismo, las madres enfatizan que el acompañamiento constante en lactancia materna (amamantar, guías de producción de leche, técnicas de extracción de leche, etc.) lo realizan concretamente las profesionales enfermeras, así también las profesionales imparten acciones de estimulación temprana sensorio-perceptivas en el niño/a muy prematuro/a en actividades de vestido-desvestido, baño diario, sustento de alimentación cuando la madre no está presente y cambios en posición-postura; labores conjuntas que realiza el profesional terapeuta del lenguaje en intervención temprana proporcionando técnicas específicas motrices, sensoriales y perceptivas en motricidad dirigida-provocada orofacial, como medio de habilitación de la función de succión y deglución en coordinación con la respiración.

Es importante recalcar que todavía hay puntos críticos en el cumplimiento del ESAMyN concerniente al componente de lactancia materna, principalmente por el área inadecuada de lactario, la falta de alojamiento conjunto madre e hijo/a cuando el niño/a está hospitalizado en la Unidad de Neonatología y falta de banco de leche. De igual forma, en los datos recabados en relación a la utilización de biberones y de leche de fórmula para alimentar al niño/a, lamentablemente se continúa utilizando el biberón y sucedáneos, que

son recomendados por los médicos; esto ocurre primordialmente con las madres que viven en lugares lejanos y por la situación económica no tienen los medios para asistir de manera diaria a los horarios de extracción de leche en el lactario y visitar periódicamente a su hijo/a. Del mismo modo, la Unidad no posee banco de leche materna, que si lo tuviera, sería una opción adecuada para la no utilización de sucedáneos.

En ese marco, dentro del presupuesto de la Institución Hospitalaria se encuentra destinada la adquisición de sucedáneos en casos que no puede amamantar la madre, específicamente en el VIH. Ahora bien, ante esta situación las grandes empresas que comercializan sucedáneos son las que proporcionan de forma gratuita muestras de leche de fórmula, de esta manera impulsan a las madres al consumo de estos, cuando no se promovió la lactancia materna durante y después de la hospitalización del niño/a. Lo dicho anteriormente es un accionar no justificado, que la normativa ESAMyN no promueve, pero que ha sido necesaria para poder nutrir a los neonatos hospitalizados. Asimismo, las madres refieren que a más de entregar los pañales, paños húmedos, shampoo entre otros artículos de uso personal necesario para su hijo/a, la mayoría de medicamentos e insumos son adquiridos y entregados por ellas; ya que el Hospital no cuenta con todos los materiales necesarios para asistir a los neonatos.

Con lo expuesto anteriormente, en los resultados recabados en este estudio, en relación al acompañamiento de la lactancia materna y teniendo en consideración otras investigaciones con enfoque biomédico que han sido realizados en nuestro país en cuanto al componente de lactancia materna del ESAMyN, tenemos lo siguiente:

En la investigación propuesta por Larenas y Monar (2019) en el Hospital Pablo Arturo Suárez establecen que los profesionales de enfermería se encuentran empoderados de la normativa ESAMyN, lo que les permite dar un cuidado satisfactorio a las madres. Las autoras de este estudio motivan, que en la formación de la profesión de enfermería en las asignaturas sobre salud reproductiva-pediatría, incluyan la enseñanza de la normativa para que los estudiantes adquieran habilidades y destrezas, y de esta forma se garantice una atención más eficiente y eficaz a la madre y al niño/a en hospitalización.

En el estudio realizado por Quizanga (2019) en el Hospital General Latacunga concluye que en el componente lactancia materna con el 79 % refleja el cumplimiento, en contraste con el porcentaje de cumplimiento estimado de la normativa para este componente que se tendría que alcanzar con el 84 %, es decir, el 5 % mayor al porcentaje obtenido por la Institución. Igualmente, en el estudio propuesto por Tinoco y Tituaña (2019) realizado en el Hospital Vicente Corral Moscoso en el componente lactancia

materna, evidenciaron falencias en los profesionales encuestados específicamente al consultarles sobre amamantamiento, teniendo como resultado que el 56,1 % fue incorrecto y el 43,9 % respondió de manera acertada.

Así también, en la investigación propuesta por Jaramillo y Montalván (2017) desarrollado en el Hospital Vicente Corral Moscoso sobre conocimientos y habilidades de lactancia materna en el personal de salud, evidenció que el 52,3 % de especialistas obtuvieron una excelente calificación, 66,7 % de los médicos residentes tuvieron una calificación insuficiente. En cambio para Ludeña (2019) en los resultados de su trabajo realizado en el Hospital General Docente Calderón observó que en el componente de lactancia materna cumple con el 63 %, lo cual concluye que los servidores de salud de la institución hospitalaria no cumplen con la normativa en la entrega de información a la madre sobre este componente.

No cabe duda que en esta investigación de perspectiva distinta a la biomédica y en todos los estudios positivistas realizados en el país referente a la aplicación y cumplimiento de la normativa ESAMyN, detallan datos que sirven para centrarse a la reflexión sobre las narrativas que comúnmente impulsa el Ministerio de Salud Pública del Ecuador en el acatamiento constitucional del derecho a la salud, y que lamentablemente sigue siendo precepto de carácter “hegemónico” encaminado en el sistema biomédico con visión lineal al causalismo, donde su deseo es intervenir sobre factores y no sobre el cambio de procesos estructurales; en otros términos, esta forma de accionar vulnera notablemente el propio concepto narrativo constitucional del Buen Vivir.

Primordialmente, durante el proceso de este estudio observacional de análisis descriptivo y explicativo se adoptó un nuevo paradigma, distinto a la perspectiva que establece al sistema de salud tradicional. Este trabajo se encauza en la Determinación Social de la Salud (DSS), el cual se basa en el análisis de la construcción de los tres dominios: general, particular y singular.

Mediante esta concepción de los tres dominios de la DSS, Jaime Breilh propone:

El primer paso para comprender la salud desde una perspectiva integral, es romper con la hegemonía de esas nociones biomédicas y la lógica liberal de la práctica convencional que es común [...] los problemas de salud no se reducen apenas a la enfermedad y la prevención como fenómenos individuales. No lo son en primer lugar los hechos que llevan a la gente a enfermar no afectan sólo a una persona o a pocas personas, sino que operan potencialmente sobre toda una comunidad y, en segundo lugar, porque esos procesos no se producen, ni se multiplican, ni se distribuyen poblacionalmente en una familia o espacio individual, sino que se producen y se extienden en toda la colectividad y, más aún, en toda una sociedad. (Breilh 2010, 107)

Al abordar la salud como un problema colectivo, se comprende la necesidad de un paradigma interpretativo que haga posible superar la visión lineal y reduccionista de la salud como un efecto mórbido de causa(s) aisladas, y deviene la necesidad de comprender la salud en su complejidad. Ahora bien, la salud es un proceso complejo, pero el reconocimiento de la complejidad no puede ser la ampliación de la misma lógica teórico-política, ni la adopción del relativismo. (Breilh 2010, 107)

Con el sustento propuesto por la teoría de Jaime Breilh de la DSS, en este estudio se pudo evidenciar la grave problemática que todavía existe en el contexto de la triada: clase social, relaciones de género y étnicas, donde predomina la inequidad y desigualdad.

Con respecto a la clase social, en la cabecera del cantón Ibarra se acumula la población con el 77,12 % de la población total, y aproximadamente para el año 2020 se estaría con una población de 221.149 habitantes. De acuerdo a los datos del INEC en el año 2010 el sector de servicios más representativo a nivel cantonal es el comercio al por mayor y menor con el 58,02 %, seguido del sector de las industrias con el 19,38 %, en donde la principal actividad industrial es la manufacturera y construcción, y el sector agropecuario que representa el 11,61 % que se relaciona a las actividades agrícolas, ganaderas, selvicultura y pesca. Relacionando con los datos expuestos tenemos que los ingresos mensuales que tienen las familias de las madres ecuatorianas y madres de condición de movilidad, están dentro de un rango de 300 a 600 dólares, donde los principales responsables económicos se dedican al trabajo diario de la construcción; teniendo solamente a una madre ecuatoriana de alta posibilidad económica del sector de Intag-Cotacachi que tienen la actividad agrícola familiar y llama la atención que hay la única madre de ingreso mensual menor a 100 dólares que es de condición de movilidad.

En cuanto a las relaciones de género en la ciudad de Ibarra predomina la desigualdad de género constituyéndose en una de las problemáticas estructurales y que las autoridades del cantón persiguen en mejoras del acceso a la justicia, la transformación de los patrones socioculturales y el fortalecimiento de bienes y servicios para la prevención y erradicación, especialmente de la violencia de género en todas sus formas. Dado que las mujeres siguen siendo objeto de violencia psicológica con el 78 % que principalmente ocurre en las relaciones de pareja. En este punto, en relación a esta investigación las mujeres ecuatorianas y en condición de movilidad humana se encuentran en sus hogares en actividades de quehaceres domésticos sin tener oportunidades de inserción al sector económicamente activo, esto denota que aún se percibe la inequidad y desigualdad de oportunidades en la condición laboral en las

mujeres; en donde solo una madre realiza una ocupación distinta a la del hogar, siendo ella trabajadora sexual.

Al respecto de los grupos étnicos en el cantón Ibarra están determinados por siete etnias, donde prevalece la etnia mestiza con el 78,2 %, seguida de la indígena 8,83 %, continúa la afroecuatoriana con el 6,62 %, luego la etnia blanca 3,79 %, mulatos 2,06 %, montubio 0,33 % y otros 0,17 %. Pues bien, el GAD Ibarra exhorta que no existe ningún organismo estatal que dirija políticas públicas a favor de ellos, siendo el más desprotegido la Nacionalidad Awá. En los datos recabados de la investigación conforme a la etnia, se evidencia la superioridad de etnia mestiza tanto en las madres ecuatorianas como las madres de condición de movilidad con el 54,54 %, seguidos la etnia blanca con el 27,27 %, y en minoría las etnias indígena y awá con el 9,09 % respectivamente. De igual modo en los cónyuges o parejas predomina la etnia mestiza con el 45,45 %, seguido la etnia afroecuatoriana con el 18,18 %, continuando las minorías de etnias, indígena, awá, blanca y negro extranjero con el 9,09 % respectivamente. Como se puede apreciar la variabilidad étnica muestra un punto frágil en las políticas públicas, ya que no se fomentan de manera específica procesos que salvaguarden en favor del apoyo colectivo en aspectos de organización social, cultural y económica.

Al respecto, Jaime Breilh (2002, 5) sostiene:

[...] impulsar la construcción de un mundo distinto no es suficiente con describir las profundas desigualdades sociales y de salud, sino que es indispensable poner al descubierto las raíces de esas desigualdades. La inequidad es una categoría analítica que da cuenta de la esencia del problema, mientras que la desigualdad es una evidencia empírica que se hace ostensible en los agregados estadísticos. La inequidad es la falta de equidad que surge como producto de la concentración de poder en unas clases sociales, o en ciertos grupos étnicos o en uno de los géneros; es decir, es la característica inherente a una sociedad que impide el bien común, e instituye la inviabilidad de un reparto humano que otorgue a cada quien según su necesidad y le permita aportar plenamente según su capacidad; es por eso que la inequidad es un punto crucial para el análisis de los derechos humanos. (Breilh 2002, 5)

En tanto que la desigualdad, de acuerdo con Breilh (2002) es:

Una expresión observable típica y grupal de la inequidad, expresa un contraste de una característica o medida, producida por la inequidad. Por ejemplo, la desigualdad de salario entre clases sociales o entre géneros, que corresponde a la inequidad en el proceso de producción y distribución económica; o es el caso de la desigualdad de acceso a un servicio de salud apropiado, entre dichas clases, entre grupos etno-nacionales o entre los varones y mujeres, que corresponde a la inequidad del mercado o al comportamiento distributivo del Estado, o es el caso de las relaciones sexistas que reproduce una estructura de poder patriarcal. Esta distinción es muy importante, puesto que si se analiza solo el

nivel de la desigualdad, se estaría reduciendo o desviando nuestra mirada a los efectos que se provocan, en lugar de enfocar sus determinantes. (Breilh 2002, 6)

De esta manera, la inserción social y las condiciones de vida de las madres en sus entornos familiares son vulnerables, en razón de que los cónyuges o principales responsables económicos en su mayoría no poseen estabilidad laboral con datos alarmantes del 63,64 % (n=7) del 100 % (n=11) que trabajan a jornal diario y existiendo entre ellos el 36,36 % (n=4) de madres en condición de movilidad humana. Además, los principales responsables económicos poseen diversidad de pertenencia a grupos étnicos como ya se comentó anteriormente, y que en su mayoría la tendencia a la educación es la secundaria, pese a estas condiciones lamentablemente no han logrado acentuarse en un trabajo estable y digno. Igualmente, solo el 9,09 % (n=1) de los 11 responsables económicos posee seguridad social del IESS, en tanto que ninguna madre tiene seguro social y trabajo estable, casi todas se dedican a los quehaceres domésticos en sus hogares sin tener ninguna remuneración, a excepción de una madre que es trabajadora sexual.

De igual modo, el 45,45 % (n=5) de entornos familiares de las madres tienen pertenencia de bien inmueble casa y 45,45 % (n=5) entornos familiares de las madres son propietarios de herramientas y máquinas de trabajo, y el 9,09 % (n=1) que no es propietaria de ningún bien; esto demuestra la marcada inequidad que existe en los sustratos sociales y económicos familiares, más aún cuando en la mayoría de los entornos familiares de las madres en la tenencia de propiedad se encuentran en proceso de cancelación por endeudamiento financiero; a excepción del 36,36 % (n=4) de las madres que sus viviendas son pagadas.

En sí la problemática se instaura en las dinámicas de clase social, condiciones de trabajo y consumo; evidenciándose también que se dispersan en el contexto socioeconómico del cantón Ibarra un sinnúmero de limitaciones por falta de estructuras u ordenanzas de los entes competentes como el GAD Ibarra y otras entidades de Gobierno Central, y que principalmente el tejido socioeconómico que la ciudad aborda a más de las existentes, también está el aspecto migratorio de personas que se encuentran en condición de movilidad humana, que cada vez abarca la crisis social, económica y cultural.

En relación a las personas en condición de movilidad, actualmente en su mayoría son de nacionalidad venezolana, en donde sobreviven al trabajo diario de lo que a veces hay o no, pero gracias al apoyo temporal de los organismos internacionales de ayuda humanitaria a migrantes como es el Grupo de Trabajo para Refugiados y Migrantes



(GTRM), perciben mensualmente cupos para adquirir alimentos y el pago de alquiler de vivienda colectiva.

En este sentido, el acogimiento de la población migratoria en el cantón Ibarra, hoy en día se ha vuelto caótica, ya que no hay un porcentaje definido de cuantos extranjeros se encuentran solamente de tránsito o que cantidad de ellos están asentados en la ciudad, los únicos datos que se dispone son de las personas que se encuentran en los albergues del GAD Ibarra en un total de 795 ciudadanos en condición de movilidad; esto lleva a profundizar la gravedad de la condición de movilidad, y que tanto las autoridades del cantón, provincia y del país no tienen un registro exacto de cuantos ciudadanos extranjeros existen hasta el momento en la ciudad de Ibarra, se han aquellos venezolanos, colombianos o de otras naciones. En esta misma línea, se evidencia en el Hospital San Vicente de Paúl, el alto porcentaje de atenciones a madres extranjeras desde hace varios años, que se agudizada con el pasar del tiempo, así en los datos obtenidos del primer trimestre del año 2021, de un total de atenciones entre mujeres ecuatorianas y migrantes con un número de 854, de los cuales el 6,79 % (n=58) son atenciones a mujeres migrantes, demostrando que en la mayoría son de nacionalidad venezolana con el 55,17 %, seguido del 41,38 % que son colombianas y con el 3,45 % peruanas.

Todas estas circunstancias que experimenta la ciudad en el contexto social conlleva al no disfrute de los derechos humanos, pues se dan marcados contrastes en la dinámica social, donde sobresale el poder de clases, fragmentando a la sociedad en sí misma, esencialmente en las formas del vivir colectivo que gobiernan a los estilos de vida individuales; siendo los modos y estilos de vida el eje principal para el gozo de los derechos; un claro ejemplo es la vulnerabilidad de derechos en la atención a la salud que tiene que ser con calidad y calidez y por la situación de las personas en condición de movilidad humana en el cantón Ibarra.

Al respecto, desde la perspectiva de la Determinación Social de la Salud, Jaime Breilh enfatiza:

Las relaciones de poder son las que discriminan los grandes contrastes entre los modos y estilos de vida de grupos situados en los polos sociales de una sociedad, así como la capacidad de producción y negociación que los grupos tienen para la reproducción de su vida en condiciones determinadas. De este modo, las sociedades inequitativas son aquellas donde existe un proceso de distribución desigual del poder. No sólo del poder que controla la propiedad y el uso de las riquezas materiales, sino del poder que se requiere para definir y expandir la identidad, los proyectos y las aspiraciones e utopías. (Breilh 2002, 6)

Por lo dicho anteriormente, pese a que la Constitución de la República del Ecuador impulsa la aplicación del derecho a la salud enfatizando el Buen Vivir, en el ámbito de la salud pública parece ser que continua prevaleciendo la categoría inequidad se ha convertido en uno de esos problemas cardinales del país. Pues bien, la vulnerabilidad de los derechos humanos, la falta de responsabilidad estatal, la misma narrativa que da continuidad al trayecto neoliberal de los sistemas de salud; cuyas políticas de recorte del gasto social siguen fomentado la inequidad en la nación, situación experimentada por la madres en el tiempo de hospitalización de sus hijos, debido a que ellas asumieron casi por completo los gastos en la adquisición de medicación e insumos médicos. Todas las transformaciones que hace algunos años se ha evidenciado en el sistema de la salud pública no han servido para promulgar el bienestar del derecho a la salud, más bien, sigue siendo como un bien negociable de estructura política que deriva hacia la salud de mercancía; creando una cortina de humo de una supuesta aplicación de equidad e integridad de los derechos.

Continuando en la esquematización en los datos obtenidos en esta investigación desde las tres dimensiones de la DSS, el cual se propuso específicamente en buscar y examinar los procesos sanos-protectores y malsanos-destructivos que se producen en el acompañamiento del niño/a prematuro/a. En este aspecto, pese a las dificultades y contratiempos que la institución hospitalaria ha experimentado, se tiene que mencionar que la voluntad humana de los profesionales de la Unidad de Neonatología ha predominado ante toda adversidad presupuestaria de la Institución, determinándose procesos protectores en la dimensión general donde prima el acompañamiento por parte de los profesionales de la Unidad de Neonatología no solamente a la madre y al niño/a, sino también a los entornos familiares de los niños/as muy prematuros, con el propósito de mejorar la salud del niño/a. Ese esfuerzo lo deriva la calidez y entrega de los profesionales que van desarrollando vínculos de soporte, enseñanzas y acciones que impulsan a la madre en el apego, la motivación del Método Madre Canguro y la acentuación de lactancia materna exclusiva.

En tanto que las dimensiones particular e individual, el soporte social creado entre los entornos de grupos de madres lleva a instaurar apoyos mutuos emocionales, motivándose en minimizar los procesos de estrés o el déficit de la situación económica personal. La introyección de obtener soporte de grupos religiosos les proporciona a las madres y entorno de sus familias, un alivio a su estado emocional que se encausa en la angustia y preocupación al no tener a su hijo/a permanentemente en sus brazos u hogares.

El sostén familiar es también un vínculo que gratifica a los estados emocionales de las madres, donde se tejen relaciones de fortaleza de ambiente familiar, en la búsqueda de equilibrio en sus formas de sentir y vivir experiencias distintas, ya que el nuevo integrante de su familia que es el niño/a prematuro/a, va acumulando necesidades de cuidado exhaustivo. Los entornos diversos y dinámicas comunes, aportan a la estabilidad emocional de las madres, de esta manera los espacios de ocio o tiempo libre destinado a compartir con la familia o hacer una actividad deportiva transforma las dificultades en procesos sanos de experiencias vividas, y de esta manera llegan a confrontarlas de forma relajada. Del mismo modo, el conllevar la práctica de una alimentación sana como estilo de vida saludable, es uno de los pilares que algunas madres han insertado en sus nuevos estilos de vida para mejorar su salud, en el marco de mantener una adecuada alimentación y actividad física, que ayuda a la producción de leche e incentiva la lactancia materna, impulsando en su diario vivir hábitos sanos, pese a los problemas económicos que los tienen.

En cuanto a los procesos destructivos encontrados en este estudio, en el dominio general predomina el incumplimiento del derecho a la salud en la madre y el niño/a por parte del Ministerio de Salud Pública, el cual deteriora la entrega de servicios de salud en calidad, así tenemos que en el análisis epidemiológico en el período propuesto de estudio hubo un alto porcentaje de muertes neonatales con el 42,10 % (n=8) del cien por cien, niños que fallecieron por complicaciones en su salud a causa de la muy prematuridad. Donde se plasma que la mayoría las dificultades de la salud de los niños/as del estudio fueron con el 35 % el síndrome de dificultad respiratoria, seguido con el 30 % de bajo peso menor de 1500 gramos, continua con el 20 % las dificultades de termorregulación y con el 15 % los trastornos de succión y deglución.

Concretamente la institución hospitalaria no logra cumplir la normativa ESAMyN, puesto que, la infraestructura hospitalaria de espacios y lugares específicos para la aplicación correcta de la normativa no es la adecuada, el área destinada como lactario no es la apropiada, no posee el área de alojamiento conjunto madre-hijo/a y menos aún el banco de leche materna. Así también, la falta de presupuesto hace que haya desabastecimiento de insumos, materiales y medicamentos, responsabilidad que les ha tocado adoptar a los padres de los niños/as en la adquisición y entrega de los mismos al personal de la Unidad de Neonatología, para de esta manera mejorar la salud de sus hijos/as. Igualmente, pese a los grandes esfuerzos del recurso humano profesional se continúa con una brecha importante en la falta de más personal profesional para poder

acatar la normativa. En resumen, los hallazgos encontrados en los procesos destructivos en este dominio van creando el conflicto de cumplir a plenitud la entrega de servicio de salud, y que garantice el Derecho a la Salud y el Buen Vivir, sin que estos sean vulnerados.

En el ámbito de los procesos destructivos en los dominios particular e individual, se esquematiza primeramente hacia el aspecto socioeconómico de las madres que influyen en las condiciones de vida, los recursos económicos bajos que presentan se debe a la inestabilidad laboral del principal responsable económico que mayormente es el cónyuge o madres que han tenido alguna ocupación laboral, y que a la vez no poseen seguridad social. En sí, la limitación económica entrelaza procesos malsanos que influyen en la alimentación, cuidado personal y seguimiento de la salud, caso específico en madres que no se fomentó la lactancia materna. En algunos casos la dinámica familiar por costumbres culturales hace que se promueva la inasistencia de las madres a procesos de la lactancia materna (costumbre de la dieta absoluta), creencia de los grupos étnicos indígena y mestizo. Así también, un punto importante es el abandono de tratamientos de la salud de las madres, que principalmente se debe por la larga espera de citas médicas y la escasa entrega de la medicación por las entidades públicas de salud. En relación a las dinámicas de las viviendas que habitan las madres, son pocas las madres que gozan de viviendas propias, la mayoría las alquilan y cuentan con servicios muy básicos, estando compuestas algunas familias de las madres con un alto número de integrantes (familia extendida).

Por último, otro de los factores de la inestabilidad de la salud en las madres viene hacer la exposición de estrés constante, los malos hábitos de vida que anteriormente tuvieron y que alteran sus morbilidades, por lo que surgen las complicaciones en la salud; claro ejemplo es la hipertensión arterial que afecta a la madre en el proceso gestante y que promueve la preclamsia e incitando el nacimiento de la criatura antes de tiempo, produciéndose la prematuridad. En definitiva, todas las vivencias y dinámicas de exposición en la salud de las madres encaminan al desequilibrio emocional, ocasionando insomnio e incrementando el estrés no solamente a la madre, sino al entorno familiar.

## **Recomendaciones**

En el análisis de este estudio sobre los procesos de acompañamiento en el niño/a prematuro/a, se deslinda la compleja situación vivencial que las madres expresaron durante el tiempo de la estancia hospitalaria, referente al contexto y dinámica familiar, la deficiencia de insumos, medicamentos y demás materiales que la salud pública de manera

gratuita debe conceder. Esto motiva a la reflexión del sistema actual de la salud, y que debe ser promulgado desde el Gobierno Central hacia los entes competentes, en la transformación de esquemas lineales, en caminos novedosos que conduzcan a un mejor diseño de la salud colectiva e individualizada. En otras palabras, debe establecerse un sistema de reparto de recursos, que conlleven a una estructura de entrega de los servicios de salud acorde a la realidad poblacional. Por lo que, se procede a realizar algunas recomendaciones con el objetivo de contribuir a la continuidad de acciones de acompañamiento a los padres y familiares del niño/a muy prematuro/a, en el mejoramiento de atención hospitalaria neonatal, por tal motivo es necesario el trabajo articulado entre las entidades de Gobierno, de acuerdo a su competencia como el Ministerio de Salud Pública, Coordinación Zona 1 de Salud, Gerencia Hospitalaria y población en general.

El esfuerzo y voluntad de los profesionales de la Unidad de Neonatología durante el acompañamiento a la madre y demás familiares del niño/a, es lo que mantiene e imparte una atención de la salud con calidez, y es un acto primario en el que se debe dar la continuidad de acciones y metodologías de vínculo materno infantil y apego, Método Madre Canguro y lactancia materna. Sin embargo, no se puede complementar con la calidad de la atención al usuario y que por derecho se debería otorgar, en virtud, del incumplimiento y reducción presupuestaria por las entidades Ministeriales de Finanzas y de Salud, han producido limitaciones en la organización y entrega de materiales necesarios como insumos, equipamiento biomédico y mantenimiento correctivo de equipos biomédicos, que solventen las buenas prácticas organizacionales requeridas y de esta manera entregar servicios de salud que sean primariamente de calidad con el complemento de la calidez que viene del brazo del talento humano profesional.

En los resultados del estudio en el acompañamiento intrahospitalario, vierte el conocimiento de la problemática que se emerge en el sustrato general en no poder dar el cumplimiento a la normativa del ESAMyN. Se recomienda la fomentación de cambios concretos en el Hospital San Vicente de Paúl y que sean de manera integral, emprendiendo esfuerzos de sostén jerárquico en cuanto a las necesidades de los modos y estilos de vida de la comunidad, promoviendo al fortalecimiento de los procesos protectores de la salud. Por lo tanto, es preciso proponer la producción de procesos de planificación en infraestructura nueva o mejoramiento de la misma, incremento de talento humano profesional, entrega de recursos y demás requerimientos indispensables para una

adecuada funcionalidad y desarrollo operativo hospitalario, donde se entrelacen los procesos técnicos, médicos y administrativos.

La oferta de prestación de servicios de salud que extiende a la ciudadanía el Hospital San Vicente de Paúl de la ciudad de Ibarra, debe nutrirse de transformaciones que impere primordialmente la atención con mayor amplitud al enfoque social, en donde se promueva acciones de potencializar las debilidades hospitalarias, solicitando al Ministerio de Salud los recursos que estén de acuerdo a las necesidades y realidades de la demanda poblacional.

Finalmente, se recomienda a los profesionales investigadores que se apasionan en estudiar las dinámicas que se desarrollan en neonatología, específicamente en el acompañamiento de los niños/as prematuros/as, profundicen en sus investigaciones aspectos que posiblemente no se ahondaron, específicamente del ESAMyN. Queda la iniciativa como un sendero extenso, en que tomen en cuenta a este estudio como referente, entorno a la perspectiva de la Determinación Social de la Salud y Epidemiología Crítica, con el propósito de agrupar elementos distintos, que en el enfoque biomédico no se discuten y que es acertado estudiarlos desde una perspectiva de pensamiento crítico.

## Obras citadas

- Acosta, María, Nancy Cabrera, Yudy Basante, y Daniel Jurado. 2017. "Sentimientos que experimentan los padres en el difícil camino de la hospitalización de sus hijos prematuros: Un aporte al cuidado humanizado". *Universidad y Salud* 19 (1): 17-25.
- Ainsworth, Mary, Mary Blehar, Everett Waters, y Sally Wall. 1978. *Patterns of Attachment: Assessed in the Strange Situation*. Hillsdale, New Jersey, Erlbaum.
- Ainsworth, Mary. 1989. "Attachments beyond infancy". *American Psychologist* 44 (4): 709-16. doi:10.1037/0003-066x.44.4.709.
- Arias Gonzales, Leticia. 2014. "Estilos de apego y actitudes hacia la alimentación en adolescentes". Tesis de pregrado. Universidad Autónoma del Estado de México. <http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/41199>
- Breilh, Jaime. 2002. "Inequidad en salud: Ecuador el asalto a los Derechos Humanos y la resistencia del sueño Andino". Ponencia presentada en cuarta conferencia anual distinguida en Salud Pública y Derechos Humanos. Universidad de Michigan, 4 de abril de 2002. <https://repositorio.uasb.edu.ec/handle/10644/3402>
- . 2003. "Metodología de la investigación en salud: determinación y evidencias: El método clínico fortalecido desde la epidemiología". *Repositorio Universidad Andina Simón Bolívar*. <http://hdl.handle.net/10644/3572>
- . 2008. "Una perspectiva emancipadora de la investigación y acción, basada en la determinación social de la salud". Ponencia para la mesa 1: la determinación social en la salud, México, 29 de septiembre - 3 de octubre del 2008.
- . 2010. *Epidemiología: Economía política y salud. Bases estructurales de la determinación social de la salud*, 7.<sup>a</sup> ed. Quito: Corporación Editora Nacional.
- . 2010. "Las tres 'S' de la determinación de la vida 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud". En *Determinacao social da saúde e reforma sanitária*, editado por Roberto Passos Nogueira, 87-125. Río de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES).
- . 2013. "La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva)". *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 31 (1): S13-S27.

- . 2014. “Cecilia Donnangelo y el ethos tecnocrático de la salud pública actual”. *En O social na epidemiologia: um legado de Cecília Donnangelo*, editado por José da Rocha Carvalheiro, Luiza Sterman Heimann y Márcio Derbli, 85-98. Sao Paulo: Instituto de Saúde.
- . 2015. “Epidemiología del siglo XXI y ciberespacio: Repensar la teoría del poder y la determinación social de la salud”. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 18 (4): 972-82. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201500040025>
- Bowlby, Jhon. 1986. *Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida*. Madrid: Morata.
- . 1998. *El apego. vol. 1 de la trilogía. El apego y la pérdida*. Buenos Aires: Paidós.
- Colombia Ministerio de Salud y Protección Social. 2013. “Guía de práctica clínica del recién nacido prematuro”. *Sistema General de Seguridad Social en Salud*. [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/GPC\\_Completa\\_Premat.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/GPC_Completa_Premat.pdf)
- Delgado, Oliva. 2004. “Estado actual de la teoría del apego”. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente* 4 (1): 65-81. <https://psiquiatriainfantil.org/numero4/Apego.pdf>
- Ecuador Ministerio de Salud Pública del Ecuador. 2015. “Recién nacido prematuro: Guía de práctica clínica”. *Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Normatización-MSP*. <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/09/GPC-Rec%C3%A9n-nacido-prematuro.pdf>
- . 2017. “Establecimientos de Salud Amigos de la madre y del Niño (ESAMyN)”. *Ministerio de Salud Pública*. <https://www.salud.gob.ec/establecimientos-de-salud-amigos-de-la-madre-y-del-nino-esamyn/>
- Fernández, Carmen, Juan Matzumura, Hugo Gutiérrez, Luisa Zamudio, y Giannina Melgarejo. 2017. “Secuelas del neurodesarrollo de recién nacidos prematuros de extremadamente bajo peso y de muy bajo peso a los dos años de edad, egresados de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2009-2014”. *Horizonte Médico (Lima)* 17 (2): 6–13.
- Gallegos, Josefina, y Jaime Reyes. 2018. “Representaciones maternas sobre salud y lactancia del hijo prematuro en hospitales con y sin certificación de Hospital Amigo del Niño y de la Madre”. *Acta pediátrica de México* 39 (2): 99-108. <https://doi.org/10.18233/apm39no2pp99-1081571>.



- García, Reymundo Mercedes, José Antonio Hurtado Suazo, M. José Calvo Aguilar, Francisco Javier Soriano Faura, Gemma Ginovart Galiana, Yolanda Martín Peinador, Ana Jiménez Moya, y Xavier Demestre Guasc. 2019. “Recomendaciones de seguimiento del prematuro tardío”. *Anales de Pediatría* 90 (5): 318.e1-318.e8. <https://www.analesdepediatria.org/es-estadisticas-S1695403319300256>
- Garrido, Lusmenia. 2006. “Apego, emoción y regulación emocional. Implicaciones para la salud”. *Revista Latinoamericana de Psicología* 38 (3): 493-507.
- Gobierno Autónomo Descentralizado del Cantón Ibarra. 2020. *Actualización del plan de desarrollo y ordenamiento territorial del cantón Ibarra*. Ibarra: Dirección de Planificación y Desarrollo Territorial.
- Hernández, Eluska, Adis López, y Ana Echeverría. 2019. “Caracterización del apego infantil y el apego conyugal en un grupo de embarazadas primerizas ingresadas en hogares maternos”. *CEDEM Novedades en Población* (30): 1-11.
- Hospital General San Vicente de Paúl. 2017. *Hospital General San Vicente de Paúl sala situacional enero-septiembre 2017*. [https://sc22e4c9bc12707cf.jimcontent.com/download/version/1516048326/module/11130155391/name/hsvp\\_estado\\_situacional\\_septiembre0520564001507923113.pdf](https://sc22e4c9bc12707cf.jimcontent.com/download/version/1516048326/module/11130155391/name/hsvp_estado_situacional_septiembre0520564001507923113.pdf)
- Jaramillo, Willian, y Nataly Montalván. 2017. “Conocimientos y habilidades del personal de salud sobre consejería en lactancia materna del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2017”. Tesis de pregrado. Universidad de Cuenca, Ecuador.
- La Orden Izquierdo, E., E. Salcedo Lobato, I. Cuadrado Pérez, M. S. Herráez Sánchez, y L. Cabanillas Vilaplana. 2012. “Retraso de la adquisición de la succión-deglución-respiración en el pretérmino; efectos de una estimulación precoz”. *Nutr Hosp.* 27 (4): 1120-26. [https://scielo.isciii.es/pdf/nh/v27n4/22\\_original11.pdf](https://scielo.isciii.es/pdf/nh/v27n4/22_original11.pdf).
- Larenas, Vicente, y Maryury Monar. 2019. “Aplicabilidad de los componentes del programa establecimientos de salud amigos de la madre y del niño (ESAMyN) en el Hospital Pablo Arturo Suárez, Quito, periodo 2018”. Tesis de pregrado, Universidad de Guayaquil, Ecuador.
- Longhi, Roberto. 2011. “Una introducción a la obra de Winnicott: Contribuciones al pensamiento relacional”. *Clínica e investigación relacional* 5 (3): 561-74.
- Ludeña, Yuri. 2019. “Cumplimiento de los indicadores del ESAMyN (Establecimientos de salud como amigos de la madre y del niño) para una lactancia exitosa en el

- Hospital General Docente de Calderón en el periodo de Enero 2017 - Enero 2018". Tesis de pregrado, Universidad Central del Ecuador.
- Montago, Ashley. 2004. *El tacto: La importancia de la piel en las relaciones humanas*. Barcelona: Paidós.
- Organización Mundial de la Salud. 2004. "Método Canguro: Guía práctica clínica". *Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones* Conexas. [https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal\\_perinatal\\_health/9241590351/es/](https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/9241590351/es/)
- Organización de Naciones Unidas. 2021. "Migración". *Organización de Naciones Unidas*. <https://www.un.org/es/global-issues/>
- Ortega, Hernando. 2007. *Migración Forzada de Colombianos. Colombia, Ecuador, Canadá*. Quito: FLACSO Ecuador / Corporación Región, UBC.
- Quizanga, Carmen. 2019. "Cumplimiento del componente lactancia materna de la normativa sanitaria establecimientos de salud como amigos de la madre y del niño-ESAMyN relacionado a una lactancia materna exitosa en el Hospital General Latacunga". Tesis de pregrado, Universidad Técnica de Ambato.
- Reliefweb. 2021. "Refugiados y migrantes en Ecuador - Reporte de situación (febrero 2021)". 22 de marzo. <https://reliefweb.int/report/ecuador/refugiados-y-migrantes-en-ecuador-reporte-de-situacion-febrero-2021>
- Ruiz, Juan Gabriel, Nathalie Charpak, Denis Granados, Margarita Restrepo, María Cristina Torres, Carlos Alberto Calvache, Alejandro Colmenares, Marta Cristo, María Claudia Duque Páramo, Zita Figueroa, Claudia González, Gabriel Longgi, Rosario Martínez, Rodrigo Pantoja Chau, Lida Pinzón, Gloria Torres, Viviana Rodríguez Torres, y Lyda Rosero. 2007. *Guías de práctica clínica basadas en evidencia para la óptima utilización del método madre canguro de cuidados del recién nacido pre término y/o de bajo peso al nacer*. Bogotá: Universidad Javeriana.
- Sánchez Perez, María del Carmen, María Mercedes Cruz Ramírez, Patricia Muñoz-Ledo Rabago, y Alicia Correa Ramírez. 2018. "Factores socioambientales en el neurodesarrollo de trillizos prematuros. Reporte de un caso". *Rev Sanid Milit Mex*. 72 (5-6): 344-50.
- Simeoni, U. 2014. "Prematuridad: del período perinatal a la edad adulta". *EMC-tratado de medicina* 18 (1): 1-7. [https://doi.org/10.1016/S1636-5410\(14\)66729-5](https://doi.org/10.1016/S1636-5410(14)66729-5)

- Solíz, María Fernanda. 2014. "Metabolismo del desecho en la determinación social de la salud: Economía política y geografía crítica de la basura en el Ecuador 2009-2013". Tesis doctoral, Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador. <http://repositorio.uasb.edu.ec/handle/10644/3986>.
- Suin Guaraca, Fabián, y Katiuska Suriaga Ramírez. 2018. "Prevalencia de prematuridad y factores de riesgo asociados en los recién nacidos, ingresados en el área de neonatología del Hospital Vicente Corral Moscoso entre el periodo 2011 al 2015". Tesis de pregrado, Universidad de Cuenca, Ecuador.
- Tinoco, María, y Viviana Tituaña. 2020. "Conocimientos de indicadores del ESAMyN en profesionales del área de ginecología. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca. 2019". Tesis de pregrado, Universidad de Cuenca, Ecuador.
- Universidad Técnica del Norte. 2013. "Proyecto análisis de vulnerabilidades a nivel Municipal: Perfil territorial cantón San Miguel de Ibarra". *Universidad Técnica del Norte*. <http://repositorio.cedia.org.ec/bitstream/123456789/848/1/Perfil%20territorial%20IBARRA.pdf>
- Villamarín, Glenda. 2017. "Consideraciones culturales sobre la práctica de la psicología: El caso de la Teoría del Apego". Tesis de maestría, Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador.
- Winnicott, Donald. 1981. *El proceso de maduración en el niño (estudios para una teoría de desarrollo emocional)*. Barcelona: Editorial laia.
- Zamorano, Clara, Guadalupe Cordero, Juan Flores, Héctor Baptista, y Luis Fernández. 2012. "Control térmico en el recién nacido pretérmino". *Perinatol y Reproducción Humana* 26 (1): 43-50.



## Anexos

### Anexo 1: Esquema de consentimiento informado



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Universidad Andina Simón Bolívar Sede Ecuador

Área de Salud Maestría en Trastornos de Desarrollo Infantil, Mención Autismo

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

Título del proyecto de investigación: **Procesos de acompañamiento en el niño/a prematuro/a en la Unidad de Neonatología del Hospital General San Vicente de Paúl**

Fecha: \_\_\_\_\_


Yo \_\_\_\_\_ con cédula de identidad número \_\_\_\_\_, he sido informado/a por el señor Marco Antonio Montesdeoca Bastidas sobre los objetivos del estudio y se me ha permitido realizar las preguntas necesarias sobre la investigación, por lo que:

Declaro conocer el proceso de la investigación, la importancia de la misma, los objetivos y la posterior entrega de los resultados a mi persona, por lo que autorizo mi participación en esta investigación, así como la publicación de los resultados de la misma.

La participación en este estudio es voluntaria. La información que se recoja será estrictamente confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. El sistema de procesamiento de datos garantiza que tus datos personales y nombre no sean expuestos públicamente jamás.

\_\_\_\_\_  
Firma o huella del participante

Anexo 2: Formulario 04 de encuesta para madres puérperas, de la normativa ESAMyN

 <b>04FORMULARIO DE ENCUESTA PARA MADRES PUÉRPERAS</b> ESTABLECIMIENTOS DE SALUD AMIGOS DE LA MADRE Y DEL NIÑO (ESAMyN)					No.	
<p><b>Estimada Señora:</b>            Como una iniciativa para mejorar la atención a las madres y recién nacidos, así como promover y proteger la lactancia materna, es importante conocer su experiencia en este establecimiento, por lo que le pedimos su autorización para participar a través de una encuesta. La información que Usted nos proporcione será de carácter estrictamente confidencial y anónimo.  <b>¿Desea participar?</b></p>						
ZONA:		DISTRITO:		NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD (ES):		
NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL ES:				UNICÓDIGO		
FECHA:	(dd)	(mm)	(aaaa)	NOMBRE DEL EVALUADORA:		
A. DATOS DE LA MADRE, BEBÉ Y PARTO						
1. El parto fue:	Vaginal <input type="checkbox"/>			Cesárea <input type="checkbox"/>		
2. Su bebé nació:	A término <input type="checkbox"/>			Prematuro <input type="checkbox"/>		
3. ¿El bebé se encuentra en cuidados especiales?	Sí <input type="checkbox"/>			No <input type="checkbox"/>		
Si es que sí, llenar incluso la sección D						
4. ¿En qué fecha y hora nació su bebé?	(dd)	(mm)	(aaaa)	Sistema 24h (hh:mm)	3. Edad del bebé al momento de la entrevista _____ horas	
6. Lugar donde se realiza la entrevista:	a) Consulta externa <input type="checkbox"/>			c) Sala de parto o Recuperación <input type="checkbox"/>		
	b) Neonatología <input type="checkbox"/>			d) Hospitalización <input type="checkbox"/>		
B. ASESORÍA						
Marque con una "X"						
VER?	PREGUNTA	RESPUESTAS				
R2.c1 EM	7. ¿Asistió a los controles prenatales?	Sí <input type="checkbox"/> ¿A cuántos controles? (Esperar explicación de la madre. Seleccionar una opción) 1-2 <input type="checkbox"/> 3-4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> más de 5 <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/> ¿Se comunicaron o le realizaron una visita domiciliaria cuando no asistió a los controles? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		No sabe, no contesta <input type="checkbox"/>
	8. ¿Fue referida a este establecimiento de salud?	Sí <input type="checkbox"/> ¿Quién le refirió? (Esperar explicación de la madre. Puede seleccionar más de una opción) a) Centro de salud <input type="checkbox"/> b) Hospital <input type="checkbox"/> c) Una partera <input type="checkbox"/> d) Persona particular <input type="checkbox"/> e) Decisión propia <input type="checkbox"/> f) Ninguno <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>		No sabe, no contesta <input type="checkbox"/>

L.1.a EM	9. ¿Le brindaron asesoría sobre los beneficios de la lactancia materna?	Sí <input type="checkbox"/> ¿Qué beneficios le explicaron sobre la leche materna? (Esperar explicación de la madre. Se puede seleccionar más de uno) a) Beneficios para el bebé <input type="checkbox"/> b) Beneficios para la madre <input type="checkbox"/> c) Beneficios económicos <input type="checkbox"/> d) Vínculo madre-hijo <input type="checkbox"/> e) Otros beneficios <input type="checkbox"/> f) Ninguno <input type="checkbox"/> (Si no menciona, se marca "No sabe")	No <input type="checkbox"/>	No sabe, no contesta <input type="checkbox"/>
P.10.a EM	10. ¿Le han informado sobre métodos anticonceptivos?	Sí <input type="checkbox"/> Esto sucedió durante: (Mencionar las opciones a la madre y marcar. Puede mencionar más de uno) a) Los controles prenatales <input type="checkbox"/> b) Después de dar a luz <input type="checkbox"/> ¿Qué métodos le han ofrecido? (Mencionar y marcar las opciones) a) Barrera (preservativos femeninos o masculinos) <input type="checkbox"/> b) Hormonales (inyectables o vía oral) <input type="checkbox"/> c) DIU - T de cobre <input type="checkbox"/> d) Definitivos (vasectomía o ligadura) <input type="checkbox"/> e) Ninguno <input type="checkbox"/> (Si no menciona alguno, se marca "No")	No <input type="checkbox"/>	No sabe, no contesta <input type="checkbox"/>
P.11.b EM	11. ¿Se realizó el test de VIH?	Sí <input type="checkbox"/> ¿Solicitaron su autorización para la prueba? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No sabe, no contesta <input type="checkbox"/>
<b>C. PARTO Y PUERPERIO</b>				
P.12.a EM P.12.b EM P.12.c EM	12. ¿El personal de salud le informó sobre el derecho de estar acompañada durante el trabajo de parto, parto y post parto?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No sabe, no contesta <input type="checkbox"/>
P.13.a EM	13. ¿Decidió estar acompañada por una persona de su elección durante el trabajo de parto? <i>(El acompañamiento puede ser de la pareja, familiar, partera, u otro.)</i>	Sí <input type="checkbox"/> ¿Estuvo acompañada durante el trabajo de parto? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> (Si no se le permitió, en la evaluación se marca "No")	No <input type="checkbox"/>	No sabe, no contesta <input type="checkbox"/>
P.14.b EM	14. ¿Decidió estar acompañada por una persona de su elección durante el parto? <i>(El acompañamiento puede ser de la pareja, familiar, partera, u otro.)</i>	Sí <input type="checkbox"/> ¿Estuvo acompañada durante el parto? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> (Si no se le permitió, en la evaluación se marca "No")	No <input type="checkbox"/>	No sabe, no contesta <input type="checkbox"/>
P.15.c EM	15. ¿Estuvo acompañada después del parto por una persona de su elección? <i>(El acompañamiento puede ser de la pareja, familiar, partera, u otro.)</i>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No sabe, no contesta <input type="checkbox"/>

P.2.b EM	16. ¿Le informaron sobre su derecho de usar la vestimenta a su elección durante el parto?	Si <input type="checkbox"/> ¿Usted quiso usar su vestimenta durante el parto? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si es que sí, ¿se lo permitieron? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si es que no, ¿le explicaron la razón? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si no se lo permitieron, en la evaluación se marca "No"	No <input type="checkbox"/>	No sabe, no contesta <input type="checkbox"/>
P.2.b EM	17. ¿Le informaron sobre su derecho de consumir alimentos o líquidos durante el labor de parto?	Si <input type="checkbox"/> Si es que sí, ¿se lo permitieron? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si es que no, ¿le explicaron la razón? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si no le explicaron, en la evaluación se marca "No"	No <input type="checkbox"/>	No sabe, no contesta <input type="checkbox"/>
P.2.c EM	18. ¿Le consultaron sobre qué hacer con su placenta?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No sabe, no contesta <input type="checkbox"/>
P.3.b1 EM	19. ¿Le alentaron a moverse o caminar durante la labor de parto?	Si <input type="checkbox"/> Pase a pregunta 20	No <input type="checkbox"/> ¿Le explicaron la razón? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si le explicaron la razón, se marca no sabe no contesta, y no se toma en cuenta para la evaluación	No sabe, no contesta <input type="checkbox"/>
P.3.b2 EM	Si es que sí en pregunta 19, 20. ¿Puede mencionar 2 beneficios de moverse o caminar durante la labor de parto? (Ejercer excitación de la madre. Marcar "sí", si los beneficios se pueden relacionar a: ayudar al descenso del bebé, alivio del dolor, comodidad, colocar al bebé)	Si <input type="checkbox"/> 1. _____ 2. _____	No <input type="checkbox"/> Si no se tiene los 2 beneficios, marcar "No", de lo contrario, "Sí"	No sabe, no contesta <input type="checkbox"/>
P.3.c1 EM	21. ¿Le informaron que puede elegir la posición del parto?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No sabe, no contesta <input type="checkbox"/>
P.3.c2 EM	22. ¿Ha podido elegir la posición para el parto?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> ¿Le explicaron la razón? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si le explicaron la razón, se marca no sabe no contesta, y no se toma en cuenta para la evaluación	No sabe, no contesta <input type="checkbox"/>



P.4.a EM	23. ¿Le informaron sobre métodos para aliviar el dolor que no involucren medicamentos?	Si <input type="checkbox"/> <b>¿Puede mencionar un método?</b> <i>(Esperar explicación de la madre. Se puede seleccionar más de uno)</i> a) Masaje <input type="checkbox"/> b) Calor local <input type="checkbox"/> c) Deambulación <input type="checkbox"/> d) Baños de agua <input type="checkbox"/> e) Relajación <input type="checkbox"/> f) Musicoterapia <input type="checkbox"/> g) Aromaterapia <input type="checkbox"/> h) Visualización <input type="checkbox"/> i) Otras <input type="checkbox"/> j) Ninguno <input type="checkbox"/> <i>(Si no menciona alguno o marca ninguno, se marca "No" en EVALUACION)</i>	No <input type="checkbox"/>	No sabe, no contesta <input type="checkbox"/>
P.5.a EM	24. ¿Le realizaron rasurado de la zona pélvica o lavado intestinal (enema) antes del parto?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No sabe, no contesta <input type="checkbox"/>
P.6.a EM P.6.a1 EM P.6.a2 EM P.6.b EM	25. ¿Le pusieron a su bebé en su pecho inmediatamente después del nacimiento, por lo menos una hora?	Si <input type="checkbox"/> <b>¿Lactó?</b> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <i>(Si no lactó en P.6.b EM marcar No)</i>	No <input type="checkbox"/> <b>¿Le explicaron la razón?</b> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <i>(Si le explicaron la razón, se marca no sabe no contesta y no aplica en la evaluación)</i>	No sabe, no contesta <input type="checkbox"/>
P.7.a EM	26. ¿El personal de salud le informó de los procedimientos de rutina que se realizan a los recién nacidos como medir, pesar, revisión ocular e inyección de vitamina K?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No sabe, no contesta <input type="checkbox"/>
P.7.b EM	27. ¿Estuvo usted presente cuando midieron, pesaron y revisaron al bebé después de nacer?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No sabe, no contesta <input type="checkbox"/>
P.10.b EM	28. ¿Le informaron sobre los signos de peligro del bebé, por los cuales debe consultar al establecimiento de salud más cercano?	Si <input type="checkbox"/> <b>¿Puede mencionar 2 signos de peligro?</b> <i>(Esperar explicación de la madre. Se puede seleccionar más de uno)</i> a) Cambio de coloración <input type="checkbox"/> b) Dificultad para alimentarse <input type="checkbox"/> c) Fiebre <input type="checkbox"/> d) Dificultad para respirar <input type="checkbox"/> e) Tieso o ataques <input type="checkbox"/> f) Debilidad <input type="checkbox"/> g) Ninguno <input type="checkbox"/> <i>(Si no menciona 2 signos se marca "No")</i>	No <input type="checkbox"/>	No sabe, no contesta <input type="checkbox"/>


	<p>29. ¿Le informaron sobre los signos de peligro para usted después del parto?</p>	<p>Si <input type="checkbox"/></p> <p>¿Puede mencionar 2 signos de peligro?</p> <p>(Especiar explicación de la madre. Se puede seleccionar más de uno)</p> <p>a) Sangrado o secreción <input type="checkbox"/></p> <p>b) Fiebre <input type="checkbox"/></p> <p>c) Dolor de barriga <input type="checkbox"/></p> <p>d) Visión borrosa <input type="checkbox"/></p> <p>e) Ninguno <input type="checkbox"/></p> <p><i>(Si no menciona 2 signos se marca "No")</i></p>	<p>No <input type="checkbox"/></p>	<p>No sabe, no contesta <input type="checkbox"/></p>
P.10.b.3 EM	<p>30. ¿Su bebé fue identificado mediante una manilla o brazalete al momento de su nacimiento?</p>	<p>Si <input type="checkbox"/></p>	<p>No <input type="checkbox"/></p>	<p>No sabe, no contesta <input type="checkbox"/></p>
P.10.c EM	<p>31. ¿Le dieron cita o contrareferencia para el primer control suyo y de su bebé?</p>	<p>Si <input type="checkbox"/></p> <p>Si es que sí, ¿Cuándo y dónde será?</p> <hr/> <p><i>(Si no sabe día y lugar, o si es posterior a la semana del parto, marcar "No" de lo contrario, "Sí")</i></p>	<p>No <input type="checkbox"/></p>	<p>No sabe, no contesta <input type="checkbox"/></p>
<p>32. OBSERVACIONES</p> <hr/> <hr/>				
<p><b>D. EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN DEL NEONATO</b></p>				
P.10.a EM	<p>33. En caso de hospitalización del neonato: ¿Tiene libre acceso usted y/o su pareja durante las 24h del día al servicio de neonatología?</p> <p><i>No existen restricciones de acceso justificado a la madre a excepción de los momentos en los cuales se realizan procedimientos médicos al neonato.</i></p> <p><i>La unidad debe tomar en cuenta las prevenciones de acceso necesarias.</i></p>	<p>Si <input type="checkbox"/></p>	<p>No <input type="checkbox"/></p>	<p>No sabe, no contesta <input type="checkbox"/></p>
	<p>34. Transferieron a su bebé a otro establecimiento de salud</p>	<p>Si <input type="checkbox"/></p> <p>¿Permitieron el acompañamiento de familiares y explicaron las causas de la transferencia?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>	<p>No <input type="checkbox"/></p>	<p>No sabe, no contesta <input type="checkbox"/></p>
P.10.c EM	<p>35. ¿Recibe información sobre la evolución de su bebé cada vez que lo solicita?</p>	<p>Si <input type="checkbox"/></p>	<p>No <input type="checkbox"/></p>	<p>No sabe, no contesta <input type="checkbox"/></p>
<p>36. OBSERVACIONES – Informar sobre las condiciones del sitio de espera para padres</p> <hr/>				



		<p>Si es que sí, ¿cuál?</p> <hr/> <p>(Si existe explicación médica justificada, marca "No" en autoevaluación)</p>		
L.4.c EM	44. ¿Podría indicarme qué alimentos ha recibido su bebé desde que nació?	<p>Si <input type="checkbox"/></p> <p>(Mencione las opciones y marcar "x" en los casilleros que indique la madre. Se puede marcar más de uno)</p> <p>a) Leche materna <input type="checkbox"/></p> <p>b) Agua <input type="checkbox"/></p> <p>c) Agua aromática <input type="checkbox"/></p> <p>d) Leche de tarro <input type="checkbox"/></p> <p>e) Leche de vaca <input type="checkbox"/></p> <p>f) Caldo o sopa <input type="checkbox"/></p> <p>g) ¿Algo más? (Describe) <input type="checkbox"/></p> <hr/> <p>(Si marca leche materna únicamente, se califica "Si")</p> <p>(Si menciona alimentación distinta la leche materna, preguntar.)          ¿Le explicaron por qué le dieron otra alimentación?          Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Si es que sí, ¿cuál? Y por qué?</p> <hr/> <p>(Si existe explicación médica justificada, marca "Si" u obtiene el puntaje total)</p>	No <input type="checkbox"/>	No sabe, no contesta <input type="checkbox"/>
L.5.a EM	45. ¿Permaneció su bebé en la misma habitación durante la internación?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No sabe, no contesta <input type="checkbox"/>
L.5.a EM	46. ¿Le informaron en el establecimiento lo que es la lactancia a libre demanda?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No sabe, no contesta <input type="checkbox"/>
L.6.b EM	47. ¿Puede reconocer cuándo su bebé está con hambre?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No sabe, no contesta <input type="checkbox"/>
	48. ¿Puede reconocer cuándo su bebé está lleno/a?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No sabe, no contesta <input type="checkbox"/>
L.5.a EM L.6.b EM	49. ¿En el establecimiento le dijeron dónde o quién le puede ayudar si usted tiene problemas para dar el seno, no va a dar el seno o tiene contraindicaciones para amamantar?  NOTA: Se incluye madre VM, por temas de confidencialidad no se desagrega esta especificidad.	<p>Si <input type="checkbox"/> ¿Dónde o quién?</p> <p>(Marque "x" en las opciones que apliquen)</p> <p>1. Directo en el establecimiento <input type="checkbox"/></p> <p>2. Alguien profesional de salud <input type="checkbox"/></p> <p>3. Línea 171 <input type="checkbox"/></p> <p>4. Grupo de apoyo a la lactancia <input type="checkbox"/></p> <p>5. Otro servicio comunitario <input type="checkbox"/></p> <p>6. Ninguno <input type="checkbox"/></p> <hr/> <p>(Si no menciona ninguno de estos, o si marca</p>	No <input type="checkbox"/>	No sabe, no contesta <input type="checkbox"/>

		ninguno es "No"			
50. OBSERVACIONES					
<b>F. PARA MADRES QUE NO AMAMANTAN</b>					
	51. ¿Por qué motivo o razón usted no dará de lactar a su bebé?	a) Por recomendación médica <input type="checkbox"/>		c) Por enfermedad de la madre <input type="checkbox"/>	
		b) Por decisión propia <input type="checkbox"/>		d) Por enfermedad del bebé <input type="checkbox"/>	
		Otras: _____			
	52. Durante el embarazo, ¿recibió información sobre los siguientes temas?	(Mencionar las opciones y marcar los casilleros que indique la madre. Se puede marcar más de uno)			
		a) Importancia de estar con el bebé piel a piel inmediatamente después del parto <input type="checkbox"/>			
		b) Importancia de tener a su bebé en la misma habitación/cama las 24 horas del día <input type="checkbox"/>			
		c) Riesgos de infección de una madre VIH positivo a su bebé <input type="checkbox"/>			
		d) Las consecuencias de utilizar leche de fórmula, biberones y chupones <input type="checkbox"/>			
		e) Ninguno <input type="checkbox"/>			
	53. ¿Cómo está alimentando a su bebé?	(Mencionar las opciones y marcar en los casilleros que indique la madre. Se puede marcar más de uno)			
		a) Agua <input type="checkbox"/>			
		b) Fórmula <input type="checkbox"/>			
		c) Leche materna <input type="checkbox"/>			
		Otras preparaciones: _____			
L.3.c EM	54. ¿Alguien en el hospital le indicó cómo preparar la leche de fórmula para su bebé y la higiene que debe mantenerse?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No sabe, no contesta <input type="checkbox"/>	
L.3.d EM	<small>NOTA: Por motivos de confidencialidad de la madre VIH está catalogada como madre que no amamanta</small>				
L.3.b EM	55. ¿En el hospital le dijeron cuál es la mejor forma de aumentar la producción de leche materna?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No sabe, no contesta <input type="checkbox"/>	
	56. ¿Permaneció su hijo con usted en la misma cama, mientras estuvo en el hospital?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No sabe, no contesta <input type="checkbox"/>	
	57. ¿En el hospital le dijeron dónde o quién le puede ayudar si usted tiene problemas para dar el seno?	Si <input type="checkbox"/> ¿Dónde o quién? _____	No <input type="checkbox"/>	No sabe, no contesta <input type="checkbox"/>	
L.4.b EM	58. ¿Alguien en el ES le explicó sobre la importancia de la leche materna, analizó con usted las distintas alternativas de alimentación y le ayudó a decidir la más adecuada de acuerdo a su situación?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No sabe, no contesta <input type="checkbox"/>	
59. OBSERVACIONES					

**Anexo 3: Formulario 05A de encuesta para personal de salud en contacto con la madre, de la normativa ESAMyN**

 <b>05A FORMULARIO DE ENCUESTA PARA PERSONAL DE SALUD EN CONTACTO CON LA MADRE</b> ESTABLECIMIENTOS DE SALUD AMIGOS DE LA MADRE Y DEL NIÑO (ESAMyN)					No.
ZONA:		DISTRITO:		NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD (ES):	
NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL ES:				UNICÓDIGO	
FECHA:	(dd)	(mm)	(aaaa)	NOMBRE DEL EVALUADOR/A:	
A. DATOS DEL EMPLEADO EN SALUD					
1. Área de trabajo en el establecimiento:					
2. Personal en contacto con la madre:		¿En qué momento? a) Prenatal <input type="checkbox"/> b) Durante el parto <input type="checkbox"/> c) Puerperio <input type="checkbox"/>			
B. EVALUACIÓN AL PERSONAL					
G.1.a EP	3. ¿Conoce usted la Norma de Establecimientos de Salud Amigos de la Madre y del Niño?	Si <input type="checkbox"/>			No <input type="checkbox"/>
P.3.d EP	4. ¿Ha sido capacitado para atender partos en libre posición?	Si <input type="checkbox"/> ¿cuándo? <hr/> <i>(Si es que es Si, vale 1 punto)</i> La capacitación incluyó pasantías vivenciales, Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <i>(Si es que Si, vale 1 punto)</i>			No <input type="checkbox"/>
P.4.b EP	5. ¿Conoce métodos no farmacológicos para aliviar el dolor durante el parto?	Si <input type="checkbox"/> mencione dos: <i>(Esperar a que el entrevistado responda y marque. Se puede seleccionar más de 1)</i> a) Masaje <input type="checkbox"/> b) Calor local <input type="checkbox"/> c) Deambulación <input type="checkbox"/> d) Baños de agua <input type="checkbox"/> e) Relajación <input type="checkbox"/> f) Musicoterapia <input type="checkbox"/> g) Aromaterapia <input type="checkbox"/> h) Visualización <input type="checkbox"/> i) Otros <input type="checkbox"/> j) Ninguno <input type="checkbox"/>			No <input type="checkbox"/>
<i>(Si menciona al menos 2 métodos, marca "si" en evaluación)</i>					

P.S.a EP	<b>6. Mencione tres procedimientos que deban evitarse durante el parto y sus respectivas justificaciones por complicaciones</b>	<i>(Escriba a que el encuestado le mencione el método y compruebe si la justificación es válida médicamente. NO mencione la lista de procedimientos)</i>																																					
		<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="699 264 997 331">PROCEDIMIENTO</th> <th data-bbox="997 264 1422 331">COMPLICACIÓN QUE LO JUSTIFIQUE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="699 331 997 398">a) canalización intravenosa de rutina;</td> <td data-bbox="997 331 1422 398"><i>(Escriba la justificación y marque X si está justificada)</i> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="699 398 997 465">b) episiotomías;</td> <td data-bbox="997 398 1422 465"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="699 465 997 533">c) parto instrumentado;</td> <td data-bbox="997 465 1422 533"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="699 533 997 600">d) enema;</td> <td data-bbox="997 533 1422 600"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="699 600 997 667">e) separación, ruptura artificial, o decolamiento de membranas;</td> <td data-bbox="997 600 1422 667"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="699 667 997 734">f) inducción médica y/o aceleramiento del trabajo de parto;</td> <td data-bbox="997 667 1422 734"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="699 734 997 835">g) exámenes vaginales repetidos; La realización de factos vaginales de acuerdo a lo establecido en la norma: Máximo 1 hecho cada cuatro horas.</td> <td data-bbox="997 734 1422 835"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="699 835 997 902">h) fluidos intravenosos;</td> <td data-bbox="997 835 1422 902"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="699 902 997 969">i) monitoreo electrónico fetal continuo (cardiotocografía);</td> <td data-bbox="997 902 1422 969"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="699 969 997 1037">j) control farmacológico del dolor;</td> <td data-bbox="997 969 1422 1037"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="699 1037 997 1104">k) colocación de catéter uterino;</td> <td data-bbox="997 1037 1422 1104"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="699 1104 997 1171">l) posición supina o de litomía (piernas en estrébo);</td> <td data-bbox="997 1104 1422 1171"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="699 1171 997 1238">m) pujos dirigidos por el personal de salud;</td> <td data-bbox="997 1171 1422 1238"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="699 1238 997 1305">n) presión del fondo uterino (Kristeller);</td> <td data-bbox="997 1238 1422 1305"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="699 1305 997 1373">o) fórceps y extracción por vacío;</td> <td data-bbox="997 1305 1422 1373"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="699 1373 997 1440">p) exploración manual del útero o aspiración del recién nacido.</td> <td data-bbox="997 1373 1422 1440"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="699 1440 997 1532">q) 17. Otro</td> <td data-bbox="997 1440 1422 1532"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	PROCEDIMIENTO	COMPLICACIÓN QUE LO JUSTIFIQUE	a) canalización intravenosa de rutina;	<i>(Escriba la justificación y marque X si está justificada)</i> <input type="checkbox"/>	b) episiotomías;	<input type="checkbox"/>	c) parto instrumentado;	<input type="checkbox"/>	d) enema;	<input type="checkbox"/>	e) separación, ruptura artificial, o decolamiento de membranas;	<input type="checkbox"/>	f) inducción médica y/o aceleramiento del trabajo de parto;	<input type="checkbox"/>	g) exámenes vaginales repetidos; La realización de factos vaginales de acuerdo a lo establecido en la norma: Máximo 1 hecho cada cuatro horas.	<input type="checkbox"/>	h) fluidos intravenosos;	<input type="checkbox"/>	i) monitoreo electrónico fetal continuo (cardiotocografía);	<input type="checkbox"/>	j) control farmacológico del dolor;	<input type="checkbox"/>	k) colocación de catéter uterino;	<input type="checkbox"/>	l) posición supina o de litomía (piernas en estrébo);	<input type="checkbox"/>	m) pujos dirigidos por el personal de salud;	<input type="checkbox"/>	n) presión del fondo uterino (Kristeller);	<input type="checkbox"/>	o) fórceps y extracción por vacío;	<input type="checkbox"/>	p) exploración manual del útero o aspiración del recién nacido.	<input type="checkbox"/>	q) 17. Otro	<input type="checkbox"/>	<i>(Si menciona 3 procedimientos y 3 justificaciones correctas, marca "si" en evaluación)</i>
PROCEDIMIENTO	COMPLICACIÓN QUE LO JUSTIFIQUE																																						
a) canalización intravenosa de rutina;	<i>(Escriba la justificación y marque X si está justificada)</i> <input type="checkbox"/>																																						
b) episiotomías;	<input type="checkbox"/>																																						
c) parto instrumentado;	<input type="checkbox"/>																																						
d) enema;	<input type="checkbox"/>																																						
e) separación, ruptura artificial, o decolamiento de membranas;	<input type="checkbox"/>																																						
f) inducción médica y/o aceleramiento del trabajo de parto;	<input type="checkbox"/>																																						
g) exámenes vaginales repetidos; La realización de factos vaginales de acuerdo a lo establecido en la norma: Máximo 1 hecho cada cuatro horas.	<input type="checkbox"/>																																						
h) fluidos intravenosos;	<input type="checkbox"/>																																						
i) monitoreo electrónico fetal continuo (cardiotocografía);	<input type="checkbox"/>																																						
j) control farmacológico del dolor;	<input type="checkbox"/>																																						
k) colocación de catéter uterino;	<input type="checkbox"/>																																						
l) posición supina o de litomía (piernas en estrébo);	<input type="checkbox"/>																																						
m) pujos dirigidos por el personal de salud;	<input type="checkbox"/>																																						
n) presión del fondo uterino (Kristeller);	<input type="checkbox"/>																																						
o) fórceps y extracción por vacío;	<input type="checkbox"/>																																						
p) exploración manual del útero o aspiración del recién nacido.	<input type="checkbox"/>																																						
q) 17. Otro	<input type="checkbox"/>																																						
P.S.c EP	<b>7. ¿Cuáles son los fundamentos del pinzamiento oportuno del cordón umbilical?</b>	<i>(Escriba a que el entrevistado le mencione los fundamentos y marque según corresponde. Se puede marcar más de una opción)</i> <table data-bbox="699 1585 1422 1697"> <tr> <td data-bbox="699 1585 1114 1630">a) Esperar al menos 2 minutos</td> <td data-bbox="1114 1585 1422 1630"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="699 1630 1114 1675">b) Esperar hasta que el cordón deje de latir</td> <td data-bbox="1114 1630 1422 1675"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="699 1675 1114 1697">c) Ninguno de los anteriores</td> <td data-bbox="1114 1675 1422 1697"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <i>(Si menciona al menos 1 método, marca "si" en evaluación)</i>		a) Esperar al menos 2 minutos	<input type="checkbox"/>	b) Esperar hasta que el cordón deje de latir	<input type="checkbox"/>	c) Ninguno de los anteriores	<input type="checkbox"/>																														
a) Esperar al menos 2 minutos	<input type="checkbox"/>																																						
b) Esperar hasta que el cordón deje de latir	<input type="checkbox"/>																																						
c) Ninguno de los anteriores	<input type="checkbox"/>																																						
P.S.b EP	<b>8. ¿Ha sido capacitado en destrezas de emergencias obstétricas y neonatales?</b>	<b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>¿Cuándo, donde y/o cuántas horas?</b> _____ (dd / mm / aaaa) (hh:mm)	<b>No/ No sabe,</b> <input type="checkbox"/> <b>no contesta</b>																																				

P. 10. b.2 EP	9. Mencione 2 signos de peligro para la madre después del parto	<p>(Especificar respuesta del encuestado/a. Marque con "x" según corresponda. Puede seleccionar más de dos)</p> <p>a) Sangrado o secreción <input type="checkbox"/></p> <p>b) Fiebre <input type="checkbox"/></p> <p>c) Dolor de barriga <input type="checkbox"/></p> <p>d) Visión borrosa <input type="checkbox"/></p> <p>e) Ninguno <input type="checkbox"/></p> <p>(Si no menciona 2 signos se marca "No")</p>	No/ No sabe, no contesta <input type="checkbox"/>
	10. Mencione 2 signos de peligro para la bebé	<p>(Especificar respuesta del encuestado/a. Marque con según corresponda. Puede seleccionar más de dos)</p> <p>a) Cambio de coloración <input type="checkbox"/></p> <p>b) Dificultad para alimentarse <input type="checkbox"/></p> <p>c) Fiebre <input type="checkbox"/></p> <p>d) Dificultad para respirar <input type="checkbox"/></p> <p>e) Tiso o ataque <input type="checkbox"/></p> <p>f) Debilidad <input type="checkbox"/></p> <p>g) Ninguno <input type="checkbox"/></p> <p>(Si no menciona 2 signos se marca "No")</p>	No/ No sabe, no contesta <input type="checkbox"/>
L.3.a EP	11. ¿Enseña a las madres cómo amamantar?	<p>Si <input type="checkbox"/></p> <p>¿Puede mostrarme y describirme cómo enseñaría a una madre a amamantar?</p> <p>(Marque si habla de alguno de los siguientes temas)</p> <p>a) El bebé debe estar sostenido cerca al pecho <input type="checkbox"/></p> <p>b) Cabeza del bebé y cuerpo en línea recta <input type="checkbox"/></p> <p>c) El bebé debe ser sostenido por su cabeza y hombros (también el cuerpo si es recién nacido) <input type="checkbox"/></p> <p>d) La madre coloca la mano en forma de C en el seno <input type="checkbox"/></p> <p>e) La boca del bebé debe estar bien abierta <input type="checkbox"/></p> <p>f) El labio inferior del bebé está hacia afuera <input type="checkbox"/></p> <p>g) El mentón del bebé toca el pecho <input type="checkbox"/></p> <p>h) Debería ser visible más de la areola en la parte superior que debajo de la boca del bebé <input type="checkbox"/></p> <p>i) Las mejillas deberían estar llenas <input type="checkbox"/></p> <p>j) Succión lenta y sonidos de deglución <input type="checkbox"/></p> <p>(Debe mencionar al menos 5 de los 10 pasos. Si no menciona, marcar "No")</p>	No/ No sabe, no contesta <input type="checkbox"/>
L.3.b EP	12 ¿Enseña a las madres cómo extraer la leche?	<p>Si <input type="checkbox"/></p> <p>¿Puede explicar cómo enseñaría la extracción manual de leche?</p> <p>(Marcar si menciona los puntos clave. Puede marcar más de uno)</p> <p>a) Estimula el flujo de la leche (por relajación, masaje, calentamiento, etc) <input type="checkbox"/></p> <p>b) Colocando los dedos en forma de C <input type="checkbox"/></p> <p>c) Presión hacia costillas <input type="checkbox"/></p> <p>d) Ninguno <input type="checkbox"/></p> <p>(Si no menciona todos los pasos o marca ninguno, se marca "No") (Si menciona todos los pasos con 2 puntos)</p>	No <input type="checkbox"/>
	13 ¿Informa a las madres sobre la posibilidad de donar leche?	<p>Si <input type="checkbox"/></p> <p>¿Puede mencionar dónde podría donar leche?</p> <hr/> <p>(Debe mencionar algún banco de leche cercano. Se pondera con 0,3)</p>	No <input type="checkbox"/>



<b>14</b> ¿informa a las madres cómo incrementar la producción de leche?	<b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>¿Puede mencionar una forma para mejorar la producción?</b> <i>(Marcar si menciona los puntos clave. Puede marcar más de uno)</i> a) Mayor succión o estimulo (extracción) <input type="checkbox"/> b) No usar biberones <input type="checkbox"/> c) Lactancia a libre demanda <input type="checkbox"/> d) Posición correcta del bebé <input type="checkbox"/> e) Ninguno <input type="checkbox"/> <i>(Debe mencionar al menos una. Se puntúa con 0.5)</i>	<b>No</b> <input type="checkbox"/>
<b>15. Observaciones</b> <hr/>		

**Anexo 4: Encuesta de la Determinación Social de la Salud (DSS) en modos y estilos de vida de las madres de los niños/as muy prematuros/as**



UNIVERSIDAD ANDINA  
SIMÓN BOLÍVAR  
Ecuador

**Encuesta de la Determinación Social de la Salud en modos y estilos de vida de madre puérpera del niño/a prematuro/a**

Edad: \_\_\_\_\_ Provincia de procedencia: \_\_\_\_\_ Ciudad de residencia: \_\_\_\_\_

**MODULO I DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

1. ¿Cuántos embarazos ha tenido? 1.  1 – 2  
2.  3 – 4  
3.  5 o más
2. ¿Usted ha tenido otro hijo prematuro/a? 1.  Si  
2.  No ¿Cuántos? \_\_\_\_\_
3. Etnia 1.  Mestiza  
2.  Indígena  
3.  Montubia  
4.  Afroecuatoriana  
5.  Blanca  
6.  Awá
4. Estado Civil 1.  Soltera  
2.  Casada  
3.  Unión libre  
4.  Divorciada  
5.  Viuda  
6.  Otro ¿Cuál? \_\_\_\_\_
5. Ocupación 1.  Estudiante  
2.  Ama de casa  
3.  Trabajo dependiente  
4.  Trabajo particular  
5.  Ninguno
6. En la actualidad usted 1.  Trabaja  
2.  Estudia  
3.  Ama de casa
7. ¿En qué situación socio-económica percibe Ud. que está en la actualidad?
- |      |   |   |   |       |   |      |   |   |    |
|------|---|---|---|-------|---|------|---|---|----|
| 1    | 2 | 3 | 4 | 5     | 6 | 7    | 8 | 9 | 10 |
| Bajo |   |   |   | Medio |   | Alto |   |   |    |
8. ¿Qué religión práctica usted? 1.  Católica  
2.  Evangélica Cristiana  
3.  Testigo de Jehová  
4.  Otra ¿Cuál? \_\_\_\_\_

9. ¿Cuán importante es la religión en su vida?
1.  Nada importante
  2.  Algo importante
  3.  Bastante importante
  4.  Muy importante

10. ¿Cuál es la afiliación que posee en el sistema general de seguridad social en salud?
1.  Ninguno
  2.  IESS
  3.  ISSFA
  4.  ISPOL
  5.  Privado

11. ¿Cuál es su estado de salud en los últimos 30 días?
- |      |   |   |   |         |   |   |       |   |    |
|------|---|---|---|---------|---|---|-------|---|----|
| 1    | 2 | 3 | 4 | 5       | 6 | 7 | 8     | 9 | 10 |
| Mala |   |   |   | Regular |   |   | Buena |   |    |

12. ¿Ha tenido algún tratamiento médico en los últimos meses?
1.  Hipertensión Arterial
  2.  Cirugía - cesárea
  3.  Diabetes

13. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
1.  Primaria
  2.  Secundaria
  3.  Superior
  4.  Postgrado
  5.  Ninguno

## MODULO II MODOS DE VIDA

14. ¿El/la principal responsable económico de su hogar es?  
(No lea los distractores)
- |  |   |
|--|---|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <input type="checkbox"/> Usted mismo/a</li> <li>2. <input type="checkbox"/> Su cónyuge</li> <li>3. <input type="checkbox"/> Sus padres</li> <li>4. <input type="checkbox"/> Sus suegros</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>5. <input type="checkbox"/> Familiar cercano</li> <li>6. <input type="checkbox"/> Otro<br/>¿Cuál? _____</li> </ol> |
|--|---|

15. ¿La ocupación del/la principal responsable económico es?
1.  Jornalero o peón
  2.  Obrero o trabajador manual de empresa no propia
  3.  Comerciante propietario de pequeño negocio
  4.  Trabajador por cuenta propia no profesional ni técnico/empleada doméstica/ayudante familiar sin remuneración
  5.  Empleado público no titulado
  6.  Artesano
  7.  Empleado público titulado (profesional o técnico)
  8.  Propietario de empresa industrial, comercial o de servicios
  9.  Empleado de empresa particular titulado (profesional o técnico)
  10.  Profesional o técnico que ejerce independientemente
  11.  Empleado de empresa particular no titulado
  12.  Jubilado
  13.  Militar
  14.  Policía
  15.  Pequeño trabajador agrícola
  16.  Ninguna (Desempleado)
  17.  Otra                    ¿Cuál? \_\_\_\_\_

16. ¿El/la principal responsable económico es propietario/a de? (Marque las dos opciones principales)
- |  |  |
|--|--|
| 1. <input type="checkbox"/> Casa                               | 4. <input type="checkbox"/> Terrenos/Solares |
| 2. <input type="checkbox"/> Máquinas de trabajo y herramientas | 5. <input type="checkbox"/> Locales          |
| 3. <input type="checkbox"/> Ninguno                            | 6. <input type="checkbox"/> Mercaderías      |
|  | 7. <input type="checkbox"/> Vehículos        |
17. ¿Su vivienda es?
- |  |                                       |
|--|---------------------------------------|
| 1. <input type="checkbox"/> Propia totalmente pagada | 3. <input type="checkbox"/> Alquilada |
| 2. <input type="checkbox"/> Propia pagándose         | 4. <input type="checkbox"/> Otra      |
|  | Especifique _____                     |
18. ¿El tipo de vivienda en que usted habita es?
- |  |  |
|--|--|
| 1. <input type="checkbox"/> Casa   | 4. <input type="checkbox"/> Medias aguas sector urbano |
| 2. <input type="checkbox"/> Vivienda colectiva (Inquilinato, Residencia) | 5. <input type="checkbox"/> Vivienda improvisada       |
| 3. <input type="checkbox"/> Medias aguas sector campo                    | 6. <input type="checkbox"/> Departamento               |
|  | 7. <input type="checkbox"/> Otro tipo de vivienda      |
19. ¿Cuántas personas habitan en esta vivienda?
- |                                   |
|-----------------------------------|
| 1. <input type="checkbox"/> 1 – 3 |
| 2. <input type="checkbox"/> 4 – 7 |
20. ¿Cuántos cuartos para dormir tiene su vivienda, excluyendo el baño y la cocina?
- |                                   |
|-----------------------------------|
| 1. <input type="checkbox"/> 1 – 3 |
| 2. <input type="checkbox"/> 4 – 7 |
21. ¿Cuál es la tarea principal del/a responsable Económico en el trabajo?
- |   |
|---|
| 1. <input type="checkbox"/> Hace el trabajo                       |
| 2. <input type="checkbox"/> Dirige y organiza el trabajo de otros |
| 3. <input type="checkbox"/> Hace y dirige el trabajo              |
| 4. <input type="checkbox"/> No aplicable                          |
22. ¿Cuál es la fuente más importante de los ingresos del/a principal responsable Económico? (No lea los distractores)
- |  |
|--|
| 1. <input type="checkbox"/> Jornal diario o por semana                             |
| 2. <input type="checkbox"/> Negocio particular                                     |
| 3. <input type="checkbox"/> Honorarios por servicios                               |
| 4. <input type="checkbox"/> Pensión jubilar  |
| 5. <input type="checkbox"/> Sueldo como empleado de empresa del sector público     |
| 6. <input type="checkbox"/> Sueldo como empleado de empresa del sector privado     |
| 7. <input type="checkbox"/> Sueldo como obrero                                     |
| 8. <input type="checkbox"/> Sueldo como trabajador del campo                       |
| 9. <input type="checkbox"/> Sueldo como empleada doméstica                         |
| 10. <input type="checkbox"/> Ventas ambulantes                                     |
| 11. <input type="checkbox"/> Alquiler de propiedad                                 |
| 12. <input type="checkbox"/> Donaciones de familiares u otras personas o entidades |
| 13. <input type="checkbox"/> Subsidio del gobierno                                 |
| 14. <input type="checkbox"/> Limosna   |
| 15. <input type="checkbox"/> Otra ¿Cuál? _____                                     |
23. ¿En cuál de estos rangos se ubican los ingresos mensuales del/a principal responsable económico?
- |  |   |
|--|---|
| 1. <input type="checkbox"/> Menos de \$100 | 5. <input type="checkbox"/> \$1001 a 1500   |
| 2. <input type="checkbox"/> \$100 a \$376  | 6. <input type="checkbox"/> \$1501 a 2000   |
| 3. <input type="checkbox"/> \$377 a \$750  | 7. <input type="checkbox"/> \$2000 a \$3000 |
| 4. <input type="checkbox"/> \$751 a \$1000 | 8. <input type="checkbox"/> Más de \$3000   |

24. ¿Con cuáles de los servicios básicos cuenta la vivienda que usted habita?
1.  Energía Eléctrica, agua potable, alcantarillado
2.  Energía Eléctrica, agua potable, alcantarillado, internet, Tv pagada, línea telefónica
25. ¿Cuántas de las personas que componen el hogar trabajan y aportan dinero?
1.  1
2.  2 o más
26. ¿A cuál de los siguientes grupos étnicos pertenece el/la principal responsable económico?
1.  Mestiza
2.  Blanca
3.  Indígena
4.  Afroecuatoriana
5.  Awá
6.  Negra (extranjero)
7.  Montubia
27. ¿Cuál es la afiliación del/a principal responsable económico al sistema general de seguridad social en salud?
1.  Ninguno
2.  IESS
3.  ISPOL
4.  ISSFA
5.  Privados
6.  No informa
28. ¿Cuál es el nivel de escolaridad del/a principal responsable económico?
1.  Secundaria completa
2.  Primaria incompleta
3.  Primaria completa
4.  Técnico / Tecnológico
5.  Superior (Universitario)
6.  Secundaria incompleta
7.  Postgrado
8.  Ninguno
9.  No informa
29. ¿Pertenece usted a alguna Organización Social en su barrio o localidad?
1.  Si
2.  No (*Pase a la pregunta 34*)
30. ¿Qué tipo de organización?
1.  Religiosa
2.  Social
3.  Ninguno
4.  Artística (pintura, música, danza, entre otras)
5.  Deportiva
31. ¿En esa Organización Usted, ha participado en alguna actividad relacionada con la salud general?
1.  Si
2.  No
32. ¿En esa Organización usted, ha participado en alguna actividad relacionada con la salud mental?
1.  Si
2.  No
33. ¿En esa Organización usted, ha participado en alguna actividad relacionada con el consumo de sustancias?
1.  Si
2.  No

### MODULO III ESTILOS DE VIDA

34. ¿Usted con quién vive?
1.  Familia nuclear (cónyuge, padres, hermanos, hijos)
  2.  Familia extendida (abuelos, tíos, primos, cuñados)
  3.  Otros ¿Quién? \_\_\_\_\_
35. ¿Cuántas comidas se alimenta al día?
1.  Cinco
  2.  Cuatro
  3.  Tres
  4.  Dos
  5.  Una
36. ¿Por lo general usted se alimenta en dónde?
1.  Casa
  2.  Restaurant
  3.  Patios de Comida de Centros Comerciales
  4.  Mercado
  5.  Puestos de la calle
37. ¿Cuántas horas diarias usted duerme?
1.  Siete a Ocho
  2.  Cinco a Seis
  3.  Tres a Cuatro
  4.  Una a Dos
  5.  Nueve a Diez
38. ¿Ha presentado últimamente problemas con el sueño?
1.  Si
  2.  No
39. ¿Fuma o ha fumado usted alguna vez?
1.  Nunca ha fumado (*Pase a la pregunta 44*)
  2.  Actualmente fuma
  3.  Es exfumador
40. ¿A qué edad comenzó a fumar?
0.  Nunca
  2.  10 a 15 años
  3.  15 a 20 años
41. ¿Cuántos cigarrillos promedio fuma al día?
- 
42. ¿Cuántos cigarrillos consume a la semana?
- 
43. ¿Quién o quiénes de los miembros de su familia fuma?
0.  Nadie
  1.  Familia nuclear (cónyuge, padres, hermanos, hijos)
  2.  Familia extendida (abuelos, tíos, primos, cuñados)
  3.  Otros ¿Quién? \_\_\_\_\_
44. ¿Consume o ha consumido bebidas alcohólicas alguna vez en su vida?
1.  Nunca consumido alcohol (*Pase a la pregunta 48*)
  2.  Actualmente consume
  3.  Es ex consumidor de alcohol

45. ¿A qué edad comenzó a beber?
0.  Nunca  
 2.  10 a 15 años  
 3.  15 a 20 años
46. ¿Con qué frecuencia consume alcohol?
1.  Diario  
 2.  Una vez por semana  
 3.  Dos a tres veces por semana  
 4.  De cuatro a seis veces por semana  
 5.  Una vez cada dos semanas  
 6.  Una vez cada tres semanas  
 7.  Una vez al mes  
 8.  Ocasional
47. ¿Quién o quiénes de los miembros de su familia consume alcohol?
0.  Nadie  
 1.  Familia nuclear (cónyuge, padres, hermanos, hijos)  
 2.  Familia extendida (abuelos, tíos, primos, cuñados)  
 3.  Otros ¿Quién? \_\_\_\_\_
48. ¿Consume o ha consumido algún tipo de droga?
1.  Nunca consumido (*Pase a la pregunta 53*)  
 2.  Actualmente consume  
 3.  Es ex consumidor
49. ¿A qué edad consumió drogas?
0.  Nunca  
 2.  10 a 15 años  
 3.  15 a 20 años
50. ¿Cuál o cuáles de las siguientes drogas consume?
0.  Nada  
 1.  Marihuana  
 2.  Cocaína  
 3.  Heroína  
 4.  Éxtasis  
 5.  Anfetaminas  
 6.  Poppers  
 7.  Crack  
 8.  Hache (H)  
 9.  Tranquilizantes  
 10.  Mixtas  
 11.  Otros ¿Quién? \_\_\_\_\_
51. ¿Con qué frecuencia consume esa droga?
1.  Diario  
 2.  Una vez por semana  
 3.  Dos a tres veces por semana  
 4.  De cuatro a seis veces por semana  
 5.  Una vez cada dos semanas  
 6.  Una vez cada tres semanas  
 7.  Una vez al mes  
 8.  Ocasional
52. ¿Quién o quiénes de los miembros de su familia consume alguna droga?
0.  Nadie  
 1.  Familia nuclear (cónyuge, padres, hermanos, hijos)  
 2.  Familia extendida (abuelos, tíos, primos, cuñados)  
 3.  Otros ¿Quién? \_\_\_\_\_

53. ¿A qué se dedica en su tiempo libre u ocio?
1.  Hacer ejercicio
  2.  Pasar con la familia
  3.  Dormir
  4.  Redes Sociales
  5.  Recursos audiovisuales (ver tv, escuchar música, videojuegos)
  6.  Salir con amigos/compañeros
  7.  Leer
  8.  Viajar
  9.  Bailoterapia
54. ¿Practica algún deporte?
1.  Si
  2.  No
55. ¿Cuál o cuáles de los siguientes deportes practica?
1.  Fútbol
  2.  Vóley
  3.  Atletismo
  4.  Tenis
  5.  Natación
  6.  Ciclismo
  7.  Basketball
  8.  Ejercicio en gimnasio
  9.  Andinismo
  10.  Artes marciales
  11.  Otros ¿Cuál? \_\_\_\_\_
56. ¿Con qué frecuencia practica el/los deportes?
1.  Diario
  2.  Una vez por semana
  3.  Dos a tres veces por semana
  4.  De cuatro a seis veces por semana
  5.  Una vez cada dos semanas
  6.  Una vez cada tres semanas
  7.  Una vez al mes
  8.  Ocasional



## **Anexo 5: Guía de entrevista a las madres de los niños/as muy prematuros/as**



UNIVERSIDAD ANDINA  
SIMÓN BOLÍVAR  
Ecuador

### **Estructura de entrevista a madres de niños/as prematuros/as**

#### **Pregunta 1:**

¿Considera usted que el apego temprano con su hijo, específicamente el método madre canguro fue favorable para la recuperación pronta en la salud de su niño/a muy prematuro/ra?

#### **Pregunta 2:**

¿Cómo ha sentido usted el apoyo de los profesionales de la Unidad de Neonatología (sala de unidad de cuidados intensivos neonatales, sala intermedio y sala de crecimiento) en el proceso de acompañamiento durante la estancia hospitalaria de su niño/a muy prematuro/a?

#### **Pregunta 3:**

¿Considera usted que el apoyo entre grupo de madres que acuden a la Unidad de Neonatología a la visita periódica, ha sido fundamental para disminuir el estrés materno por no encontrarse permanente a lado de su niño/a muy prematuro/a?

#### **Pregunta 4:**

¿Qué cambios de estilos de vida ha realizado usted en su hogar durante el tiempo de estancia de su niño/a muy prematuro/a en la Unidad de Neonatología?

## **Anexo 6: Guía de entrevista a los coordinadores médico y de enfermería de la Unidad de Neonatología**



### **Estructura de entrevista para coordinadores Médico y de Enfermería de la Unidad de Neonatología**

#### **Pregunta 1:**

De acuerdo con su experiencia y conocimiento como coordinador de la Unidad de Neonatología: ¿Qué aspectos se desarrollan o intervienen en la aplicación del ESAMyN en la Unidad de Neonatología?

#### **Pregunta 2:**

¿Cuál es su apreciación sobre los procesos de acompañamientos en el niño/a muy prematuro/ra durante la estancia hospitalaria en la Unidad de Neonatología?; ¿Cree que sería esencial la aplicación permanente del apego materno y del método canguro?

#### **Pregunta 3:**

¿Qué considera usted que se debería proponer para mejorar y promover los procesos de acompañamiento en los niños/as muy prematuros/as durante la estancia hospitalaria?

#### **Pregunta 4:**

¿Cuáles serían las estrategias o planes de acción (procesos protectores), que se deberían impulsar para el cumplimiento del ESAMyN y la fomentación del acompañamiento de cuidadores principales y/o secundarios durante la estancia hospitalaria del niño/a muy prematuro/ra en la Unidad de Neonatología?

## Anexo 7: Modelo operacional de los procesos protectores y destructivos

Dimensión	Bloque	Categorías	Indicadores
<b>Procesos protectores de salud</b>	<b>Ocio tiempo libre</b>	Actividad en tiempo libre	-Hacer ejercicio -Pasar con la familia
	<b>Deportivo</b>	Deporte que práctica	-Ninguno -Fútbol -Atletismo
		Frecuencia que práctica deporte	-Nunca -Diario -Una vez por semana
	<b>Lactancia</b>	Le enseñaron como dar de lactar a su hijo/a	-Si -No
		Beneficio de la lactancia materna	-Beneficio madre, niño/a y vínculo madre-hijo/a
	<b>Calidad de alimentación</b>	Cantidad de comidas al día	-Cinco -Cuatro -Tres
		Lugar donde se alimenta	-Casa
	<b>Social – religioso</b>	Tipo de organización a que pertenece	-Pertenece usted a alguna organización religiosa, social o ninguna
	<b>Social económica</b>	Situación socioeconómica	-Baja -Media -Alta
	<b>Laboral</b>	Ocupación	-Ama de casa -Trabajo dependiente -Trabajo particular
<b>Procesos destructivos</b>	<b>Aseguramiento de salud</b>	Seguridad Social	-Ninguno -IESS, ISSPOL, ISSFA, Privado
	<b>Vivienda</b>	Tipo de vivienda	-Casa -Colectiva -Medias aguas campo -Medias aguas urbano
		Propiedad de la vivienda	-Propia -Propia pagándose -Alquilada
	<b>Perfil salud</b>	Servicios básicos	-Energía eléctrica, agua potable, alcantarillado, internet, Tv pagada, línea telefónica
		Estado de salud actual	-Regular -Bueno
		Tratamiento médico	-Ninguno -Hipertensión arterial -Cirugía cesárea -Diabetes
		Problemas del sueño	-Si -No

Fuente y elaboración propias

## Anexo 8: Cartera de Servicios del Hospital General San Vicente de Paúl

CARTERA DE SERVICIOS	
<p><b>ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• GENERAL</li> <li>• PLÁSTICA</li> <li>• GINECOLÓGICA</li> <li>• OTORRINOLARINGOLÓGICA</li> <li>• UROLÓGICA</li> <li>• TRAUMATOLÓGICA</li> <li>• COLOPROCTOLOGÍA</li> </ul>	<p><b>ESPECIALIDADES CLÍNICAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• MEDICINA INTERNA</li> <li>• GASTROENTEROLOGÍA</li> <li>• NEFROLOGÍA</li> <li>• CARDIOLOGÍA</li> <li>• GERIATRÍA CLÍNICA</li> <li>• DERMATOLOGÍA</li> <li>• PSICOLOGÍA</li> <li>• INFECTOLOGÍA-ALERGOLOGÍA</li> <li>• GENÉTICA</li> <li>• ONCOLOGÍA</li> <li>• PEDIATRÍA</li> </ul>
<p><b>UNIDAD DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• FARMACIA</li> <li>• LABORATORIO CLÍNICO</li> <li>• IMAGENOLOGÍA</li> <li>• REHABILITACIÓN Y TERAPIA FÍSICA</li> <li>• SALUD MENTAL</li> <li>• NUTRICIÓN CLÍNICA</li> <li>• ODONTOLOGÍA</li> </ul>	<p><b>UNIDADES CRÍTICAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• EMERGENCIA</li> <li>• CENTRO QUIRÚRGICO</li> <li>• UNIDAD TERAPIA INTENSIVA</li> <li>• UNIDAD TERAPIA INTENSIVA NEONATALES</li> </ul>
<p><i>Patricia Val</i> <b>HOSPITAL GENERAL SAN VICENTE DE PAÚL</b> </p>	

Fuente: HSVP, 2017

Elaboración propia

**Anexo 9: Perfil sociodemográfico, según procedencia**

		<b>Nacional</b>	<b>Migrante</b>	<b>Total</b>	
		%	%	Núm.	%
<b>Grupo étnico</b>	Mestiza	66,7 %	33,3 %	6	100,0 %
	Blanca	33,3 %	66,7 %	3	100,0 %
	Indígena	100,0 %	0,0 %	1	100,0 %
	Awá	100,0 %	0,0 %	1	100,0 %
<b>Estado civil</b>	Soltera	50,0 %	50,0 %	2	100,0 %
	Casada	75,0 %	25,0 %	4	100,0 %
	Unión libre	60,0 %	40,0 %	5	100,0 %
<b>Ocupación</b>	Ama de casa	71,4 %	28,6 %	7	100,0 %
	Trabajo dependiente	0,0 %	100,0 %	1	100,0 %
	Trabajo particular	66,7 %	33,3 %	3	100,0 %
<b>Situación socioeconómica</b>	Baja	100,0 %	0,0 %	3	100,0 %
	Media	42,9 %	57,1 %	7	100,0 %
	Alta	100,0 %	0,0 %	1	100,0 %
<b>Afiliación de seguridad social</b>	Ninguno	63,6 %	36,4,0 %	11	100,0 %
<b>Escolaridad</b>	Primaria	75,0 %	25,0 %	4	100,0 %
	Secundaria	57,1 %	42,9 %	7	100,0 %

Fuente: Encuesta DSS, 2021

Elaboración propia

**Anexo 10: Identidad cultural, organización y soporte de acciones, según edad**

		15-19	20-29	Más de 30	Total	
		%	%	%	Núm.	%
<b>Control Prenatal</b>	Ninguno	0,0 %	100,0 %	0,0 %	1	100,0 %
	1 – 2	0,0 %	100,0 %	0,0 %	1	100,0 %
	3 – 4	0,0 %	33,3 %	66,7 %	3	100,0 %
	5	33,3 %	33,3 %	33,3 %	3	100,0 %
	Más de 5	33,3 %	33,3 %	33,3 %	3	100,0 %
<b>Semanas de gestación</b>	28 – 29	0,0 %	66,7 %	33,3 %	3	100,0 %
	30 – 31	25,0 %	37,5 %	37,5 %	8	100,0 %
<b>Parto</b>	Vaginal	0,0 %	100,0 %	0,0 %	1	100,0 %
	Cesárea	20,0 %	40,0 %	40,0 %	10	100,0 %
<b>Embarazos</b>	1 – 2	33,3 %	33,3 %	33,3 %	6	100,0 %
	3 – 4	0,0 %	100,0 %	0,0 %	3	100,0 %
	Más de 5	0,0 %	0,0 %	100,0 %	2	100,0 %
<b>Estado de salud</b>	Regular	33,3 %	33,3 %	33,3 %	6	100,0 %
	Bueno	0,0 %	60,0 %	40,0 %	5	100,0 %
<b>Tratamiento médico</b>	Ninguno	0,0 %	75,0 %	25,0 %	4	100,0 %
	Hipertensión Arterial	20,0 %	20,0 %	60,0 %	5	100,0 %
	Cirugía cesárea	0,0 %	100,0 %	0,0 %	1	100,0 %
	Diabetes	100,0 %	0,0 %	0,0 %	1	100,0 %
<b>Tipo de organización que pertenece</b>	Religiosa	0,0 %	100,0 %	0,0 %	2	100,0 %
	Social	0,0 %	0,0 %	100,0 %	1	100,0 %
	Ninguna	25,0 %	37,5 %	37,5 %	8	100,0 %
<b>Participación consumo de sustancias</b>	No	25,0 %	37,5 %	37,5 %	8	100,0 %
	Si	0,0 %	66,7 %	33,3 %	3	100,0 %

Fuente: Encuesta DSS, 2021

Elaboración propia

### Anexo 11: Condiciones de vivienda, según ciudad de residencia

		Ibarra	Cotacachi	Otavalo	Chical	Total	
		%	%	%	%	Núm.	%
<b>Vivienda</b>	Casa	25,0 %	50,0 %	25,0 %	0,0 %	4	100,0 %
	Colectiva	100,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	3	100,0 %
	Medias aguas campo	0,0 %	50,0 %	0,0 %	50,0 %	2	100,0 %
	Medias aguas urbano	100,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	2	100,0 %
	<b>Propiedad de la vivienda</b>	Propia Pagada	25,00 %	50,0 %	0,0 %	25,0 %	4
Propia pagándose		50,0 %	0,0 %	50,0 %	0,0 %	2	100,0 %
Alquilada		80,0 %	20,0 %	0,0 %	0,0 %	5	100,0 %
<b>Cantidad de cuartos para dormir</b>	1 – 3	55,6 %	22,2 %	11,1 %	11,1 %	9	100,0 %
	4 – 7	50,0 %	50,0 %	0,0 %	0,0 %	2	100,0 %
<b>Personas que habitan la vivienda</b>	1 – 2	100,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	3	100,0 %
	3 – 4	37,5 %	37,5 %	12,5 %	12,5 %	8	100,0 %
<b>Servicios Básicos</b>	Energía eléctrica, agua potable, alcantarillado	57,1 %	28,6 %	0,0 %	14,3 %	7	100,0 %
	Energía eléctrica, agua potable, alcantarillado, internet, Tv pagada, línea telefónica	50,0 %	25,0 %	25,0 %	0,0 %	4	100,0 %

Fuente: Encuesta DSS, 2021

Elaboración propia

**Anexo 12: Calidad de alimentación, según lugar de procedencia**

		<b>Nacional</b>	<b>Migrante</b>	<b>Total</b>	
		%	%	Núm.	%
<b>Cuántas comidas se alimenta al día</b>	Cinco	66,7 %	33,3 %	3	100,0 %
	Cuatro	50,0 %	50,0 %	2	100,0 %
	Tres	66,7 %	33,3 %	6	100,0 %
<b>Lugar donde se alimenta</b>	Casa	63,6 %	36,4 %	11	100,0 %

Fuente: Encuesta DSS, 2021

Elaboración propia



### Anexo 13: Tendencia religiosa, según nacionalidad

		Nacional	Migrante	Total	
		%	%	Núm.	%
<b>Religión</b>	Católica	71,4 %	28,6 %	7	100,0 %
	Evangélica Cristiana	50,0 %	50,0 %	4	100,0 %
<b>Importancia de la religión</b>	Algo Importante	75,0 %	25,0 %	4	100,0 %
	Bastante importante	50,0 %	50,0 %	2	100,0 %
	Muy Importante	60,0 %	40,0 %	5	100,0 %

Fuente: Encuesta DSS, 2021

Elaboración propia

**Anexo 14: Perfil de salud de las madres puérperas**

		<b>MADRES</b>		<b>Total</b>	
		%	Núm.	%	
<b>Cuántas horas duerme</b>	Siete a ocho	100,0 %	7	100,0 %	
	Cinco a seis	100,0 %	2	100,0 %	
	Tres a cuatro	100,0 %	2	100,0 %	
<b>Problemas del sueño</b>	No	100,0 %	7	100,0 %	
	Si	100,0 %	4	100,0 %	
<b>Ha fumado alguna vez</b>	Nunca ha fumado	100,0 %	7	100,0 %	
	Ex fumador	100,0 %	4	100,0 %	
<b>Edad que fumó</b>	Ninguna	100,0 %	7	100,0 %	
	10 – 15	100,0 %	3	100,0 %	
	15 – 20	100,0 %	1	100,0 %	
<b>Consumo de bebidas alcohólicas</b>	Nunca ha consumido	100,0 %	5	100,0 %	
	Ex consumidor	100,0 %	6	100,0 %	
<b>Edad que bebió alcohol</b>	Ninguna	100,0 %	5	100,0 %	
	10 – 15	100,0 %	2	100,0 %	
	15 – 20	100,0 %	4	100,0 %	
<b>Consumo de droga</b>	Nunca ha consumido	100,0 %	8	100,0 %	
	Ex consumidor	100,0 %	3	100,0 %	

Fuente: Encuesta DSS, 2021

Elaboración propia

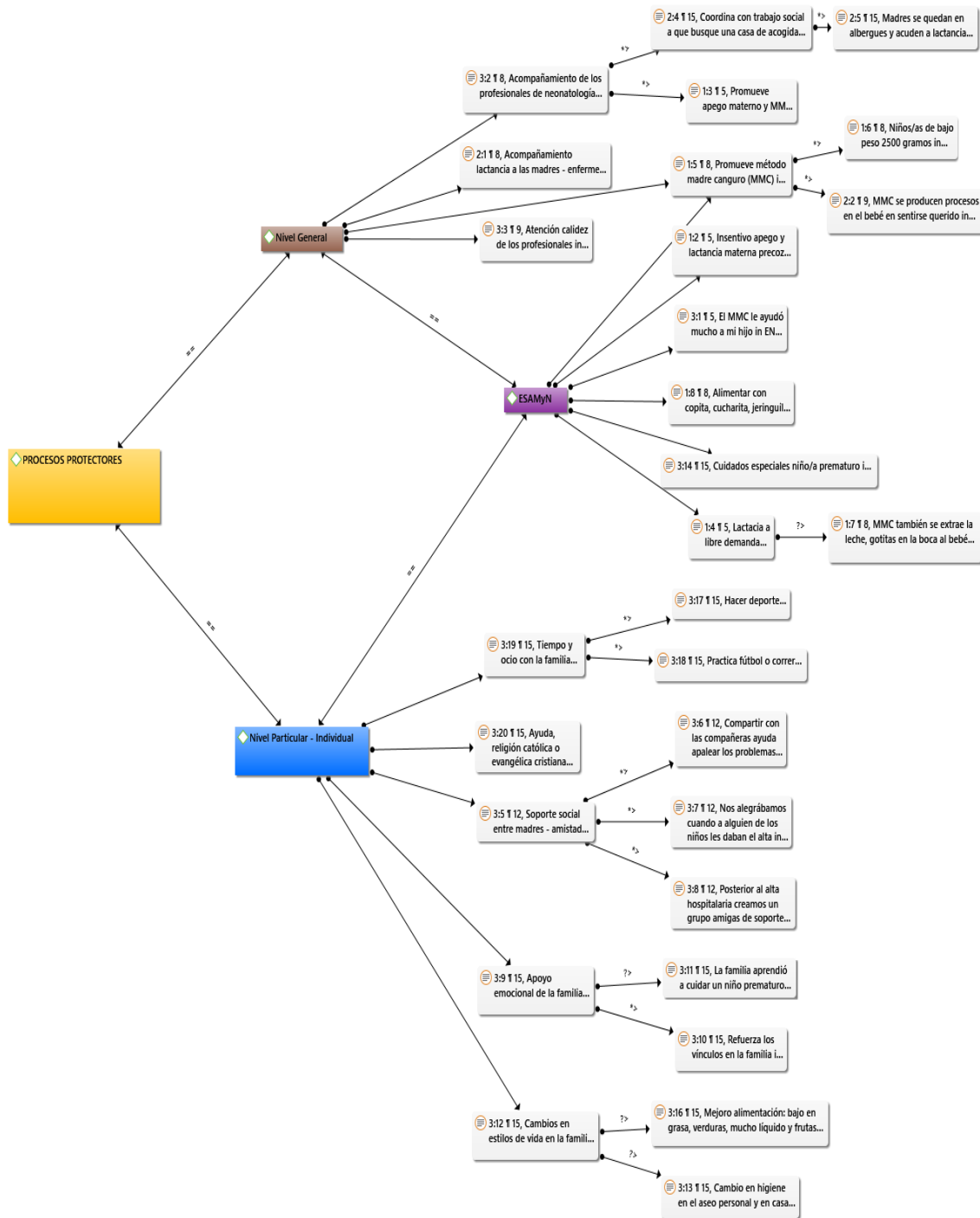
### Anexo 15: Uso del tiempo libre, según edad

		15-19	20-29	Más de 30		Total
		%	%	%	Núm.	%
<b>Actividad en tiempo libre</b>	Hacer ejercicio	25,0 %	50,0 %	25,0 %	4	100,0 %
	Pasar con la familia	14,3 %	42,9 %	42,9 %	7	100,0 %
<b>Deporte que practica</b>	Ninguno	0,0 %	62,5 %	37,5 %	8	100,0 %
	Fútbol	100,0 %	0,0 %	0,0 %	1	100,0 %
	Atletismo	50,0 %	0,0 %	50,0 %	2	100,0 %
<b>Frecuencia que practica</b>	Nunca	0,0 %	62,5 %	37,5 %	8	100,0 %
	Diario	0,0 %	0,0 %	100,0 %	1	100,0 %
	Una vez por semana	100,0 %	0,0 %	0,0 %	2	100,0 %

Fuente: Encuesta DSS, 2021

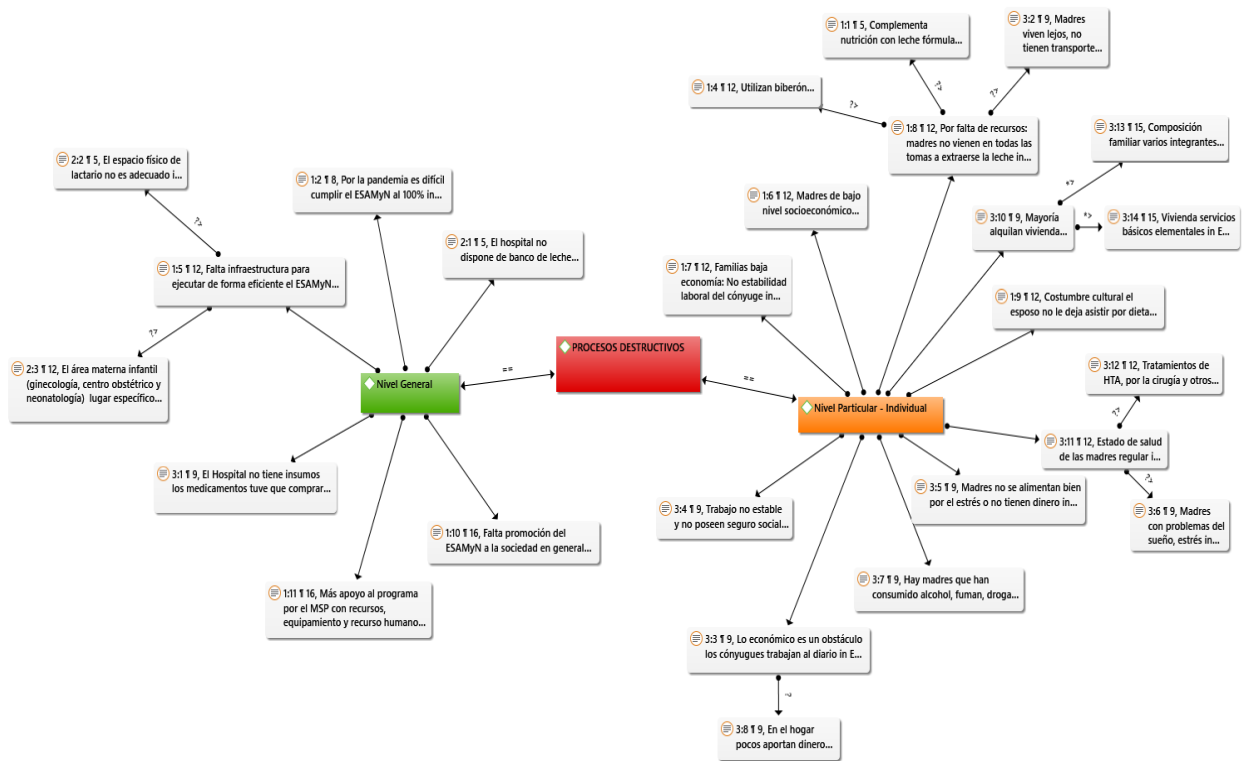
Elaboración propia

### Anexo 16: Procesos protectores acompañamiento en el niño/a prematuro



Fuente: Entrevistas realizadas a coordinadores médico-enfermería y madre, 2021  
 Elaboración propia

### Anexo 17: Procesos destructivos acompañamiento en el niño/a prematuro



Fuente: Entrevistas realizadas a coordinadores médico-enfermería y madre, 2021  
 Elaboración propia