

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN DE AREQUIPA

SEGUNDA ESPECIALIDAD

PROMOCION DE LA SALUD Y TERAPIA FAMILIAR



Adopción del Rol Materno en Madres Adolescentes Primerizas Según Tipo de Convivencia Familiar, en el Hospital III Regional Honorio Delgado de Arequipa, 2019.

Tesis Presentada por las Licenciadas:

Ruth Corina Santander Huilca

Julia Torres Huayta

Para Optar el Título de Segunda Especialidad: Promoción de la Salud y Terapia Familiar

AREQUIPA – PERÚ

2019

Dedicatoria

A mis padres por haberme apoyado en todo en todo momento; muchos de mis logros se los debo a ustedes entre los que se incluye este.

Ruth

A mi hijo, quien es y será el motivo que me impulsa a seguir adelante.

Julia

Agradecimientos

Mi agradecimiento se dirige a quien ha forjado mi camino y me ha dirigido por el sendero correcto, a Dios, el que en todo momento está conmigo y me ha dado todo lo que tengo. Eres quien guía el destino de mi vida.

Te lo agradezco, Padre Celestial.

Ruth

Agradezco a mis padres por haberme apoyado siempre en todos los proyectos que he emprendido y por haber culminado este.

Julia

Resumen

El presente trabajo de investigación tiene como finalidad: Determinar el nivel de adopción del rol materno que presentan las madres adolescentes primerizas según grupo de convivencia familiar. En relación a la parte metodológica, el estudio es de tipo básico de nivel descriptivo, enfoque cuantitativo, el diseño corresponde, a una investigación no experimental, según la temporalización: es transversal recolectando datos en un solo momento, se tomó como población a 204 madres adolescentes primerizas que asisten regularmente a los controles de sus bebés (Especialidad niño sano) durante los últimos 4 meses, se utilizó el instrumento estandarizado y validado (Escala de Adopción del Rol Materno ARM, de los autores Garrido M. y Marchan M. (2011), que mide de forma cuantitativa el nivel de adopción del rol materno y está integrado por 56 reactivos tipo Likert) para obtener la información sobre la variable de estudio. El trabajo presenta información teórica sobre las dimensiones de la variable rol materno: Aceptación al bebé, contacto con el rol de madre, estimulación del bebé, expresiones maternas de afecto hacia él bebé, bienestar del bebé, preocupación y protección del bebé, interacción con la pareja respecto al bebé, interacción con la familia de origen respecto al bebé, cuidados del bebé, conocimiento y cultura relacionados al bebé, utilizándose el programa estadístico SPSS 24.0, para el procesamiento de la información. Dentro de los principales resultados, el nivel de adopción del rol materno en madres adolescentes primerizas, es de nivel bajo en un 95.1% y medio en un 4.9%. No existen diferencias significativas estadísticas según grupo de convivencia familiar, es decir, el nivel sigue siendo bajo en relación al apoyo familiar, pero según etapas de la adolescencia, existen diferencias significativas sobre todo en el conocimiento y cuidados del bebé, siendo las adolescentes en etapa inicial las que presentan el 100% de nivel bajo en la adopción del rol materno.

Palabras claves: Adopción del rol materno, Grupo de convivencia familiar, adolescente.

Abstract

The purpose of this research work is to: Determine the level of adoption of the maternal role presented by first-time adolescent mothers according to family living group. In relation to the methodological part, the study is of a basic type of descriptive level, quantitative approach, the design corresponds to a non-experimental investigation, according to the timing: it is transversal collecting data in a single moment, 204 mothers were taken as population first-time adolescents who regularly attend the controls of their babies (Healthy child specialty) during the last 4 months, the standardized and validated instrument was used (Adoption Scale of the Maternal Role ARM, of the authors Garrido M. and Marchan M. (2011), which quantitatively measures the level of adoption of the maternal role and is composed of 56 Likert-type reagents) to obtain information on the study variable. The paper presents theoretical information on the dimensions of the maternal role variable: Acceptance of the baby, contact with the role of the mother, stimulation of the baby, maternal expressions of affection for the baby, welfare of the baby, concern and protection of the baby, interaction with the couple regarding the baby, interaction with the family of origin regarding the baby, baby care, knowledge and culture related to the baby, using the statistical program SPSS 24.0, for the processing of the information. Among the main results, the level of adoption of the maternal role in first-time adolescent mothers is low at 95.1% and half at 4.9%. There are no significant statistical differences according to family coexistence group, that is, the level remains low in relation to family support, but according to stages of adolescence, there are significant differences especially in the knowledge and care of the baby, being the adolescents in stage initial those that present 100% of low level in the adoption of the maternal role.

Keywords: Adoption of the maternal role, Family living group, adolescent.

Índice de Contenidos

Dedicatoria	ii
Agradecimientos	iii
Resumen	iv
Abstract	v
Índice de contenidos	vi
Índice de tablas	viii
Introducción	ix
Capítulo I	
Proyecto de Investigación	
1.1. Planteamiento Teórico	1
1.1.1. Planteamiento del Problema	1
1.1.2. Justificación	4
1.1.3. Objetivos	4
1.1.4. Hipótesis	5
1.1.5. Variables de Estudio	5
1.1.6. Operacionalización de Variables	7
1.2. Planteamiento Metodológico de la Investigación	8
1.2.1. Tipo, Nivel y Diseño de Investigación	8
1.2.2. Enfoque de la Investigación	8
1.2.3. Técnicas de Recolección de Información	9
1.2.4. Instrumentos de Recolección de Información	9
1.3. Planteamiento Operacional de la Investigación	9
1.3.1. Unidad de Análisis	9
1.3.2. Población	10
1.3.3. Tiempo Social	10
1.3.4. Financiamiento de la Investigación	10
1.3.5. Presupuesto	10

Capítulo II

Marco Teórico

2.1. Antecedentes de la Investigación	11
2.2. La Adolescencia	14
2.2.1. Etapas de la Adolescencia	16
2.3. Maternidad en la Adolescencia	19
2.4. Adopción del Rol Materno	21
2.4.1. Factor Microsistema	23
2.4.2. Factor Mesosistema	26
2.4.3. Factor Macrosistema	27
2.5. Convivencia Familiar	28
2.5.1. Grupo de Convivencia Familiar	30

Capítulo III

Resultados de la Investigación	33
---------------------------------------	-----------

Conclusiones

Sugerencias

Referencias Bibliográficas

Apéndices

Índice de Tablas

Tabla 1. <i>Análisis Descriptivo Numérico de la Edad</i>	34
Tabla 2. <i>Análisis Categórico de las Características Sociodemográficas</i>	35
Tabla 3. <i>Análisis de Confiabilidad del Instrumento</i>	36
Tabla 4. <i>Nivel de Adopción del Rol Materno</i>	37
Tabla 5. <i>Nivel de Adopción del Rol Materno Según Dimensiones del Factor Microsistema</i>	39
Tabla 6. <i>Nivel de Adopción del Rol Materno Según Dimensiones del Factor Mesosistema</i>	40
Tabla 7. <i>Nivel de Adopción del Rol Materno Según Dimensiones del Factor Macrosistema</i>	41
Tabla 8. <i>Análisis Categórico del Nivel de Adopción del Rol Materno Según Grupo de Convivencia</i>	43
Tabla 9. <i>Descriptivos y Análisis Inferencial del Nivel de Adopción al Rol Materno Según Grupo de Convivencia</i>	44
Tabla 10. <i>Descriptivos y Análisis Inferencial del Nivel de Adopción al Rol Materno Según Etapas de la Adolescencia</i>	45
Tabla 11. <i>Análisis Categórico del Nivel de Adopción del Rol Materno Según Planificación</i>	46
Tabla 12. <i>Correlación del Nivel de Adopción al Rol Materno Según Grupo de Convivencia Familiar</i>	47

Introducción

Partiendo del enfoque más destacado sobre maternidad, Mercer (2004), toma lo propuesto por Bronfrenbrenner y Rubin, y desarrolla su enfoque de la maternidad, considerando la adopción del rol materno como un proceso interactivo y evolutivo, en el cual la madre se va sintiendo vinculada a su hijo, adquiere competencias en la realización de los cuidados asociados a su papel y experimenta placer y gratificación dentro del mismo.

La situación de análisis para la presente investigación, se toma como unidad de análisis a la madre adolescente primeriza, y según Nava (2009), la maternidad de adolescentes es un problema social y es una de las experiencias más difíciles que afectan la salud integral de los (as) adolescentes, así como de los padres de familia, la sociedad y el niño que está por nacer ya que no se reduce solamente a una problemática de salud biológica, sino que también afecta las demás dimensiones de la salud como: física, psicológica, emocional. Y la adopción del rol materno en esta etapa de vida es diferente a la mujer adulta en términos de un embarazo deseado, trayendo algunas dificultades a nivel personal y social.

En ese sentido, la investigación fue ejecuta en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa, en la especialidad de niño sano, donde periódicamente las madres adolescentes concurren con sus bebés a sus controles, en relación a la metodología de investigación empleada es de tipo básica, cuantitativa de nivel descriptiva, se utilizó el instrumento estandarizado y validado (Escala de Adopción del Rol Materno ARM, de los autores Garrido M. y Marchan M. (2011), que mide de forma cuantitativa el nivel de adopción del rol materno y está integrado por 56 reactivos tipo Likert) para obtener la información sobre la variable de estudio. Tomando como población a 204 madres

adolescentes primerizas, a quienes se les aplicó con su consentimiento el cuestionario para obtener la información sobre la variable de estudio.

Por ello, partiendo de esta perspectiva se formuló el siguiente problema de investigación: ¿Cuál es el nivel de adopción del rol materno que presentan las madres adolescentes primerizas según grupo de convivencia familiar?; planteándose como objetivo general: Determinar el nivel de adopción del rol materno que presentan las madres adolescentes primerizas según grupo de convivencia familiar. Dando como respuesta tentativa al problema la siguientes Hipótesis: Es probable que: El nivel de adopción del rol materno según grupo de convivencia familiar de las madres adolescentes primerizas sea de nivel bajo, encontrándose diferencias significativas según etapas de la adolescencia.

Por lo tanto, para comprender mejor el trabajo ha sido dividido en tres capítulos: Capítulo I: Titulado: Proyecto de Investigación, en este capítulo, se presenta Aspectos Teóricos y Metodológicos de la Investigación, planteándose el problema, objetivos, justificación, operacionalización de variables y el diseño metodológico, utilizado para recolectar y procesar la información.

Capítulo II: Titulado, Marco Teórico: presenta información teórica sobre las dimensiones de la variable adopción del rol materno: Aceptación al bebe, contacto con el rol de madre, estimulación del bebe, expresiones maternas de afecto hacia él bebe, bienestar del bebe, preocupación y protección del bebe, interacción con la pareja respecto al bebe, interacción con la familia de origen respecto al bebe, cuidados del bebe, conocimiento y cultura relacionados al bebe; y del grupo de convivencia familiar.

Y en el Capítulo III: Se presenta los resultados de la investigación. Los resultados son presentados en tablas estadísticas, interpretando y analizando los

principales hallazgos producto de la aplicación del instrumento a las madres adolescentes primerizas.

Finalmente, se presenta las conclusiones de los principales resultados de la investigación y se plantean algunas sugerencias con respecto a la problemática identificada. Concluyéndose con los apéndices, donde se incluye el instrumento de investigación, e información del Hospital Regional Honorio Delgado.

Capítulo I

Proyecto de Investigación

1.1. Planteamiento Teórico

1.1.1. Planteamiento del Problema

El embarazo da inicio a una nueva etapa en la vida de la mujer; pero mientras para muchas es un motivo de gozo, para otras puede significar una molestia que conlleva un fuerte desequilibrio emocional y que no favorecerá la relación con su pareja ni la futura relación con su hijo. Dentro de este grupo, se incluye a las madres adolescentes cuyos embarazos no suelen darse de forma planificada y no siempre llegan a culminar en un alumbramiento exitoso, considerando que muchas adolescentes optan por el aborto inducido o tienen abortos espontáneos, pues no están anatómicamente preparadas para ser madres. (Calderón & Alzamora, 2006; Gollo, 2000).

Con respecto al uso del término “adopción” en relación al rol materno, Kimelman (2003), expone que el instinto maternal no es inherente a la condición de la mujer y por lo tanto, el instinto maternal no existe como tal, pues a pesar de estar determinado por la presencia de un gen, necesita de ciertas experiencias sociales relacionadas con la maternidad, como por ejemplo, tener un embarazo placentero, contar con el apoyo de la familia y el padre del bebé, haber deseado tener un hijo y vivir en el parto algún tipo de apego con el recién nacido para que lo maternal aflore. Entonces, el rol materno es un papel que la madre adopta de forma dinámica, tal como lo propone Mercer (2004) en la teoría de la adopción del rol materno, la que se utilizó como base principal de la presente investigación.

Esta teoría propone que la adopción del rol materno se desarrolla en la interacción de la madre con tres contextos o sistemas: el Microsistema (basado en la relación madre-hijo, la cual se ve influenciada por la relación madre-padre, el estrés, el apoyo social y el funcionamiento familiar), el Mesosistema (incluye el entorno laboral de los padres, la escuela y los cuidados diarios) y el Macrosistema (incluye las influencias sociales, políticas y culturales). La teoría propone que la adopción del rol materno presenta las cuatro etapas siguientes: “Compromiso y preparación” (empieza durante la gestación e incluye los primeros ajustes sociales y psicológicos al embarazo, la madre aprende las expectativas del rol y fantasea sobre él), “Conocimiento, práctica y recuperación física” (inicia cuando el niño nace e incluye el aprendizaje del rol y su activación, durante las primeras dos semanas de haber nacido el bebé), “Normalización” (comienza cuando la madre desarrolla maneras de realizar su rol no transmitidas por el sistema social, basándose en experiencias pasadas y objetivos futuros; desde la 2da semana hasta 4 meses de haber nacido el bebé) e “Integración de la identidad maternal” (cuando la madre interioriza el rol, experimentando un sentimiento de armonía, confianza y competencia; aproximadamente 4 meses).

En el Perú, la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), estimó que el porcentaje de adolescentes madres o embarazadas por primera vez, según lo reportan Mendoza y Subiría (2013), se ha mantenido en las últimas dos décadas en torno al 13% con tendencia al ascenso. Al 2014 ese nivel ya alcanzaba el 14,6%. Y en la actualidad se ha incrementado 2% más (2019), por lo tanto, esta situación convierte a la maternidad y al embarazo adolescente en un fenómeno constante dentro del contexto nacional, constituyéndose así en un problema grave sobre el cual se deben diseñar medidas de intervención. Más aún cuando crecientemente esos embarazos hubieran querido ser postergados por parte de las propias adolescentes.

En ese sentido, las madres adolescentes primerizas que asisten a los controles tanto de los niños como los propios en la especialidad de niño sano en el Hospital Honorio Delgado Espinoza, se ha podido observar que muchas de ellas por lo general, son acompañadas por sus madres, hermanas y en algunos casos por la pareja, evidenciándose que la mayor atención hacia él bebe lo demuestran los acompañantes, observándose cierto desinterés, estrés, desapego por parte de la madre primeriza, en ese sentido, se puede precisar que se debe probablemente a que la adopción del rol como es el materno, les cuesta primero por la edad, el apoyo económico familiar y el abandono escolar, así como, la escasa comunicación con el padre del bebe.

Así mismo, existen características y conductas de la madre que pueden influir en la adopción del rol materno, estos pueden ser: aceptación y contacto con el rol de la madre, estimulación y expresiones maternas de afecto hacia el niño(a), bienestar, preocupación y protección del niño(a), interacción con la pareja y la familia respecto al niño(a), cuidados del niño(a), conocimiento y cultura relacionados al niño(a). Garrido M. y Marchan M. (2011).

Por lo tanto, es necesario plantearse las siguientes preguntas de investigación.

- ¿Cuál es el nivel de adopción del rol materno que presentan las madres adolescentes primerizas según grupo de convivencia familiar?
- ¿Cuál es el nivel de los factores y dimensiones de adopción del rol materno que inciden en el comportamiento de las madres adolescentes?
- ¿Cuáles son las diferencias significativas entre el nivel de adopción del rol materno, el grupo de convivencia familiar y la etapa de la adolescencia que presentan las madres adolescentes?

1.1.2. Justificación

El embarazo, puede representar la materialización de un anhelo para la mayoría de las mujeres, es también un período de grandes incertidumbres, especialmente cuando se es madre por primera vez. Con el nacimiento del niño la mujer adolescente primeriza, debe enfrentar una serie de tareas, cambios hormonales, biológicos con la finalidad de aprender a anteponer las necesidades del niño (por ejemplo: la lactancia) a las propias y aceptar los cambios corporales que se producen.

Por lo que, la presente investigación pretende analizar como las madres adolescentes primerizas adoptan su nuevo rol materno según su grupo de convivencia para establecer como es la crianza del menor y cuál es el comportamiento que desarrollan estas madres, si bien se trata de un tema que ha sido abordado en madres adultas, lo interesante es que en este tipo de muestra existen pocas investigaciones sobre las variables de estudio.

Por lo tanto, esta investigación aportará información nueva acerca de la adopción del rol materno en madres adolescentes primerizas, la cual servirá de referencia para otras investigaciones, así mismo, podrán plantearse algunas recomendaciones para que ayuden a las madres adolescentes en el aspecto psicosocial para que puedan aceptar y asumir la responsabilidad sobre sus hijos.

1.1.3. Objetivos

- **Objetivo General**

Determinar el nivel de adopción del rol materno que presentan las madres adolescentes primerizas según grupo de convivencia familiar.

- **Objetivos Específicos**

- Medir el nivel de los factores y dimensiones de adopción del rol materno que inciden en el comportamiento de las madres adolescentes.
- Identificar las diferencias significativas entre el nivel de adopción del rol materno, el grupo de convivencia familiar y la etapa de la adolescencia que presentan las madres adolescentes.

1.1.4. Hipótesis

Es probable que: El nivel de adopción del rol materno según grupo de convivencia familiar de las madres adolescentes primerizas sea de nivel bajo, encontrándose diferencias significativas según etapas de la adolescencia.

1.1.5. Variables de Estudio

Variable: Adopción del Rol Materno: Mercer (2004), toma lo propuesto por Bronfenbrenner y Rubin, y desarrolla su enfoque de la maternidad, considerando la adopción del rol materno como un proceso interactivo y evolutivo, en el cual la madre se va sintiendo vinculada a su hijo, adquiere competencias en la realización de los cuidados asociados a su papel y experimenta placer y gratificación dentro del mismo.

Además, Mercer (citado en Ortiz, Cárdenas y Flores, 2015), explica el proceso que enfrenta la mujer para convertirse en madre y las variables que influyen en este proceso desde el embarazo hasta el primer año después del nacimiento del hijo. Convertirse en madre hace referencia a las percepciones de la mujer respecto a su competencia para brindar cuidados al hijo. Al establecer su competencia, la madre

anticipa el comportamiento del hijo, sabiendo cómo, qué, cuándo y por qué se hace algo para o con él con el fin de obtener el bienestar del hijo.

Variable: Grupo de Convivencia Familiar: La Convivencia es la acción de convivir (vivir en compañía de otro u otros). En su acepción más amplia, se trata de un concepto vinculado a la coexistencia pacífica y armoniosa de grupos humanos en un mismo espacio (Mendes, 2011). Siendo las formas más frecuentes de convivencia según grupo: Convivencia nuclear, convivencia extendida y convivencia monoparental. Según su grupo de convivencia, es importante porque permitirá determinar si el apoyo de la pareja y el de la familia (materna o paterna), ya sean juntos o separados, sean factores que favorecerán a que la madre adolescente primeriza adopte el rol materno (Garrido y Marchan, 2011).

Grupos de convivencia familiar, según lo propuesto por Rondón (2011):

Familia Nuclear, constituida por el hombre y la mujer, o dos mujeres u hombres, los hijos, unidos por lazos de consanguinidad que conviven el mismo hogar y desarrollan sentimientos de afecto, intimidad e identificación. Se diferencia de la extensa en la reducción del número de miembros.

Familia Extensa, integrada por miembros de más de dos generaciones, donde los abuelos, los tíos y otros parientes comparten la vivienda y participan en el funcionamiento familiar.

Familia Monoparental, conformada por el o los hijos y el padre o la madre, asumiendo la jefatura masculina o femenina. La ausencia de uno de los progenitores puede ser total, o parcial cuando el progenitor que no convive continúa desempeñando algunas funciones.

Familia simultánea o reconstituida, conformada por la unión de cónyuges, donde uno o ambos provienen de separaciones y divorcios de anteriores vínculos legales o de hecho, que aportan hijos y tienen a su vez hijos en su nueva unión.

1.1.6. Operacionalización de Variables

Variable	Subvariable	Dimensión	Baremo/Ítem	Instrumento
Adopción del Rol Materno	Nivel de Adopción al Rol Materno	Nivel	Alto Medio Bajo	Cuestionario para evaluar el nivel de adopción del rol materno Escala de Adopción del Rol Materno ARM, Garrido M. y Marchan M. (2011)
	Factor microsistema	Aceptación al bebe	1,2,3,5,9,16,25, 31,33, y 42	
		Contacto con el rol de madre	8,26,27,48,49, y 50	
		Estimulación del bebe	11,13,14,30,38, 41, y 53	
		Expresiones maternas de afecto hacia él bebe	18,19,20,21, y 29	
		Bienestar del bebe	6,15,23,51, y 56	
		Preocupación y protección del bebe	24,35,43,44, y 47	
	Factor mesosistema	Interacción con la pareja respecto al bebe	12,28,40,52, y 54	
		Interacción con la familia de origen respecto al bebe	10,36,45,46, y 55	
	Factor macrosistema	Cuidados del bebe	17,32, y 39	
		Conocimiento y cultura relacionados al bebe	4,7,22,34 y 37	

Variable	Dimensión	Indicadores
Grupo de Convivencia Familiar	Tipología según estructura	Nuclear
		Monoparental
		Extensa
		Simultanea o reconstituida

1.2. Planteamiento Metodológico de la Investigación

1.2.1. Tipo, Nivel y Diseño de Investigación

El tipo de investigación según el objetivo que persigue es **Básica**: es la que no tiene propósitos aplicativos inmediatos, pues solo busca ampliar y profundizar el caudal de conocimientos científicos existentes acerca de la realidad (Carrasco, 2017).

El nivel de investigación es **Descriptiva**: Es aquel tipo de estudio que refiere sobre las características, cualidades, internas y externas, propiedades y rasgos esenciales de los hechos y fenómenos de la realidad, en un momento y tiempo histórico concreto y determinado (Carrasco, 2017).

El diseño corresponde, a una investigación **No Experimental**, según la temporalización: es **Transversal**: Es el diseño de investigación que recolecta datos de un solo momento y en un tiempo único. El propósito de este método es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado (Carrasco, 2017).

1.2.2. Enfoque de la Investigación

Metodología **Cuantitativa**: La investigación cuantitativa es una forma estructurada de recopilar y analizar datos obtenidos de distintas fuentes. La

investigación cuantitativa implica el uso de herramientas informáticas, estadísticas, y matemáticas para obtener resultados. Es concluyente en su propósito ya que trata de cuantificar el problema y entender qué tan generalizado está mediante la búsqueda de resultados proyectables a una población mayor (Carrasco, 2017).

1.2.3. Técnicas de Recolección de Información

Encuesta: Es una técnica para la investigación social por excelencia, debido a su utilidad, versatilidad, sencillez y objetividad de los datos que con ella se obtiene. Mediante preguntas formuladas directa o indirectamente a los sujetos que constituyen la unidad de análisis del estudio investigativo (Carrasco, 2017).

1.2.4. Instrumentos de Recolección de Información

Cuestionario: El cuestionario utilizado para la presente investigación se titula: Cuestionario para evaluar el nivel de adopción del rol materno. Escala de Adopción del Rol Materno ARM, de los autores Garrido M. y Marchan M. (2011).

Por lo tanto, la utilización de la estadística (SPSS 24.0) permitirá comprobar o rechazar la hipótesis planteada, generando datos cuantitativos que permitirán explicar los objetivos planteados, arribando a conclusiones objetivas.

1.3. Planteamiento Operacional de la Investigación

1.3.1. Unidad de Análisis

Madres adolescentes que asisten al servicio de salud en la especialidad de niño sano del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, tomando como criterios de inclusión y exclusión: a las madres adolescentes primerizas que voluntariamente aceptaron llenar el instrumento de investigación.

1.3.2. Población

204 madres adolescentes primerizas que asisten regularmente a los controles de sus bebés durante los últimos 4 meses.

1.3.3. Tiempo Social

El tiempo social de la investigación corresponde al año 2019, considerando los meses de febrero a junio.

1.3.4. Financiamiento de la Investigación

La investigación es financiada por las Licenciadas, siendo el carácter de autofinanciación.

1.3.5. Presupuesto

RUBRO	DESCRIPCIÓN DE GASTOS	COSTO	TOTAL
Equipo de investigación	Gastos de movilidad	100 soles x mes (5)	500.00
	Refrigerios	50 soles x mes (5)	100.00
	Servicio de telefonía	20 soles x mes (5)	75.00
Materiales	Papel bond 5 millares	15 soles	75.00
	Impresiones, fotocopias y anillados	400 soles	400.00
	Material bibliográfico 4 libros de investigación	200 soles	200.00
	Servicio de internet	50 soles x mes (5)	250.00
Asesoría	Servicio de asesoría	200 soles x mes (5)	1000.00
SUBTOTAL			2775.00
IMPREVISTOS 10%			256.50
COSTO TOTAL			3031.50

Capítulo II

Marco Teórico

2.1. Antecedentes de la Investigación

La revisión bibliográfica sobre estudios previos en la adopción del rol materno en madres adolescente, describe que existen mayor cantidad de estudios a nivel nacional que internacional, a continuación, se presentan los antecedentes en ese orden:

A Nivel Nacional:

Tarazona (2019), investigo la tesis titulada: Rol Maternal en Adolescentes con Recién Nacidos Prematuros en la UCI Neonatal de un Hospital Nacional, 2019. Se formuló el siguiente objetivo: determinar el nivel de adopción del rol maternal en adolescentes con recién nacidos prematuros en la unidad de cuidados intensivos neonatales de un hospital nacional. En relación al Material y Métodos: es una investigación cuantitativa, descriptiva, transversal, no experimental. La muestra de estudio fueron 23 madres adolescentes de recién nacidos prematuros hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Se aplicó un cuestionario elaborado por Enriquez-Gomez titulado “Adopción del rol maternal” ($\alpha = 0,94$) que evalúan los cuatro estadios de la adopción del rol maternal de acuerdo a la Teoría de Ramona Mercer. Se usó el programa estadístico Excel para el registro de los datos obtenidos y su análisis porcentual. Dentro de los principales resultados, el nivel de adopción del rol maternal en adolescentes con recién nacidos prematuros es de nivel medio, debido a que los neonatos se encuentran en una unidad de cuidados por ser prematuros, y el contacto con la madre adolescente no es directo.

Molina (2017), realizó la investigación titulada: Rol de la Madre Adolescente y Desarrollo Psicomotor en Niños Menores de 1 Año Centro de Salud Año Nuevo Comas – 2016. La investigación tuvo como objetivo: Determinar la relación que existe entre el rol de la madre adolescente y su relación con el desarrollo psicomotor en sus hijos menores de un año en el Centro de Salud de Comas noviembre 2016. Se utilizó como metodología: Estudio cuantitativo, tipo correlacional, de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 50 madres adolescentes y sus hijos menores de 1 año. Para la recolección de datos de la madre se utilizó como técnica la encuesta y como instrumento un cuestionario sobre el rol de la madre adolescente y datos generales del niño, y para la evaluación del desarrollo psicomotor del niño se utilizó el instrumento del Test Peruano Abreviado. Dentro de los principales resultados se describe que: El 64% de madres adolescentes presentan un rol en proceso y en cuanto al desarrollo psicomotor el 36% son niños que se encuentran riesgo para el trastorno. Concluyéndose, que la mayoría de las madres adolescentes presentan un rol en proceso. El desarrollo psicomotor en niños menores de un año se encuentra en riesgo de trastorno.

Damián y Enríquez (2017), investigaron los Factores Protectores y Adopción del Rol Materno en Madres Adolescentes, Distrito el Porvenir, Trujillo - 2017. La investigación tuvo como objetivo: determinar la relación que existe entre los Factores Protectores y la Adopción del Rol Materno en madres adolescentes, con niños menores de un año del Hospital Materno Infantil Santa Isabel del distrito El Porvenir. El método fue de tipo descriptivo, correlacional y de corte transversal, la muestra estuvo constituida por 80 madres adolescentes que cumplieron con los criterios de inclusión. Para la recolección de los datos se aplicaron tres instrumentos: Escala de Valoración del Nivel de Autoestima, Escala de Valoración de Proyecto de vida y la Escala de Valoración de Adopción del Rol Materno. La información obtenida fue procesada y

analizada en el programa SPSS versión 24 y presentada en tablas estadísticas de simple y doble entrada. Para determinar la relación entre las variables, se utilizó la prueba de independencia de criterios Chi Cuadrado. En la discusión de los resultados se llegaron a las siguientes conclusiones: La adopción del rol materno en madres adolescentes fue buena en un 57.5% y regular en 42.5%. En los factores protectores: autoestima, se encontró de nivel medio en un 67.5% y bajo nivel en un 32.5%. En el proyecto, de vida se encontró definido 86.25% y 13.75% no definido. Por lo tanto, existe una relación estadística significativa entre la Adopción del Rol Materno y el Nivel de Autoestima ($p=0.056$) y no existe relación significativa entre la Adopción del Rol Materno y el Proyecto de Vida ($p=0.121$).

A Nivel Internacional:

Lascano (2018), investigó la Adaptabilidad al Rol Materno y su Influencia en los Síntomas Ansiosos Depresivos en mujeres en la etapa postneonatal. caso: Centro de Salud Ingahurco Ambato Área 1. La presente investigación, tiene como objetivo principal, establecer la relación entre la adaptación al rol materno y la influencia que existe en la aparición de síntomas ansiosos depresivos, mediante un estudio correlacional de corte transversal. Por tal motivo se tomó una muestra de 55 madres en la etapa postneonatal que acuden al centro de salud área 1 de la ciudad de Ambato, las cuales fueron evaluadas mediante la Escala de Adopción del Rol Materno (ARM), inventario de Ansiedad Rasgo – Estado, Inventario de Depresión Rasgo – Estado, adicional a estos reactivos se aplicó una ficha sociodemográfica. Gracias a los datos obtenidos, se determina que la adaptación al rol incide en los síntomas de depresión como rasgo con un $r= -0,535$ $p> 0,05$ $R^2= 0,286$ y con la ansiedad como rasgo con un coeficiente de $r= -0,511$; $p< 0,01$ con $R^2= 0,261$, por lo tanto, existe una correlación

entre las variables estudiadas a través de los resultados se concluye que, a menor adaptabilidad mayor presencia de síntomas ansiosos depresivos.

Enríquez, (2015), investigó la Adopción del rol maternal de madres adolescentes y su relación con el estado nutricional del niño menor de un año según el modelo de Ramona Mercer, Guatemala, 2015. La investigación formulo el siguiente objetivo: Describir el nivel de adopción del rol maternal y su relación con el estado nutricional del niño en el primer año de vida, basado en la teoría de enfermería de Ramona Mercer. Dicho estudio se llevó acabo con un grupo de madres control (madres con niños con estado nutricional adecuado) y un grupo de madres objetivo (madres con niños desnutridos) ambos grupos fueron de madres adolescentes, que asistieron al centro de salud de Quetzaltenango. La investigación fue correlacional, buscó establecer si existe una relación entre la adopción del rol materno y el estado nutricional del niño. Fue de corte retrospectivo-transversal, porque indagó en hechos del pasado (embarazo) y del presente (crianza del niño). Y porque se realizó en un solo momento, es decir en los meses de abril y mayo 2014. A través del estudio se confirmó la hipótesis a mayor adopción del rol maternal, mejor estado nutricional del niño, por lo que solamente 40% de las madres objetivos se encontraron en el nivel alto de adopción del rol maternal. La mayoría de ambos grupos de madres se clasificaron en nivel medio de adopción del rol maternal. El área del apoyo social, que en menor frecuencia recibieron las madres tanto del grupo control como el objetivo fue la referente al apoyo físico, es decir que recibieron poca ayuda directa.

2.2. La Adolescencia

Para investigadores como, Güemes, Ceñal y Hidalgo (2017), consideran que, mientras que la pubertad es un periodo de cambios exclusivamente biológicos, la

adolescencia es el periodo de tiempo entre el inicio de la pubertad y el final del crecimiento y desarrollo físico y psicosocial. Es una etapa con características y necesidades propias y tiene la misma importancia que la infancia o la edad adulta. Es la época más sana de la vida desde el punto de vista físico, pero el adolescente está expuesto a muchos riesgos y diferentes problemas de salud. Los profesionales sanitarios deben conocer el desarrollo puberal y psicosocial, así como las posibles variaciones dentro de la normalidad y cuáles son las necesidades en salud y formas de enfermar del joven, estimulando la resiliencia o factores protectores y evitando los factores de riesgo para la salud.

En tal sentido, la adolescencia procede de la palabra latina “adolescere”, del verbo adolecer, y en castellano tiene dos significados: tener cierta imperfección o defecto y, también, crecimiento y maduración. Esta etapa se acompaña de intensos cambios físicos, psicológicos, emocionales y sociales; se inicia con la pubertad, aspecto puramente orgánico, y termina alrededor de la segunda década de la vida, cuando se completa el crecimiento y desarrollo físico y la maduración psicosocial. Por lo que, la adolescencia comprende un periodo de tiempo impreciso, y su duración ha ido aumentando en los últimos años debido al comienzo más precoz de la pubertad y a la prolongación del periodo de formación escolar y profesional (Güemes, Ceñal y Hidalgo, 2017).

Es por ello, que los adolescentes constituyen un subgrupo poblacional muy importante desde la perspectiva de salud pública, no solo por su número, capacidad reproductora y poder adquisitivo, sino también porque su estado de salud, su comportamiento y sus hábitos actuales tendrán una enorme repercusión en su estilo de vida y su salud futura.

Por lo tanto, si bien determinadas enfermedades infecciosas y nutricionales han ido aumentando en los últimos años, los adolescentes continúan expuestos a muchos riesgos: accidentes, violencia, delincuencia, uso y consumo de drogas, conductas sexuales arriesgadas, embarazos, problemas familiares, escolares, tecnologías de la información, y trastornos mentales, entre otros. Es preciso tener en cuenta que la mayoría de estas conductas son prevenibles.

Otro aspecto importante a tomar en cuenta es la categorización que se hace sobre la edad en la adolescencia, para la Organización Mundial de la Salud (OMS), considera adolescencia entre los 10 y 19 años y juventud al periodo entre los 19 y 25 años de edad. La SAHM (Sociedad Americana de Salud y Medicina de la Adolescencia) la sitúa entre los 10-21 años. Distinguiendo 3 fases que se solapan entre sí: adolescencia inicial (10-14 años), media (15-17 años) y tardía (18-21 años).

2.2.1. Etapas de la Adolescencia

Para Carswell (2008) citado en (Güemes et. al, 2017), la adolescencia no es un proceso continuo, sincrónico y uniforme. Los distintos aspectos biológicos, intelectuales, emocionales o sociales pueden no llevar el mismo ritmo madurativo y ocurrir retrocesos o estancamientos, sobre todo en momentos de estrés. En ese sentido, se puede estructurar la adolescencia en tres etapas que se describe de la siguiente manera:

Adolescencia inicial

Abarca aproximadamente desde los 10 a los 13 años, y se caracteriza fundamentalmente por los cambios puberales. Se caracteriza porque comienza a

experimentar cambios físicos a una gran velocidad, en esta fase aparecen los caracteres sexuales secundarios.

Los cambios psicológicos y sociales no tienen un gran desarrollo durante esta fase, sino que son consecuencias o se derivan de los cambios físicos. El adolescente observa cómo su cuerpo se desarrolla y cambia, y esto provoca una gran curiosidad y una situación extraña para él. Las transformaciones acercan al adolescente a su grupo de amigos, que también experimentan los mismos cambios, por lo que existe una identificación grupal.

Durante esta fase no se producen cambios psicológicos porque en lo que se refiere a los procesos cognitivos, el adolescente sigue pensando en concreto, no ha desarrollado la abstracción del pensamiento, no percibe las implicaciones futuras y se encuentra todavía muy lejos del pensamiento adulto. Finalmente, los contactos con el otro sexo tienen un carácter exploratorio, también lejos del deseo sexual adulto.

Adolescencia media

Comprende de los 14 a los 16 años y se caracteriza, sobre todo, por conflictos familiares, debido a la relevancia que adquiere el grupo; es en esta época, cuando pueden iniciarse con más probabilidad las conductas de riesgo.

Al comienzo de esta fase, el adolescente ya ha finalizado casi por completo su maduración sexual: sus órganos sexuales están prácticamente desarrollados y ha adquirido el 95% de su estatura. A partir de este momento, los cambios físicos se ralentizan de sobremanera, lo que le permite al adolescente fijar su imagen corporal y desarrollar más fácilmente una imagen de sí mismo. En esta fase adquieren vital importancia los cambios psicológicos y sociales.

Durante estos años desarrolla el pensamiento abstracto y la capacidad de percibir las implicaciones futuras, aunque en circunstancias conflictivas, como etapas de estrés, puede sufrir regresiones hacia el pensamiento concreto y ser incapaz de percibir estas implicaciones. La capacidad de percibir en abstracto provoca que el joven desarrolle también una cierta capacidad discursiva, además de identificarse con otras personas, grupos e ideologías. El adolescente también desarrolla y potencia una imagen de sí mismo, un rol que proyecta hacia los demás. La pertenencia a un grupo social y la necesidad de independencia respecto del grupo familiar también son consecuencias directas de los cambios psicológicos y cognitivos durante esta etapa.

El narcisismo y la sensación de invulnerabilidad es otra de las consecuencias de los cambios psicológicos del adolescente. Proyecta su imagen hacia el resto del mundo con el objetivo de acaparar atención. La sensación de invulnerabilidad y de fortaleza hacen que el adolescente pueda ser más agresivo en ciertas circunstancias y puede acarrear comportamientos de riesgo, como el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.

El contacto con el otro sexo se incrementa, aunque no sólo responde a un deseo sexual creciente, sino también al narcisismo y la exploración de los propios límites del adolescente, que necesita poner a prueba el grado de atracción que posee.

Adolescencia tardía

Abarca desde los 17 hasta y puede prolongarse hasta los 19 años y se caracteriza por la reaceptación de los valores paternos y por la asunción de tareas y responsabilidades propias de la madurez.

Así también, el desarrollo físico y sexual ha terminado. El adolescente ya es físicamente adulto y sus órganos sexuales están plenamente capacitados para la reproducción.

El pensamiento abstracto también se ha desarrollado en su totalidad y el joven puede pensar en abstracto sin dificultad y percibe perfectamente las implicaciones futuras de sus actos. El desarrollo del pensamiento es un factor individual que depende de las condiciones del entorno y de las propias capacidades de la persona.

A partir de este momento, el adolescente comienza a enfrentarse a las exigencias del mundo adulto, las necesidades de atención y de pertenencia a un grupo pierden importancia en pro del fomento de las relaciones individuales.

Por lo tanto, según Hidalgo (2012) citado en (Güemes et. al, 2017), durante esta época de la vida, se logra un importante crecimiento y desarrollo físico y se alcanzan los objetivos psicosociales necesarios en la evolución del joven a la edad adulta como son: lograr la independencia, aceptar su imagen corporal, establecer relaciones con los amigos y lograr su identidad

2.3. Maternidad en la Adolescencia

Las madres adolescentes viven en un período de tiempo muy corto, numerosos acontecimientos de gran relevancia en sus vidas, como son: el inicio de la actividad sexual, la finalización de los estudios, la búsqueda del primer trabajo, la convivencia en pareja y la llegada del primer hijo. La maternidad precoz supone una aceleración del curso vital que, paradójicamente, retrasa la incorporación a la vida adulta y frena el desarrollo personal de capital humano y social (Asociación Salud y Familia, 2015).

Por lo que, para la misma asociación, estas madres tienen menos probabilidades de acabar los estudios secundarios, entrarán más tarde en el mercado laboral, registrarán menores tasas de actividad y sufrirán una pérdida notable de oportunidades de emparejamiento saludable.

En tal sentido, para Nava (2009), la maternidad de adolescentes es un problema social y es una de las experiencias más difíciles que afectan la salud integral de los (as) adolescentes, así como de los padres de familia, la sociedad y el niño que está por nacer ya que no se reduce solamente a una problemática de salud biológica, sino que también afecta las demás dimensiones de la salud como: física, psicológica, emocional.

En sí la maternidad implica cambios en fundamentales en las mujeres, el tener un hijo cambia muchos aspectos de la vida, debido a que el ser mamá será la nueva identidad para siempre. La maternidad se puede vivir de muchas formas, hay algunas mujeres para las cuales la maternidad es algo maravilloso y la viven de forma placentera, pero para algunas otras el ser madres se vuelve una carga.

Según Ponce (2013), la maternidad en la adolescencia, presenta un impacto social, maternidad y adolescencia tienen una dimensión subjetiva singular, y al mismo tiempo son construcciones sociales, de modo que lo específico de la maternidad adolescente estará referido a las determinantes socio-culturales de cada época, así como de cada región y estrato social particular.

Para la misma Ponce, también la maternidad adolescente tiene un impacto a nivel personal, el hecho de ser madre adolescente es una problemática que no solo condiciona la salud física de las mujeres, también vulnera las esferas psicológicas, sociales, culturales y educativas. El 90% de las adolescentes abandona la escuela por la maternidad.

Por lo que, las adolescentes madres pueden ser víctimas de estigmatización social a nivel familiar, escolar, laboral e incluso religioso, y sufrir desaprobación, rechazo o violencia de género que pueden hacerlas propensas a experimentar sentimientos de soledad, vergüenza, culpa, baja autoestima y depresión. Por lo que, la maternidad puede repercutir en la formación académica de la joven madre, ya que muchas optan por desertar de la escuela o bajan considerablemente su rendimiento, condición que puede tener agravantes a futuro en la búsqueda de empleo y mejores condiciones laborales.

Finalmente, en el Perú, la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), estimó que el porcentaje de adolescentes madres o embarazadas por primera vez, según lo reportan Mendoza y Subiría (2013), se ha mantenido en las últimas dos décadas en torno al 13% con tendencia al ascenso. Al 2014 ese nivel ya alcanzaba el 14,6%. Y en la actualidad se ha incrementado 2% más, por lo tanto, esta situación convierte a la maternidad y al embarazo adolescente en un fenómeno constante dentro del contexto nacional, constituyéndose así en un problema grave sobre el cual se deben diseñar medidas de intervención. Más aún cuando crecientemente esos embarazos hubieran querido ser postergados por parte de las propias adolescentes.

2.4. Adopción del Rol Materno

Con respecto al uso del término “adopción” en relación al rol materno, Kimelman (2003), expone que el instinto maternal no es inherente a la condición de la mujer y por lo tanto, el instinto maternal no existe como tal, pues a pesar de estar determinado por la presencia de un gen, necesita de ciertas experiencias sociales relacionadas con la maternidad, como por ejemplo, tener un embarazo placentero, contar con el apoyo de la familia y el padre del bebé, haber deseado tener un hijo y vivir

en el parto algún tipo de apego con el recién nacido para que lo maternal aflore. Entonces, el rol materno es un papel que la madre adopta de forma dinámica, tal como lo propone Mercer (2004), en la teoría de la adopción del rol materno, la que se utilizó como base principal de la presente investigación.

En ese sentido, el termino adopción del rol materno, encuentra sus bases teóricas en lo propuesto por Mercer (2004), quien toma lo propuesto por Bronfrenbrenner y Rubin, y desarrolla su enfoque de la maternidad, considerando la adopción del rol materno como un proceso interactivo y evolutivo, en el cual la madre se va sintiendo vinculada a su hijo, adquiere competencias en la realización de los cuidados asociados a su papel y experimenta placer y gratificación dentro del mismo.

Además, Mercer (citado en Ortiz, Cárdenas y Flores, 2015), explica el proceso que enfrenta la mujer para convertirse en madre y las variables que influyen en este proceso desde el embarazo hasta el primer año después del nacimiento del hijo. Convertirse en madre hace referencia a las percepciones de la mujer respecto a su competencia para brindar cuidados al hijo. Al establecer su competencia, la madre anticipa el comportamiento del hijo, sabiendo cómo, qué, cuándo y por qué se hace algo para o con él con el fin de obtener el bienestar del hijo.

Por lo que, Ortiz et. al (2015), precisan que la competencia en el rol, se define como la capacidad de la mujer para proporcionar atención experta y sensible sabiendo lo que necesita su hijo, fomentando el desarrollo y el estado de satisfacción del bebe.

En relación a la adolescencia y maternidad, según Peláez, (1996), citado en (Ibarra, 2003), el embarazo y la maternidad tienen un impacto psicológico, cultural, social y biológico a cualquier edad y en la adolescencia supone mayores complicaciones tanto en la madre como en el hijo. En ese sentido, se han identificado riesgos médicos

asociados al embarazo en las adolescentes, la hipertensión, la anemia, el bajo peso al nacer, el parto prematuro, la nutrición insuficiente y otros que determinan elevación de la morbimortalidad materna y la mortalidad infantil en comparación con otros grupos de madres de otras edades.

Sin embargo, para Pérez, (1993), citado en (Ibarra, 2003), la mayor repercusión se observa en la esfera personal y social de la adolescente, porque tiene que asumir el reto de desempeñar el rol de madre, enfrentarse a una nueva situación, debe ser responsable del cuidado, atención y educación de su hijo cuando aún no ha consolidado su formación y desarrollo y atraviesa una crisis psicológica como expresión de la búsqueda de independencia, necesidad de autonomía y libertad.

2.4.1. Factor Microsistema

Para Alvarado, Guarín, y Cañón (2011), definen que el microsistema es el entorno inmediato donde se produce la adopción del rol maternal, que incluye la familia y factores con el funcionamiento familiar, las relaciones entre la madre y el padre, el apoyo social y el estrés. Es así que, Mercer amplió los conceptos iniciales y el modelo para destacar la importancia del padre en la adopción del rol, ya que este ayuda a “difuminar la tensión en la dualidad madre - niño”. La adopción del rol maternal se consigue en el microsistema por medio de las interacciones con el padre, la madre y el niño.

Aceptación al Bebe

Según Garrido y Marchan (2010), la aceptación al bebe, es un proceso en donde la madre acepta con agrado la existencia del niño otorgándole prioridad y mostrando comodidad para interactuar con él y disponibilidad para hacerse cargo de sí mismo. Es

decir, que este proceso se inicia desde que la madre es conocedora de la concepción del bebe, aceptando con alegría la grata experiencia de ser madre, lo que sucesivamente asume su rol materno.

Contacto con el rol de madre

Esta situación se produce cuando la madre experimenta agrado y se muestra conforme en comunicar su nuevo rol femenino, y en realizar, directamente con su niño, actividades básicas y esperadas entre madre e hijo (Garrido y Marchan, 2010). En ese sentido, según Espinoza (2012), para cumplir esta tarea, es necesario que la madre pueda encontrarse disponible para vincularse con el niño y poder disfrutar de relacionarse con él, demostrando tanto con un contacto físico cariñoso (tocarlo y manipularlo con afecto), como con hablarle y mostrarle que existe armonía entre ambos.

Estimulación del bebe

Se da cuando la madre aprovecha las oportunidades cotidianas para estimular el desarrollo físico y cognitivo del niño, además cuida que la estimulación sea agradable para el niño y no afecte la sensibilidad de este (Garrido y Marchan, 2010). El ser humano, desde su nacimiento, cuenta con una serie de posibilidades de desarrollo integral, que podrá lograr en la medida que reciba la estimulación necesaria de su familia, su comunidad y la sociedad en general. Los efectos positivos de la estimulación temprana en el desarrollo infantil son indiscutibles, una persona que está bien desarrollada física, mental, social y emocionalmente tendrá mejores oportunidades que una persona que no fue estimulada.

Expresiones maternas de afecto hacia el bebe

Son actitudes en las que la madre muestra agrado e iniciativa para expresar afecto al niño, ya sea utilizando caricias, frases y palabras afectuosas al momento de la lactancia y/o al interactuar con él y brindándole estimulación para su desarrollo (Garrido y Marchan, 2010). El principal vínculo y el más persistente de todos es habitualmente el que se establece entre la madre y el niño, y se consolida como un vínculo afectivo cuando existe un amor recíproco entre el recién nacido y su madre. Este vínculo será la base sobre la cual se desarrollarán los demás vínculos que establecerá el ser humano con las demás personas a lo largo de vida (Stern, 2013).

Bienestar del bebe

La madre primeriza le brinda al bebé cuidados necesarios referentes a su salud y bienestar, lo cual ayuda de manera positiva en su desarrollo físico y emocional (Garrido y Marchan, 2010). Los psiquiatras de niños y adolescentes reconocen que el ambiente ideal para criar a los niños pequeños es en el hogar, con sus padres y familia. El cuidado diario y directo de los padres es particularmente importante en los primeros meses de vida. Algunos expertos recomiendan que los padres soliciten por lo menos seis meses o más de permiso del trabajo para quedarse en la casa con el recién nacido. Está demostrado que los niños que reciben buenos cuidados durante el primer año de vida desarrollan mejores aptitudes para controlar el estrés, forman relaciones más saludables, van mejor en sus estudios y tienen más autoestima. En términos generales, tienen más posibilidades de disfrutar de una vida equilibrada y sentirse realizados (Manchein, 2009).

Preocupación y protección del bebé

La madre primeriza se preocupa por satisfacer las necesidades de protección de su bebé. Así mismo le brinda a su bebé la seguridad que este necesita para que se desarrolle de una manera adecuada, asegurándose que se desarrolle en las mejores condiciones posibles, brindándole además un trato afectivo al mismo (Garrido y Marchan, 2010). La sensación de seguridad del niño se forja cuando se produce lazos inquebrantables que se crean en las vivencias familiares, estos están caracterizados principalmente por sentimientos de pertenencia y por tener una proximidad física y emocional con los cuidadores primarios; de tal manera que la personalidad del niño se desarrolla plena y armónicamente (Punset, 2009).

2.4.2. Factor Mesosistema

Según Alvarado, Guarín, y Cañón (2011), al referirse al mesosistema, este concepto agrupa, influye e interactúa con las personas en el microsistema. Las interacciones del mesosistema pueden influir en lo que ocurre al rol maternal en desarrollo y el niño. Incluye el cuidado diario, la escuela, el lugar de trabajo y otras entidades que se encuentran en la comunidad más inmediata.

Interacción con la pareja respecto al bebé

La madre primeriza y su pareja coordinan y mantienen comunicación constante sobre las necesidades del bebé y las actividades existentes en torno a éste (Garrido y Marchan, 2010). La relación con el padre no es como la materna; es una relación diversa por contenidos, competencias y calidad afectiva. La unión con el padre nunca podrá ser de naturaleza simbiótica, ya que no se origina antes del nacimiento del niño. En general, muchas de las investigaciones concluyen que este es un factor significativo

para el éxito o el fracaso de los niños y su ausencia en la vida y formación de los hijos tiene consecuencias para estos, que van desde trastornos emocionales hasta el deterioro de la salud física.

Interacción con la familia de origen respecto al bebe

La madre primeriza mantiene un vínculo positivo y activo con su familia de tal forma que ésta evidencia su aceptación por el bebé y contribuye a la crianza de éste (Garrido y Marchan, 2010). Es evidente que la familia juega un papel fundamental al ser el contexto en el que los hijos e hijas establecen sus primeros vínculos afectivos, en donde aprenden las primeras cosas y en donde el mundo comienza a cobrar sentido. También es cierto, que la red social de apoyo vinculada a la familia como los abuelos, tíos, etc. Hacen que muchas familias se encuentren más seguras y orientadas en cuanto a pautas de crianza adecuadas y modelos educativos coherentes (Mir, y Hernández, 2009).

2.4.3. Factor Macrosistema

Autores como Alvarado, Guarín, y Cañón (2011), definen que el macrosistema incluye las influencias sociales, políticas y culturales sobre los otros dos sistemas (micro y mesosistema). El entorno de cuidado de la salud y el impacto del actual sistema de cuidado de la salud sobre la adopción del rol maternal origina el macrosistema. Considerando que son las leyes nacionales respecto a las mujeres y a los niños y las prioridades sanitarias que influyen en la adopción del rol maternal.

Cuidados del bebe

La madre primeriza tiene la seguridad y la confianza en sí misma de poder cumplir de manera adecuada su rol de madre, sintiéndose cómoda con éste y mostrando cuidados y protección hacia su bebé, relacionados a la ayuda que recibe de su entorno

(Garrido y Marchan, 2010). Las investigaciones indican que un vínculo seguro entre la madre y el niño durante la infancia influye en su capacidad para establecer relaciones sanas a lo largo de su vida, cuando los primeros vínculos son fuertes y seguros la persona es capaz de establecer un buen ajuste social, por el contrario, la separación emocional con la madre, la ausencia de afecto y cuidado puede provocar en el hijo una personalidad poco afectiva o desinterés social.

Conocimiento y cultura relacionados al bebe

La madre primeriza se ve en contacto directo o indirecto con pautas y costumbres culturales de su lugar de procedencia, ideales políticos predominantes de su entorno social y el impacto del actual sistema de cuidado de la salud infantil, lo cual contribuye a la adopción de su rol materno (Garrido y Marchan, 2010). La familia influye en las pautas y costumbres de crianza del niño, de tal manera que el desarrollo socio afectivo de este, se ve reflejado por los modelos, valores, normas, roles y habilidades aprendidos durante el período de la infancia, la cual está relacionada con el nivel de conocimientos de la madre en el manejo y resolución de conflictos, las habilidades sociales y adaptativas y con la regulación emocional, entre otras. Aunque las costumbres son factores que afectan el desarrollo de los niños y niñas, es importante identificar la influencia de la familia y de los estilos y pautas de crianza en el desarrollo socio afectivo (Martínez, y Rodríguez 2010).

2.5. Convivencia Familiar

Según Barquero (2014), precisa que la convivencia familiar es la acción de convivir (vivir en compañía de otro u otros). En su acepción más amplia, se trata de un concepto vinculado a la coexistencia pacífica y armoniosa de grupos humanos en un mismo espacio. El ser humano es un ser social, ninguna persona vive absolutamente

aislada del resto, ya que la interacción con otros individuos es imprescindible para el bienestar y la salud.

Sin embargo, la propia autora antes mencionada, señala que la convivencia no siempre resulta fácil, dado que pueden interferir negativamente ciertas diferencias sociales, culturales o económicas, entre otras muchas posibilidades.

Así mismo, para Rentería, Lledias y Giralgo (2008), precisan que una problemática social que actualmente genera múltiples interrogantes por las dinámicas que se le atribuyen es la referida a la convivencia familiar, que se constituye un fenómeno importante de estudio, el cual, al ser analizado desde abordajes interpretativos no hegemónicos usados tradicionalmente para su comprensión, permite ampliar los repertorios interpretativos de realidades sociales.

Es así, que la promoción de la convivencia no solo es un factor de bienestar para las personas, sino la base desde la que se construyen la ciudadanía, el capital social, la calidad de un país en el futuro y también la posibilidad de entendimiento entre los pueblos. Aprender a convivir incide de manera directa en el combate de formas violentas de relación y, por lo tanto, en la construcción de una cultura de paz.

Por lo tanto, afirma Rodríguez (2006) citado en (Barquero, 2014), que la familia es el principal eslabón social donde los niños y las niñas aprenden sobre el diálogo, la tolerancia, la solidaridad, el respeto a los derechos humanos y la búsqueda de la justicia, entre otros. Los aprendizajes obtenidos en esta instancia, posteriormente se multiplicarán en el intercambio que las personas mantengan con la sociedad.

2.5.1. Grupo de Convivencia Familiar

Según Quintero (2007), citado en (Rondón, 2011), las prácticas discursivas debaten en torno al cumplimiento adecuado de estas funciones en los modelos familiares actuales. En nuestra opinión, no todas las funciones se cumplen por igual, porque actualmente los individuos negocian las funciones familiares en función de las necesidades, circunstancias y valores, pero independientemente del tipo de familia, todos los modelos familiares satisfacen las dos últimas, es decir, estabilidad psíquica, emocional y socialización.

Por lo tanto, de acuerdo a la propia Quintero, se precisa los siguientes tipos de familia, considerándolos como grupos de convivencia:

Familia nuclear o nuclear-conyugal

Constituida por el hombre y la mujer, o dos mujeres u hombres, los hijos, unidos por lazos de consanguinidad que conviven el mismo hogar y desarrollan sentimientos de afecto, intimidad e identificación. Se diferencia de la extensa en la reducción del número de miembros.

Familia extensa

Integrada por miembros de más de dos generaciones, donde los abuelos, los tíos y otros parientes comparten la vivienda y participan en el funcionamiento familiar. Es la ampliación de las relaciones de consanguinidad y de alianza desde el núcleo a los colaterales por consanguinidad y afinidad, parientes consanguíneos ascendentes, descendientes y/o colaterales repartidos entre tres y hasta cuatro generaciones.

Familia monoparental

Conformada por el o los hijos y el padre o la madre, asumiendo la jefatura masculina o femenina. La ausencia de uno de los progenitores puede ser total, o parcial cuando el progenitor que no convive continúa desempeñando algunas funciones. En ambos casos, debido a separación, divorcio, abandono, viudez, alejamiento por motivos forzosos (trabajo, inmigración, ingreso en prisión, etc.) de uno de los padres, o elección por parte de la mujer o el hombre, de ejercer la parentalidad sin necesidad de un vínculo afectivo estable de cohabitación. Últimamente la familia monoparental construye nuevas formas y matices, con los cambios sociales subyacentes, como por ej. un padre o madre que, por viudedad, cohabita con un hijo o hija soltero/a y adulto que asume la jefatura familiar.

Familia simultánea o reconstituida

Conformada por la unión de cónyuges, donde uno o ambos provienen de separaciones y divorcios de anteriores vínculos legales o de hecho, que aportan hijos y tienen a su vez hijos en su nueva unión. Presentan tres modalidades: un miembro de la pareja tiene hijos de una relación anterior; los dos miembros de la pareja tienen hijos de una relación anterior; además de hijos de relaciones anteriores, se incluyen hijos de la nueva relación. Amplían la red de relaciones socio-familiares y, en cualquiera de sus variaciones hay concurrencia entre los diferentes procesos y tipologías donde interactúan los miembros de la familia. La simultaneidad es tanto de la pareja como de los hijos, que deben funcionar en varios sistemas familiares al mismo tiempo.

Familia homoparental

Relación estable de hecho o matrimonial entre dos personas del mismo sexo, que tienen hijos por intercambios de uno o ambos miembros de la pareja, por adopción y/o procreación asistida. Reivindica una sexualidad no procreadora entre la pareja. A diferencia de las demás configuraciones familiares, sus relaciones no son de reproducción, pero no excluye su capacidad o disponibilidad para ejercer la parentalidad.

Familia mixta simple

Familia nuclear que ha sido alejada de su hábitat por situaciones de desplazamiento forzado y que se encuentran en un proceso de duelo durante el cual se une a otra tipología familiar. Se constituyen con la unión obligada para la supervivencia, de dos familias. Su comunicación es esporádica o temporal, aunque continua gracias a las tecnologías de la comunicación y la información.

Familia mixta compleja

Familia nuclear que ha sido alejada de su hábitat por situaciones de desplazamiento forzado y que durante su proceso de duelo se une a otras tipologías familiares más complejas. Se estructuran con la unión obligada para la sobrevivencia, de más de dos familias, que tienen estructura, funcionamiento y ciclos vitales diferentes.

Por lo tanto, de acuerdo a lo descrito tipificando los diferentes grupos familiares en relación a la convivencia, se puede establecer que la familia sigue siendo la institución social que alberga, educa, sostiene a sus miembros familiares (Rondón, 2011).

Capítulo III

Resultados de la Investigación

En el presente capítulo se presenta los principales resultados de la investigación, producto de la aplicación del instrumento seleccionado con la finalidad de comprobar o rechazar la hipótesis planteada.

En ese sentido, el análisis de la información se realizó a través de datos numéricos, para ello se aplicó para la distribución de normalidad de los datos el test de Kolmogorov de bondad de ajuste a la curva normal, la misma que determino que los datos se acercuen a una distribución normal (datos paramétricos).

Así mismo, para explorar los datos se utilizó la estadística descriptiva a través de las medidas de tendencia central, de forma y posición. Para realizar las comparaciones y establecer si existen diferencias significativas de acuerdo al grupo de convivencia familiar y las etapas de la adolescencia se utilizó ANOVA de un factor (para encontrar diferencias en más de dos muestras o grupos). Para establecer relaciones se utilizó la r de Pearson.

Finalmente, los resultados se presentan en tablas estadísticas para su mejor comprensión de acuerdo a las variables de estudio.

Tabla 1**Análisis Descriptivo Numérico de la Edad**

		edad
N		204
Media		16,41
Mediana		17,00
Moda		18
Desv. Desviación		1,385
Asimetría		-,545
Error estándar de asimetría		,170
Curtosis		-,301
Error estándar de curtosis		,339
Rango		6
Mínimo		12
Máximo		18
Percentiles	25	15,00
	50	17,00
	75	18,00

Fuente: Elaboración propia.

De acuerdo a los datos presentados en la tabla en relación al análisis descriptivo numérico de la edad de las madres adolescentes, encontramos que la edad promedio es de 16 años, con una variación de 1,3 años, así mismo, se puede precisar que la mitad de las adolescentes (sujetos de investigación), presentan una edad inferior a los 17 años en una escala de 12 a 18 años.

Finalmente, de acuerdo a los percentiles, se precisa que el 50% de las madres adolescentes tiene una edad comprendida entre los 15 a 18 años, etapas que caracterizan a la madre adolescente en una etapa media y tardía.

Tabla 2**Análisis Categórico de las Características Sociodemográficas**

Características sociodemográficas		fi	%
Grupo de convivencia	Nuclear	66	32.3%
	Monoparental	106	52.0%
	Extensa	32	15.7%
Estado civil	Soltera	150	73.5%
	Conviviente	54	26.5%
Ocupación	Estudiante	142	69.6%
	Ama de casa	38	18.6%
	Independiente	24	11.8%
Grado de instrucción	Primaria	10	4.9%
	Secundaria incompleta	146	71.6%
	Secundaria completa	46	22.5%
	Superior incompleta	2	1.0%
Etapas de la adolescencia	Adolescencia inicial (12 – 13 años)	16	7.8%
	Adolescencia media (14 – 16 años)	84	41.2%
	Adolescencia tardía (17 – 18 años)	104	51.0%

Fuente: Elaboración propia.

En relación a las características sociodemográficas que presentan las madres adolescentes, se describe que de acuerdo al grupo de convivencia familiar el 52% pertenece a una familia monoparental, el 32.3% a una familia nuclear y el 15.7% a una familia extensa.

Así mismo, en cuanto al estado civil de la madre adolescente el 73.5% son solteras y el 26.5% convivientes, la ocupación que desarrollan la mayoría son estudiantes 69.6%, el 18.6% han asumido el rol de ama de casa y el 11.8% vienen trabajando de forma independiente.

Con respecto al grado de instrucción de las adolescentes la mayor parte de ellas 71.6% debido al nuevo rol materno no han concluido la educación secundaria, el 22.5% si concluyeron la educación secundaria, el 4.9% dejaron la escuela antes de lo previsto (primaria) y el 1% también dejaron sus estudios universitarios.

Tabla 3

Análisis de Confiabilidad del Instrumento

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,871	56

Fuente: Elaboración propia.

La confiabilidad del cuestionario adopción del rol materno, se obtuvo a través de las correlaciones (Alfa (α) de Cronbach) ítem- puntaje total, permitió estimar la fiabilidad en (0,871).

Por lo tanto, el Alfa de Cronbach no es un estadístico al uso, por lo que no viene acompañado de ningún p-valor que permita rechazar la hipótesis de fiabilidad en la escala. No obstante, cuanto más se aproxime a su valor máximo 1, mayor es la fiabilidad de la escala.

Además, en determinados contextos y por tácito convenio, se considera que valores del alfa superiores a 0,7 o 0,8 (dependiendo de la fuente) son suficientes para garantizar la fiabilidad de la escala. En ese sentido, el alfa para este instrumento según

la correlación de sus ítems es mayor a 0,8 demostrándose la aceptable fiabilidad del instrumento, categorizado como bueno.

Tabla 4

Nivel de Adopción del Rol Materno

Niveles	Adopción del Rol Materno	
	fi	%
Bajo	194	95.1%
Medio	10	4.9%
Alto	0	0.0%
Total	204	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla se presentan los datos sobre el nivel de adopción del rol materno en madres adolescentes primerizas, describiendo lo siguiente: el 95.1% de madres presentan niveles bajos de adopción al rol materno y el 4.9% el nivel de adopción maternal es medio.

En relación al termino adopción del rol materno, encuentra sus bases teóricas en lo propuesto por Mercer (2004), quien toma lo propuesto por Bronfrenbrenner y Rubin, y desarrolla su enfoque de la maternidad, considerando la adopción del rol materno como un proceso interactivo y evolutivo, en el cual la madre se va sintiendo vinculada a su hijo, adquiere competencias en la realización de los cuidados asociados a su papel y experimenta placer y gratificación dentro del mismo.

Por lo que, Ortiz et. al (2015), precisan que la competencia en el rol, se define como la capacidad de la mujer para proporcionar atención experta y sensible sabiendo cómo, qué, cuándo, y por qué hace algo por su hijo, fomentando el desarrollo y bienestar del bebe.

En ese sentido, la adopción del rol materno en madres adolescentes primerizas presenta niveles bajos de adopción debido que la mujer en esta etapa de vida no está preparada ni física, ni psicológicamente apta para poder ser mamá, a esto se le suma que el 95% de ellas no han planificado su embarazo, considerándolo como inesperado de un momento a otro.

Por lo tanto, de acuerdo a la información registrada las madres adolescentes no asumen su rol materno frente a su bebe, demostrándose que este fenómeno social sigue teniendo impacto en esta etapa de vida y que es la familia quien asume el cuidado y protección del bebe.

Tabla 5

Nivel de Adopción del Rol Materno Según Dimensiones del Factor Microsistema

Niveles	Aceptación al bebe		Contacto con el rol de la madre		Estimulación del bebe		Expresiones maternas de afecto hacia él bebe		Bienestar del bebe		Preocupación y protección del bebe	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Bajo	198	97.1%	196	96.1%	148	72.5%	148	72.5%	178	87.2%	172	84.3%
Medio	6	2.9%	8	3.9%	48	23.5%	52	25.5%	24	11.8%	32	15.7%
Alto	0	0.0%	0	0.0%	8	3.9%	4	2.0%	2	1.0%	0	0.0%
Total	204	100.0%	204	100.0%	204	100.0%	204	100.0%	204	100.0%	204	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

Para Alvarado, Guarin, y Cañon (2011), el microsistema es el entorno inmediato donde se produce la adopción del rol maternal, que incluye la familia y factores con el funcionamiento familiar, las relaciones entre la madre y el padre, el apoyo social y el estrés.

En relación a la dimensión aceptación al bebe el 97% de madres adolescentes presentan nivel bajo en la adopción al rol materno, así mismo, en la dimensión contacto con el rol de la madre el 96.1% presenta nivel bajo de adopción al rol, con respecto a la estimulación del bebe para el 72.5% de madres la adopción al rol materno es bajo, 23.5% es medio y 3.9% es alto, en cuanto a las expresiones maternas de afecto hacia él bebe el 72.5% el nivel es bajo, 25.5% el nivel es medio y 2% es alto, con respecto al bienestar del bebe para el 87.2% de madres adolescentes el nivel es bajo, y la preocupación y protección del bebe describe que la adopción al rol materno por parte de la adolescente es bajo en un 84.3%.

Por lo tanto, de acuerdo a la información del factor microsistema de la adopción al rol materno en madres adolescentes, el nivel que presentan es de nivel bajo en un

97.1%, lo que implica, que la adopción del rol maternal se debe conseguir en el microsistema por medio de las interacciones con el padre, la madre y el niño, lo que significa que en este tipo de muestra (madres adolescentes primerizas) no ocurre.

Tabla 6

Nivel de Adopción del Rol Materno Según Dimensiones del Factor Mesosistema

Niveles	Interacción con la pareja respecto al bebe		Interacción con la familia de origen respecto al bebe	
	fi	%	fi	%
Bajo	142	69.6%	150	73.5%
Medio	52	25.5%	38	18.6%
Alto	10	4.9%	16	7.8%
Total	204	100.0%	204	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

Según Alvarado, Guarín, y Cañón (2011), al referirse al mesosistema, este agrupa, influye e interactúa con las personas en el microsistema. Las interacciones del mesosistema pueden influir en lo que ocurre al rol maternal en desarrollo y el niño. Incluye el cuidado diario, la escuela, el lugar de trabajo y otras entidades que se encuentran en la comunidad más inmediata.

De acuerdo a los datos de la tabla se precisa que, en este factor de la adopción del rol maternal, en la dimensión de la interacción con la pareja respecto al bebe, el nivel de adopción del rol es de nivel bajo en un 69.6%, por lo que, la madre adolescente y su pareja no coordinan y no mantienen comunicación constante sobre las necesidades del bebé y las actividades existentes en torno a éste.

Así mismo, en relación a la dimensión interacción con la familia de origen respecto al bebe, el nivel de adopción del rol materno es de nivel bajo en un 73.5%, al respecto, la madre adolescente primeriza no mantiene un vínculo positivo y activo con su familia de tal forma que ésta evidencia su no aceptación por el bebé y no contribuye a la crianza de éste, debido a que la mayoría de las adolescentes conviven dentro de una familia monoparental (madre), y por el hecho de trabajar poco contribuye en la crianza de del bebe.

Tabla 7

Nivel de Adopción del Rol Materno Según Dimensiones del Factor Macrosistema

Niveles	Cuidados del bebe		Conocimiento y cultura relacionados al bebe	
	fi	%	fi	%
Bajo	178	87.3%	196	96.1%
Medio	16	7.8%	6	2.9%
Alto	10	4.9%	2	1.0%
Total	204	100.0%	204	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

El macrosistema incluye las influencias sociales, políticas y culturales sobre los otros dos sistemas (micro y mesosistema). El entorno de cuidado de la salud y el impacto del actual sistema de cuidado de la salud sobre la adopción del rol maternal origina el macrosistema. Considerando que son las leyes nacionales respecto a las mujeres y a los niños y las prioridades sanitarias que influyen en la adopción del rol maternal (Alvarado, Guarín, y Cañón, 2011).

De acuerdo a los datos de la tabla se estima que, en relación a la dimensión cuidados del bebe para el 87.3% de madres adolescentes presentan bajo nivel de adopción del rol materno, por lo que, la madre adolescente primeriza no presenta la seguridad y la confianza en sí misma de poder cumplir de manera adecuada su rol de madre, sintiéndose poco cómoda con éste y pierde los cuidados y protección hacia su bebé, relacionados a la ayuda que recibe de su entorno.

Así mismo, en relación a la dimensión conocimiento y cultura relacionados al bebe, se precisa que el 96.1% de madres adolescentes presentan nivel bajo en la adopción del rol materno, por lo que, la familia influye en las pautas y costumbres de crianza del niño, de tal manera que el desarrollo socio afectivo de este, se ve reflejado por los modelos, valores, normas, roles y habilidades aprendidos durante el período de la infancia, situación que se ve desfavorable porque solo en algunas familias nucleares se observa el apoyo de la familia, evitando que la familia influya en la madre adolescente para que asuma o adopte el rol materno que le corresponde a la madre adolescente, a pesar de las limitaciones psicosociales que presenta de acuerdo a la edad.

Tabla 8

Análisis Categórico del Nivel de Adopción del Rol Materno Según Grupo de Convivencia

Grupo de Convivencia	Nivel de adopción del rol materno				Total	
	Bajo (fi)	%	Medio (fi)	%	fi	%
Nuclear	62	30.4%	4	2.0%	66	32.4%
Monoparental	106	52.0%	0	0.0%	106	52.0%
Extensa	26	12.7%	6	2.9%	32	15.7%
Total	194	95.1%	10	4.9%	204	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	18,818 ^a	2	,000

a. 2 casillas (33,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,57.

Fuente: Elaboración propia.

La prueba χ^2 de Pearson se considera una prueba que mide la discrepancia entre una distribución observada y otra teórica (bondad de ajuste), indicando en qué medida las diferencias existentes entre ambas, de haberlas, se deben al azar en el contraste de hipótesis. También se utiliza para probar la independencia de dos variables entre sí, mediante la presentación de los datos en tablas de contingencia.

En tal sentido, de acuerdo a la significación (p – valor), a través de la prueba de chi-cuadrado de Pearson el resultado es ,000 menor que ,005 entonces rechazamos la

hipótesis de independencia, por lo tanto, la variable adopción del rol materno y el grupo de convivencia familiar están asociados.

Por lo tanto, el nivel de adopción del rol materno en madres adolescentes primerizas es bajo, y se presenta en la misma proporción tanto en familias nucleares, monoparentales y extensas, de acuerdo a los resultados de la tabla 8.

Tabla 9

Descriptivos y Análisis Inferencial del Nivel de Adopción al Rol Materno Según Grupo de Convivencia

	Grupo de Convivencia			<i>f</i>	<i>p</i>
	Nuclear (n=66) M(DE)	Monoparental (n=106) M(DE)	Extensa (n=32) M(DE)		
Nivel de Adopción al Rol Materno	156.5(15.7)	157.1(11.7)	156.9(18.1)	0.038	0.963
Factor microsistema	107.4(10.6)	108.9(7.8)	109.3(12.6)	0.657	0.519
Factor Mesosistema	28.7(4.8)	27.8(4.1)	27.0(4.9)	1.680	0.189
Factor macrosistema	20.4(2.3)	20.4(2.3)	20.6(3.1)	0.096	0.908

Nota: n = tamaño muestral; M = promedio; DE = Desviación estándar; f = ANOVA de un factor; p = p valor

En la tabla se presenta la información sobre los descriptivos y análisis inferencial de los factores del nivel de adopción al rol materno según grupo de convivencia, al comparar las medias a través de ANOVA (*f*) (El análisis de la varianza o

Anova: Analysis of variance, es un método para comparar dos o más medias, que es necesario porque cuando se quiere comparar más de dos medias es incorrecto utilizar repetidamente el contraste basado en la *t* de Student), la adopción al rol materno, se describe como: No existen diferencias significativas en ninguna dimensión y / o factor de estudio, debido a que el *p* - valor (significancia) es mayor a 5, es decir que de acuerdo al grupo de convivencia los niveles de adopción al rol materno de acuerdo a los factores de estudio no presentan diferencias.

Tabla 10

Descriptivos y Análisis Inferencial del Nivel de Adopción al Rol Materno Según Etapas de la Adolescencia

	Etapas de la Adolescencia			<i>f</i>	<i>p</i>
	Adolescencia inicial (12 – 13 años) (n=16) M(DE)	Adolescencia media (14 – 16 años) (n=84) M(DE)	Adolescencia tardía (17 – 18 años) (n=104) M(DE)		
Nivel de Adopción al Rol Materno	148.5(18.3)	157.5(11.1)	157.7(15.3)	3.126	0.004
Factor microsistema	104.0(12.9)	109.2(7.5)	108.7(10.4)	2.021	0.135
Factor Mesosistema	24.4(2.7)	27.9(4.2)	28.5(4.7)	6.181	0.002
Factor macrosistema	20.1(3.6)	20.4(1.9)	20.5(2.6)	0.223	0.800

Nota: n = tamaño muestral; M = promedio; DE = Desviación estándar; *f* = ANOVA de un factor; *p* = *p* valor

En la tabla se presenta la información sobre los descriptivos y análisis inferencial de los factores del nivel de adopción al rol materno según etapas de la adolescencia, al comparar las medias a través de ANOVA (f), la adopción al rol materno, se describe como: Si existen diferencias significativas en el nivel de adopción al rol materno y en el factor mesosistema (sobre todo en el conocimiento y cuidados del bebe), debido a que el p - valor (significancia) es menor a 5, es decir que de acuerdo a la etapa de la adolescencia inicial, los nivel más bajos se presentan en esta etapa en comparación con la adolescencia media y tardía, en relación a los otros factores no se encontraron diferencias.

Tabla 11

Análisis Categórico del Nivel de Adopción del Rol Materno Según Planificación

Planificación del bebe	Nivel de adopción del rol materno				Total	
	Bajo (fi)	%	Medio (fi)	%	fi	%
Si	6	2.9%	2	1.0%	8	3.9%
No	188	92.2%	8	3.9%	196	96.1%
Total	194	95.1%	10	4.9%	204	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,215 ^a	1	,004

a. 2 casillas (25%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 39.

Fuente: Elaboración propia.

De acuerdo a la significación (p – valor), a través de la prueba de chi-cuadrado de Pearson el resultado es ,004 menor que ,005 entonces decidimos rechazar la hipótesis de independencia, por lo tanto, la variable adopción del rol materno y la planificación del bebe están asociados. Por lo tanto, el nivel de adopción del rol materno en madres adolescentes primerizas es bajo, y se presenta en la misma proporción tanto en las adolescentes que decidieron o planificaron tener él bebe como en aquellas que tuvieron un embarazo no deseado, de acuerdo a los resultados de la tabla 11.

Tabla 12

Correlación del Nivel de Adopción al Rol Materno Según Grupo de Convivencia Familiar

Correlaciones		Nivel de adopción del rol materno	Grupo de convivencia familiar
Nivel de adopción del rol materno	Correlación de Pearson	1	0.124**
	Sig. (bilateral)		0.004
	N	204	204
Grupo de convivencia familiar	Correlación de Pearson	0.124**	1
	Sig. (bilateral)	0.004	
	N	204	204

Fuente: Elaboración propia.

De acuerdo a la información obtenida, se procesó el nivel de correlación que existe entre el nivel de adopción del rol materno y el grupo de convivencia familiar, planteándose las siguientes hipótesis:

H_i = existe relación entre el nivel de adopción del rol materno y el grupo de convivencia familiar (p -menor a 0,05)

H_o = no existe relación entre el nivel de adopción del rol materno y el grupo de convivencia familiar (p -mayor a 0,05)

Comparación de p & α (5% de margen de error, equivale a 0,05)

El p valor es 0,04 menor a 0,05 por lo tanto se rechaza la hipótesis nula. Es decir, con una probabilidad de error del 0,004 existe relación directamente proporcional entre el nivel de adopción del rol materno y el grupo de convivencia familiar.

Toma de decisiones, el coeficiente de correlación es positivo (,124**) lo cual demuestra que el valor se encuentra en la correlación de 0 a 1, determinándose que existe relación directa estadísticamente significativa. Comprobándose la hipótesis de investigación.

Conclusiones

Primera: El nivel de adopción del rol materno que presentan las madres adolescentes primerizas, es 95.1% de nivel bajo de adopción del rol materno y el 4.9% es medio, debido a que la mujer en esta etapa de vida no está preparada ni física, ni psicológicamente apta para poder ser mamá, a esto se le suma que el 95% de ellas no han planificado su embarazo, considerándolo como inesperado y no deseado.

Segunda: El nivel de adopción del rol materno en las dimensiones del factor microsistema describe que: En la dimensión aceptación al bebe el 97% de madres adolescentes presentan nivel bajo, así mismo, en la dimensión contacto con el rol de la madre el 96.1% presenta nivel bajo de adopción al rol, con respecto a la estimulación del bebe para el 72.5% de madres la adopción al rol materno es bajo, 23.5% es medio y 3.9% es alto, en cuanto a las expresiones maternas de afecto hacia él bebe el 72.5% el nivel es bajo, 25.5% el nivel es medio y 2% es alto, con respecto al bienestar del bebe para el 87.2% de madres adolescentes el nivel es bajo, y la preocupación y protección del bebe describe que la adopción al rol materno por parte de la adolescente es bajo en un 84.3%.

Tercera: El nivel de adopción del rol materno en las dimensiones del factor mesosistema describe que: En la dimensión de la interacción con la pareja respecto al bebe, el nivel de adopción del rol es de nivel bajo en un 69.6%, por lo que, la madre adolescente y su pareja no coordinan y no mantienen comunicación constante sobre las necesidades del bebé y las actividades

existentes en torno a éste. Así mismo, en relación a la dimensión interacción con la familia de origen respecto al bebe, el nivel de adopción del rol materno es de nivel bajo en un 73.5%, al respecto, la madre adolescente primeriza no mantiene un vínculo positivo y activo con su familia de tal forma que ésta evidencia su no aceptación por el bebé y no contribuye a la crianza de éste, debido a que la mayoría de las adolescentes conviven dentro de una familia monoparental (madre), y por el hecho de trabajar poco contribuye en la crianza de del bebe.

Cuarta: El nivel de adopción del rol materno en las dimensiones del factor macrosistema describe que: la dimensión cuidados del bebe para el 87.3% de madres adolescentes presentan bajo nivel de adopción del rol materno, por lo que, la madre adolescente primeriza no presenta la seguridad y la confianza en sí misma de poder cumplir de manera adecuada su rol de madre. Así mismo, en relación a la dimensión conocimiento y cultura relacionados al bebe, se precisa que el 96.1% de madres adolescentes presentan nivel bajo en la adopción del rol materno, por lo que, la familia influye en las pautas y costumbres de crianza del niño, de tal manera que el desarrollo socio afectivo de este, se ve reflejado por los modelos, valores, normas, roles y habilidades aprendidos durante el período de la infancia por parte de la madre adolescente primeriza.

Quinta: En relación a las diferencias significativas entre el nivel de adopción del rol materno y el grupo de convivencia familiar que presentan las madres adolescentes, se describe: A través del análisis de varianza para un factor (ANOVA), para encontrar diferencias en comparación de las medias para

más de dos grupos, no existen diferencias significativas en la adopción del rol materno según grupo de convivencia familiar, es decir, que tanto en familias nucleares, monoparentales y extensas, el nivel de adopción del rol de la madre adolescente es bajo.

Sexta: En relación a las diferencias significativas entre el nivel de adopción del rol materno y la etapa de la adolescencia de las madres adolescentes, se describe: A través del análisis de varianza para un factor (ANOVA), para encontrar diferencias en comparación de las medias para más de dos grupos, existen diferencias significativas en la adopción del rol materno en el nivel de adopción al rol materno y en el factor mesosistema (sobre todo en el conocimiento y cuidados del bebe), es decir que de acuerdo a la etapa de la adolescencia inicial, los nivel más bajos se presentan en esta etapa en comparación con la adolescencia media y tardía. Por lo tanto, el 100% de adolescentes en etapa inicial presentan nivel bajo de adopción del rol materno.

Sugerencias

1. La Oficina de Trabajo Social del Hospital Honorio Delgado, debe implementar un programa de educación sexual dirigido a adolescentes de instituciones educativas, para instruir, advertir, y formar conciencia social sobre las dificultades del embarazo en la etapa de adolescentes.
2. Los profesionales de las especialidades relacionadas a niño sano, deben sensibilizar y educar a la madre adolescente y la familia con la finalidad de valorar la importancia del bebe y sus cuidados, para generar niveles altos de adopción del rol materno, siendo la familia la influencia para que la menor paulatinamente pueda adaptarse.
3. Desde el primer nivel de atención de salud se debe realizar un trabajo más articulado entre los profesionales de la salud, partiendo del momento en que la adolescente embarazada acude al Establecimiento de Salud y durante todo su embarazo a fin de garantizar a futuro en la adolescente un mejor desempeño como madre.
4. Es necesario seguir desarrollando acciones de intervención promocional en todos los sectores para prevenir embarazos adolescentes. Y promover en los futuros padres una maternidad y paternidad consciente y responsable.

Referencias Bibliográficas

- Alvarado, Guarin, y Cañon (2011). Adopción del rol Maternal de la Teorista Ramona Mercer al Cuidado de Enfermería Binomio Madre-Hijo. *Cuidarte, Revista de Investigación Escuela de Enfermería UDES*. Vol. 2 N° 1, 195-201. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=359533178015>
- Asociación Salud y Familia. (2015). Maternidad en la adolescencia & su impacto intergeneracional. *Barcelona*. 1-32. Recuperado de: <http://saludyfamilia.es/sites/default/files/Maternidad%20en%20la%20Adolescencia.pdf>
- Barquero, A. (2014). Convivencia en el Contexto Familiar. *Revista Actualidades Investigativas en Educación*. 14, (1). 1-19. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/447/44729876008.pdf>
- Calderón, S. & Alzamora, M. (2006). Estudio cualitativo sobre las relaciones de pareja y familiares vinculadas al embarazo en adolescentes. *Rev. Med. Vallejiana*, 3(2), 97-106. Recuperado de: <http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/rmv/v03n2/pdf/a04v03n2.pdf>
- Damián, M. y Enríquez, Y. (2017). Factores Protectores y Adopción del Rol Materno en Madres Adolescentes, Distrito el Porvenir, Trujillo - 2017. Tesis de Pregrado. Recuperado de: <http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/12307/1790.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Enríquez, X. (2015). Adopción del rol maternal de madres adolescentes y su relación con el estado nutricional del niño menor de un año según el modelo de Ramona Mercer, Guatemala, 2015. Tesis de Maestría. Recuperado de: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_0157_E.pdf
- Espinoza, L. (2012). "La madre, seguridad y visión de futuro frente al rol materno". *Rev. Peruana de epidemiología*. Vol. 15.
- Garrido, M. y Marchan, M. (2011). "Adopción del rol materno en madres adolescentes primerizas según grupos de convivencia". Tesis para optar el título profesional de Psicología. Escuela de ciencias y humanidades de la Universidad Cesar Vallejo. Trujillo- Perú.
- Güemes, M., Ceñal, M. y Hidalgo, M. (2017). Desarrollo durante la adolescencia. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Revista Pediatría Integral*. XXI (4): 233–244. Recuperado de: <https://www.adolescenciasema.org/ficheros/PEDIATRIA%20INTEGRAL/Desarrollo%20durante%20la%20Adolescencia.pdf>
- Ibarra, L. (2003). Adolescencia y maternidad. Impacto psicológico en la mujer. *Revista Cubana de Psicología*, Vol. 20. N°. 1, 43-47. Recuperado de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rcp/v20n1/06.pdf>
- Kimelman M. (2003). El instinto maternal. *Revista de Padres OK*. Recuperado de: <http://www.padresok.com/2011/01/el-instinto-maternal/>

- Lascano, D. (2018). Adaptabilidad al Rol Materno y su Influencia en los Síntomas Ansiosos Depresivos en mujeres en la etapa postneonatal. caso: Centro de Salud Ingahurco Ambato Área 1. Tesis de Pregrado. Recuperado de: <http://repositorio.pucesa.edu.ec/bitstream/123456789/2429/1/76707.pdf>
- Manchein, G. (2009). Hacer de la Guardería Infantil (Day Care Center) una Experiencia Positiva. *Rev. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. Recuperado de: https://www.aacap.org/AACAP/Families_and_Youth/Facts_for_Families/Facts_for_Families_Pages/Spanish/Hacer_de_la_Guarderia_Infantil_Da_y_Care_Center_una_Experiencia_Positiva_20.aspx.
- Martínez, C. y Rodríguez, M. (2010). "Los patrones maternos de comportamiento de la familia de origen (patrones transgeneracionales de conducta materna) inciden en la apropiación del rol materno". Simposio internacional sobre el modelo sistémico en la Psicoterapia Familiar, Bogotá- Colombia.
- Mendes E. (2011). "La Familia" recuperado de: <http://kokotito20.blogspot.com/2015/03/la-familia.html>.
- Mendoza, W. & Subiría, G. (2013). El embarazo adolescente en el Perú: situación actual e implicancias para las políticas públicas. *Revista Perú Med Exp Salud Publica*. 30(3): 471-479. Recuperado de: <http://www.unfpa.org.pe/Articulos/Articulos/MENDOZA-SUBIRIA-EmbarazoAdolescente-Peru.pdf>
- Mercer, R. (2004). Becoming a mother versus maternal role attainment. *Journal of Nursing Scholarships*, 36(3), 226-232.
- Mir, M. y Hernández, M. (2009). Importancia del contexto familiar en el desarrollo infantil. Recuperado de: http://www.in.uib.cat/pags/volumenes/voll_num1/m-mir/contexto.html.
- Molina, L. (2017). Rol de la Madre Adolescente y Desarrollo Psicomotor en Niños Menores de 1 Año Centro de Salud Año Nuevo Comas – 2016. Tesis de Pregrado. Recuperado de: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/upsjb/1273/T-TPLE-Lisset%20Rosmery%20Molina%20Utrilla.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Nava, C. (2009). La maternidad en la adolescencia. *Revista. Contribuciones a las Ciencias Sociales*. 1-6. Recuperado de: <http://www.eumed.net/rev/cccs/06/cmnf.pdf>
- Ortiz, Cárdenas y Flores (2015). Modelo de rol materno en la alimentación del lactante: Teoría de Rango Medio. *Index Enferm*, 25(3), 166-170 Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/index/v25n3/teorizaciones2.pdf>
- Peláez, J. (1996): Adolescente embarazada. En *Revista Sexología y Sociedad*, Año I, N° 2 Cuba.
- Pérez, C. (1993): Repercusión social de la maternidad temprana Tesis para optar por especialista de primer grado M.G.I Cuba.

- Ponce, E. (2013). Maternidad en la Adolescencia. Perspectiva social y Psicoanalítica. Texto. *Revista de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicología del Niño y el Adolescente (SEYPNA)*, N°. 56, 67-76. Recuperado de: <http://www.codajic.org>
- Punset, E. (2009). "Aprendiendo a ser padres". Recuperado de: <http://www.eduardpunset.es/198/general/aprendiendo-a-ser-padres>
- Rentería, E., Lledias, E. y Giralgo, A. (2008). Convivencia familiar: una lectura aproximativa desde elementos de la Psicología Social. *Revista Diversitas*. Vol. 4, N° 2. 427-441. Recuperado de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/diver/v4n2/v4n2a16.pdf>
- Rondón, L. (2011). Nuevas formas de familia y perspectivas para la mediación: El tránsito de la familia modelo a los distintos modelos familiares. *I Congreso Internacional de Mediación y Conflictología*. Edición 1. 81-94. Recuperado de: <https://dspace.unia.es/bitstream/handle/10334/1691/4Rondon.pdf?sequence=3>
- Stern, D. (2013). 'Vínculo afectivo madre - hijo'. *Revista Cosas de la Infancia*. Recuperado de: <http://www.cosasdelainfancia.com/biblioteca-familia13.htm>.
- Tarazona, G. (2019). Rol Maternal en Adolescentes con Recién Nacidos Prematuros en la UCI Neonatal de un Hospital Nacional, 2019. Tesis de especialidad. Recuperado de: http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/6586/Rol_TarazonaSotelo_Gehidy.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Apéndice 1: Información Institucional

Hospital Regional Honorio Delgado

1. Reseña Histórica

Que los sanos no se enfermen y que los enfermos no se mueran, reza el lema con el que fue creado hace 48 años, el Hospital Regional Honorio Delgado, nosocomio que pese a sus presupuestos, ha logrado sobrevivir salvando muchas vidas humanas curando y asistiendo a miles de personas a lo largo de su vida institucional. En Enero de 1958, se estaba terminando de construir el Sanatorio N° 2 que estaba dirigido a la atención de enfermedades del tórax, pero debido a que el día 15 de enero de ese mismo año Arequipa sufrió un terremoto que destruyó gran parte de las viviendas, edificios, etc. y que además afectó seriamente toda la estructura del hasta entonces centro asistencial de salud Hospital Honorio Delgado Espinoza, el sanatorio N° 2 se convirtió en el principal centro asistencial, ya que precisamente tuvo que albergar a todos los pacientes heridos durante el terremoto, como también albergar a todos los pacientes del hospital Honorio Delgado Espinoza.

En enero de 1960, cuando el Sanatorio N° 2 ya terminado y listo para su equipamiento, con miras a ser un centro de salud para el tratamiento de pacientes con tuberculosis de todo el sur del Perú, cuando nuevamente el 13 de Enero, Arequipa fue amenazada nuevamente con otro terremoto de mayor intensidad al de enero de 1958, deteriorándose más el hospital Honorio Delgado Espinoza y presentando serios problemas en el tratamiento de los enfermos arequipeños, hecho que motivo elevar un pedido al Presidente de la República Dr. Manuel Prado, solicitando la transformación del hospital de enfermedades del tórax en Hospital General, pedido que fue aprobado por Resolución Suprema, con el cual se iniciaron los preparativos para la implantación del nuevo Nosocomio

Fue el 18 de julio de 1960, día histórico en Arequipa, en que se inaugura el hospital General Arequipa, siendo el Ministro de Salud el Dr. Rodrigo Franco Guerra. Inicio sus actividades con 500 camas y su primer director fue el Dr. Carlos López Oré.

Desde su inicio prestó servicios de asistencia médica, de prevención de enfermedades y coordinó con la Facultad de Medicina, un local donde realizar sus prácticas clínicas. Con el paso de los años y debido a normas organizativas y funcionales fue cambiada la denominación a Hospital Regional Honorio Delgado. Se tomó dicho nombre en

Homenaje al ilustre arequipeño Honorio Delgado, quien se ha convertido en el símbolo del pensador solitario y alturado que venció toda clase de obstáculos. Fue un ejemplo de maestro, de hombre bueno, trabajador infatigable, defensor de los valores más humanos del hombre.

2. Ubicación geográfica

El Hospital Regional Honorio Delgado se encuentra ubicado en la Avenida Daniel Alcides Carreón N° 505 en el Distrito de Arequipa.

3. Misión, Visión y funciones del Hospital Regional Honorio Delgado

3.1 Misión

“Prevenir y proteger de los riesgos y daños, recuperar la salud y rehabilitar las capacidades de la población, en condiciones de equidad y plena accesibilidad y atención a la persona desde su concepción hasta su muerte natural.”

3.2 Visión

El Hospital Regional Honorio Delgado se constituirá en la Macro Región Sur en un Centro de Referencia de atención integral de salud de alta especialización, que cuente con tecnologías de punta y personal altamente especializados, y desarrollará una cultura organizacional de liderazgo basado en la calidad, innovación y mejora permanente., que permita elevar el nivel de salud y la calidad de vida, que contribuya al desarrollo sostenido del país.

3.3 Funciones

- Lograr la recuperación de la Salud y la Rehabilitación de las capacidades de los pacientes, en condiciones de oportunidad, equidad, calidad y plena accesibilidad en Consulta Externa, Hospitalización y Emergencia.
- Defender la vida y proteger la Salud de la Persona desde su concepción hasta su muerte natural.
- Lograr la prevención y disminución de los riesgos y daño a la salud.
- Apoyar la formación y especialización de los Recursos humanos asignando campo clínico y el personal para la docencia e investigación, a

cargo de las Universidades e Instituciones educativas, según los convenios respectivos.

- Administrar los Recursos Materiales económicos y financieros para el logro de la misión y sus objetivos en cumplimiento a las normas vigentes.
- Mejorar continuamente la calidad, productividad, eficiencia y eficacia de la atención a la salud, estableciendo las normas y los parámetros necesarios, así como generando una cultura organizacional con valores y actitudes hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente y su entorno familiar.
- Implementar acciones para el desarrollo de la actividad física, la práctica del deporte, las practicas adecuadas de alimentación y la detección precoz para la prevención de las enfermedades no transmisibles.

4. Estructura Orgánica del HRHD

N°	UNIDAD ORGANICA
Dirección General	
Órganos de Asesoramiento	
002	Oficina Ejecutiva de Planeamiento y Presupuesto
003	Oficina de Asesoría Jurídica
004	Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental
005	Oficina de Gestión de la Calidad
Órganos de Apoyo	
006	Oficina Ejecutiva de Administración
007	Oficina de Personal
008	Oficina de Economía
009	Oficina de Logística
010	Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento
011	Oficina de Seguros
012	Oficina de Comunicaciones
013	Oficina de Estadística e Informática
014	Oficina de Capacitación y Apoyo a la Docencia e Investigación
Órganos de Línea	
015	Departamento de Medicina
016	Departamento de Cirugía
017	Departamento de Ginecología y Obstetricia
018	Departamento de Pediatría
019	Departamento de Odontología
020	Departamento de Enfermería
021	Departamento de Emergencia y cuidados Intensivos
022	Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico
023	Departamento de Patología Clínica
024	Departamento de Anatomía Patológica
025	Departamento de Diagnóstico por Imágenes
026	Departamento de Medicina Física y Rehabilitación
027	Departamento de Nutrición y Dietética
028	Departamento de Servicio Social
029	Departamento de Farmacia

5. Departamento de Servicio Social

5.1 Estructura Orgánica

El Departamento de Servicio Social es un órgano encargado de la investigación de los factores socioeconómicos y culturales que favorecen o interfieren en la recuperación de la salud de paciente y familia promoviendo la participación multisectorial de los diferentes actores de la comunidad para que participe en el desarrollo de acciones de promoción, prevención, atención y rehabilitación de su salud basadas en sus necesidades para el cumplimiento de los objetivos estratégicos y funciones del Hospital Honorio Delgado.

El Departamento de Servicio Social tiene las siguientes Unidades Funcionales:

- Unidad Funcional de Trabajo Social en Emergencia
- Unidad Funcional de Trabajo Social en Hospitalización
- Unidad Funcional de Trabajo Social de Consultorios Externos y Promoción Social

5.2 Organigrama Estructural



5.3 Unidades Funcionales

a) Unidad Funcional de Trabajo Social en Emergencia

Es la Unidad Orgánica encargada del estudio, diagnóstico e investigación de los factores sociales que favorecen y/o interfieren en la recuperación de la salud del paciente y/o usuario. Se encarga de ejecutar, evaluar y dirigir las

acciones del personal de Trabajo Social y/o Asistente Social; concerniente a la atención de la casuística social, brindando soluciones oportunas e inmediatas a los pacientes y familiares que se presentan en situación crítica con cuadros de estrés emocional.

b) Unidad Funcional de Trabajo Social en Hospitalización

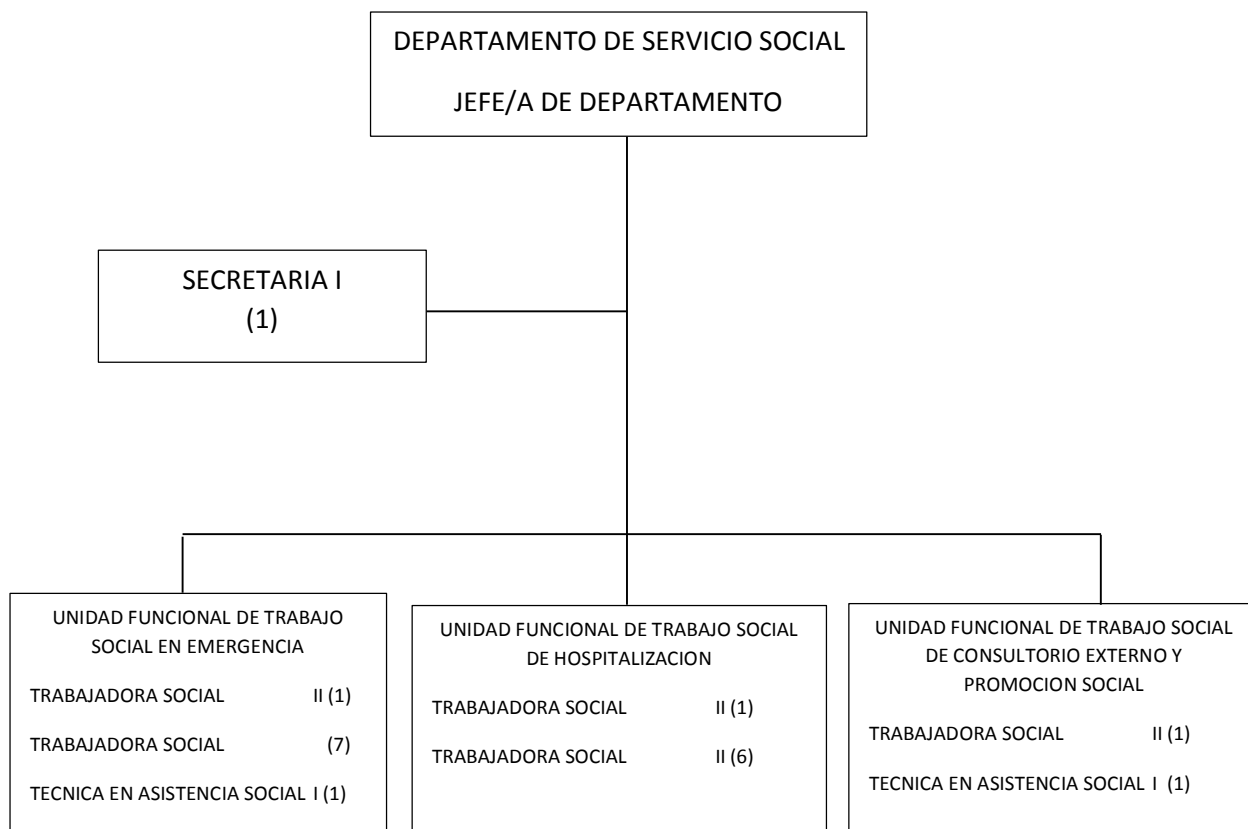
Es la Unidad Orgánica funcional encargada de investigar los factores socioeconómicos y culturales que favorecen o interfieren en la recuperación de la salud del paciente y su contexto familiar.

c) Unidad Funcional de Trabajo Social de Consultorios Externos y Promoción Social

Es la Unidad funcional encargada de identificar los factores de riesgo social y familiar en el proceso de la enfermedad de la persona, la atención que se brinda al usuario y la familia es especializada, personalizada y socio preventivos evaluando la situación económica y de salud del paciente en forma inmediata a fin de prestarle el apoyo requerido y a la vez se le orienta se sensibiliza para que haga una efectiva y adecuada utilización de los servicios de salud por niveles y no se de la demanda insatisfecha.

En Promoción Social se encargan de elaborar proyectos y programas de prevención y promoción social de educación sanitaria, asimismo terapia recreativa y ocupacional formando parte del equipo multidisciplinario y participando activamente en la conducción de grupos organizados de la comunidad en nuestra institución con enfermedades degenerativas que van en aumento como son: Artritis, Diabetes, TBC, Glaucoma, Insuficiencia Renal, etc.

5.4 Organigrama Funcional



Apéndice 2: Instrumento

ESCALA DE ADOPCIÓN AL ROL MATERNO (ARM)

INSTRUCCIONES: A continuación, encontrará una lista de afirmaciones respecto a su experiencia como madre. Deberá elegir, marcando con un aspa (X), la opción que más se asemeje a su forma de pensar, actuar y sentir. No hay respuestas buenas ni malas. Las opciones de respuesta son las siguientes: **TA= Totalmente de Acuerdo. A= Acuerdo. D= Desacuerdo. TD=Totalmente en desacuerdo.**

Edad: _____ **Lugar de Procedencia:** _____ **Grupo de Convivencia:** _____

Estado civil: _____ **Ocupación:** _____ **Grado de Instrucción:** _____

Ingreso económico: _____ **Dependencia Económica:** _____

	Ítem	TA	A	D	TD
1	Prefiero no dar de lactar a mi bebé para cuidar la estética de mis senos.				
2	Imito los balbuceos y sonidos que hace mi bebe.				
3	Estoy dispuesta a cambiarle el pañal a mi bebé cada vez que éste lo necesite.				
4	Leo información referente a los cuidados y temas relacionados a mi bebé.				
5	Me cuesta aceptar a este bebé.				
6	Cuando mi bebé llora dejo lo que estoy haciendo y voy a atenderlo.				
7	Pienso que la lactancia debería ser sustituida por la alimentación en biberón.				
8	Me cuesta decir que soy madre.				
9	Me siento capaz de salir adelante con mi bebé.				
10	Mi familia está contenta con el nacimiento de mi bebé				
11	Le doy objetos a mi bebé para que los pueda tocar y aprenda a manipularlos.				
12	Mi pareja y yo siempre estamos poniéndonos al tanto de las cosas que le pasan al bebé.				
13	Cuando mi bebé llora, le hablo con voz muy baja y susurrando palabras tranquilizadoras.				
14	Prefiero ser yo quien se encargue del baño de mi bebé.				
15	Cuando estaba gestando pensaba con entusiasmo en el momento en que tendría a mi bebé en brazos dándole de lactar				
16	Pienso que el “control del niño sano” no es necesario para mi bebé.				
17	El personal de salud me ha enseñado cuidados que debo tener con mi bebé.				
18	Cuando le hablo a mi bebé, lo hago con palabras cariñosas.				
19	Cuando juego con mi hijo me gusta que el aprenda algo nuevo.				
20	Cuando doy de lactar a mi bebé me gusta hablarle.				
21	Me gusta mirar detenidamente a mi bebé intentándolo conociéndolo.				
22	Me hubiera gustado que mi bebé sea del sexo opuesto al que nació.				
23	El momento de juego con mi bebé es indispensable en mi rutina diaria.				
24	La salud de mi bebé para mí es muy importante.				

25	Para mi dar de lactar es más una obligación que una actividad agradable				
26	Cuando mi bebé responde a mis llamados, caricias u órdenes, yo lo abrazo o felicito.				
27	Me agrada masajear la espalda de mi bebé con mucha delicadeza.				
28	Mi pareja me hace recordar cuando nuestro bebé debe recibir sus vacunas y asistir al control del niño sano.				
29	Prefiero que alguien de mi familia se encargue de alimentar a mi bebé.				
30	Mientras doy de lactar a mi bebé me gusta acariciarlo.				
31	Cuando cosquileo a mi bebé observo una respuesta de alegría en él.				
32	Cuando voy a un lugar público hago valer mis beneficios por ser madre y estar con mi hijo en brazos.				
33	Aunque tenga muchas actividades que realizar, siempre me doy tiempo para cuidar de mi bebé.				
34	Constantemente me informo por programas de televisión de cómo cuidar a mi bebé.				
35	Hago vacunar a mi bebé en la fecha programada.				
36	Se que cuento con el apoyo de mi familia para el cuidado de mi bebé.				
37	Prefiero que mi hijo tome biberón a darle de lactar				
38	Trato de que mi bebé acaricie mi rostro.				
39	Tengo la seguridad que seré una buena madre.				
40	Mi pareja y yo compartimos los cuidados del bebé.				
41	Cuido que mi bebé utilice ropa adecuada a la estación para evitar que se enferme o tenga sarpullido.				
42	Creo que dar de lactar une emocionalmente a las madres con sus hijos.				
43	Me alegra mucho que mi hijo haya nacido sano.				
44	Cada vez que mi bebé llora me preocupo por saber que es lo que necesita.				
45	La forma en que crio a mi bebé es muy parecida a cómo me criaron a mí.				
46	Mi familia me aconseja sobre la crianza de mi bebé				
47	Me preocupo por que a su alrededor no existan objetos que puedan hacerle daño a mi bebé				
48	Trato de ocultar el hecho de que tengo un bebé porque me avergüenza.				
49	Creo que otro familiar cuida a mi bebé mejor que yo.				
50	Terceras personas se encargan de la crianza de mi bebé.				
51	Si voy por la calle y alguien estornuda cerca, lo primero que hago es cubrir a mi bebé.				
52	Mi pareja es capaz de hacerse cargo de nuestro bebé cuando yo no lo puedo hacer				
53	Practico con mi bebé ejercicios que le puedan ayudar a su desarrollo.				
54	Diariamente mi pareja busca saber cómo está el bebé y coordinamos acerca de cómo satisfacer sus necesidades.				
55	Las cosas que aprendí sobre el cuidado de mi niño me las enseñaron las personas que me criaron.				
56	Tengo en casa medicamentos necesarios para lo que requiere mi niño en caso se enferme.				

Fecha:

Apéndice 3: Ficha Técnica Escala de Adopción al Rol Materno (ARM)

La escala mide los siguientes factores y dimensiones:

Factor microsistema

Dimensiones

- Aceptación al bebe, ítem: 1,2,3,5,9,16,25,31,33, y 42
- Contacto con el rol de madre, ítem: 8,26,27,48,49, y 50
- Estimulación del bebe, ítem: 11,13,14,30,38,41, y 53
- Expresiones maternas de afecto hacia él bebe, ítem: 18,19,20,21, y 29
- Bienestar del bebe, ítem: 6,15,23,51, y 56
- Preocupación y protección del bebe, ítem: 24,35,43,44, y 47

Factor mesosistema

Dimensiones

- Interacción con la pareja respecto al bebe, ítem: 12,28,40,52, y 54
- Interacción con la familia de origen respecto al bebe, ítem: 10,36,45,46, y 55

Factor macrosistema

Dimensiones

- Cuidados del bebe, ítem: 17,32, y 39
- Conocimiento y cultura relacionados al bebe, ítem: 4,7,22,34 y 37

Cada una con cuatro opciones de respuesta: TA = Totalmente de Acuerdo. D= Desacuerdo. A= De acuerdo. TD=Totalmente en desacuerdo.

Escala de calificaciones del instrumento

El puntaje total de las dimensiones del instrumento permite clasificar de acuerdo a tres puntos de corte.

Alto: Cuando el puntaje es de 203 - 224 obteniéndose el máximo nivel de adopción del rol materno.

Medio: Cuando el puntaje es de 181 - 202 obteniéndose un mediano nivel de adopción del rol materno.

Bajo: Cuando el puntaje es de 56 - 180 obteniéndose un nivel de adopción del rol materno casi inexistente.