



UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
CENTRO REGIONAL UNIVERSITARIO DE LOS SANTOS
FACULTAD DE ENFERMERÍA
LICENCIATURA EN CIENCIAS DE LA ENFERMERÍA



TESIS

Conocimiento sobre lactancia materna exclusiva de mujeres puérperas asociado al nivel de
apego según la teórica Ramona Mercer, 2025

ESTUDIANTE:

Dayanara González 7-714-550

PROFESORA ASESORA:

Marta Pérez

TESIS COMO OPCIÓN DE GRADO PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIATURA EN
CIENCIAS DE LA ENFERMERÍA

PANAMÁ, MARZO 2026

TRIBUNAL EXAMINADOR

Profesora Asesora

Dra. Marta Pérez

Firma: _____

Profesor (Jurado)

Dra. Irma Escudero

Firma: _____

Profesora (Jurado)

Mgter. Delany González

Firma: _____

Dedicatoria

A mis sobrinas.

Porque desde que llegaron a mi vida entendí que quería ser un mejor ejemplo.

Este logro no es solo una meta académica; es una promesa silenciosa de que los sueños se trabajan, incluso cuando hay cansancio, dudas o miedo.

Quiero que cuando crezcan sepan que todo es posible si se esfuerzan, que no deben conformarse con menos de lo que merecen y que siempre pueden levantarse, sin importar cuántas veces tropiecen.

Si algún día dudan de ustedes mismas, recuerden que alguien creyó tanto en su futuro que trabajó fuerte pensando en el ejemplo que quería dejarles.

Agradecimientos

Agradezco a Dios, primeramente, por haberme sostenido en cada instante de este camino, brindándome fortaleza en los días difíciles, claridad en la incertidumbre y la perseverancia necesaria para culminar esta etapa fundamental de mi vida profesional; sin su guía y presencia constante, nada de esto habría sido posible. Mi gratitud se extiende a la profesora Marta Pérez, cuya entrega, dedicación y exigencias me impulsaron a superarme, sembrando en mí el compromiso con la enfermería, así como al Centro Regional Universitario de Los Santos y a la Facultad de Enfermería por abrirme las puertas del conocimiento. De igual manera, reconozco el apoyo del personal del Hospital Joaquín Pablo Franco Sayas, del MINSA-CAPSI de Las Tablas y del Centro de salud Dr. Carlos J. Ugalde de Guararé, con especial mención a la profesora Blanca Hurtado por su invaluable disposición en la recolección de datos, y a las madres participantes que hicieron realidad esta investigación con su tiempo y confianza.

A mi familia, le agradezco que a pesar de la distancia contribuyera de diversas maneras para que lograra llegar hasta aquí, especialmente a mi madrina, por confiar siempre en mi capacidad y ofrecerme su respaldo incondicional. Un reconocimiento profundo a Estefanie González, por sostenerme cuando mis fuerzas flaqueaban, por impulsarme a continuar y por caminar a mi lado en cada tramo de este trayecto de la mano de todas aquellas personas que me ofrecieron palabras de aliento y apoyo de corazón en el camino. Este logro es, en gran medida, fruto del cariño y la fe que depositaron en mí.

Índice General

Resumen	11
Abstract	12
Introducción	13
Capítulo I Marco Referencial.....	15
1.1 Antecedentes	16
1.2 Justificación.....	20
Capítulo II Marco Teórico	24
2.1 La Lactancia Materna	25
2.1.1 Historia y Evolución	25
2.1.2 Definición de Lactancia Materna.....	25
2.1.2.1 Importancia de la Lactancia Materna	26
2.1.3 Alimentación Complementaria.....	27
2.1.4 Alimentación Suplementaria.....	27
2.1.5 Lactancia Materna Exclusiva.....	28
2.1.5.1 Beneficios y Barreras de la Lactancia Materna Exclusiva.	29
2.1.6 Rol del Conocimiento sobre Lactancia Materna en la Toma de Decisiones Maternas	30
2.1.7 Rol de Enfermería en la Promoción de la Lactancia Materna.....	30
2.2 Teoría del Rol Materno/Apego.....	31
2.2.1 Historia de la Teoría	32
2.2.2 Desarrollo del Rol Materno/Apego	32
2.2.3 Estadios de la Adopción del Rol Materno	34
2.2.4 Apego Materno	35
2.2.5 El puerperio	36
2.2.5.1 Importancia del puerperio.	37
2.2.5.2 Sensibilidad materna y rol durante el puerperio.	37
2.3 Integración de la lactancia materna exclusiva y el rol materno.....	38
2.4 Planteamiento del problema	39
2.5 Hipótesis	41
2.5.1 Hipótesis alternativa (H_1)	41
2.5.2 Hipótesis nula (H_0).....	41
2.6 Objetivo General	41
2.7 Objetivos específicos.....	42
2.8 Variables de estudio	42

Capítulo III Diseño Metodológico	44
3.1 Contexto.....	45
3.2 Enfoque.....	46
3.3 Tipo de estudio	46
3.4 Población	47
3.5 Muestra	47
3.6 Muestreo	48
3.7 Criterios de inclusión	49
3.8 Criterios de exclusión	49
3.9 Instrumentos	49
3.10 Método de recolección de datos.....	53
3.11 Métodos de análisis de la información	54
3.12 Aspecto ético.....	55
Capítulo IV Resultados	57
4.1 Resultados	58
4.2 Discusión.....	81
4.3 Limitaciones	85
Conclusiones.....	87
Recomendaciones.....	88
Referencias bibliográficas	89
Anexos	96

Índice de Cuadros

Cuadro 1 Impacto integral de la lactancia materna exclusiva en el binomio madre e hijo	38
Cuadro 2 Definición de las variables del estudio.....	42

Índice de Tablas

Tabla 1 Distribución de la muestra según el segmento poblacional objeto de estudio, 2026 .	58
Tabla 2 Características sociodemográficas de las participantes del estudio, 2026	58
Tabla 3 Características socioeconómicas y familiares del grupo de mujeres participantes, 2026	59
Tabla 4 Edad de las madres encuestadas según la práctica de lactancia materna exclusiva, 2026	60
Tabla 5 Ingreso mensual del hogar de las mujeres encuestadas según la práctica de lactancia materna exclusiva, 2026	61
Tabla 6 Nivel educativo del grupo encuestado según la práctica de lactancia materna exclusiva, 2026	63
Tabla 7 Ocupación del grupo encuestado según la práctica de lactancia materna exclusiva, 2026	64
Tabla 8 Ocupación de las madres encuestadas según la planificación del embarazo, 2026 .	65
Tabla 9 Nivel educativo del grupo estudiado según la planificación del embarazo, 2026	66
Tabla 10 Edad de las madres encuestadas según el nivel de apego, 2026	67
Tabla 11 Estado civil de las mujeres encuestadas según el nivel de apego, 2026	68
Tabla 12 Número total de hijos/as según el nivel de apego de las madres encuestadas, 2026	69
Tabla 13 Edad del hijo/a de las madres encuestadas según nivel de conocimiento y nivel de apego, 2026	70
Tabla 14 Edad del hijo/a de las madres encuestadas según la práctica de lactancia materna exclusiva, 2026	71
Tabla 15 Nivel de conocimiento y nivel de apego según la práctica de lactancia materna exclusiva del grupo encuestado, 2026	72
Tabla 16 Emociones frente a la maternidad y planificación del embarazo del grupo de mujeres participantes, 2026	75
Tabla 17 Planificación de embarazo según la práctica de lactancia materna exclusiva de las mujeres encuestadas, 2026	75
Tabla 18 Planificación del embarazo según el nivel de apego de las mujeres encuestadas, 2026	76
Tabla 19 Nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva en las participantes del estudio según la institución, 2026	77
Tabla 20 Nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva según el nivel de apego materno del grupo encuestado, 2026	78
Tabla 21 Nivel de apego de las madres encuestadas según la institución, 2026	79

Tabla 22 Prueba Chi-cuadrado para la asociación entre nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva y nivel de apego materno.	80
Tabla 23 Prueba de chi-cuadrado entre características sociodemográficas, nivel de conocimiento y nivel de apego.....	80

Índice de Figuras

Figura 1 Distribución porcentual de encuestadas según características de la planificación del embarazo, 2026.....	74
---	----

Índice de Anexos

Anexo 1 Cronograma propuesto para llevar a cabo la investigación	96
Anexo 2 Presupuesto del estudio.....	96
Anexo 3 Instrumento para la recolección de los datos	97
Anexo 4 Consentimiento informado de la investigación	105
Anexo 5 Alfa de Cronbach del instrumento del apego materno.....	106
Anexo 6 Autorización por parte de la autora de la encuesta de lactancia materna para usar y modificar el instrumento.....	107
Anexo 7 Autorización por parte de la autora de la encuesta del apego materno para usar y modificar el instrumento.....	108
Anexo 8 Certificados de Buenas prácticas clínicas e Introducción a la investigación clínica, de la investigadora.....	109
Anexo 9 Aval del comité de bioética de la Universidad Católica Santa María La Antigua	110
Anexo 10 Registro de la investigación en el registro nacional de investigación en salud. ...	110
Anexo 11 Aval institucional del Hospital Dr. Joaquín Pablo Franco Sayas	111
Anexo 12 Aval institucional del Centro de salud Dr. Carlos J. Ugalde de Guararé	112
Anexo 13 Aval institucional del MINSA CAPSI Dr. Gerardino De León, Las Tablas	113
Anexo 14 Certificación de revisión de ortografía y redacción	114
Anexo 15 Instrumento de valoración del conocimiento en lactancia materna exclusiva y el apego materno en gestantes y puérperas.....	115

Resumen

La lactancia materna exclusiva es una estrategia fundamental para la salud materno infantil y favorece el vínculo afectivo entre madre e hijo, proporcionando todos los nutrientes necesarios durante los primeros seis meses de vida y fortaleciendo el proceso de adopción del rol materno según la teoría de Ramona Mercer. El objetivo fue evaluar el nivel de conocimiento sobre la lactancia materna exclusiva de mujeres puérperas, asociado al nivel de apego materno según la teoría de Ramona Mercer. La metodología incluyó un enfoque cuantitativo, diseño descriptivo, analítico y de corte transversal, con una muestra de 266 mujeres puérperas con hijos menores de dos años atendidas en tres instituciones de salud de la provincia de Los Santos; se aplicó un cuestionario de 14 ítems para medir el conocimiento sobre lactancia materna exclusiva y un instrumento de 36 ítems basado en la teoría de Mercer para evaluar el apego materno, utilizando estadística descriptiva y la prueba de Chi-cuadrado con un nivel de significancia de $p < 0.05$. Los principales hallazgos: Predominó el nivel de conocimiento bueno (77.8 %) y el nivel de apego materno medio (66.9 %). Se evidenció una asociación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva y el nivel de apego materno ($\chi^2(4)$; $p = 0.017$). Se concluye que existe asociación significativa entre el conocimiento sobre lactancia materna exclusiva y el apego materno, lo que respalda la importancia de fortalecer intervenciones educativas y de acompañamiento de enfermería durante el puerperio.

Palabras clave: *Lactancia materna, Relaciones madre-hijo, Conocimiento, Rol materno, Puerperio.*

Abstract

Exclusive breastfeeding is a fundamental strategy for maternal and child health and promotes the emotional bond between mother and child, providing all the necessary nutrients during the first six months of life and strengthening the process of maternal role attainment according to Ramona Mercer's theory. The Objective was to evaluate the level of knowledge about exclusive breastfeeding among puerperal women in association with the level of maternal attachment, based on Ramona Mercer's theory. The Methodology included a quantitative approach with a descriptive, analytical, and cross-sectional design, with a sample of 266 puerperal women with children under two years of age attended in three health institutions in the province of Los Santos. A 14-item questionnaire was applied to measure knowledge about exclusive breastfeeding, and a 36-item instrument based on Mercer's theory was used to assess maternal attachment, using descriptive statistics and the Chi-square test with a significance level of $p < 0.05$. The main findings showed a predominance of good knowledge level (77.8%) and medium maternal attachment level (66.9%). A statistically significant association was found between the level of knowledge about exclusive breastfeeding and the level of maternal attachment ($\chi^2(4)$; $p = 0.017$). It is concluded that there is a significant association between knowledge about exclusive breastfeeding and maternal attachment, supporting the importance of strengthening educational and nursing support interventions during the puerperium.

Keywords: *Breastfeeding, Mother-child relations, Knowledge, Maternal role, Puerperium.*

Introducción

La lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida es fundamental para el desarrollo integral del recién nacido, ya que proporciona los nutrientes necesarios y favorece el vínculo emocional entre madre e hijo, aportando beneficios físicos, emocionales y psicológicos para ambos (OMS, 2023). A pesar de los avances históricos en su promoción, como el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y la Iniciativa Hospital Amigo del Niño, su mantenimiento continúa enfrentando barreras sociales, educativas y culturales, particularmente en contextos vulnerables (Gutiérrez, 2023).

En Panamá, la prevalencia de lactancia materna exclusiva se mantiene por debajo de las metas nacionales establecidas (Ministerio de Salud, 2023), lo que refleja la necesidad de fortalecer las estrategias de orientación y acompañamiento profesional. En este escenario, el conocimiento materno adquiere especial relevancia, ya que influye en la toma de decisiones y en la transición hacia la maternidad. De acuerdo con la teoría de Ramona Mercer, la adopción del rol materno constituye un proceso progresivo mediante el cual la mujer desarrolla habilidades, confianza e identidad en el cuidado del recién nacido. Por ello, el apoyo de enfermería resulta determinante para brindar educación, sostén emocional y seguimiento continuo que favorezca tanto la práctica de la lactancia como la consolidación del apego. El abordaje del tema se fundamentó en una investigación de enfoque cuantitativo, con un diseño descriptivo, analítico y de corte transversal, orientada a analizar la asociación entre el nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva y el nivel de apego materno en mujeres púerperas.

Por estas razones, se considera pertinente analizar la asociación entre el nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva y el nivel de apego materno, con el propósito

de generar evidencia local que permita optimizar las intervenciones educativas y fortalecer la salud materno infantil.

El presente trabajo se organiza en cuatro capítulos. En el Capítulo I se desarrolla el marco referencial, donde se presentan los antecedentes, la justificación, capítulo II donde se presenta el marco teórico del estudio. En el Capítulo III se expone el marco metodológico, en el cual se describen el diseño de la investigación, la población y muestra, así como los instrumentos utilizados para la recolección y análisis de los datos. Finalmente, en el Capítulo IV se presentan los resultados obtenidos, su discusión y las conclusiones y recomendaciones derivadas del estudio.

Capítulo I

Marco Referencial

1.1 Antecedentes

La lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses aporta todos los nutrientes que el bebé necesita y fortalece el vínculo afectivo entre madre e hijo, además de brindar beneficios físicos, emocionales y psicológicos para ambos.

Las estrategias para promover la lactancia materna exclusiva se consolidaron a mediados del siglo XX, esto luego de un declive en la práctica tras la Segunda Guerra Mundial, debido al incremento en el uso de fórmulas infantiles. Ante esta situación, la Organización Mundial de la Salud (OMS) inició campañas desde los años 70 que lograron un avance notable, especialmente en países desarrollados (Gutiérrez, 2023, pp. 3–4).

En 1981 se promulgó el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna para proteger esta práctica frente a la publicidad de fórmulas. Posteriormente, en 1990, la OMS y UNICEF lanzaron la Iniciativa Hospital Amigo del Niño, promoviendo medidas que respaldan la lactancia desde el nacimiento. En 2002, ambas organizaciones publicaron la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño, que enfatiza la importancia de la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida.

A pesar de estos avances en la promoción y protección de la lactancia materna, su inicio y el mantenimiento de la lactancia materna pueden verse influenciados por diversos factores sociales, educativos y culturales, especialmente en contextos vulnerables. En este sentido, el conocimiento de la madre sobre la lactancia materna exclusiva adquiere especial relevancia, ya que influye en la práctica de la lactancia materna y en la transición psicosocial hacia la maternidad, como propone Ramona Mercer en su teoría del rol materno. Dicha teoría describe cómo una mujer atraviesa cuatro etapas en las que variables como la edad, el nivel educativo y el apoyo social determinan su consolidación como madre.

De manera consistente con lo anterior, Oblitas et al. (2022) realizaron una revisión sistemática que incluyó 18 estudios científicos y cuatro fuentes de literatura gris, como tesis doctorales, informes institucionales y otros documentos inéditos; sobre la lactancia materna en Latinoamérica, analizando el inicio, duración, frecuencia y las causas de interrupción, encontraron que:

La mayoría de los bebés (75%) iniciaron la lactancia materna durante la primera hora de vida, con una duración promedio de cinco meses y una prevalencia aproximada del 46,9%. Sin embargo, identificaron que el 40% de las interrupciones se relacionaron con el desconocimiento materno sobre la lactancia y un 30% con un bajo nivel educativo (pp. 878–883).

Esto evidencia que factores como el desconocimiento materno y el bajo nivel educativo, que afectan la lactancia materna exclusiva en Latinoamérica, aspectos los cuales influyen en el vínculo de apego entre madre e hijo.

Completando estos hallazgos, Guevara et al. (2021) llevaron a cabo un estudio con 1000 madres primíparas atendidas mediante teleconsultas en el Instituto Nacional de Lactancia Materna y Atención Perinatal, señalaron que:

La mayoría de ellas (75,7%) poseía un alto nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva, mientras que el 23,5% un nivel medio y el 0,9% un nivel bajo. Además, identificaron una asociación significativa entre un mayor conocimiento y variables como la edad materna y el nivel educativo (pp. 16-17).

Estos hallazgos refuerzan la relevancia del conocimiento materno como factor protector para favorecer la práctica de la lactancia materna exclusiva.

Por otro lado, Álvarez et al. (2020) aplicaron un cuestionario validado por Avendaño y Medrano (2019) para medir los conocimientos sobre lactancia materna exclusiva en 276 mujeres primíparas de atención obstétrica y encontraron que “el 67% tenía un nivel normal de conocimientos, el 23% bajo y solo el 10% un nivel alto” (pp. 11–13).

Este estudio respalda la pertinencia de utilizar un instrumento confiable y adecuado que permite evaluar de manera precisa el conocimiento materno en contextos similares, el cual será utilizado en esta investigación para obtener datos precisos y comparables para fortalecer la comprensión de la lactancia materna y el apego maternal.

Respecto a la adopción del apego materno, Cadena et al. (2022) realizaron una revisión de artículos científicos sobre la adopción del rol materno en madres adolescentes y adultas a partir de la teoría de Ramona Mercer, encontrando que:

El 46,74% de las madres adolescentes primíparas presentaban un nivel de adopción bueno y el 53,26% un nivel regular, sin registro de nivel malo y en el total de las madres evaluadas, se reportó adopción alta (11,5%), media (67,8%) y baja (20,7%), observándose relación con el nivel de conocimiento (pp. 28–37).

Este estudio aporta evidencia actual sobre los niveles de adopción del rol materno y el conocimiento relacionado en madres adolescentes y adultas. Estos hallazgos permiten comprender mejor cómo se consolida el rol materno y sirven como referencia para analizar variables similares en la población de estudio de la presente investigación.

En línea con lo anterior, Núñez et al. (2021) evaluaron las etapas formal, informal y personal de la teoría, en 22 madres con hijos menores de un año, y reportaron que “la adhesión a estas etapas aumentó del 68% en el parto al 91% en el posparto tardío y

factores como la edad, ocupación, estado civil y nivel educativo influyen significativamente en este proceso” (pp. 18–20).

Este antecedente respalda el uso del instrumento para analizar el rol materno y la construcción del vínculo afectivo madre e hijo, asegurando la obtención de información precisa y aplicable al contexto de estudio.

Finalmente, en el contexto panameño, Rosas (2022) realizó un estudio en la Región Metropolitana de Salud con 650 mujeres, encontrando que:

El 44.3% no recibió educación prenatal sobre lactancia materna y el 39.5% careció de consejería durante el puerperio. Además, el 46.2% no inició la lactancia en la primera hora tras el parto, el 39.8% no tuvo dilatación inmediata y el 55.7% enfrentó dificultades como dolor o debilidad, así como falta de orientación adecuada y soluciones (pp. 38–47).

De manera similar, un estudio realizado en Chitré, provincia de Herrera, por Maguire et al. (2020) reportaron que “solo el 49% de las madres practicaban lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses, y que pese a la orientación hospitalaria, la comprensión insuficiente y la falta de seguimiento profesional influyen en la introducción temprana de alimentos complementarios” (pp. 8–10).

Ambos estudios evidencian que los obstáculos relacionados con la educación materna y la disponibilidad de apoyo profesional constituyen barreras importantes para la práctica adecuada de la lactancia materna exclusiva en Panamá.

En conjunto, estos hallazgos reflejan deficiencias significativas en el acompañamiento educativo y emocional de las madres durante el proceso de lactancia, lo que repercute negativamente en su experiencia materna. Tales resultados coinciden con la teoría de

Ramona Mercer, la cual plantea que el conocimiento, la experiencia y el apoyo recibido son factores fundamentales para la consolidación del rol materno.

Aunque existen pocos estudios que integren el conocimiento sobre lactancia materna exclusiva y el apego materno en Panamá, se evidencia limitada orientación brindada a las puérperas sobre este tema. Por ello, es fundamental promover la educación y el acompañamiento durante este proceso. Además, varios estudios coinciden en que el inicio temprano de la lactancia materna favorece el apego materno, lo cual se relaciona positivamente con una mejor práctica de la lactancia materna exclusiva durante, al menos, los primeros meses de vida del bebé.

Esta investigación busca llenar ese vacío ofreciendo evidencia contextualizada que permita comprender cómo el nivel de conocimiento influye en el apego materno, y así fundamentar estrategias educativas, apoyo emocional y políticas públicas que fortalezcan intervenciones educativas basadas en evidencia.

1.2 Justificación

La práctica de la lactancia materna exclusiva desempeña un papel importante en el desarrollo infantil. Según la Organización Mundial de la Salud (2023), garantizar que los bebés reciban lactancia materna exclusiva durante los primeros meses de vida podría salvar anualmente la vida de aproximadamente 820 000 niños menores de cinco años. Sin embargo, su implementación y mantenimiento se ven afectados por múltiples barreras sociales, culturales, económicos y profesionales, particularmente en contextos vulnerables. Entre estas barreras se incluyen la desinformación, la baja escolaridad o la incorporación temprana al trabajo sin apoyo institucional y la falta de redes familiares sólidas.

A nivel global, Quingaluisa y Chávez (2024) señalan que “menos de la mitad de los bebés menores de seis meses reciben lactancia materna exclusiva, y en América Latina y el

Caribe la proporción disminuye a poco más de un tercio, constituyendo un desafío relevante para la salud pública regional” (p. 3).

Esta baja adherencia justifica plenamente la necesidad de mantener y fortalecer las intervenciones en esta área. Como destaca Sotomayor (2024):

La lactancia materna exclusiva no solo promueve un desarrollo saludable en el lactante, sino que también contribuye a la prevención de enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión y ciertos tipos de cáncer, impactando positivamente en la reducción de los costos en atención médica (p. 69).

Por tanto, resulta indispensable implementar desde el nacimiento estrategias educativas y de acompañamiento que favorezcan el aumento en la adherencia a la lactancia materna exclusiva. La evidencia presentada por Sotomayor constituye un argumento sólido para sustentar la continuidad y el reforzamiento de estas prácticas.

En México, González et al. (2024) reportaron que “para el año 2030, se estima que solamente se alcanzará 42,5% de prevalencia de lactancia materna exclusiva, considerando un aumento de 1,18 puntos porcentuales al año” (pp. 503). En Bolivia, Pinto et al. (2024) reportaron que “si bien el 75% de las madres recibió educación prenatal y el 89,4% inició la lactancia materna tempranamente, solo el 37,2% mantuvo la lactancia materna exclusiva, con la introducción temprana de fórmula, aunque era común” (p. 19). Además, Sosa et al. (2023) muestran que los factores emocionales, socioculturales y económicos interfieren en la duración y el inicio exitoso de la lactancia materna, afectando sus beneficios fisiológicos y metabólicos, evidenciando la necesidad de que los proveedores de lactancia materna sean consistentes con la práctica y la evidencia.

En Panamá, según el Ministerio de Salud (2023), “solo el 21,4% de las madres mantuvo con éxito la lactancia materna exclusiva durante seis meses, una cifra muy por debajo de la meta nacional del 50%” (párr. 6).

En este sentido, De la Cruz et al. (2023) advierten sobre:

Una disminución del 20% en la prevalencia de la lactancia materna solo en la última década en Panamá, atribuyéndola a problemas como la presión laboral, la desinformación, la falta de apoyo emocional y la debilidad de las redes familiares rurales en zonas con excedentes (p. 6010).

Estos datos evidencian un problema urgente que requiere atención específica.

La investigación sobre lactancia materna se ha centrado, en gran medida, en los conocimientos que posee la madre, mientras que su relación con el apego y el desarrollo del rol materno ha recibido poca atención. Es por tales razones que este proyecto vincula las dos variables, es decir lactancia materna con lo establecido como evidencia en la teoría del rol materno de Ramona Mercer; ya que proporciona un marco esencial para comprender que la adopción del rol materno implica más que aspectos técnicos; requiere información adecuada, apoyo emocional y factores positivos que faciliten la construcción de la identidad materna y la conexión emocional con el bebé. Sin embargo, en los hospitales públicos panameños, estas variables suelen abordarse de forma individualizada, priorizando la técnica de lactancia materna y descuidando el proceso psicológico y emocional, lo que limita la eficacia de las intervenciones de salud materno infantil.

El personal de enfermería desempeña un papel estratégico clave en este contexto. Su proximidad constante a las madres durante el embarazo, el parto y el puerperio las posiciona como un agente clave para brindar atención individualizada, identificar factores de riesgo, promover el conocimiento y fortalecer el vínculo madre e hijo. Este apoyo integral

puede ser decisivo para integrar la lactancia materna exclusiva y promover una transición materna saludable.

Ante este panorama, se vuelve prioritario fortalecer las estrategias educativas y el comportamiento dirigido a las mujeres puérperas, con el fin de incrementar su conocimiento, promover su empoderamiento y facilitar una transición segura hacia la maternidad. Por ello, resulta pertinente explorar la asociación entre el nivel de conocimiento que poseen las mujeres puérperas sobre lactancia materna exclusiva y el nivel de apego que desarrollan con sus hijos a fin de comprender cómo estos factores interactúan en la etapa del puerperio. Esto permitirá aportar evidencia que contribuya al entendimiento de los elementos que favorecen o dificultan la construcción del rol materno desde la perspectiva de la teoría de Ramona Mercer, en la realidad local.

Por lo tanto, esta investigación busca aportar evidencia local y novedosa sobre la asociación entre el conocimiento de la lactancia materna exclusiva y la adopción del rol materno en mujeres en el posparto atendidas en tres instituciones públicas de salud de la provincia de Los Santos, donde la producción científica sobre el tema es limitada. Este estudio fortalece las prácticas de educación para la salud y posiciona a la enfermería como un pilar clave en el apoyo integral a la maternidad, especialmente en entornos rurales y hospitalarios. Asimismo, responde a una necesidad urgente, al ofrecer herramientas que pueden mejorar las tasas de lactancia materna exclusiva y promover el bienestar materno infantil, en concordancia con los objetivos nacionales y globales de salud.

Capítulo II

Marco Teórico

2.1 La Lactancia Materna

2.1.1 Historia y Evolución

Diversos autores coinciden en sus contextualizaciones sobre el tema de lactancia materna exclusiva, como Gutiérrez (2023) y Fernández (2023) quienes destacan que la lactancia materna ha constituido un pilar esencial para la supervivencia humana desde la prehistoria, concebido en sus inicios como un acto elemental de alimentación del recién nacido. A lo largo de los siglos, su significado y valoración social han evolucionado de manera notable, pasando de ser un símbolo de estatus cuando se empleaban nodrizas, a perder relevancia con la aparición de fórmulas infantiles en la era industrial.

En la actualidad, la Organización Mundial de la Salud (2025) señala que la lactancia materna constituye el alimento más adecuado para el lactante, ya que aporta múltiples beneficios tanto fisiológicos como psicosociales.

Comprender esta evolución histórica permite evidenciar que la lactancia materna trasciende su función nutricional, constituyéndose en un elemento clave para el desarrollo integral del niño y el fortalecimiento del vínculo afectivo madre e hijo, además de ser una estrategia esencial de salud pública.

2.1.2 Definición de Lactancia Materna

Oblitas et al. (2022) señalan que la lactancia materna exclusiva es “el proceso a través del cual el infante tiene como alimento solo la leche materna, y cuando sea estrictamente necesario, soluciones rehidratantes, vitaminas, minerales o medicamentos” (p. 501).

De manera complementaria, la Organización Panamericana de la Salud (2025) destaca que es la forma óptima de alimentación para los bebés ya que proporciona los

nutrientes en el equilibrio adecuado y les ofrece protección frente a diversas enfermedades reforzando su salud integral desde los primeros meses de vida.

2.1.2.1 Importancia de la Lactancia Materna . Según estudios recientes, García et al. (2021) afirman que “desde el nacimiento, la lactancia materna es fundamental para el desarrollo neurológico del niño, ya que proporciona nutrientes clave, hormonas y factores bioactivos que estimulan la maduración del cerebro y el crecimiento óptimo” (p. 56). Además, una nutrición adecuada en esta etapa temprana es vital para el crecimiento físico y la maduración inmunológica.

Asimismo, la leche materna representa una fuente completa de alimentación durante el periodo perinatal, al aportar defensas inmunitarias que protegen al lactante frente a múltiples patógenos. Este efecto es especialmente importante en las mucosas, consideradas vías comunes de infección. Además, Monet et al. (2022) destacan que “la práctica exclusiva de la lactancia materna contribuye a la prevención de enfermedades infecciosas y crónicas, reafirmando su importancia como herramienta fundamental para la promoción de la salud infantil” (p. 2).

Según Morales et al. (2022):

La leche materna ofrece una combinación equilibrada de macronutrientes, micronutrientes y compuestos bioactivos que favorecen el desarrollo neurológico, inmunológico e intestinal del lactante. Entre estos destacan los lípidos como fuente de energía, las proteínas con funciones antimicrobianas, los nucleótidos que fortalecen la microbiota y los oligosacáridos con efecto prebiótico (pp. 11-13)

2.1.3 Alimentación Complementaria

En cuanto a la alimentación complementaria, Gómez (2018) la describe como “el proceso que se realiza recientemente con la alimentación sólida y líquidos distintos de la leche materna o de fórmulas infantiles, sin que ello implique la sustitución completa de la leche materna” (p. 2).

Esta etapa constituye la transición natural de la lactancia materna exclusiva a la alimentación diversificada.

La Organización Mundial de la Salud (2023) señala que al superar el periodo inicial de lactancia, las necesidades energéticas y nutricionales del bebé ya no pueden ser cubiertas únicamente con leche materna, por lo que resulta necesario la introducción gradual de otros alimentos.

Durante este proceso, la lactancia materna debe mantenerse a demanda complementándose con alimentos variados, calidad, higiénicos y en cantidades adecuadas, siguiendo las recomendaciones internacionales para promover una alimentación saludable y segura.

2.1.4 Alimentación Suplementaria

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023) se refiere a la alimentación suplementaria como el uso de sucedáneos de la leche materna, como las fórmulas infantiles, cuando la lactancia materna no es viable o no cubre adecuadamente los requerimientos nutricionales del lactante. Estas preparaciones están diseñadas específicamente para niños menores de seis meses y pueden administrarse en forma líquida o en polvo, generalmente mediante biberón o taza, con el propósito de garantizar el aporte nutricional necesario durante los primeros meses de vida.

Asimismo, el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna establece que estos productos deben estar disponibles cuando sean necesarios, pero no deben promocionarse de manera que interfieran con la práctica de la lactancia materna (OMS, 2023).

A pesar de constituir una alternativa nutricional, las fórmulas infantiles no contienen los anticuerpos ni las propiedades inmunológicas presentes en la leche materna.

2.1.5 Lactancia Materna Exclusiva

La Organización Mundial de la Salud (2023) define la lactancia materna exclusiva como “la práctica de alimentar al lactante exclusivamente con leche materna durante los primeros seis meses de vida, sin ningún otro alimento ni agua” (párr. 1). Además, la OMS (2023) especifica que “el lactante recibirá únicamente leche materna, sin ningún otro líquido ni sólido, ni siquiera agua, con excepción de soluciones de rehidratación oral, gotas o jarabes de vitaminas o minerales, o medicamentos” (párr. 2).

En este contexto, Uchuari (2023) afirma que “esta práctica no solo favorece la salud individual, sino que también contribuye al desarrollo humano y a la productividad de las naciones” (p. 3).

La lactancia materna, además de ser un acto biológico, constituye una práctica con impacto significativo en la salud pública y en el desarrollo social. En este sentido, Grande y Román (2021) destacan que “la alimentación con leche humana es la forma ideal de alimentación del niño pequeño, no solo desde el punto de vista nutricional, sino también desde la perspectiva integral de salud” (p. 201).

La OMS y UNICEF (2023) recomiendan iniciar la lactancia materna en la primera hora después del parto, mantenerla exclusivamente durante los primeros seis meses y continuarla con la introducción de alimentos complementarios nutricionalmente adecuados hasta los dos

años o más. Sin embargo, solamente el 44% de los lactantes de 0 a 6 meses reciben lactancia materna exclusiva.

2.1.5.1 Beneficios y Barreras de la Lactancia Materna Exclusiva. Meza y Pérez

(2021) resumen los beneficios de la lactancia materna de la siguiente manera:

Para el bebé

- Disminuye el riesgo de sobrepeso, obesidad, diabetes infantil y leucemia.
- Incrementa el coeficiente intelectual en 2.6 puntos.
- Reduce otitis media aguda, infecciones gastrointestinales y respiratorias.
- Previene muerte súbita del lactante y maloclusiones dentales.
- Fortalece el sistema inmunológico y el vínculo emocional.

Para la madre

- Reduce el riesgo de cáncer de mama, ovario y diabetes tipo 2.
- Acelera la recuperación posparto y favorece la pérdida de peso.
- Mejora hábitos alimenticios y salud general.

No obstante, muchas madres enfrentan barreras sociales, culturales, laborales y personales. Intriago (2024) identifica entre ellas:

- Información pobre o errónea.
- Reincorporación laboral sin apoyo.
- Falta de redes de apoyo.
- Dificultades fisiológicas (dolor, grietas, percepción de baja producción).

- Baja confianza materna.
- Influencias externas y publicidad engañosa.
- Soporte profesional deficiente.

Comprender estas barreras es fundamental para el diseño de intervenciones contextualizadas, eficaces y culturalmente sensibles que favorezcan la práctica sostenida de la lactancia.

2.1.6 Rol del Conocimiento sobre Lactancia Materna en la Toma de Decisiones Maternas

El conocimiento de las madres sobre la lactancia materna es un factor crucial en sus decisiones sobre la alimentación de sus bebés. Tal pensamiento lo respalda Freire y Caluña (2025) quienes demostraron que “dos tercios de las madres poseían un alto nivel de conocimiento lo que se tradujo en actitudes favorables y prácticas efectivas de lactancia materna exclusiva” (pp. 447–448)

Estos resultados evidencian que cuando las madres reciben información clara y basada en evidencia aumenta significativamente la probabilidad de adoptar y mantener la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses.

Desde la perspectiva de enfermería, este hallazgo resalta la importancia de fortalecer las intervenciones educativas durante la atención prenatal y posnatal, no solo para mejorar los niveles de conocimiento, sino también para empoderar a las madres a tomar decisiones informadas que promuevan la salud y el desarrollo óptimo de sus bebés.

2.1.7 Rol de Enfermería en la Promoción de la Lactancia Materna

Considerando el rol profesional de enfermería, la lactancia materna no solo cumple una función nutricional, sino que también fortalece el vínculo emocional entre madre e hijo,

estimula el desarrollo neurológico y protege contra diversas enfermedades. Por lo tanto, es fundamental que el entorno hospitalario proporcione condiciones favorables que favorezcan esta práctica desde el nacimiento. En este sentido, Sotomayor (2024) afirma que un apoyo profesional adecuado puede prevenir la prescripción excesiva de fórmulas artificiales, a menudo causada por errores técnicos corregibles, como una mala posición o un tapón inadecuado. De igual manera, cuando el equipo de salud actúa con sensibilidad y conocimiento, fortalece la confianza de la madre en su capacidad para alimentar y cuidar a su bebé, facilitando una transición materna saludable y sostenida.

2.2 Teoría del Rol Materno/Apego

La teoría de Ramona Mercer se centra en el rol maternal, describiendo cómo la madre se desarrolla dinámica y progresivamente, adquiriendo competencias en el cuidado del recién nacido. Romo (2025) afirma que:

Este proceso permite a la madre experimentar una sensación de armonía y placer, fundamental para establecer el vínculo entre madre e hijo. Así, la madre asume activamente su nuevo rol en el cuidado maternal, fortaleciendo el vínculo emocional, esencial para el desarrollo del bebé (p. 5).

En este sentido, Ortiz (2023) define la adopción del rol materno como una “transición que implica el establecimiento del vínculo afectivo con el bebé, el desarrollo de nuevas conductas y responsabilidades, y la construcción de una nueva identidad basada en el ejercicio de la maternidad” (p. 12).

Estas perspectivas destacan que el desarrollo del rol materno no se limita a los cuidados básicos del recién nacido, sino que también involucra un crecimiento emocional y psicológico de la madre, fortaleciendo el vínculo afectivo y su identidad como cuidadora principal.

2.2.1 Historia de la Teoría

Una de las principales seguidoras de Mercer es Alligood (2022), de cuya autoría se resumen los siguientes aspectos de la teoría de Ramona Mercer: describe que la teoría de la adopción del rol materno como un proceso evolutivo mediante el cual la mujer establece vínculos afectivos con su hijo y construye su identidad como madre. Esta propuesta fue inspirada en los aportes de Reva Rubin y enriquecida con teorías de rol, desarrollo y un modelo ecológico, permite comprender cómo los factores personales, sociales y culturales influyen en la confianza y las habilidades.

Entre los elementos que influyen en dicho proceso, Mercer identificó variables como la edad, el tipo de experiencia en el parto, el apoyo familiar, el nivel de estrés y el temperamento del bebé. También reconoció la importancia del rol paterno y planteó sustituir el término adopción del rol materno por convertirse en madre, para resaltar su carácter dinámico y continuo.

La teoría tiene aplicaciones en la práctica clínica, la docencia y la investigación, ya que orienta la planificación de cuidados y la evaluación de intervenciones en distintos contextos familiares, incluso aquellos de mayor vulnerabilidad. Sus metaparadigmas consideran a la madre como persona en evolución, la salud como bienestar físico y emocional de madre e hijo, el entorno como las influencias sociales y culturales, la enfermería como apoyo educativo y de cuidado, y el rol materno como la construcción de competencias y del vínculo afectivo con el niño.

2.2.2 Desarrollo del Rol Materno/Apego

Herrera (2021) explica que la adopción del rol materno se da dentro de una interacción compleja entre madre e hijo, influenciada por aspectos tales como: personales, sociales y culturales.

Este proceso se manifiesta en tres niveles:

- **Microsistema:** comprende el entorno más cercano, donde intervienen la familia, la relación con la pareja, el apoyo emocional y social, la situación económica, los valores y los factores estresantes; en este nivel el niño también participa activamente en la dinámica.
- **Mesosistema:** se refiere a la conexión entre el entorno inmediato y otras instituciones externas como escuelas, guarderías, centros laborales, comunidades y servicios de salud, que repercuten en la experiencia de la maternidad y en el desarrollo infantil.
- **Macrosistema:** comprende los elementos culturales, sociales y políticos, tales como leyes, políticas sanitarias y normas sociales, que condicionan de manera indirecta la vivencia materna y la interacción con el hijo.

Autores como Chasi y Guambuquete (2024) identifican factores determinantes en esta transición: edad, estado civil, nivel educativo, empleo, entorno familiar y preparación emocional para la maternidad. Las mujeres con apoyo en el hogar y una actitud positiva enfrentan mejor la transición al rol materno (pp. 16–18).

La teoría del rol materno ofrece una base teórica relevante para comprender el proceso mediante el cual una mujer se convierte en madre. Según Meza y Pérez (2021), esta transición es un fenómeno progresivo e interactivo que no ocurre de forma automática, sino que se construye con el tiempo.

Durante este proceso, la mujer forma un vínculo afectivo con su hijo, desarrolla habilidades para su cuidado y experimenta satisfacción en el ejercicio de su rol. La maternidad, desde esta perspectiva, está condicionada por múltiples factores personales,

familiares, sociales, económicos y políticos, lo que exige una intervención holística por parte del personal de enfermería, especialmente en los servicios obstétricos y perinatales.

2.2.3 Estadios de la Adopción del Rol Materno

La teoría de Mercer plantea que la adopción del rol materno ocurre de manera progresiva a través de cuatro estadios interrelacionados. Santos et al. (2021) y Marín y Paccha (2023) señalan que estos estadios están influenciados por las características de la madre, del niño, el apoyo social y el entorno.

- **Anticipatorio:** Durante la gestación, la madre ajusta sus expectativas sociales y psicológicas, se relaciona con el feto, fantasea con el rol y comienza a interpretar su futura maternidad.
- **Formal:** Tras el nacimiento, la madre aprende el rol siguiendo las expectativas formales y consensuadas del entorno social.
- **Informal:** Desarrollo del estilo personal de la madre para enfrentar el rol, adaptándolo a su vida según experiencias previas y objetivos futuros.
- **Personal:** Consolidación de la identidad materna; la madre interioriza el rol, experimenta armonía, confianza y competencia, integrando su identidad con la del niño. La identidad materna incluye componentes internos y externos: la visión interiorizada de sí misma y la conducta observada en el cuidado del hijo.

Por su parte, Oyola (2023) destaca que “la maternidad es un compromiso dinámico y continuo, determinado por la interacción entre madre, bebé y padre dentro de los sistemas sociales” (p. 8).

Esto complementa la teoría de Mercer al mostrar que la maternidad, más allá de los estadios de evolución individual de la madre, debe entenderse también como un compromiso

relacional y dinámico, donde intervienen no solo la mujer y el hijo, sino también el padre y el contexto social.

2.2.4 Apego Materno

El apego, según Bowlby (1993, citado en Milozzi, 2022) es:

La tendencia innata del niño a establecer vínculos afectivos con personas significativas, cuyo propósito es garantizar su supervivencia y generar marcos de significado para interpretar sus experiencias. Aunque todos los niños nacen con esta predisposición, la forma en que el vínculo se organiza y consolida depende en gran medida del cuidador, considerando sus habilidades, hábitos y su propia historia de apego. La calidad de este vínculo, la constancia en los cuidados y la sensibilidad hacia las necesidades del niño son determinantes para su bienestar psicológico; en ausencia de estos factores, aumenta el riesgo de desarrollar dificultades afectivas y de comportamiento a lo largo de su desarrollo (p. 71).

Esta perspectiva resulta especialmente relevante para la lactancia materna exclusiva, ya que su práctica favorece interacciones frecuentes, cercanas y sensibles entre madre e hijo. Estas interacciones fortalecen el vínculo afectivo y contribuyen al desarrollo de un apego seguro en concordancia con los postulados de la teoría del apego materno.

En apoyo a esta idea, Ortiz y Baidal (2024) señalan que “el impacto del apego temprano en la primera infancia es amplio y multifacético, abarcando dimensiones como la regulación emocional, la interacción social y la construcción de la identidad” (p. 8). Los niños con apego seguro tienden a desarrollar habilidades adaptativas en entornos sociales y educativos, mientras que aquellos con apego inseguro presentan un mayor riesgo de problemas conductuales y emocionales. La sensibilidad y la constancia del cuidador son

determinantes para la calidad de este vínculo: respuestas predecibles y afectuosas fomentan un apego seguro, mientras que la negligencia o la inconsistencia aumentan la probabilidad de un apego inseguro o desorganizado, con repercusiones negativas a largo plazo.

En este sentido, la lactancia materna exclusiva se convierte en un escenario privilegiado para promover la sensibilidad materna y la respuesta adecuada a las necesidades del bebé. No solo proporciona beneficios nutricionales, sino que también fortalece el vínculo emocional y favorece la construcción de un apego seguro y saludable, tal como respalda la teoría del rol materno. Además, Maldonado et al. (2024) destacan que el “vínculo emocional entre padres e hijos comienza durante el embarazo y se fortalece tras el nacimiento, siendo crucial para el desarrollo físico, emocional y psicológico del bebé” (pp. 973-974).

Desde una perspectiva analítica, la lactancia inmediata contribuye de manera significativa este proceso al fomentar el contacto físico, visual y auditivo entre madre e hijo; sin embargo, es importante considerar que factores socioculturales y económicos pueden influir en la consolidación de este vínculo esencial.

2.2.5 El puerperio

El puerperio, según Cunningham et al. (2022), se refiere al “período posterior al parto durante el cual los cambios anatómicos y fisiológicos maternos inducidos por el embarazo regresan a su estado previo a la gestación” (p. 652). Por su parte, Fonseca y Canaval (2022) señalan que el puerperio se divide en tres etapas “inmediato, que abarca desde las primeras 24 horas; mediano que se extiende hasta los 10 días; y tardío que comprende del día 11 a 42 días posparto” (p. 191).

El conocimiento de las etapas del puerperio permite entender mejor los cambios físicos y emocionales que atraviesa la madre.

2.2.5.1 Importancia del puerperio. Según Martín (2023), el puerperio es el periodo en el que se consolidan los cuidados esenciales para prevenir complicaciones maternas y neonatales, como hemorragias, infecciones o alteraciones emocionales (p. 23). Este momento crítico requiere continuidad asistencial y visitas domiciliarias por parte de profesionales de enfermería, ya que estas intervenciones favorecen la adherencia a la lactancia materna y el bienestar psicológico de la madre.

Por ello, brindar educación sanitaria y un cuidado integral no solo asegura una recuperación óptima, sino que también fortalece el vínculo madre e hijo, destacando el rol fundamental de la enfermería en la transición hacia la maternidad.

2.2.5.2 Sensibilidad materna y rol durante el puerperio. En relación con los cambios fisiológicos que experimenta la madre durante el puerperio, Barahona y Valdiviezo (2025) detallan lo siguiente:

La madre atraviesa el proceso de involución uterina, en el que el útero retorna a su tamaño y posición normal. Asimismo, se produce la expulsión de los loquios, que es una secreción compuesta por sangre y tejido decidual que cambia de diferentes colores hasta completarse las seis semanas posparto. Además la lactancia materna puede inhibir la liberación de la hormona liberadora de gonadotropinas, provocando anovulación y consecuente amenorrea de lactancia, con una duración promedio de 190 días en madres que practican lactancia exclusiva (pp. 5-6)

En este contexto fisiológico la teoría de Mercer sostiene que este rol materno se adquiere progresivamente mediante la interacción constante con el recién nacido y la percepción de la madre de sus propias competencias. Halty y Berástegui (2021) señalan que:

Un factor determinante en este proceso es la sensibilidad materna, entendida como la capacidad de percibir e interpretar con precisión las señales del bebé y responder de manera oportuna y adecuada además, se describen cuatro componentes esenciales de esta capacidad: percibir las señales, interpretarlas correctamente, responder adecuadamente y responder con prontitud. Una madre es capaz de identificar incluso las manifestaciones más sutiles, ajustar su respuesta con empatía, satisfacer plenamente las necesidades del bebé y evitar la sobreestimulación (pp. 2-4)

Desde la perspectiva de la enfermería, la sensibilidad materna durante el puerperio temprano es esencial para garantizar una lactancia materna exclusiva eficaz, ya que facilita una nutrición óptima, fortalece el vínculo afectivo y contribuye a la consolidación de un rol materno seguro. En este sentido, la lactancia materna no solo cumple una función biológica, sino también relacional y emocional, sirviendo como puente fundamental en la construcción del apego madre e hijo.

2.3 Integración de la lactancia materna exclusiva y el rol materno

La lactancia materna exclusiva se relaciona directamente con cada etapa del desarrollo del rol materno propuesto por Mercer, generando beneficios tanto para la madre como para el bebé y contribuyendo a la construcción de la identidad materna.

Cuadro 1

Impacto integral de la lactancia materna exclusiva en el binomio madre e hijo

Beneficios de la Lactancia Materna Exclusiva		Estadios del Rol Materno (Mercer, 2004)		Impacto en la Madre y el Bebé		
Desarrollo óptimo y inmunológico.	neurocognitivo y fortalecimiento	Estadio (gestación).	anticipatorio	Preparación fisiológica y maternidad.	emocional para la	y la

Fortalecimiento del vínculo afectivo mediante contacto piel a piel.	Estadio (nacimiento y adaptación social).	formal	Facilita la adaptación social y refuerza el vínculo madre e hijo.
Disminución de riesgos de enfermedades infantiles y mejor salud oral.	Estadio (desarrollo del estilo personal).	informal	Incrementa la confianza y autonomía en la práctica materna.
Bienestar emocional y consolidación de la identidad materna.	Estadio (interiorización y consolidación).	personal	Fomenta la identidad materna plena y satisfacción en el rol asumido.

Nota. Adaptado de Meza y Pérez (2021) y Marín y Paccha (2023).

La lactancia materna exclusiva y el apego materno se influyen mutuamente durante el puerperio, asegurando la salud y el bienestar de ambos. Más allá de sus beneficios nutricionales y físicos, la lactancia refuerza el vínculo afectivo y apoya a la madre en la construcción de su identidad materna.

En Panamá, la prevalencia de lactancia materna exclusiva sigue siendo baja debido a barreras sociales, culturales y a la limitada información disponible, lo que puede afectar la adopción del rol materno y el bienestar emocional de la madre. En este contexto, el personal de enfermería desempeña un papel fundamental mediante educación, acompañamiento emocional y estrategias prácticas, facilitando la transición a la maternidad y promoviendo prácticas saludables que benefician tanto a la madre como al recién nacido.

2.4 Planteamiento del problema

El conocimiento sobre la lactancia materna exclusiva es un factor fundamental que influye directamente en la adopción y desarrollo del rol materno, y de manera recíproca, la consolidación de este rol puede afectar la manera en que la madre comprende y practica la

lactancia, especialmente durante el puerperio. Esta etapa representa un período crítico en la vida de la mujer, caracterizado por profundos cambios físicos, emocionales y sociales que exigen una adaptación constante. Según la teoría de Ramona Mercer, el rol materno no se asume de forma inmediata tras el nacimiento, sino que se va construyendo de manera progresiva y dinámica mediante la interacción constante con el bebé y el entorno que lo rodea.

La lactancia materna, más allá de su función nutricional y preventiva frente a enfermedades, juega un papel clave en la fortificación del vínculo afectivo entre madre e hijo. Este vínculo emocional es un pilar que favorece la transición hacia una maternidad segura, empoderada y consciente, contribuyendo significativamente al bienestar tanto de la madre como del recién nacido.

Durante la práctica clínica realizada en el servicio de Ginecobstetricia durante el semestre del año 2024, la investigadora pudo observar con frecuencia que muchas madres presentaban un conocimiento limitado sobre aspectos esenciales como el alojamiento conjunto y las técnicas adecuadas para la lactancia materna. Esta situación evidencia claras deficiencias en la educación perinatal y en el acompañamiento profesional brindado, lo que repercute negativamente tanto en la continuidad de la lactancia materna exclusiva y en la consolidación del rol materno.

Un aspecto adicional observado fue que, aunque un buen control prenatal especialmente en términos de concentración y seguimiento es crucial, no garantiza por sí solo el desarrollo completo de la competencia necesaria para la lactancia exitosa. Esto indica que existen motivaciones intrínsecas, emocionales y psicológicas en la mujer que influyen en la sostenibilidad de la práctica de la lactancia materna, y que exigen ser estudiadas en mayor profundidad para comprender cómo favorecerlas y potenciarlas.

Paralelamente, el apego materno, que es un elemento fundamental para garantizar la sobrevivencia y el desarrollo saludable del recién nacido, no suele ser medido ni promovido de manera sistémica en la práctica clínica. Este aspecto permanece en un terreno poco explorado y fértil para la investigación, especialmente en su relación con la práctica efectiva de la lactancia materna exclusiva en cada puérpera.

Todos estos espacios pendientes de aprendizaje impulsan a la investigadora indagar y responder a la siguiente pregunta: ¿Cuál es la asociación entre el nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva de mujeres puérperas y el nivel de apego materno, según la teoría de Ramona Mercer, 2025?

2.5 Hipótesis

2.5.1 Hipótesis alternativa (H_1)

Existe asociación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva de mujeres puérperas y el nivel de apego, según la teoría de Ramona Mercer.

2.5.2 Hipótesis nula (H_0)

No existe asociación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva de mujeres puérperas y el nivel de apego materno, según la teoría de Ramona Mercer.

2.6 Objetivo General

- Evaluar la asociación entre el nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva de mujeres puérperas y el nivel de apego materno, según la teoría de Ramona Mercer, 2025.

2.7 Objetivos específicos

- Describir las características sociodemográficas y otros aspectos relacionados con el embarazo de las mujeres puérperas participantes del estudio.
- Medir el nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva de las mujeres puérperas participantes.
- Determinar el nivel de apego materno de las mujeres puérperas atendidas, según la teoría de Ramona Mercer.
- Establecer la asociación entre el nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva y el nivel de apego materno de las mujeres puérperas estudiadas.

2.8 Variables de estudio

Cuadro 1

Definición de las variables del estudio

Variable	Definición conceptual	Definición operacional
Conocimiento sobre lactancia materna exclusiva	Se refiere a entender que esta práctica consiste, según la Organización Mundial de la Salud (2023), en la alimentación del lactante únicamente con leche materna, sin incluir otros líquidos ni sólidos, ni siquiera agua, excepto soluciones de rehidratación oral, vitaminas, minerales o medicamentos en gotas o jarabes.	Se medirá mediante un cuestionario estructurado validado de 14 ítems cerrados que evalúan el conocimiento sobre lactancia materna exclusiva. Cada ítem tendrá respuestas tipo selección múltiple. La puntuación total se clasificará en: • Bueno: 10–14 puntos • Regular: 5–9 puntos • Bajo: 0–4 puntos.
Estadios de la adopción del rol o apego materno	Según Mercer (2004) es un proceso interactivo y evolutivo donde la madre se vincula afectivamente con su hijo,	Se evaluará mediante un cuestionario estructurado de 36 ítems, basados en los cuatro estadios de la teoría de Ramona Mercer (anticipatorio, formal,

además adquiere competencias informal y personal). Aunque el en el cuidado y experimenta cuestionario consta de 36 ítems, satisfacción en su rol. varios de ellos incluyen doble

valoración (frecuencia y emoción vinculada), además solo se puntúan los ítems correspondientes a las cuatro etapas del modelo.

La clasificación se realizará según el tipo de preguntas:

- Sí = 1 punto
- No = 0 puntos

Preguntas de frecuencia

- Siempre = 2 puntos
- Pocas veces = 1 punto
- Nunca = 0 puntos

Preguntas de emoción vinculada

- Afecto o Satisfacción = 2 puntos
- Ilusión = 1 punto
- Preocupación o Ninguna = 0 puntos

La opción “No aplica” no recibe puntuación ni se incluye en el cálculo final.

El puntaje máximo del instrumento es de 141 puntos, distribuidos en las cuatro etapas.

Se calificará en:

- Bajo apego: de 0 a 47 puntos.
 - Apego medio: de 48 a 94 puntos.
 - Alto apego: de 95 a 141 puntos.
-

Capítulo III

Diseño Metodológico

3.1 Contexto

El contexto geográfico comprende a la provincia de Los Santos, ubicada al sureste de la península de Azuero en Panamá, con una población estimada de 98,466 habitantes según el Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC, 2023). Esta provincia comprende varios distritos, siendo Las Tablas la capital y el centro poblacional más importante, junto con otros como Guararé, Los Santos, Macaracas, Pedasí, Pocrí y Tonosí. Los Santos abarca una superficie de 3,809.4 km² y presenta una diversidad geográfica que incluye zonas serranas, colinas, valles fluviales y llanuras litorales, características que definen su identidad territorial. La provincia se encuentra aproximadamente a cuatro horas en automóvil desde la ciudad capital de Panamá.

En cuanto al contexto institucional de esta investigación, se contemplaron diferentes escenarios de atención en salud materno infantil. La primera institución es el Hospital Regional Joaquín Pablo Franco Sayas, ubicado en la ciudad de Las Tablas, específicamente en la sala de maternidad, en el área de puerperio, así como en las consultas externas de obstetricia y crecimiento y desarrollo.

Las participantes también fueron captadas el MINSA-CAPSI Dr. Gerardino De León de Las Tablas y el Centro de salud Dr. Carlos J. Ugalde de Guararé. El MINSA-CAPSI (Centro de Atención Primaria en Salud Innovador) constituye una unidad del Ministerio de Salud que ofrece atención integral y continua, combinando servicios médicos, odontológicos, de enfermería y programas preventivos para la comunidad. Los Centros de salud, por su parte, forman parte del primer nivel de atención y están orientados a la promoción, prevención y tratamiento básico de la salud, así como al seguimiento de pacientes en su entorno comunitario.

Se decide incluir la consulta de crecimiento y desarrollo, donde acuden madres puérperas con sus recién nacidos para controles periódicos de salud y seguimiento del desarrollo infantil. La inclusión de esta consulta resulta fundamental, ya que permite abarcar a las madres en distintas etapas del puerperio, entre aquellas que no fueron abordadas durante la hospitalización inmediata, lo que incrementa la diversidad y representatividad de la muestra.

3.2 Enfoque

Este estudio adopta un enfoque cuantitativo, el cual permite medir de forma objetiva y precisa variables como el nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva y la adopción del rol materno, utilizando instrumentos estructurados y análisis estadístico. Según Zamora y Flores (2025), este enfoque se centra en la recolección y análisis de datos numéricos provenientes de la realidad, con el fin de probar teorías previamente fundamentadas mediante el procesamiento estadístico.

En este sentido, se considera que este enfoque resulta adecuado para el presente estudio ya que facilita establecer asociaciones claras entre variables y obtener evidencia objetiva que respalde conclusiones sobre el conocimiento materno y el apego durante el puerperio.

3.3 Tipo de estudio

El estudio emplea un diseño descriptivo, analítico, de corte transversal, con alcance explicativo, cada uno con un propósito específico.

El diseño descriptivo permite conocer las características de la población y los fenómenos sin determinar causalidad (Haro et al., 2024, p. 4); el analítico examina los datos a profundidad, buscando significados ocultos o comparaciones con criterios teóricos (Hurtado, 2025); el transversal recopila información en un solo momento, ofreciendo una

instantánea de la realidad estudiada en un momento determinado (Haro et al., 2024, p. 5) y el alcance explicativo busca comprender relaciones apoyándose en referentes teóricos que permiten interpretar hallazgos (Haro et al., 2024).

Este enfoque combinado permite analizar asociaciones entre variables y obtener datos empíricos útiles para responder la pregunta de investigación.

3.4 Población

La población de estudio estuvo conformada por madres puérperas, con hijos menores de dos años atendidas en la sala de maternidad, consultas puerperales y de crecimiento y desarrollo, tanto en la consulta externa del Hospital Joaquín Pablo Franco Sayas, así como en el MINSA-CAPSI de Las Tablas y en el Centro de salud Dr. Carlos J. Ugalde de Guararé, durante el verano de 2026. Se estableció el rango considerando que algunas participantes atravesaron el periodo puerperal y que, de acuerdo con la teoría de Ramona T. Mercer, la consolidación del rol materno y el fortalecimiento del apego constituyen un proceso dinámico que se desarrolla progresivamente durante los primeros años de vida del niño.

Para estimar la población de referencia, se utilizaron los registros del Departamento de Registros y Estadísticas de la Región de Salud de la provincia de Los Santos correspondientes al año 2024. Con base en dichos registros, la población total de atendidas en las tres instituciones correspondió a 1.702 usuarias, cifra que se consideró como población de referencia para el cálculo muestral.

3.5 Muestra

El tamaño de la muestra se estimó mediante la fórmula para universo finito considerando un nivel de confianza del 95% ($Z = 1.96$), una proporción esperada de $p = 0.5$ y un margen de error del 5% ($e = 0.05$), de la siguiente manera:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p(1-p)}{e^2(N-1) + Z^2 \cdot p(1-p)}$$

$$n = \frac{1702 \times (1.96)^2 \times 0.5(1-0.5)}{(0.05)^2(1702-1) + (1.96)^2 \times 0.5(1-0.5)}$$

$$n = \frac{1702 \times 3.8416 \times 0.25}{0.0025(1701) + 3.8416 \times 0.25}$$

$$n = \frac{1702 \times 0.9604}{4.2525 + 0.9604} = \frac{1635.36}{5.2129} = 313.8$$

Por lo tanto, el tamaño de muestra calculado fue de 314 personas.

Durante el periodo de recolección se obtuvo la participación efectiva de 266 madres púerperas que cumplían con los criterios de inclusión establecidos, lo que representa el 85% del tamaño proyectado.

La diferencia entre el tamaño estimado y el alcanzado se relaciona con factores operativos propios del contexto clínico. No obstante, el número final de participantes permitió realizar los análisis estadísticos previstos y responder a los objetivos de la investigación

3.6 Muestreo

Se empleó un muestreo no probabilístico por conveniencia para la selección de las participantes. Se incluyó a todas las madres con hijos menores de dos años que cumplían los criterios de inclusión establecidos y que acudieron a los servicios seleccionados durante el periodo de recolección de datos, aceptando voluntariamente participar en el estudio.

Aunque el tamaño de la muestra fue estimado previamente mediante fórmula para universo finito con el propósito de establecer una referencia técnica del número ideal de participantes, la selección final dependió de la disponibilidad y accesibilidad de las usuarias en los distintos escenarios de atención.

Esta modalidad fue seleccionada debido a limitaciones operativas relacionadas con el tiempo de ejecución del estudio, el flujo variable de pacientes y la naturaleza clínica del contexto. Aunque este tipo de muestreo no garantiza representatividad estadística generalizable, permite una recolección eficiente y viable de datos en contextos clínicos reales, sin comprometer la calidad metodológica del estudio. Es una estrategia válida en estudios clínicos donde el acceso probabilístico es inviable y se requiere una recolección de datos eficiente en un entorno real (Hernández et al., 2023).

3.7 Criterios de inclusión

Se incluirán mujeres que cumplan con los siguientes requisitos:

- Tener 18 años en adelante.
- Haber tenido un hijo máximo en los últimos 24 meses.
- Dominio del idioma español.
- Con las competencias mentales suficientes para responder la encuesta.

3.8 Criterios de exclusión

Se excluirán aquellas mujeres que:

- Tengan alteraciones cognitivas o trastornos psiquiátricos que dificulten la comprensión o el llenado adecuado de los instrumentos.

3.9 Instrumentos

Para esta investigación se emplearon dos instrumentos previamente validados y adaptados, orientados a evaluar las variables de interés: el nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva y el nivel de apego materno.

El primer instrumento fue elaborado por Avendaño y Medrano (2019) y aplicado posteriormente por Álvarez et al. (2020). Consta de 14 preguntas cerradas que evalúan los conocimientos sobre lactancia materna exclusiva, abordando aspectos relacionados con su definición, duración, beneficios para la madre y el bebé, frecuencia de amamantamiento, técnicas adecuadas, extracción y conservación de la leche materna. Cada ítem presenta tres opciones de respuesta, de las cuales solo una es correcta. La puntuación total se clasifica en tres niveles: bueno (10 a 14 puntos), regular (5 a 9 puntos) y deficiente (0 a 4 puntos) (Álvarez et al., 2020)

Este instrumento fue validado mediante juicio de expertos, obteniendo significancia estadística ($p = 0.00098$) y una confiabilidad adecuada, reflejada en un coeficiente Kuder-Richardson 20 (KR-20) de 0.73, lo que respalda su idoneidad para estudios en el área materno infantil (Álvarez et al., 2020, p. 11).

Con la autorización de la autora original, se realizaron modificaciones en la redacción del cuestionario con el objetivo de adaptarlo a un lenguaje más claro, técnico y comprensible para la población participante, sin alterar el contenido ni la intención de los ítems. Por ejemplo, la definición de lactancia materna exclusiva fue ajustada para enfatizar que el lactante recibe únicamente leche materna, sin otros alimentos ni líquidos. En la frecuencia de lactancia, la opción “Siempre que el bebé desea” fue modificada a “Siempre que el bebé lo demande”. Asimismo, se sustituyó el término “lactar” por “amamantar”, por considerarse más adecuado y comprensible.

En relación con la preparación para la lactancia, la pregunta original “La preparación de la mama para el amamantamiento comprende” fue modificada a “La preparación del pecho para la lactancia incluye”, manteniendo como opción correcta “No se realiza ninguna preparación”. De igual forma, se realizaron ajustes en las opciones de respuesta relacionadas con la posición correcta del bebé al amamantar, los signos de una succión

eficaz, el retiro del pecho tras la lactancia, la extracción manual y la descongelación de la leche materna, procurando un lenguaje sencillo, preciso y acorde con la educación dirigida a madres.

Estas adecuaciones tuvieron como finalidad facilitar la comprensión del instrumento y garantizar su correcta aplicación en el contexto del estudio.

El segundo instrumento fue desarrollado por Núñez et al. (2021) y está fundamentado en la teoría de la adopción del rol materno de Ramona Mercer. Evalúa el nivel de apego materno a través de 36 ítems, organizados según las cuatro etapas propuestas por la teoría: anticipatoria, formal, informal y personal. Este instrumento fue adaptado al contexto panameño y aplicado en 2024 en el Hospital Joaquín Pablo Franco Sayas con fines educativos, cuya aplicación se consideró como un proceso de pilotaje. A partir de los resultados obtenidos en dicha aplicación, la autora de este proyecto procedió a calcular la validez y confiabilidad del instrumento. La confiabilidad se evidenció mediante el coeficiente alfa de Cronbach, obteniéndose valores de 0.815 en la primera aplicación y 0.736 en la segunda, lo que indica una adecuada consistencia interna del instrumento.

Con la autorización expresa de uno de los autores, se realizaron modificaciones para adecuar el instrumento al contexto local y facilitar su aplicación. Entre los principales cambios se encuentra la reorganización de la sección de datos generales y sociodemográficos, incluyendo rangos claros para la edad materna (18–23, 24–29 y 30 años o más), la edad del bebé (recién nacido, 1–4 meses, 5–8 meses, 9–12 meses y 13–16 meses, 17–20 meses, 21–24 meses), número de hijos, ocupación, estado civil, nivel educativo e ingreso mensual familiar expresado en balboas. Asimismo, se sustituyó el término “raza” por “grupo étnico”, incorporando categorías culturalmente pertinentes.

Se eliminaron preguntas abiertas que podían generar respuestas dispersas, transformándolas en preguntas cerradas con opciones múltiples estructuradas. Además, se reorganizó el formato de respuesta diferenciando claramente entre preguntas dicotómicas (sí/no), frecuencia de conductas (siempre, pocas veces, nunca) y emociones vinculadas (preocupación, ilusión, afecto, ninguna y satisfacción). Además, se corrigieron términos técnicos para adecuarlos a las recomendaciones actuales en salud materna, como el reemplazo de “ingirió prenatales” por “ingirió ácido fólico”. También se eliminaron ítems redundantes y se estandarizó la presentación de las tablas y opciones de respuesta, garantizando coherencia y claridad en todo el instrumento.

Aunque el instrumento consta de 36 ítems, varios de ellos incluyen doble valoración, ya que una misma conducta se evalúa tanto en frecuencia como en emoción asociada. Por esta razón, el número total de puntuaciones es superior al número de ítems. En las etapas formal, informal y personal se incorporó la opción de “No aplica” para aquellas madres que no hubieran alcanzado dicha fase al momento de la aplicación. Esta opción no recibe puntuación y no se incluye en el cálculo del puntaje total.

La estructura del cuestionario se organizó en bloques cronológicos: etapa anticipatoria (antes del nacimiento), etapa formal (desde el nacimiento), etapa informal (desde los 11 días a 6 semanas posparto) y etapa personal (después de las 6 semanas posparto).

Cada ítem del cuestionario se calificará según una escala de tres niveles, de acuerdo con el tipo de pregunta. En las preguntas dicotómicas se asignará 1 punto a la respuesta afirmativa y 0 puntos a la negativa. En las preguntas de frecuencia se otorgarán 2 puntos a “siempre”, 1 punto a “pocas veces” y 0 puntos a “nunca”. Para las preguntas relacionadas con emociones, se asignarán 2 puntos a “afecto” o “satisfacción”, 1 punto a “ilusión” y 0 puntos a “preocupación”, “ninguna” o ausencia de respuesta válida.

Cabe señalar que, aunque el cuestionario incluye preguntas generales y sociodemográficas, únicamente se puntúan los ítems correspondientes a las cuatro etapas del modelo teórico, ya que estos permiten determinar el nivel de apego materno. Las demás preguntas se utilizan únicamente con fines descriptivos y no forman parte del cálculo del puntaje total.

El nivel de apego materno se clasificó en tres categorías, según el puntaje total obtenido: bajo apego (0–47 puntos), apego medio (48–94 puntos) y alto apego (95–141 puntos). Esta clasificación permitió identificar el grado de apego materno y facilitar la detección de madres que requieran apoyo adicional.

En todo momento se respetó el propósito original del instrumento, asegurando que las modificaciones realizadas no comprometieran su validez ni confiabilidad, sino que optimizaran su comprensión, aplicabilidad y calidad de la información recolectada.

3.10 Método de recolección de datos

La captación de participantes se realizó en las consultas externas y en la sala de espera de los servicios de salud seleccionados. En el Hospital Joaquín Pablo Franco Sayas, se llevó a cabo en la sala de maternidad, específicamente en el área puerperal, así como en las consultas externas puerperales y de atención pediátrica (crecimiento y desarrollo). En el MINSA-CAPSI de Las Tablas y el Centro de salud Dr. Carlos J. Ugalde de Guararé, la captación se realizó en las consultas externas puerperales y en los servicios de crecimiento y desarrollo.

La recolección de datos se efectuó mediante un formulario estructurado en Google Forms, que fue distribuido a las madres en posparto a través de WhatsApp. La aplicación del cuestionario contó con la guía y acompañamiento necesarios por parte de la investigadora, asegurando la correcta comprensión de cada ítem. El tiempo estimado para completar el

formulario fue de 10 a 15 minutos, considerado adecuado para minimizar la fatiga o el abandono durante la participación.

El formulario se configuró de forma que todas las preguntas sean obligatorias, minimizando las omisiones y garantizando la integridad de los datos. El consentimiento informado se presentó de forma presencial y virtualmente, de forma clara y comprensible, garantizando que las participantes otorgaran libremente su autorización antes de continuar, de conformidad con los principios éticos de respeto, autonomía y confidencialidad.

Para facilitar este proceso, una colaboradora capacitada asistió en la gestión y firma del formulario de consentimiento informado y en la aplicación del cuestionario en el Centro de salud Dr. Carlos J. Ugalde de Guararé, asegurándose de que todas las participantes lo comprendieran, firmaran y llenaran correctamente.

Para proteger la privacidad, no se solicitó información personal identificable y la información recopilada se almacenó en plataformas seguras con acceso restringido exclusivamente al investigador. Los datos se analizaron de forma agregada, impidiendo cualquier identificación individual.

En caso de posibles dificultades técnicas, como problemas de conexión o acceso a WhatsApp, se ofrecieron alternativas a las participantes para que respondieran por escrito.

3.11 Métodos de análisis de la información

Los datos recolectados a través del formulario de Google Forms fueron exportados y organizados en una base de datos de Excel y luego al software estadístico SPSS, versión 26, para su análisis. En una primera etapa, se realizó un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas y principales mediante frecuencias absolutas, relativas y medidas de tendencia central, según corresponda. Las variables categóricas, como el nivel de

conocimiento sobre lactancia materna exclusiva y el nivel de apego, fueron codificadas previamente para facilitar su análisis.

Las respuestas a todas las preguntas del cuestionario fueron obligatorias, lo que permitió disminuir el riesgo de sesgos por datos incompletos y garantizara la integridad y calidad de la información recolectada para un análisis más preciso y confiable.

Posteriormente, se llevó a cabo un análisis bivariado utilizando la prueba de Chi-cuadrado (χ^2) de independencia, con el fin de establecer si existe una relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva y la adopción del rol materno. Esta prueba es adecuada debido a la naturaleza categórica de ambas variables. Se consideró un nivel de significancia estadística del 5% ($p < 0.05$).

Los resultados fueron presentados en tablas y gráficos descriptivos para facilitar su interpretación y visualización, cumpliendo con los estándares científicos y éticos del estudio.

3.12 Aspecto ético

La presente investigación se llevó a cabo respetando en todo momento los principios éticos fundamentales establecidos en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, que orienta la protección de los derechos, dignidad, integridad y bienestar de las personas que participan en investigaciones biomédicas. Se garantizó que la participación fuera voluntaria, con pleno respeto a la autonomía de las participantes, quienes fueron informadas de manera clara, comprensible y suficiente sobre los objetivos, procedimientos, beneficios y posibles riesgos del estudio, mediante un proceso de consentimiento informado previo y por escrito.

Se aseguró el respeto a la privacidad y confidencialidad de la información suministrada, aplicando estrictas medidas de resguardo y anonimato de los datos para

evitar cualquier tipo de identificación personal. Los documentos físicos y digitales relacionados con el consentimiento informado y la información recolectada fueron almacenados en lugares seguros, accesibles solo a la investigadora.

De acuerdo con la normativa nacional e internacional vigente, los documentos de consentimiento informado se conservarán durante un período mínimo de 5 años después de la finalización del estudio, para permitir futuras auditorías y verificaciones, garantizando la trazabilidad y el cumplimiento ético, al pasar este periodo los documentos serán incinerados o eliminados según las normas vigentes.

La investigadora se comprometió a actuar con responsabilidad y respeto durante todo el proceso, asegurando que ningún participante sufra daño físico, psicológico o social como resultado de su participación. Además, se procuró de brindar un ambiente seguro y de apoyo durante la recolección de datos.

Finalmente, este estudio contó con la aprobación previa del comité de bioética en la investigación de la Universidad Católica Santa María La Antigua, cumpliendo con todas las regulaciones y protocolos establecidos para la investigación en seres humanos, reafirmando así el compromiso con la ética, la calidad científica y el bienestar de las participantes.

Capítulo IV

Resultados

En este capítulo se exponen los resultados obtenidos a partir del análisis de los datos recolectados. Los hallazgos se organizan mediante tablas y figuras que facilitan la comprensión de los datos, acompañadas del análisis estadístico correspondiente.

4.1 Resultados

Tabla 1

Distribución de la muestra según el segmento poblacional objeto de estudio, 2026

Institución de salud	n	%
Hospital Joaquín Pablo Franco Sayas	135	50.8
MINSA CAPSI Las Tablas	106	39.8
Centro de salud de Guararé	25	9.4
Total	266	100

Como se observa en la tabla 1, la mayor proporción de la muestra se concentra en el Hospital Joaquín Pablo Franco Sayas (50.8%). Este comportamiento es coherente con la población total, donde el Hospital Joaquín presenta el mayor volumen de atenciones, seguido del MINSA CAPSI Las Tablas, mientras que el Centro de salud Dr. Carlos J. Ugalde de Guararé registra la menor cantidad. Es decir, la distribución de la muestra sigue la misma tendencia observada en la población, concentrándose en las instituciones con mayor volumen de atención.

Tabla 2

Características sociodemográficas de las participantes del estudio, 2026

Variables	Categorías	n	%
Edad	18–23 años	81	30.5
	24–29 años	101	38.0
	30 años o más	84	31.6
Grupo étnico	Mestizo	192	72.2
	Blanco	56	21.1

Estado civil	Indígena	10	3.8
	Afrodescendiente	8	3.0
	Unión libre	190	71.4
	Casada	41	15.4
	Soltera	33	12.4
	Separada	2	0.8
	Primaria completa	6	2.3
Nivel educativo	Secundaria incompleta	11	4.1
	Secundaria completa	82	30.8
	Universidad incompleta	88	33.1
	Universidad completa	70	26.3
	Posgrado o más	9	3.4

La caracterización sociodemográfica de las participantes en la tabla 2, evidencia una población compuesta principalmente por mujeres en etapa adulta joven, con predominio de unión libre y un nivel educativo que se concentra entre la educación media y superior. Asimismo, se identifica una marcada homogeneidad en la composición étnica, con predominio del grupo mestizo.

Este perfil permite interpretar que las participantes se encuentran en una etapa de vida asociada a la consolidación de roles personales y familiares, lo que puede influir en la forma en que asumen la maternidad.

Tabla 3

Características socioeconómicas y familiares del grupo de mujeres participantes, 2026

Variables	Categorías	n	%
Número de hijos/as	1	142	53.4
	2	90	33.8
	3	29	10.9
	4 o más	5	1.9
Ocupación	Ama de casa	195	73.3

Ingreso mensual	Desempleada	3	1.1
	Estudiante	21	7.9
	Trabajo formal	24	9.0
	Trabajo independiente	23	8.6
	< 500 B/.	100	37.6
	501–1,000 B/.	108	40.6
	> 1,001 B/.	15	5.6
	No sabe/No responde	43	16.2

Las características socioeconómicas y familiares se detallan en la tabla 3 donde se refleja un predominio de núcleos familiares en etapas iniciales, con baja paridad y una fuerte presencia de madres dedicadas al hogar. En cuanto a la dinámica económica, se observa una concentración en niveles de ingreso bajos y medios, lo que sugiere condiciones económicas moderadas dentro del grupo estudiado.

Este contexto permite comprender que las participantes desarrollan su experiencia materna en un entorno donde las responsabilidades de cuidado recaen principalmente en la madre, lo cual puede influir en la organización del tiempo, la toma de decisiones y la implementación de prácticas de salud. Asimismo, las condiciones económicas identificadas pueden actuar como un factor que modula el acceso a recursos, información y apoyo, elementos que intervienen en la forma en que se lleva a cabo el cuidado del niño/a y en la construcción del rol materno.

Tabla 4

Edad de las madres encuestadas según la práctica de lactancia materna exclusiva, 2026

Edad de la madre		Practica LME	No practica LME	Total
18–23 años	n	65	16	81
	%	32.5	24.2	30
24–29 años	n	72	29	101
	%	36.0	43.9	38

30 años o más	n	63	21	84
	%	31.5	31.8	32
Total	n	200	66	266
	%	75.2	24.8	100

Nota. LME = lactancia materna exclusiva.

En la tabla 4 se presenta la edad de la madre según la práctica de lactancia materna exclusiva, donde se observa que el grupo predominante corresponde a las adultas jóvenes con el 38% de la muestra, mientras que las adolescentes tardías y las adultas maduras se distribuyen de forma bastante similar.

En la práctica de lactancia materna exclusiva, el mayor porcentaje también se concentra en las adultas jóvenes (36%), pero al mismo tiempo este grupo también concentra la mayor proporción de no práctica (43.9%).

Esto indica que, aunque las adultas jóvenes son el grupo más numeroso, su comportamiento no es consistente, ya que se distribuyen tanto en la práctica como en la no práctica.

A su vez, las adolescentes y las adultas maduras mantienen proporciones cercanas en ambos comportamientos, lo que sugiere que la práctica no sigue una tendencia específica según la edad, sino que se comporta de manera similar en todos los grupos.

Tabla 5

Ingreso mensual del hogar de las mujeres encuestadas según la práctica de lactancia materna exclusiva, 2026

Ingreso mensual del hogar		Practica LME	No practica LME	Total
Menos de B/. 500	n	83	17	100
	%	41.5	25.8	37.6

B/. 501 – B/. 1,000	n	69	39	108
	%	34.5	59.1	40.6
Más de B/. 1,001	n	12	3	15
	%	6.0	4.5	5.6
No sabe/No responde	n	36	7	43
	%	18.0	10.6	16.2
Total	n	200	66	266
	%	75.2	24.8	100

Nota. LME = lactancia materna exclusiva.

Se observa en la tabla 5, que la mayor proporción de la muestra se concentra en los ingresos de B/.501–1,000 (40.6%) y en menos de B/.500 (37.6%), lo que indica que la población estudiada se ubica principalmente en niveles económicos bajos.

Al analizar la práctica de lactancia materna exclusiva, se evidencia que esta se concentra en los ingresos más bajos, ya que el 41.5% corresponde a menos de B/.500 y el 34.5% a B/.501–1,000; es decir, más de tres cuartas partes de las madres que practican se encuentran en estos niveles. Además, el grupo que no sabe o no responde (18%) podría corresponder a condiciones económicas informales, por lo que también se ubicaría en niveles bajos, reforzando esta concentración. En contraste, en las madres que no practican, el mayor porcentaje se ubica en el grupo de B/.501–1,000 (59.1%), evidenciando un comportamiento distinto.

Esto sugiere que el ingreso del hogar influye en la práctica de la lactancia materna exclusiva, identificándose los bajos ingresos como un factor de riesgo, pero a su vez como un área fértil para la educación en lactancia materna, donde el profesional de enfermería puede intervenir mediante orientación y acompañamiento oportuno.

Tabla 6

Nivel educativo del grupo encuestado según la práctica de lactancia materna exclusiva, 2026

Nivel educativo		Practica LME	No practica LME	Total
Primaria completa	n	5	1	6
	%	2.5	1.5	2.3
Secundaria incompleta	n	10	1	11
	%	5.0	1.5	4.1
Secundaria completa	n	71	11	82
	%	35.5	16.7	30.8
Universidad incompleta	n	61	27	88
	%	30.5	40.9	33.1
Universidad completa	n	46	24	70
	%	23.0	36.4	26.3
Posgrado o más	n	7	2	9
	%	3.5	3.0	3.4
Total	n	200	66	266
	%	75.2	24.8	100

Nota. LME = lactancia materna exclusiva.

En la tabla 6 se evidencia que la mayor proporción de la muestra se concentra en niveles educativos medios y altos, principalmente en universidad incompleta (33.1%), secundaria completa (30.8%) y universidad completa (26.3%). Al analizar la práctica de lactancia materna exclusiva, esta se concentra en secundaria completa (35.5%) y universidad incompleta (30.5%), evidenciando presencia en niveles intermedios y superiores. Sin embargo, al observar a las madres que no practican, también se identifica una alta concentración en universidad incompleta (40.9%) y universidad completa (36.4%). Esto indica que tanto las que practican como las que no practican se agrupan en niveles educativos altos, por lo que el nivel educativo por sí solo no determina el comportamiento de la práctica.

En este sentido, se puede inferir que, aunque estas madres puedan contar con conocimientos, existen otros factores como las condiciones laborales o académicas que podrían estar influyendo. Desde la perspectiva de enfermería, esto evidencia la necesidad de orientar no solo en conocimientos, sino también en estrategias que faciliten la práctica de la lactancia materna exclusiva según las condiciones de cada madre.

Tabla 7

Ocupación del grupo encuestado según la práctica de lactancia materna exclusiva, 2026

Ocupación actual		Practica LME	No practica LME	Total
Ama de casa/desempleada	n	150	48	198
	%	75.0	72.7	74.4
Estudiante	n	16	5	21
	%	8.0	7.6	7.9
Trabajo formal	n	18	6	24
	%	9.0	9.1	9.0
Trabajo independiente	n	16	7	23
	%	8.0	10.6	8.6
Total	n	200	66	266
	%	75.2	24.8	100

Nota. LME = lactancia materna exclusiva.

En los resultados de la tabla 7 muestran que la mayor proporción de la muestra corresponde a las amas de casa/desempleada (74.4%), constituyéndose como el grupo predominante. Al analizar la práctica de lactancia materna exclusiva, esta se concentra igualmente en las amas de casa/desempleada (75.0%), manteniendo prácticamente la misma distribución. Asimismo, en las madres que no practican, el mayor porcentaje también corresponde a este grupo (72.7%). Es decir, tanto las que practican como las que no practican se concentran en la misma categoría ocupacional, siguiendo la tendencia general de la muestra.

Cabe destacar que la clasificación de la práctica de lactancia materna exclusiva se basó en el cumplimiento de esta hasta los seis meses de vida del lactante, así como en la identificación de aquellas madres que refirieron estar lactando exclusivamente al momento de la recolección de los datos. Esta información se obtuvo mediante una pregunta de carácter subjetivo, basada en el autorreporte de las participantes, lo cual implica que los resultados reflejan la percepción y declaración individual de cada madre sobre su práctica de lactancia.

Este comportamiento resulta coherente con lo observado en la tabla 6, donde las madres, aun con niveles educativos medios y altos, no presentan un patrón diferenciado en la práctica, lo que sugiere que factores como la ocupación y las condiciones de vida podrían estar interactuando y limitando la práctica.

Tabla 8

Ocupación de las madres encuestadas según la planificación del embarazo, 2026

Ocupación actual	Planeado	No planeado	Total
Ama de casa/desempleada	23	175	198
	54.8	78.1	74.4
Estudiante	2	19	21
	4.8	8.5	7.9
Trabajo formal	15	9	24
	35.7	4.0	9.0
Trabajo independiente	2	21	23
	4.8	9.4	8.6
Total	42	224	266
	15.9	84.2	100

La relación con la ocupación de la madre y la planificación del embarazo mostrada en la tabla 8, se observa que, en los embarazos no planificados, la mayor proporción se

concentra en las amas de casa/desempleada (78.1%), siendo el grupo predominante. Al observar los embarazos planificados, el comportamiento cambia, ya que aunque las amas de casa continúan representando una proporción importante (54.8%), se evidencia una mayor participación de mujeres con trabajo formal (35.7%), en comparación con el grupo no planificado.

Es decir que la planificación del embarazo se distribuye de manera distinta según la ocupación, lo que sugiere que las mujeres con trabajo formal presentan mayor tendencia a la planificación del embarazo en comparación con otros grupos ocupacionales.

Tabla 9

Nivel educativo del grupo estudiado según la planificación del embarazo, 2026

Nivel educativo		Planeado	No planeado	Total
Primaria completa	n	0	6	6
	%	0.0	2.7	2.3
Secundaria incompleta	n	3	8	11
	%	7.1	3.6	4.1
Secundaria completa	n	9	73	82
	%	21.4	32.6	30.8
Universidad incompleta	n	4	84	88
	%	9.5	37.5	33.1
Universidad completa	n	21	49	70
	%	50.0	21.9	26.3
Posgrado o más	n	5	4	9
	%	11.9	1.8	3.4
Total	n	42	224	266
	%	15.8	84.2	100.0

Se observa en la tabla 9 que en los embarazos planificados, la mayor proporción se encuentra en mujeres con universidad completa (50.0%), seguido del posgrado (11.9%), lo

que evidencia una mayor concentración en niveles educativos superiores. En contraste, en los embarazos no planificados, aunque también hay presencia en niveles altos, la mayor proporción se distribuye entre universidad incompleta (37.5%) y secundaria completa (32.6%), mostrando un comportamiento más disperso entre niveles medios y altos.

Estos datos muestran que los embarazos planificados tienden a concentrarse en niveles educativos más altos, mientras que los no planificados presentan una distribución más amplia entre distintos niveles educativos, lo que sugiere que la planificación del embarazo presenta variaciones según el nivel educativo.

Tabla 10

Edad de las madres encuestadas según el nivel de apego, 2026

Edad de la madre		Nivel de apego			Total
		Alto	Medio	Bajo	
18–23 años	n	9	52	20	81
	%	40.9	29.2	30.3	30.5
24–29 años	n	6	63	32	101
	%	27.3	35.4	48.5	38.0
30 años o más	n	7	63	14	84
	%	31.8	35.4	21.2	31.6
Total	n	22	178	66	266
	%	8.3	66.9	24.8	100

La distribución de la tabla 10, se observa que el nivel de apego medio se concentra en la mayor proporción de la muestra (66.9%), seguido del apego bajo y en menor proporción el apego alto. Al analizar por grupos de edad, este mismo comportamiento se mantiene, ya que en los tres grupos el apego medio sigue siendo el predominante.

Asimismo, los niveles de apego bajo y alto se presentan en proporciones menores y se distribuyen de forma semejante entre los distintos grupos, sin concentrarse de manera particular en alguno de ellos.

Es decir, el comportamiento del apego se mantiene bastante uniforme entre las madres, siguiendo la misma tendencia general de la muestra.

Tabla 11

Estado civil de las mujeres encuestadas según el nivel de apego, 2026

Estado civil		Nivel de apego			Total
		Alto	Medio	Bajo	
Unión libre	n	13	122	55	190
	%	59.1	68.5	83.3	71.4
Casada	n	7	33	1	41
	%	31.8	18.5	1.5	15.4
Soltera	n	2	22	9	33
	%	9.1	12.4	13.6	12.4
Separada	n	0	1	1	2
	%	0.0	0.6	1.5	0.8
Total		22	178	66	266
		8.3	66.9	24.8	100

La distribución del apego según el estado civil de evidencia en la tabla 11, donde el nivel bajo presenta una mayor concentración en las madres en unión libre (83.3%), superando su proporción dentro de la muestra total. En contraste, en el nivel alto esta concentración disminuye en este mismo grupo (59.1%), evidenciándose un aumento en las casadas (31.8%). Por su parte, el nivel medio mantiene un comportamiento más cercano a la distribución general entre los diferentes estados civiles.

Es decir, el comportamiento del apego no se mantiene uniforme en todos sus niveles, sino que el nivel bajo se concentra principalmente en las madres en unión libre, mientras que el nivel alto muestra una mayor participación relativa de las casadas.

En este sentido, para enfermería, este comportamiento representa un factor de riesgo, ya que permite identificar un grupo más vulnerable en el que se deben fortalecer las acciones de acompañamiento y las intervenciones orientadas al vínculo materno.

Tabla 12

Número total de hijos/as según el nivel de apego de las madres encuestadas, 2026

Número de hijos/hijas		Nivel de apego			Total
		Alto	Medio	Bajo	
1 hijo	n	14	105	23	142
	%	63.6	59.0	34.8	53.4
2 hijos	n	8	57	25	90
	%	36.4	32.0	37.9	33.8
3 hijos	n	0	13	16	29
	%	0.0	7.3	24.2	10.9
4 o más hijos	n	0	3	2	5
	%	0.0	1.7	3.0	1.9
Total	n	22	178	66	266
	%	8.3	66.9	24.8	100

El apego según el número de hijos/as se muestra en la tabla 12, donde resalta que la mayor proporción de la muestra corresponde a las madres con uno y dos hijos, que en conjunto representan el 87.2% del total. Se identifica que el apego alto se concentra totalmente en estos dos grupos, mientras que en el apego medio esta concentración alcanza el 91.0%. En el apego bajo, la mayor proporción también se mantiene en las madres con uno y dos hijos (72.7%), por lo que el comportamiento general sigue concentrado en estos mismos grupos.

Es decir, la distribución del apego mantiene la misma tendencia de la muestra; sin embargo, en las madres con tres o más hijos desaparece el apego alto y su presencia se limita a los niveles medio y bajo. Este comportamiento sugiere que podría estar relacionado con la mayor carga de responsabilidades en el cuidado de varios hijos, lo que puede influir en el tiempo, la atención y la disponibilidad emocional para fortalecer el vínculo materno.

En este sentido, para enfermería, resulta importante considerar a estas madres como un grupo que puede requerir mayor acompañamiento y apoyo, orientado a favorecer el desarrollo del apego.

Tabla 13

Edad del hijo/a de las madres encuestadas según nivel de conocimiento y nivel de apego, 2026

Edad del hijo/a		Nivel de conocimiento			Nivel de apego		
		Bueno	Regular	Deficiente	Alto	Medio	Bajo
Recién nacido (0 a 28 días)	n	18	11	0	3	20	6
	%	8.7	19.0	0.0	13.6	11.2	9.1
1 a 4 meses	n	27	23	1	7	33	11
	%	13.0	39.7	100.0	31.8	18.5	16.7
5 a 8 meses	n	39	11	0	3	40	7
	%	18.8	19.0	0.0	13.6	22.5	10.6
9 a 12 meses	n	56	8	0	4	44	16
	%	27.1	13.8	0.0	18.2	24.7	24.2
13 a 16 meses	n	12	1	0	1	11	1
	%	5.8	1.7	0.0	4.5	6.2	1.5
17 a 20 meses	n	34	4	0	4	12	22
	%	16.4	6.9	0.0	18.2	6.7	33.3
21 a 24 meses	n	21	0	0	0	18	3
	%	10.1	0.0	0.0	0.0	10.1	4.5
Total	n	207	58	1	22	178	66
	%	77.8	21.8	0.4	8.3	66.9	24.8

En la tabla 13 se evidencia la distribución de la edad del hijo/a con el nivel de conocimiento y el nivel de apego, donde predomina el conocimiento bueno, concentrándose principalmente en los niños de 9 a 12 meses y 5 a 8 meses; sin embargo, el conocimiento regular se concentra en los niños de 1 a 4 meses, siendo además el único grupo donde aparece el nivel deficiente.

En el nivel de apego, el apego medio se mantiene como el predominante, destacando en los niños de 9 a 12 meses; no obstante, el apego bajo se concentra principalmente en los niños de mayor edad, especialmente en el grupo de 17 a 20 meses. Esto desde los estadios de la teoría de Ramona Mercer, sugiere que en las etapas iniciales (anticipatoria y formal) la madre se encuentra en proceso de adaptación y construcción del rol materno, mientras que en las etapas posteriores (informal y personal) el vínculo debería consolidarse; sin embargo, factores como la carga de responsabilidades y las demandas del entorno pueden influir en su variación.

Para enfermería, estos resultados evidencian la necesidad de fortalecer la educación y el acompañamiento continuo a la madre no solo en las primeras etapas, sino también conforme el niño crece, identificando oportunamente a aquellas con mayor riesgo de presentar apego menos favorable y reforzando intervenciones que promuevan el vínculo materno.

Tabla 14

Edad del hijo/a de las madres encuestadas según la práctica de lactancia materna exclusiva, 2026

Edad del bebé		No practica LME	Practica LME	Total
Recién nacido (0 a 28 días)	n	4	25	29

	%	6.1	12.5	10.9
1 a 4 meses	n	12	39	51
	%	18.2	19.5	19.2
5 a 8 meses	n	7	43	50
	%	10.6	21.5	18.8
9 a 12 meses	n	22	42	64
	%	33.3	21.0	24.1
13–16 meses	n	6	7	13
	%	9.1	3.5	4.9
17–20 meses	n	3	35	38
	%	4.5	17.5	14.3
21–24 meses	n	12	9	21
	%	18.2	4.5	7.9
Total	n	66	200	266
	%	24.8	75.2	100.0

Nota. LME = lactancia materna exclusiva.

La relación entre la edad del bebé y la práctica de lactancia materna exclusiva muestra mayor proporción de práctica en los grupos de 5 a 8 meses, 9 a 12 meses y 1 a 4 meses. Cabe precisar que la clasificación se realizó según el cumplimiento de lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de vida.

Tabla 15

Nivel de conocimiento y nivel de apego según la práctica de lactancia materna exclusiva del grupo encuestado, 2026

Variables	Categorías		Practica LME	No practica LME	Total
Nivel de conocimiento	Bueno	n	156	51	207
		%	78.0	77.3	77.8
	Regular	n	43	15	58
		%	21.5	22.7	21.8
	Deficiente	n	1	0	1
		%			

		%	0.5	0.0	0.4
Nivel de apego	Alto	n	18	4	22
		%	9.0	6.1	8.3
	Medio	n	134	44	178
		%	67.0	66.7	66.9
	Bajo	n	48	18	66
		%	24.0	27.3	24.8

Nota. LME = lactancia materna exclusiva.

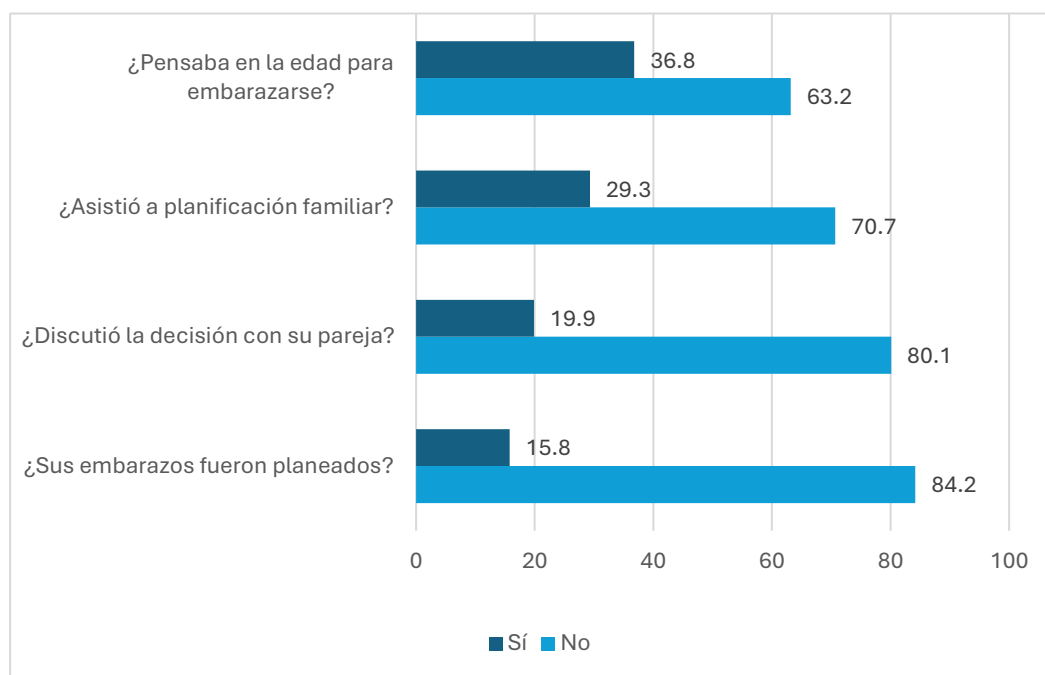
El nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva y el nivel de apego según la práctica de lactancia materna exclusiva se presentan en la tabla 15. Se observa que en cuanto al nivel de conocimiento la mayor proporción se concentra en el nivel bueno en ambos grupos. En quienes practican la lactancia materna exclusiva predomina de igual manera el nivel bueno con un 78.0%, asimismo este comportamiento se mantiene en las que no practican con un 77.3%.

Esto sugiere que el nivel de conocimiento se mantiene elevado independientemente de la práctica, sin evidenciarse diferencias marcadas entre ambos grupos; sin embargo, se observa que a medida que el nivel de conocimiento es mejor, la práctica tiende a mantenerse.

En el nivel de apego, se evidencia que la mayor proporción se concentra en el nivel medio tanto en quienes practican como en quienes no practican. Esto sugiere que no existe una diferencia clara del nivel de apego en función de la práctica de lactancia materna exclusiva.

Figura 1

Distribución porcentual de encuestadas según características de la planificación del embarazo, 2026



La figura 1 evidencia que los porcentajes más altos se concentran en las respuestas negativas, alcanzando valores superiores al 60 % en todos los indicadores y hasta más del 80 % en la planificación del embarazo y la toma de decisiones en pareja. Esto evidencia una baja participación en acciones previas relacionadas con la planificación reproductiva.

Esto sugiere que el inicio de la maternidad ocurre, en muchos casos, sin una preparación anticipada, lo cual puede limitar la organización del entorno familiar y la capacidad de respuesta ante las demandas del recién nacido. Esta condición puede incidir en el desarrollo de prácticas como la lactancia materna exclusiva y en la consolidación del vínculo afectivo, al no contar con un contexto previamente estructurado para su adecuado establecimiento.

Tabla 16

Emociones frente a la maternidad y planificación del embarazo del grupo de mujeres participantes, 2026

Emociones previas al embarazo		Planeado	No planeado	Total
Ilusión/alegría	n	58	42	100
	%	48.3	28.8	37.8
Indiferencia/no lo pensaba mucho	n	10	18	28
	%	8.3	12.3	10.5
Inseguridad/dudas	n	18	32	50
	%	15.0	21.9	18.8
Desconcierto	n	5	34	39
	%	4.2	23.3	14.7
Preocupación/miedo	n	29	20	49
	%	24.2	13.7	18.4

La distribución en la tabla 16, muestra que en los embarazos planeados, la mayor proporción se concentra en la ilusión/alegría (48.3%) es decir que la mayor parte de este grupo se ubica en emociones de mayor involucramiento emocional. En cambio, en los embarazos no planeados, aunque la ilusión/alegría (28.8%) sigue siendo la emoción más frecuente, se observa un aumento en emociones menos favorables.

Esto sugiere que la planificación del embarazo puede influir en la respuesta emocional inicial de la madre, favoreciendo una mejor disposición emocional cuando el embarazo es esperado.

Tabla 17

Planificación de embarazo según la práctica de lactancia materna exclusiva de las mujeres encuestadas, 2026

Planificación del embarazo		Practica LME	No practica LME	Total
Planeado	n	35	7	42

	%	17.5	10.6	15.8
No planeado	n	165	59	224
	%	82.5	89.4	84.2
Total	n	200	66	266
	%	75.2	24.8	100

Nota. LME = lactancia materna exclusiva.

De acuerdo con la tabla 17, en relación con la planificación del embarazo y la práctica de lactancia materna exclusiva, se observa que en los embarazos no planeados se concentra la mayor proporción tanto en las mujeres que practican (82.5%) como en las que no practican (89.4%), siendo este el grupo predominante.

Al observar los embarazos planeados, la proporción es menor en ambos grupos, representando el 17.5% en quienes practican y el 10.6% en quienes no practican.

Es decir que la mayor parte de la muestra se concentra en los embarazos no planeados, independientemente de la práctica de lactancia materna exclusiva. Este comportamiento se relaciona con lo observado en la tabla 8, donde este grupo predomina principalmente en las amas de casa, que en algunos contextos, presentan menor acceso a información o a planificación familiar, así como condiciones socioeconómicas que influyen en la ocurrencia de embarazos no planeados, lo que a su vez impacta en la distribución de los resultados.

Tabla 18

Planificación del embarazo según el nivel de apego de las mujeres encuestadas, 2026

Planificación del embarazo		Nivel de apego			Total
		Alto	Medio	Bajo	
Planeado	n	5	28	9	42
	%	22.7	15.7	13.6	15.8
No planeado	n	17	150	57	224

	%	77.3	84.3	86.4	84.2
Total	n	22	178	66	266
	%	8.3	66.9	24.8	100

La tabla 18 evidencia que planificación del embarazo, en ambos grupos se mantiene el predominio del apego medio (66.7% en embarazos planificados y 84.3% en no planificados). No obstante, se observan diferencias en los niveles extremos, en los embarazos planificados se presenta una mayor proporción de apego alto (22.7%), mientras que en los no planificados se incrementa el apego bajo (25.4%).

Esto sugiere que, aunque el apego medio predomina en ambos grupos, existen variaciones en los niveles alto y bajo según la planificación del embarazo.

Tabla 19

Nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva en las participantes del estudio según la institución, 2026

Nivel de conocimiento		Centro de Salud Guararé	Hospital JPFS	MINSA CAPSI	Total
Bueno	n	24	110	73	207
	%	96.0	81.5	68.9	77.8
Regular	n	1	25	32	58
	%	4.0	18.5	30.2	21.8
Deficiente	n	0	0	1	1
	%	0.0	0.0	0.9	0.4
Total	n	25	135	106	266
	%	9.0	51.0	40.0	100

Nota. Hospital JPFS = Hospital Joaquín Pablo Franco Sayas.

Se observa en la tabla 19 el nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva según la institución donde fue abordada, donde predomina el nivel de conocimiento bueno en la población estudiada (77.8%).

Este comportamiento se mantiene en las tres instituciones, no obstante el MINSA-CAPSI presenta la mayor proporción de conocimiento regular (30.2%), en comparación con las demás instituciones.

Esto sugiere que, si bien el conocimiento sobre lactancia materna exclusiva es globalmente adecuado en la población estudiada, las diferencias observadas entre instituciones podrían reflejar variaciones en la calidad, continuidad y enfoque de las intervenciones educativas desarrolladas por el personal de enfermería, cuyo rol es fundamental en la promoción, orientación y acompañamiento de las madres durante el proceso de lactancia.

Tabla 20

Nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva según el nivel de apego materno del grupo encuestado, 2026

Nivel de conocimiento		Nivel de apego			Total
		Alto	Medio	Bajo	
Bueno	n	11	141	55	207
	%	50	79.2	83.3	78
Regular	n	11	36	11	58
	%	50	20.2	16.7	22
Deficiente	n	0	1	0	1
	%	0	0.6	0	0.38
Total	n	22	178	66	266
	%	8	67	25	100

La distribución conjunta entre el nivel de conocimiento y el nivel de apego de la tabla 20, evidencia que el conocimiento bueno predomina en todos los niveles de apego, siendo mayor en el apego medio (79.2%) y en el apego bajo (83.3%), mientras que en el apego alto representa el 50%.

Esto sugiere que, el nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva participa en el comportamiento del apego materno; sin embargo, según la teoría de la adopción del rol materno de Mercer, el apego es un proceso dinámico influenciado por múltiples factores, como las experiencias, el apoyo social y los componentes emocionales, lo que resalta el rol del personal de enfermería en brindar un cuidado integral que articule la educación con el acompañamiento afectivo durante el proceso de lactancia.

Tabla 21

Nivel de apego de las madres encuestadas según la institución, 2026

Nivel de apego		Centro de Salud Guararé	Hospital JPFS	MINSA CAPSI	Total
Alto	n	1	8	13	22
	%	4.0	5.9	12.3	8.3
Medio	n	21	97	60	178
	%	84.0	71.9	56.6	66.9
Bajo	n	3	30	33	66
	%	12.0	22.2	31.1	24.8
Total	n	25	135	106	266
	%	9.0	51.0	40.0	100.0

Nota. Hospital JPFS = Hospital Joaquín Pablo Franco Sayas.

En relación con el nivel de apego según la institución mostrado en la tabla 21, se observa que predomina el nivel medio en todas las instituciones. El nivel bajo presenta

mayor presencia en el MINSA CAPSI, mientras que el nivel alto es el menos frecuente en general.

Esto sugiere que el apego materno se mantiene mayormente en un nivel medio independientemente de la institución, evidenciando la necesidad de fortalecer desde enfermería intervenciones educativas y de acompañamiento que promuevan un apego más favorable.

Tabla 22

Prueba Chi-cuadrado para la asociación entre nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva y nivel de apego materno.

Prueba	Valor	P
Chi-cuadrado de Pearson	12.008a	.017
Razón de verosimilitud	10.539	.032
N de casos válidos	266	—

Nota. p: significación estadística.

La asociación entre nivel de conocimiento y nivel de apego se presenta en la tabla 22. Los resultados evidenciaron un valor de $\chi^2(4, N = 266) = 12.008$, con una significación estadística de $p = .017$. De manera complementaria, la prueba de razón de verosimilitud arrojó un valor de 10.539 y un nivel de significancia de $p = .032$.

Esto permite afirmar que el nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva se encuentra significativamente relacionado con el nivel de apego.

Tabla 23

Prueba de chi-cuadrado entre características sociodemográficas, nivel de conocimiento y nivel de apego

Variable	Nivel de apego χ^2	p	Nivel de conocimiento χ^2	p
----------	-------------------------	---	--------------------------------	---

Edad de la madre	6.843	0.144	17.808	0.001
Número de hijos	22.462	0.001	13.546	0.035
Estado civil	16.265	0.012	1.666	0.948
Nivel educativo	22.852	0.011	32.077	0.000
Ocupación	11.883	0.157	12.882	0.116
Ingreso mensual	25.956	0.000	39.486	0.000

Nota. χ^2 : Chi-cuadrado de Pearson; p: significación estadística.

En la tabla 23 se evidencian asociaciones estadísticamente significativas entre varias características sociodemográficas y las variables de estudio. El nivel de apego presentó asociación significativa con el número de hijos, el estado civil, el nivel educativo y el ingreso mensual, sin evidenciar relación con la edad materna ni con la ocupación. En relación con el nivel de conocimiento, se encontró asociación con la edad de la madre, el número de hijos, el nivel educativo y el ingreso mensual ($p < 0.05$), mientras que el estado civil y la ocupación no mostraron relación significativa.

Esto indica que tanto el conocimiento como el apego materno están influenciados por múltiples factores del contexto sociodemográfico, destacando especialmente el nivel educativo y el ingreso económico como variables consistentes en ambas asociaciones, lo que permite a enfermería identificar grupos de mayor vulnerabilidad y orientar intervenciones dirigidas al fortalecimiento del conocimiento y el apego materno.

4.2 Discusión

La interpretación de los hallazgos evidencia que la construcción del rol materno responde a una dinámica multifactorial, en la que intervienen condiciones sociodemográficas, experiencias previas y recursos cognitivos de la madre. En el presente estudio predominó el grupo de 24 a 29 años, en concordancia con Wilcamango et al. (2023); sin embargo, la edad no mostró asociación significativa con el nivel de apego, lo que sugiere que no constituye por

sí sola un factor determinante del vínculo afectivo. Este comportamiento es coherente con la teoría de Mercer, que plantea que el rol materno se construye a partir de múltiples factores personales y contextuales, más allá de una sola característica materna (Alligood, 2022).

Por el contrario, la edad sí mostró asociación significativa con el nivel de conocimiento, al igual que el número de hijos, lo que permite interpretar que la experiencia materna puede comportarse como un factor protector para la adquisición de saberes relacionados con la lactancia materna exclusiva. No obstante, en el apego se observó que en madres con tres o más hijos desaparece el apego alto, lo que sugiere que la mayor carga de responsabilidades podría constituirse en un factor de riesgo para la consolidación del vínculo. Esto guarda relación con lo expuesto por Mercer, quien describe la maternidad como un proceso dinámico influido por la experiencia, pero también por las demandas del entorno y la adaptación progresiva al rol (Alligood, 2022).

Asimismo, el nivel educativo y el ingreso económico se identificaron como variables asociadas tanto al conocimiento como al apego, lo que evidencia que las condiciones estructurales de vida influyen en la manera en que la madre accede, comprende y aplica la información, así como en sus posibilidades de interacción y cuidado. En este sentido, un mayor nivel educativo puede interpretarse como un factor protector, mientras que los bajos ingresos constituyen un factor de riesgo, debido a que pueden limitar el acceso a recursos, apoyo y oportunidades para ejercer un cuidado más favorable. Estos hallazgos coinciden con Freire y Caluña (2025), quienes señalan que el conocimiento favorece prácticas adecuadas, pero siempre mediado por factores sociales, culturales y económicos.

En relación con la práctica de lactancia materna exclusiva, esta se presentó en todos los grupos sin un patrón claro según la edad, el nivel educativo o la ocupación, lo que indica que la decisión de amamantar no depende únicamente de características sociodemográficas, sino también de condiciones contextuales y subjetivas. Este comportamiento coincide con lo

planteado por Freire y Caluña (2025), quienes destacan que el conocimiento actúa como facilitador, pero no como determinante absoluto de la práctica, y con Intriago (2024), quien describe barreras vinculadas a las condiciones laborales y a la falta de apoyo.

Particularmente, el ingreso económico mostró una relación relevante, ya que la práctica de lactancia materna exclusiva se concentró en los niveles más bajos. Este hallazgo permite interpretar los bajos ingresos en una doble dimensión: por un lado, pueden actuar como factor protector, al favorecer la elección de la lactancia por ser una práctica accesible; pero por otro lado, también constituyen un factor de riesgo al asociarse con contextos de vulnerabilidad que pueden dificultar su mantenimiento en el tiempo. En este sentido, el acompañamiento profesional resulta fundamental para fortalecer la práctica de la lactancia en contextos con limitaciones económicas (Sotomayor, 2024).

Con respecto a la ocupación, el predominio de amas de casa puede interpretarse como un posible factor protector, ya que podría favorecer una mayor disponibilidad de tiempo para el cuidado del hijo y la práctica de la lactancia. Sin embargo, cuando esta condición se acompaña de dependencia económica, sobrecarga doméstica o poca red de apoyo, también puede convertirse en un factor de riesgo que limite el bienestar materno y la continuidad de prácticas saludables. Esto guarda relación con lo señalado por Intriago (2024), al destacar que las condiciones de vida y apoyo repercuten en la experiencia materna.

En cuanto a la planificación del embarazo, predominó el embarazo no planificado, acompañado con mayor frecuencia de emociones menos favorables como inseguridad, dudas y desconcierto, lo que puede considerarse un factor de riesgo para la preparación emocional de la madre. Aunque no se evidenciaron diferencias marcadas en la práctica de lactancia ni en el apego, estos resultados sugieren que la planificación no determina directamente la conducta materna, pero sí puede influir en la disposición emocional con la

que se inicia la maternidad, en concordancia con el estadio anticipatorio descrito por Mercer (Alligood, 2022).

Respecto al conocimiento sobre lactancia materna exclusiva, aunque predominó el nivel bueno, este se distribuyó de manera semejante entre quienes practican y no practican, lo que evidencia que el conocimiento, por sí solo, no garantiza la conducta. Este hallazgo refuerza lo planteado por Freire y Caluña (2025), al señalar que saber no siempre se traduce automáticamente en hacer, ya que la práctica también se encuentra condicionada por barreras del contexto. Del mismo modo, las diferencias observadas entre instituciones sugieren que la continuidad, calidad y enfoque de las intervenciones educativas pueden influir en la manera en que ese conocimiento se consolida y aplica.

En el caso del apego materno, el predominio del nivel medio sugiere que el vínculo aún se encuentra en proceso de consolidación. Además, se identificaron como posibles factores de riesgo la unión libre y el mayor número de hijos, al observarse una mayor concentración de apego bajo en estos grupos. En contraste, la condición de casada podría interpretarse como un factor protector, al reflejar una mayor presencia relativa de apego alto. Esto es coherente con lo señalado por Bowlby (1993, citado en Milozzi, 2022), quien resalta la importancia de la interacción constante y de las condiciones relacionales para la calidad del vínculo afectivo.

Asimismo, la variación del apego según la edad del hijo sugiere que, conforme avanza el desarrollo, el vínculo puede experimentar cambios relacionados con las nuevas demandas del entorno y del cuidado. En este estudio, el apego bajo se concentró principalmente en los niños de mayor edad, lo que podría constituir un factor de riesgo si no se mantiene un acompañamiento continuo a la madre. Este comportamiento coincide con Maldonado et al. (2024), quienes señalan que el vínculo materno requiere fortalecerse progresivamente a lo largo del proceso de crianza.

Desde la perspectiva de enfermería, estos hallazgos evidencian que el cuidado materno infantil no debe limitarse únicamente a la educación sobre lactancia materna exclusiva, sino que debe abordar de forma integral los factores protectores y de riesgo que rodean a la madre. Entre los protectores destacan la experiencia materna, un mayor nivel educativo, ciertas condiciones de apoyo conyugal y la disponibilidad para el cuidado; mientras que entre los factores de riesgo sobresalen los bajos ingresos, la sobrecarga por mayor número de hijos, la preparación emocional limitada ante embarazos no planificados y las condiciones contextuales que dificultan la aplicación del conocimiento.

En este sentido, el profesional de enfermería ocupa una posición clave para identificar tempranamente estas condiciones y desarrollar intervenciones individualizadas de orientación, apoyo emocional y acompañamiento continuo durante el embarazo, parto y puerperio (Alligood, 2022). Asimismo, se hace necesario trascender los enfoques tradicionales centrados únicamente en la transmisión de información, para reconocer y valorar de manera efectiva el conocimiento como un elemento activo que debe ser comprendido, internalizado y aplicado por la madre en su contexto real.

De igual manera, en relación con el apego materno, enfermería debe fortalecer intervenciones que no solo informen, sino que promuevan el vínculo afectivo mediante el acompañamiento cercano, el apoyo emocional y la interacción madre-hijo, especialmente en aquellas mujeres con mayor riesgo, como aquellas con sobrecarga de cuidado, menor apoyo social o condiciones emocionales desfavorables. Esto permite favorecer la consolidación de un apego más seguro y saludable, en coherencia con el carácter dinámico del rol materno descrito por Mercer (Alligood, 2022).

4.3 Limitaciones

El presente estudio presentó limitaciones relacionadas con la disponibilidad real de la población durante el período de captación. Según los registros institucionales del año 2024,

se estimaba una atención aproximada de 4 a 5 madres por día; sin embargo, durante el trabajo de campo se observó que el flujo efectivo fue menor al proyectado. En varias jornadas solo se contó con la presencia de 1 a 2 mujeres dispuestas a participar y esto dificultó alcanzar la muestra estimada dentro del periodo planificado. No obstante, el número final de participantes permitió desarrollar los análisis previstos y mantener la consistencia metodológica del estudio.

Conclusiones

La población de estudio se caracterizó principalmente por ser adultas jóvenes, en unión libre, con nivel educativo medio–superior, ingresos bajos y predominio de embarazos no planificados, lo que configura un contexto que influye en la experiencia materna.

Predominó un nivel de conocimiento bueno sobre lactancia materna exclusiva; sin embargo, este no garantiza su práctica, al depender de factores contextuales y personales.

El nivel de apego materno fue mayormente medio, evidenciando un vínculo en proceso de consolidación influido por condiciones como número de hijos y estado civil.

Se evidenció una asociación significativa entre el nivel de conocimiento y el nivel de apego materno, indicando que el conocimiento contribuye al vínculo, pero no lo determina completamente.

Se identificaron los factores protectores y de riesgo que condicionan tanto la práctica de la lactancia materna exclusiva como el establecimiento de un apego seguro. Bajo este escenario, la labor del personal de enfermería trasciende la mera observación; su rol es fundamental para intervenir de manera estratégica a través de la educación y el acompañamiento clínico. El objetivo primordial es potenciar los factores protectores y, simultáneamente, mitigar o minimizar los factores de riesgo identificados, garantizando así un entorno óptimo para el binomio madre e hijo.

Recomendaciones

Utilizar los hallazgos de la presente investigación para intervenir de manera oportuna sobre los factores identificados, fortaleciendo los factores protectores y minimizando los factores de riesgo que influyen en la lactancia materna exclusiva y el apego materno.

Implementar estrategias que permitan no solo brindar educación, sino también evaluar el nivel de comprensión de los conocimientos adquiridos por las madres, mediante el uso de herramientas como hojas de cotejo, asegurando así la correcta aplicación de lo aprendido.

Establecer un programa formal de intervención de enfermería, que contemple una población objetivo, así como metas a corto y largo plazo, orientadas al fortalecimiento del conocimiento, la práctica de la lactancia materna exclusiva y el apego materno.

Incluir dentro de las intervenciones la promoción de la hora dorada, favoreciendo el contacto piel a piel inmediato y el inicio temprano de la lactancia materna, como estrategia clave para fortalecer el vínculo afectivo y mejorar los resultados en salud materno-infantil.

Desarrollar estrategias dirigidas a madres trabajadoras y estudiantes que faciliten la práctica de la lactancia materna exclusiva, como la enseñanza sobre la extracción, conservación y almacenamiento adecuado de la leche materna.

Fortalecer intervenciones orientadas al desarrollo del apego materno, promoviendo el contacto temprano, el acompañamiento emocional y la orientación continua durante el puerperio, con el fin de favorecer un vínculo madre-hijo seguro y saludable.

Referencias bibliográficas

- Alligood, M. R. (2022). *Modelos y teorías en enfermería* (10.^a ed.). Elsevier España.
- Álvarez, M. del M., Salcedo, A. P., & Pantoja Sánchez, L. R. (2020). *Conocimientos sobre lactancia materna en madres primerizas*. Instituto Nacional Materno Perinatal. <https://doi.org/10.33421/inmp.2020214>
- Avendaño, M., y Medrano, K. (2019). *Conocimiento y práctica sobre lactancia materna exclusiva que tienen las madres adolescentes primíparas en un hospital nacional-2017* [Tesis de licenciatura, Universidad Peruana Cayetano Heredia]. Repositorio Institucional UPCH. http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/853/Conocimiento_AvendanoSilva_Mirley.pdf?sequence=3&isAllowed=y
- Barahona, J., & Valdiviezo, M. (2025). Cuidado cultural al binomio madre-hijo durante el posparto en el entorno familiar. *Journal Scientific MQRInvestigar*, 9(2), 1–40. <https://doi.org/10.56048/MQR20225.9.2.2025.e604>
- Cadena, B. S., Duran, J. M., & Mendoza, L. D. (2022). *Adaptación de rol materno en madres adolescentes y adultas a partir de la teoría de Ramona Mercer* [Trabajo de grado, Universidad Cooperativa de Colombia]. Repositorio Institucional UCC. <https://hdl.handle.net/20.500.12494/44358>
- Chasi, C., & Guambuquete, E. (2024). *Factores que influyen en la adopción del rol materno en gestantes primíparas en el área de ginecología del Hospital Liborio Panchana Sotomayor, período junio - septiembre 2024* [Tesis de licenciatura, Universidad Técnica de Babahoyo]. Repositorio UTB. <http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/17435>
- Cunningham, F., Leveno, K., Dashe, J., Hoffman, B., Spong, C., & Casey, B. (2022). *Williams obstetricia* (26.^a ed.). McGraw Hill.
- De la Cruz, D., Lee, R., & Gallagher, J. (2023). Infant feeding choices among Panamanian mothers: A qualitative study. *Food Science & Nutrition*, 11(10), 6010–6019. <https://doi.org/10.1002/fsn3.3535>
- Departamento de Registros y Estadísticas de la Región de Salud de Los Santos. (2024). *Registros estadísticos anuales 2024*. Ministerio de Salud de Panamá.

- Fernández, M. (2023). *Historia de la lactancia materna*. Happymami Lactancia Materna. <https://happymami.com/historia-de-la-lactancia-materna/>
- Fonseca, J., & Canaval, H. (2022). Puerperio normal y patologías frecuentes. En W. Saldarriaga (Ed.), *Parto: Como diría el obstetra* (p. 191). Editorial Universidad del Valle. <https://doi.org/10.25100/peu.7617-24-7>
- Freire Salazar, S. A., & Caluña López, I. del R. (2025). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre lactancia materna exclusiva: Perspectivas en gestantes y madres posparto. *Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria*, 45(1), 445–450. <https://doi.org/10.12873/451freire>
- García, M., Pérez, R., & Torres, L. (2021). Neurociencia y lactancia materna: Influencia en el desarrollo infantil. *Revista Científica de Salud Infantil*, 12(1), 1–10. <https://revistacunzac.com/index.php/revista/article/view/32>
- Gómez, M. (2018). *Recomendaciones de la Asociación Española de Pediatría sobre la alimentación complementaria*. Comité de Lactancia Materna y Comité de Nutrición de la AEP. https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/recomendaciones_aep_sobre_alimentacio_n_complementaria_nov2018_v3_final.pdf
- González, L., Unar, A., Rivera, M., Lozada, A., Ramírez, C., Álvarez, I. J., Cobo, F., & Rivera, J. (2024). Lactancia materna. *Salud Pública de México*, 66(4), 498–508. <https://doi.org/10.21149/15898>
- Grande, M. D. C., & Román, M. D. (2021). *Nutrición en la primera etapa del ciclo vital: Embarazo, posparto, infancia y adolescencia* (1.ª ed.). Editorial Brujas.
- Guevara, P., Carlos, J., Armando, I., & Díaz, C. (2021). Factores asociados al nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva en madres primíparas atendidas por teleconsultas – Instituto Nacional Materno Perinatal en el año 2020. *Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal*, 10(1), 14–18. <https://doi.org/10.33421/inmp.2021217>
- Gutiérrez, E. (2023). *Evolución de la lactancia materna y otros aspectos del binomio madre-recién nacido* [Trabajo de fin de grado, Universidad de Valladolid]. Repositorio UVA. <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/60021>

- Halty, A., & Berástegui, A. (2021). ¿Cuidado materno, responsividad o sensibilidad? Una revisión del constructo de Ainsworth hasta hoy. *Revista Clínica Contemporánea*, 12(3), Artículo e21. <https://doi.org/10.5093/cc2021a20>
- Haro, A. F., Chisag, E. R., Ruiz, J. P., & Caicedo, J. E. (2024). Tipos y clasificación de las investigaciones. *Latam Journal of Educational Research*, 5(2). <https://doi.org/10.56712/latam.v5i2.1927>
- Hernández, J. M., López, A. R., & Martínez, P. S. (2023). Uso de muestreo por conveniencia en estudios clínicos: Aplicaciones y limitaciones. *Revista Médica de Investigación Clínica*, 12(2), 45–52.
- Herrera, E. (2021). *Adopción del rol maternal de las madres primerizas en el cuidado del lactante menor de 1 año de un centro materno infantil de Comas, 2020* [Tesis de licenciatura, Universidad Privada Norbert Wiener]. Repositorio Norbert Wiener. <https://hdl.handle.net/20.500.13053/5399>
- Hurtado, J. (2025, mayo). *Investigación analítica: una guía para tesisistas*. Saber Investigar. <https://saberinvestigar.com/investigacion-analitica-una-guia-para-tesisistas/>
- Instituto Nacional de Estadística y Censo. (2023). *Cuadro 4. Superficie, población y densidad de los distritos, 2023*. <https://www.inec.gob.pa/>
- Intriago, W. (2024). Intervención de enfermería en la promoción de la lactancia materna exclusiva en comunidades urbanas vulnerables. *Revista Pulso Científico*, 2(2), 16–28. <https://doi.org/10.70577/rps.v2i2.21>
- Maguire, D. J., & Herrera, A. (2020). Prácticas al momento de la ablactación en Chitré. *Pediatría Panamá*, 49(1), 1–10. <https://doi.org/10.37980/im.journal.rspp2019.1589>
- Maldonado, T., Galvez, J., & Sotomayor, A. (2024). Lactancia materna exclusiva: El manejo en la práctica. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinaria*, 8(4). https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i4.12339
- Marín, A. C., & Paccha, C. L. (2023). Rol materno en adolescentes primigestas en el primer nivel de atención. *Revista Científica de la Facultad de Ciencias Médicas*, 8(2). https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i2.10296

- Martín, R. (2023). *Importancia de los cuidados continuados en el puerperio* [Trabajo de fin de grado, Universidad Autónoma de Madrid]. Repositorio UAM. <https://repositorio.uam.es/handle/10486/676327>
- Mercer, R. T. (2004). Becoming a mother versus maternal role attainment. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(3), 226–232. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2004.04042.x>
- Meza, R., & Pérez, A. (2021). Beneficios de la lactancia materna. *Odontología Sanmarquina*, 24(3), 311–312. <https://doi.org/10.15381/os.v24i3.20728>
- Milozzi, S. (2022). Revisión sistemática sobre la relación entre apego y regulación emocional. *Psicología UNEMI*, 6(11), 70–86. <https://doi.org/10.29076/issn.2602-8379vol6iss11.2022pp70-86>
- Ministerio de Salud de Panamá. (2023, 9 de julio). *Lactancia materna: Un beneficio para toda la vida*. <https://www.minsa.gob.pa/noticia/lactancia-materna-un-beneficio-para-toda-la-vida>
- Monet, D. E., Álvarez, J. T., & Gross, V. Y. (2022). Beneficios inmunológicos de la lactancia materna. *Revista Cubana de Pediatría*, 94(3), Artículo e1915. <https://revpediatria.sld.cu/index.php/ped/article/view/1915>
- Morales, S., Colmenares, M., Cruz, V., Iñarritu, M., Maya, M., Vega, C., (2022). Recordemos lo importante que es la lactancia materna. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 65(2), 9–25.
- Núñez, M., González, I., Morales, L., Tevera, Y., & Pérez, M. (2021). Estadios de la adopción del rol materno de la teórica Ramona Mercer: Asociación con el trimestre del embarazo y la etapa del puerperio de un grupo de mujeres veragüenses, 2019. *Revista de Iniciación Científica*, 6, 15–21. <https://doi.org/10.33412/rev-ric.v6.0.3132>
- Oblitas, A., Herrera, J., & Cruz, Y. (2022). Lactancia materna exclusiva en Latinoamérica: Una revisión sistemática. *Revista Vive*, 5(15), 878–883. <https://doi.org/10.33996/revistavive.v5i15.195>
- Organización Mundial de la Salud. (2023a). *Alimentación del lactante y del niño pequeño*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>

- Organización Mundial de la Salud. (2023b). *Directrices de la OMS sobre la alimentación complementaria de lactantes y niños pequeños de 6 a 23 meses de edad*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240081864>
- Organización Mundial de la Salud. (2023c). *Lactancia materna exclusiva para un crecimiento, desarrollo y salud óptimos de los bebés*. <https://www.who.int/tools/elena/interventions/exclusive-breastfeeding>
- Organización Mundial de la Salud. (2023d). *Regulación de la comercialización de sucedáneos de la leche materna*. <https://www.who.int/tools/elena/interventions/regulation-breast-milk-substitutes>
- Organización Panamericana de la Salud. (2025). *Lactancia materna y alimentación complementaria*. <https://www.paho.org/es/temas/lactancia-materna-alimentacion-complementaria>
- Ortiz, D. C., & Baidal, R. O. (2024). El impacto del apego temprano en el desarrollo social y emocional en la primera infancia. *Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, 5(12), 1–15. <https://doi.org/10.5281/zenodo.14279549>
- Ortiz, E. (2023). *Teoría de la adopción del rol maternal para cuidado del prematuro en la instancia domiciliaria* [Tesis de grado, Universidad Técnica de Ambato]. Repositorio UTA. <https://repositorio.uta.edu.ec/handle/123456789/38734>
- Oyola, D. J. (2023). *Integración de la práctica y la teoría de “convertirse en madre”, de Ramona Mercer, desde una narrativa de enfermería* [Nota de clase]. Universidad Cooperativa de Colombia. <https://hdl.handle.net/20.500.12494/52577>
- Pinto, G., Copa, C., García, C., & Sejas, J. (2024). Tendencias y desafíos en la práctica de la lactancia materna en Sacaba, Bolivia: Implicaciones para la salud materno infantil. *Centro de Investigación de Enfermería UNITEPC “CIDEU”*. <https://doi.org/10.36716/unitepc.v5i1.016>
- Quingaluisa, A., & Chávez, I. (2024). Lactancia materna prolongada, mitos y realidades desde la nutrición. *Revista Científica Arbitrada Multidisciplinaria Pentaciencias*, 6(4), 329–341. <https://doi.org/10.59169/pentaciencias.v6i4.1118>
- Romo, M. D. (2025). *Adopción del rol materno según la teoría de Ramona Mercer, en pacientes atendidas en el Patronato de Amparo Social de la ciudad de Tulcán* [Tesis de

- licenciatura, Universidad de los Andes]. Repositorio Institucional UNIANDES. <https://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/19412>
- Rosas, M. del C. (2022). *Factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva antes de cumplir los seis meses en los niños atendidos en la Región Metropolitana de Salud. Año 2020* [Tesis de licenciatura, Universidad de Panamá]. Vicerrectoría de Investigación y Posgrado. <https://up-rid.up.ac.pa/7992/>
- Santos, M., Pérez, D., Lozada, E., Ramírez, N., & Landeros, E. (2021). Validez y confiabilidad de la Escala de Adopción al Rol Materno en madres adolescentes mexicanas. *Enfermería Universitaria*, 18(1). <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2021.1.880>
- Sosa, V., Kamenetzky, G., & Rovella, A. (2023). Prevalencia, beneficios y principales causas de abandono de la lactancia materna. *Psicología*, 6(6). <https://doi.org/10.59471/psicologia202366>
- Sotomayor, V. (2024). Nuestro rol como pediatras en la promoción de la lactancia materna. *Pediatría (Asunción)*, 51(2), 69–71. <https://doi.org/10.31698/ped.51022024001>
- Sousa, A., Oliveira, D., Damasceno, S., Quirino, G., Pinto, A., & Cruz, R. (2024). Representaciones sociales sobre la planificación reproductiva de las mujeres con embarazo no planificado. *Revista Enfermagem UERJ*, 32, Artículo e79100. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2024.79100>
- Uchuari, M. M. (2023). Factores relacionados al abandono de la lactancia materna en Ecuador. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*, 4(6). <https://doi.org/10.56712/latam.v4i6.1558>
- Unicef. (2023, 1 de agosto). *Sólo 4 de cada 10 bebés menores de 6 meses son exclusivamente amamantados en América Latina y el Caribe*. <https://www.unicef.org/lac/comunicados-prensa/solo-4-cada-10-bebes-menores-6-meses-exclusivamente-amamantados-america-latina-caribe-semana-lactancia-materna>
- Vázquez-Frias, R., Ladino, L., Bagés-Mesa, M. C., Hernández-Rosiles, V., Ochoa-Ortiz, E., Alomía, M., ... & Koletzko, B. (2023). Consenso de alimentación complementaria de la Sociedad Latinoamericana de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica: COCO 2023. *Revista de Gastroenterología de México*, 88(1), 57–70. <https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2022.11.001>

- Wilcamango, S., Pinto, N., Flores Lovon, K., Ticona, D., & Gutiérrez, E. L. (2023). Características clínico-epidemiológicas de adolescentes multíparas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú. *Revista Científica Ciencias de la Salud*, 5, Artículo e5119. <https://doi.org/10.53732/rccsalud/2023.e5119>
- Zamora, W., & Flores, J. (2025, 17 de enero). Metodologías cuantitativa y cualitativa en la investigación científica: Un abordaje desde la epistemología. *Revista Jireh UML*. <https://revistajireh.uml.edu.ni/>

Anexos

Anexo 1

Cronograma propuesto para llevar a cabo la investigación

Responsable	Actividad	Jun 25	Jul 25	Ago 25	Sep 25	Oct 25	Nov 25	Dic 25	Ene 26	Feb 26	Marz 26
Investigador responsable	Búsqueda y elección del tema de investigación	x	x								
Investigador y asesor	Búsqueda, elaboración y corrección del marco teórico	x	x								
Investigador	Planteamiento del problema, justificación, objetivos y preguntas	x	x								
Investigador y asesor	Diseño del estudio y elaboración del protocolo	x	x	x	x						
Investigador	Envío del protocolo al Comité de Ética					x	x	x			
Investigador	Aplicación del instrumento y recolección de datos								x	x	
Investigador	Análisis de resultados									x	
Investigador y asesor	Discusión y conclusiones									x	
Investigador	Presentación final del trabajo escrito y defensa										x

Anexo 2

Presupuesto del estudio

Concepto	Fuente de financiamiento	Valor (B/.)
Transporte	Investigador	105.60
Impresiones y papelería	Investigador	60.00

Bolígrafos	Investigador	3.00
Colaboradores	Investigador	20.00
Tarjeta de celular	Investigador	80.00
Imprevistos	Investigador	20.00
TOTAL	Investigador	B/. 288.60

Anexo 3

Instrumento para la recolección de los datos



LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y APEGO MATERNO

Autores de los instrumentos: Avendaño y Medrano (2019) y Núñez et al. (2021)



Instrumento para medir el nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva y el nivel de apego materno, según la teoría de Ramona Mercer.

Fecha: _____

Código: _____

Buenos días/tardes, mi nombre es Dayanara González, soy estudiante de la Licenciatura en Ciencias de la Enfermería del Centro Regional Universitario de Los Santos. Estoy realizando un estudio para conocer el nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva y su asociación con el nivel de apego materno en mujeres puérperas. Su participación es voluntaria y puede retirarse en cualquier momento sin que esto afecte la atención que recibe. La información será confidencial y usada solo para fines académicos, por lo que me gustaría contar con su colaboración para responder las preguntas de forma sincera.

Instrucciones: Lea cuidadosamente cada pregunta y seleccione una respuesta por pregunta, si no se comprende o no puede contestar alguna, favor consultar y aclarar dudas al respecto.

* Indica que la pregunta es obligatoria

DATOS GENERALES Y SOCIODEMOGRÁFICOS

¿Acepta participar?*

- Sí
- No

Institución donde es captada*

- Hospital JPFS
- MINSA CAPSI
- Centro de salud Dr. Carlos J. Ugalde de Guararé

Edad de la madre:*

- 18 - 23 años
- 24 - 29 años
- 30 años o más

Grupo étnico:*

- Afrodescendiente
- Indígena
- Mestizo
- Blanco
- Otros:

Edad del bebé (hijo/a que acompaña):*

- Recién nacido (0 a 28 días)
- 1 a 4 meses
- 5 a 8 meses
- 9 a 12 meses
- 13 a 16 meses
- 17 a 20 meses
- 21 a 24 meses

Número total de hijos/as:*

- 1
- 2
- 3
- 4 o más

Ocupación actual:*

- Ama de casa/Desempleada
- Trabajo independiente
- Trabajo formal
- Estudiante
- Otros:

Estado civil:*

- Soltera
- Casada
- Unión libre/ conviviente
- Separada
- Divorciada
- Viuda

Nivel educativo:*

- Primaria incompleta
- Primaria completa
- Secundaria incompleta
- Secundaria completa
- Universidad incompleta
- Universidad completa
- Posgrado o más

Ingreso mensual del hogar (en balboas):*

- Menos de B/.500
- B/.501 – B/.1,000

- Más B/.1,001
- No sabe / No responde

Lactancia materna exclusiva

La lactancia materna exclusiva es:*

- El período durante el cual el lactante recibe únicamente leche materna, sin otros alimentos o líquidos.
- El único alimento adecuado que satisface todas las necesidades nutricionales del niño durante su crecimiento.
- El tiempo en que el bebé recibe leche materna junto con otros alimentos o líquidos.

La leche materna debe darse exclusivamente hasta:*

- 6 meses
- Menos de 5 meses
- Un año

¿Cuál es la importancia de la lactancia materna?*

- Satisface todas las necesidades nutricionales para el crecimiento y desarrollo del bebé hasta los 6 meses.
- Ayuda únicamente a mantener el sistema inmunológico del bebé.
- Es la única leche que el bebé puede tolerar.

¿Cuáles son los beneficios de la lactancia materna para la madre?*

- Ayuda a prevenir enfermedades, reduce el riesgo de hemorragia posparto, anemia y mortalidad materna.
- Funciona únicamente como anticonceptivo y favorece la contracción del útero.
- Contribuye solo a la economía familiar, normaliza el peso y reduce la depresión posparto.

¿Cuáles son los beneficios de la lactancia materna para el bebé?*

- Garantiza el crecimiento, desarrollo e inteligencia, y disminuye el riesgo de enfermedades.
- Favorece el vínculo afectivo y la interacción madre-hijo.
- Solo asegura la alimentación del bebé.

¿Con qué frecuencia debe amamantar a su bebé?*

- Cada 4 horas
- Cada 2 horas
- Siempre que el bebé lo demande

Antes de amamantar, debe realizar:*

- Aseo de manos con agua y jabón
- Buscar un lugar adecuado para amamantar.
- Limpiar los pezones.

La preparación del pecho para la lactancia incluye:*

- Limpieza de los senos.
- Masaje circular de los senos.
- No se realiza ninguna preparación.

La posición correcta del bebé al amamantar es:*

- Bebé cerca del pecho, tomando solo el pezón.
- Bebé pegado al pecho, tomando el pezón y gran parte de la areola, con el cuerpo alineado al de la madre.
- Bebé separado del pecho, tomando solo una pequeña parte del pezón.

¿Cuáles son los signos de una succión eficaz?*

- Succión lenta y profunda; mejillas llenas.
- Succión rápida y ruidosa; mejillas hundidas.
- El bebé toma todo el seno y succiona lentamente; mejillas redondeadas

Para retirar el pecho después de amamantar, debe usar el dedo:*

- Índice
- Medio
- Meñique

Si no puede amamantar directamente, debe:*

- Dar fórmula
- Extraer y almacenar su leche materna.
- No sabe qué hacer.

Pasos correctos para la extracción manual de leche materna:*

- Formar una "C" con los dedos, rotar y presionar el pecho hacia adelante
- Vaciar ambos senos, rotar los dedos y presionar suavemente
- No sabe cómo hacerlo

La forma correcta de descongelar la leche materna es:*

- Calentándola en una olla.
- Colocándola en baño María
- No sabe cómo hacerlo

Apego materno

¿Sus embarazos fueron planeados?*

- Sí
- No

¿Discutió la decisión con su pareja?*

- Sí
- No

¿Asistió a consultas de planificación familiar?*

- Sí
- No

¿Pensaba en la edad para embarazarse?*

- Sí
- No

¿Qué pensamientos tenía sobre convertirse en madre antes del embarazo?*

- Ilusión/alegría
- Preocupación/miedo
- Indiferencia/ no lo pensaba mucho
- Inseguridad/dudas
- Desconcierto
- Otros:

Etapas anticipatorias (antes del nacimiento)* Marque una opción por fila

Pregunta	Sí	No
Pensaba en el sexo del bebé		
Pensaba en la fecha del nacimiento de su bebé		
Pensó en el nombre para el bebé		
Compró poco a poco lo necesario para cuando naciera		
Tenía la bolsa con la ropa del bebé previo al momento de ir al hospital		
Pensó en la persona de la familia a quien se parecería el bebé		
Planificó a quién dejar en casa para el momento de hospitalización para el parto		
Le hablaba a su bebé durante el embarazo		
Preparó el presupuesto de gasto para el nacimiento de su bebé		
Decoró el cuarto de su bebé		
Sentía los movimientos de su bebé en el útero		
Hizo cambios en su rutina a causa del embarazo		
Hizo cambios en su dieta a causa del embarazo		
Ingirió ácido fólico		
Por el embarazo hicieron cambios de vivienda		

Etapas anticipatorias - Frecuencia* Marque una opción por fila

Pregunta	Siempre	Pocas veces	Nunca
Pensaba en el sexo del bebé			
Pensaba en la fecha del nacimiento de su bebé			
Pensó en el nombre para el bebé			
Compró poco a poco lo necesario para cuando naciera			
Tenía la bolsa con la ropa del bebé previo al momento de ir al hospital			
Pensó en la persona de la familia a quien se parecería el bebé			
Planificó a quién dejar en casa para el momento de hospitalización para el parto			
Le hablaba a su bebé durante el embarazo			
Preparó el presupuesto de gasto para el nacimiento de su bebé			
Decoró el cuarto de su bebé			
Sentía los movimientos de su bebé en el útero			
Hizo cambios en su rutina a causa del embarazo			
Hizo cambios en su dieta a causa del embarazo			
Ingirió ácido fólico			
Por el embarazo hicieron cambios de vivienda			

Etapla anticipatoria - Emoción vinculada * Marque una opción por fila

Pregunta	Preocupación	Ilusión	Afecto	Ninguna
Pensaba en el sexo del bebé				
Pensaba en la fecha del nacimiento de su bebé				
Pensó en el nombre para el bebé				
Compró poco a poco lo necesario para cuando naciera				
Tenía la bolsa con la ropa del bebé previo al momento de ir al hospital				
Pensó en la persona de la familia a quien se parecería el bebé				
Planificó a quién dejar en casa para el momento de hospitalización para el parto				
Le hablaba a su bebé durante el embarazo				
Preparó el presupuesto de gasto para el nacimiento de su bebé				
Decoró el cuarto de su bebé				
Sentía los movimientos de su bebé en el útero				
Hizo cambios en su rutina a causa del embarazo				
Hizo cambios en su dieta a causa del embarazo				
Ingirió ácido fólico				
Por el embarazo hicieron cambios de vivienda				

Etapla Formal (desde el nacimiento) * Marque una opción por fila

Pregunta	Sí	No
Le interesó saber el sexo o estado de su bebé		
Buscó información sobre cómo cuidar a un hijo recién nacido		
Sintió temor de hacerle daño a su bebé al momento de cuidarlo (curar el ombligo, amamantar, bañar, lavar su ropa, etc.)		
Pidió ayuda o información acerca de la forma de cuidar a su bebé recién nacido		
Le inquietaba no poder interpretar el significado del llanto de su bebé		
Prefería que su madre u otro familiar cuidara a su bebé los primeros días de nacido		
Le preocupa o preocupó la idea de quedarse sola a cargo de su bebé en los primeros días		
Amamantó a su bebé al momento de su nacimiento		
Practica o practicó la lactancia materna exclusiva		

Etapla Formal – Frecuencia * Marque una opción por fila

Pregunta	Siempre	Pocas veces	Nunca
Le interesó saber el sexo o estado de su bebé			
Buscó información sobre cómo cuidar a un hijo recién nacido			
Sintió temor de hacerle daño a su bebé al momento de cuidarlo (curar el ombligo, amamantar, bañar, lavar su ropa, etc.)			
Pidió ayuda o información acerca de la forma de cuidar a su bebé recién nacido			
Le inquietaba no poder interpretar el significado del llanto de su bebé			
Prefería que su madre u otro familiar cuidara a su bebé los primeros días de nacido			
Le preocupa o preocupó la idea de quedarse sola a cargo de su bebé en los primeros días			
Amamantó a su bebé al momento de su nacimiento			
Practica o practicó la lactancia materna exclusiva			

Etapas Formales - Emoción vinculada* Marque una opción por fila

Pregunta	Preocupación	Ilusión	Afecto	Ninguna
Le interesó saber el sexo o estado de su bebé				
Buscó información sobre cómo cuidar a un hijo recién nacido				
Sintió temor de hacerle daño a su bebé al momento de cuidarlo (curar el ombligo, amamantar, bañar, lavar su ropa, etc.)				
Pidió ayuda o información acerca de la forma de cuidar a su bebé recién nacido				
Le inquietaba no poder interpretar el significado del llanto de su bebé				
Prefería que su madre u otro familiar cuidara a su bebé los primeros días de nacido				
Le preocupa o preocupó la idea de quedarse sola a cargo de su bebé en los primeros días				
Amamantó a su bebé al momento de su nacimiento				
Practica o practicó la lactancia materna exclusiva				

Etapas Informales (Puerperio tardío 11 días a 6 semanas) * Marque una opción por fila

Pregunta	Sí	No	No aplica
----------	----	----	-----------

Logra regresar a su rutina diaria después de la dedicación prioritaria al nuevo bebé			
Dejó de consultar acerca de los cuidados de su bebé			
Aplicó la experiencia de otros hijos en el cuidado de su bebé recién nacido			
Retoma su rutina de actividad física, social o laboral			

Etaapa informal - Emoción vinculada* *Marque una opción por fila*

Pregunta	Preocupación	Ilusión	Afecto	Ninguna	No aplica
Logra regresar a su rutina diaria después de la dedicación prioritaria al nuevo bebé					
Dejó de consultar acerca de los cuidados de su bebé					
Aplicó la experiencia de otros hijos en el cuidado de su bebé recién nacido					
Retoma su rutina de actividad física, social o laboral					

Etaapa personal (después de los 42 días) * *Marque una opción por fila*

Pregunta	Sí	No	No aplica
Logró sentirse segura de cuidar a su bebé			
Logró interpretar el significado del llanto de su bebé			
Logró insertar el rol de madre sin afectar los otros roles			

Etaapa personal - Emoción vinculada * *Marque una opción por fila*

Pregunta	Preocupación	Ilusión	Afecto	Ninguna	Satisfacción	No aplica
Logró sentirse segura de cuidar a su bebé						
Logró interpretar el significado del llanto de su bebé						
Logró insertar el rol de madre sin afectar los otros roles						

Gracias por su participación

Anexo 4

Consentimiento informado de la investigación

Consentimiento informado

Código: _____

El presente estudio, titulado “Conocimiento sobre lactancia materna exclusiva de mujeres puérperas asociado al nivel de apego según la teoría de Ramona Mercer, 2025”, es realizado por Dayanara González, estudiante de enfermería de la Universidad de Panamá.

Este estudio tiene como propósito evaluar el conocimiento que tienen las mujeres puérperas sobre la lactancia materna exclusiva y determinar la asociación con el nivel de apego materno, aportando información que pueda fortalecer la atención y el acompañamiento desde la enfermería durante el puerperio.

Para participar, se le solicitará responder un cuestionario estructurado que incluye preguntas sobre sus conocimientos en lactancia materna exclusiva, además de sus emociones y comportamientos relacionados con el rol materno. El cuestionario será aplicado a través de Google Forms, y tanto la investigadora como colaboradores capacitados estarán disponibles para resolver cualquier duda técnica o conceptual que usted pueda tener. El tiempo estimado para completar este cuestionario es de aproximadamente 10 a 15 minutos, tiempo considerado adecuado para evitar fatiga o abandono.

Su participación es **totalmente voluntaria**, y usted tiene el derecho de negarse a participar o de retirarse en cualquier momento, sin que ello afecte su atención médica o cualquier otro servicio al que tenga derecho.

Este estudio **no implica riesgos físicos ni psicológicos para usted**. Las preguntas que se le realizarán son de índole personal y emocional relacionadas con su experiencia materna, y puede decidir no responder aquellas que le resulten incómodas.

La información que usted proporcione será tratada con absoluta confidencialidad. No se le solicitarán datos personales que permitan identificarla directamente, y los datos serán almacenados en plataformas seguras con acceso restringido solo a la investigadora. Los resultados serán presentados de forma agregada y anónima, garantizando la privacidad de cada participante.

Si decide participar, deberá firmar este formulario como señal de que ha comprendido y acepta participar en el estudio, luego de haber recibido toda la información y haber resuelto las dudas que haya planteado.

Para cualquier consulta o aclaración adicional puede comunicarse conmigo al teléfono 6866-7915 o al correo electrónico gonzalezdaayanaraa@gmail.com.

Nombre completo: _____ **Fecha:** _____

Firma del participante: _____ **Edad:** _____

Firma de la investigadora: _____

Anexo 5

Alfa de Cronbach del instrumento del apego materno

Estadios de la adopción del rol materno de la teorista Ramona Mercer: asociación con el trimestre del embarazo y la etapa del puerperio de un grupo de mujeres veragüenses, 2019.

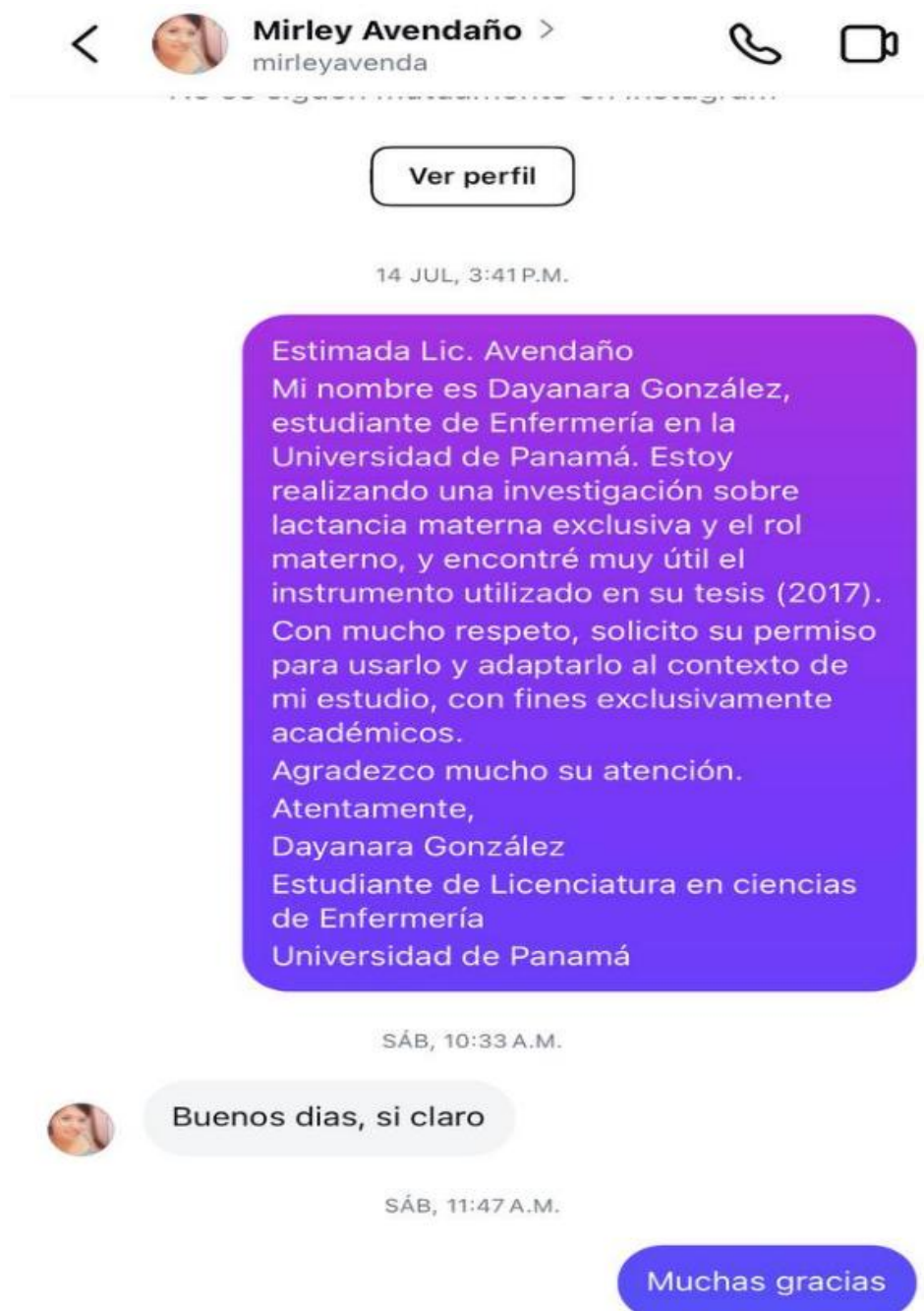
Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
.815	91

Investigación con fines académicos, realizado por estudiantes de enfermería en el año 2024, con puérperas atendidas en el contexto del estudio.

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
.736	37

Anexo 6

Autorización por parte de la autora de la encuesta de lactancia materna para usar y modificar el instrumento



Anexo 7

Autorización por parte de la autora de la encuesta del apego materno para usar y modificar el instrumento

Estimada profesora Marta Pérez:

Espero se encuentre muy bien.

Me permito dirigirme a usted para solicitar formalmente su autorización para utilizar y realizar algunas modificaciones a la encuesta que usted aplicó a 22 madres con hijos menores de un año en su investigación titulada:

“Estadios de la adopción del rol materno de la teorista Ramona Mercer: asociación con el trimestre del embarazo y la etapa del puerperio de un grupo de mujeres veragüenses, 2019”

El propósito es adaptar dicha encuesta a mi investigación de tesis titulada:

“Conocimientos sobre lactancia materna exclusiva y su relación con el rol materno en púerperas, según la teoría de Mercer, 2025”.

Le agradeceré enormemente su apoyo y quedo atenta a su amable respuesta.

Reciba un cordial saludo,

Dayanara González

Enviado desde mi iPhone



Martha Perez

Para: Dayanara González >

07/11/25

Claro que sí puede utilizarlo, pero es necesario hacer el pilotaje de cada reactivo y calcular su confiabilidad y validéz a cada reactivo y agradecería me reenvíe tal ejercicio.

Dra. Marta Pérez RN, MEd, MSc
Profesor titular III
Fac. Enfermería
CRULS

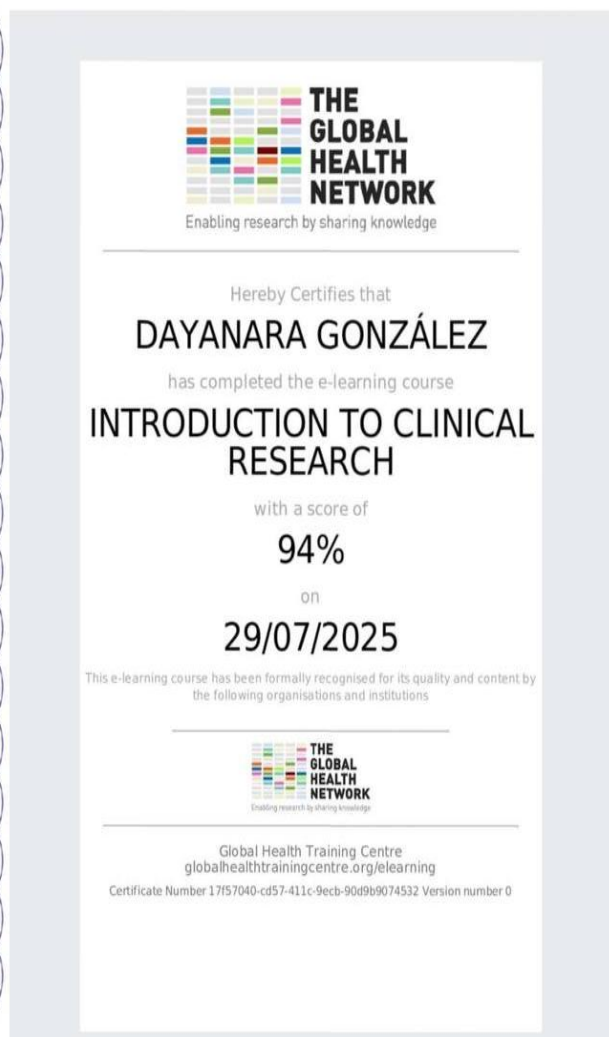
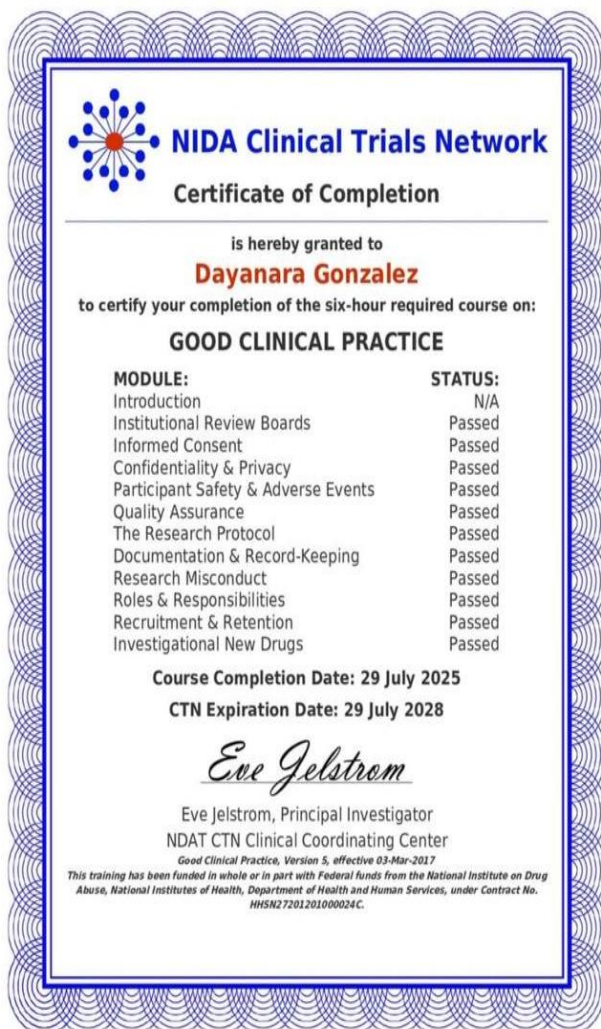


Ver más



Anexo 8

Certificados de Buenas prácticas clínicas e Introducción a la investigación clínica, de la investigadora



Anexo 9

Aval del comité de bioética de la Universidad Católica Santa María La Antigua

 CBI- usma Comité de Bioética en la Investigación	Universidad Católica Santa María La Antigua Comité de Bioética en la Investigación CBI-USMA Plantilla de Trabajo
Código: PT-007.2	Aprobación de Protocolo
Versión: 1.0	Fecha: 17 de noviembre 2021

Aprobación de protocolo

Por este medio informamos que, en reunión de este Comité, realizada (07/01/2026) donde se emitió dictamen luego de revisión se decidió **APROBAR** el protocolo en referencia.

Número del Protocolo:	2025-P096.
ID en ProEthos:	CBI-USMA.0203.02.
Título de Protocolo:	Conocimiento sobre lactancia materna exclusiva de mujeres puérperas asociado al nivel de apego según la teorista Ramona Mercer, 2025.
Patrocinador:	Recursos propios.
Investigador Principal:	Dayanara A. González B.
Nombre y Dirección del Sitio de Investigación aprobado:	Hospital Regional Joaquín Pablo Franco Sayas, el MINSA-CAPSI Dr. Gerardino De León y el Centro de Salud Dr. Carlos J. Ugalde.
Fecha de aprobación:	07/01/2026.
Fecha de vencimiento de aprobación:	07/01/2027.

Anexo 10

Registro de la investigación en el registro nacional de investigación en salud.



Hemos recibido su solicitud referente al protocolo de investigación:

Conocimiento sobre lactancia materna exclusiva de mujeres puérperas asociado al nivel de apego materno según Mercer, 2025.

Su protocolo ha sido incluido en el registro de protocolos de investigación para la salud. **Registro número 4916**

Anexo 11

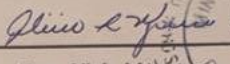
Aval institucional del Hospital Dr. Joaquín Pablo Franco Sayas

REGIÓN DE SALUD DE LOS SANTOS
HOSPITAL REGIONAL DR. JOAQUÍN PABLO FRANCO SAYAS

Las Tablas, 31 de octubre de 2025

Magister
Cinthia Botacio
Profesora Asesora
Centro Regional Universitario de Los Santos

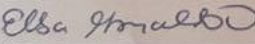
P/C: 
Dra. Alicia Vergara
Directora Médica
Hospital Dr. Joaquín Pablo Franco Sayas



Respetada Magister Botacio:

Por medio de la presente se le otorga la no objeción a la estudiante **Dayanara González**, con CIP **7-714-550**, estudiante graduanda de la Licenciatura de ciencias de Enfermería que dicta la Universidad de Panamá con sede en Los Santos, para que pueda ejecutar su proyecto de investigación titulado: **"Conocimientos sobre Lactancia Materna exclusiva de Mujeres Púérperas asociado al nivel de apego según la Teoría de Ramona Mercer, 2025"**, en el Hospital Dr. Joaquín Pablo Franco Sayas.

Sin otro particular, de usted.

Atentamente 
Dra. Elba Grimaldo
Coordinadora UDL
Cód. G-335 Reg. 6102
Hosp. Dr. Joaquín Pablo Franco S.

Dra. Elba Grimaldo
Unidad Docente Local
Hospital Dr. Joaquín Pablo Franco Sayas

c.c. Dayanara González
Estudiante Graduanda

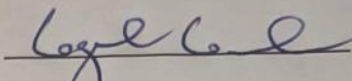
Panamá con salud y bienestar
"2025: Año de la Alfabetización Constitucional"

Anexo 12

Aval institucional del Centro de salud Dr. Carlos J. Ugalde de Guararé

Guararé, 6 de octubre de 2025

Magister
Cinthia Botacio
Profesora Asesora
Centro Regional Universitario de Los Santos

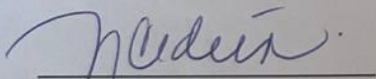

P/C: Dr. José Aguilar
Director Médico
Centro de Salud Dr. Carlos J. Ugalde

Respetada Magister Botacio:

Por medio de la presente se le otorga la **no objeción** a la estudiante **Dayanara González**, con CIP **7-714-550**, estudiante graduanda de la Licenciatura de ciencias de Enfermería que dicta la Universidad de Panamá con sede en Los Santos, para que pueda ejecutar su proyecto de investigación titulado: **"Conocimientos sobre lactancia materna exclusiva de mujeres puérperas asociado al nivel de apego según la teoría de Ramona Mercer, 2025"**, en el Centro de Salud Dr. Carlos J. Ugalde, Distrito de Guararé.

Sin otro particular, de usted,

Atentamente



Dra. Nahir Cedeño
Unidad Docente Local
Centro de Salud Dr. Carlos J. Ugalde

c.c. Dayanara González
Estudiante Graduanda

Anexo 13

Aval institucional del MINSA CAPSI Dr. Gerardino De León, Las Tablas

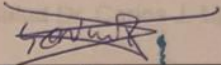

GOBIERNO NACIONAL
★ CON PASO FIRME ★


salud
Ministerio de Salud
Panamá

Nota N° 24 DSLT 2025
Las Tablas, 3 de octubre de 2025.

REGIÓN DE SALUD DE LOS SANTOS
DISTRITO DE SALUD DE LAS TABLAS
MINSA CAPSI LAS TABLAS
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

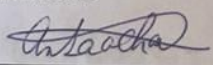
Magister
CINTHIA BOTACIO
Profesora Asesora- Facultad de Enfermería
Centro Regional Universitario de Los Santos
E.S.D.

P/C. 
Dra. Denis Ramirez
Directora Médica
MINSA CAPSI-LT

Respetada Magister Botacio:

Por medio de la presente se le otorga el visto bueno, a la estudiante **Dayanara González**, con CIP 7-714-550, estudiante graduanda de la Licenciatura de Enfermería que dicta la Universidad de Panamá con sede en Los Santos, para que pueda ejecutar su proyecto de investigación titulado: "Conocimiento sobre lactancia materna exclusiva de mujeres púerperas asociado al nivel de apego según la teoría de Ramona Mercer, 2025", en el MINSA CAPSI DE Las Tablas.

Sin otro particular, de usted,

Atentamente

Licda. Ángela Saavedra
Trabajadora Social-Unidad Docente Local
MINSA CAPSI-Las Tablas

c.c. Dra. Irma Escudero
Coordinadora de Facultad

c.c. Dayanara González
Estudiante Graduanda

c.c. Licda. Rosiquel De Gracia
Unidad Docente Regional

AS


REPUBLICA DE PANAMA
MINISTERIO DE SALUD
salud
REGION DE SALUD LOS SANTOS
D.F. LAS TABLAS

Anexo 14

Certificación de revisión de ortografía y redacción

Dayra Yisel Agrazal C. de Jaén

CORRECCIÓN Y ESTILO



Dayra Yisel Agrazal C. de Jaén M.L.
Correctora de textos

La suscrita, Dayra Yisel Agrazal C. de Jaén, profesora de Español, área Lingüística, en el Centro Regional Universitario de Veraguas,

CERTIFICA:

La revisión ortográfica, de redacción y estilo del trabajo de grado titulado: "Conocimiento sobre lactancia materna exclusiva de mujeres puérperas asociado al nivel de apego, según la teorista Ramona Mercer, 2025."

Este trabajo fue elaborado por la estudiante Dayanara A. González B., con cédula 7-714-550, para optar por el título de licenciatura en Ciencias de la Enfermería, Facultad de Enfermería, Centro Regional Universitario de Los Santos, Universidad de Panamá.

Para los fines pertinentes, se firma esta certificación el 15 de marzo, de dos mil veintiséis.

Dayra Yisel Agrazal C. de Jaén
Profesora de Español
Titular II, TC
Código: B617

Anexo 15

Instrumento de valoración del conocimiento en lactancia materna exclusiva y el apego materno en gestantes y puérperas

LISTA DE COTEJO

Evaluación del conocimiento sobre lactancia materna exclusiva y el apego materno

Objetivo:

Valorar el nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva y el nivel de apego materno, así como identificar factores de riesgo y protectores, con el fin de orientar intervenciones de enfermería individualizadas.

Datos generales

Edad: _____ Número de hijos: _____

Estado civil: _____ Nivel educativo: _____

Ocupación: _____ Ingreso mensual: _____

Edad del hijo (si es puérpera): _____

Dimensión I: Conocimiento sobre Lactancia Materna Exclusiva (LME)

Indicadores de evaluación

- ☐ Conoce la definición de lactancia materna exclusiva
- ☐ Conoce la duración recomendada (6 meses)
- ☐ Reconoce los beneficios para la madre y el hijo
- ☐ Identifica la técnica correcta de amamantamiento
- ☐ Reconoce la importancia del inicio temprano (hora dorada)

Escala de valoración del conocimiento (Asignar 1 punto por cada indicador presente)

0–2 puntos: ● Nivel bajo 3 puntos: ● Nivel regular 4–5 puntos: ● Nivel bueno

Puntaje obtenido: _____

● Factores de riesgo asociados

- ☐ Bajo nivel educativo
- ☐ Ingreso < 500
- ☐ Primigesta (primer hijo)
- ☐ Nivel bajo sobre lactancia materna exclusiva

● Factores protectores asociados

- ☐ Educación media o superior
- ☐ Ingreso ≥ 500
- ☐ Multíparas
- ☐ Nivel bueno sobre lactancia materna exclusiva

Dimensión II: Práctica de Lactancia Materna (si aplica)

Indicadores de evaluación

- ☐ Inicio temprano de la lactancia (primera hora de vida)
- ☐ Mantiene lactancia materna exclusiva (día de captación)
- ☐ Técnica adecuada de amamantamiento
- ☐ Ausencia de signos/síntomas (dolor, mastitis, grietas)

● Factores de riesgo asociados

- ☐ No inicio de la lactancia en la primera hora de vida (incumplimiento de la hora dorada)
- ☐ Abandono o no cumplimiento de lactancia materna exclusiva (día de captación)
- ☐ Presenta signos/síntomas (dolor, mastitis, grietas)
- ☐ Trabaja o estudia fuera de casa

● Factores protectores asociados

- ☐ Inicio oportuno de la lactancia materna en la primera hora de vida (hora dorada)
- ☐ Cumplimiento de lactancia materna exclusiva (día de captación)
- ☐ Técnica adecuada de amamantamiento
- ☐ Apoyo familiar o de pareja
- ☐ Acompañamiento y orientación del personal de salud
- ☐ Trabaja o estudia desde casa

Dimensión III: Apego materno (observación directa)

Indicadores de evaluación

- ☐ Contacto visual frecuente con el bebé
- ☐ Respuesta oportuna al llanto
- ☐ Expresión de afecto hacia el bebé
- ☐ Seguridad y confianza en el cuidado

Escala de valoración del apego materno (Asignar 1 punto por cada indicador presente)

0–1 puntos: ● Apego bajo 2–3 puntos: ● Apego medio 4 puntos: ● Apego alto

Puntaje obtenido: _____

● **Factores de riesgo asociados**

- ☐ Sobrecarga materna (más de 2 hijos)
- ☐ Bajo apoyo de pareja o red de apoyo
- ☐ Bajo ingreso económico
- ☐ Bajo nivel educativo
- ☐ Interacción limitada con el bebé

● **Factores protectores asociados**

- ☐ Menor número de hijos (mayor disponibilidad)
- ☐ Apoyo emocional y de pareja
- ☐ Ingreso económico adecuado
- ☐ Nivel educativo alto
- ☐ Interacción frecuente y afectiva con el bebé