



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO



UNIVERSIDAD MICHOACANA
DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO
Cuna de héroes, crisol de pensadores

FACULTAD DE ENFERMERÍA

“VÍNCULO AFECTIVO ENTRE MADRES
ADOLESCENTES PRIMÍPARAS Y SUS NEONATOS EN
EL MUNICIPIO DE OCOSINGO, CHIAPAS MÉXICO”

TESIS

PARA OBTENER EL GRADO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PRESENTA:

DARALI NÁJERA PANIAGUA

ASESORAS:

DRA. CS DE ENF. VANESA JIMÉNEZ ARROYO

DRA. CS DE ENF. MA. DE JESÚS RUIZ RECÉNDIZ

COASESORAS:

DRA. CS DE ENF. MAYRA ITZEL HUERTA BALTAZAR

DRA. CS DE ENF. MA. LILIA ALCÁNTAR ZAVALA

MORELIA, MICHOACÁN MARZO, 2019



Directivos

Directora de la Facultad de Enfermería

Dra. Ana Celia Anguiano Moran

Secretaria Académica

Dra. Elva Rosa Valtierra Oba

Secretaria Administrativa

M.E. Bárbara Mónica Lemus Loeza

Mesa Sinodal

Presidente

Dra. Vanesa Jiménez Arroyo

1^{er} Vocal

Dra. Elva Rosa Valtierra Oba

2º Vocal

Dra. Mayra Itzel Huerta Baltazar

DEDICATORIA

A Dios

Por la vida de mis padres, mis hermanos, porque cada día bendice mi vida con la hermosa oportunidad de estar y disfrutar a lado de las persona que sé que me aman, y los que yo más amo mi familia, gracias dios por permitirme amar a mis padres,, gracias a mis padres por permitirme conocer a dios y su infinito amor, gracias a la vida por este nueva etapa y los que creyeron en mí, gracias dios por darme la vida, la fuerza y serenidad en los momentos de debilidad, por darme salud y paciencia para superar todas las dificultades por las bendiciones necesarias, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente quien me ha guiado y me ha dado la fortaleza de seguir adelante para lograr mis metas.

A los pilares de mi vida, mis padres

Sr Juan José Nájera Domínguez y la Sra. Aurora Paniagua Pérez por ser los principales promotores de mis sueños gracias a ellos por cada día confiar y creer en mí, gracias por sus consejos, amor, por hacer de mí una mejor persona por cada una de sus palabras que me guiaron durante mi vida y mi carrera.

A mis hermanos

Marco Antonio, Jorge Luis, Betzi por su apoyo incondicional en la parte moral y económicamente que siempre me brindaron día a día en el transcurso de cada año de mi carrera universitaria, gracias por estar presentes no solo en esta etapa tan importante de mi vida, sino en todo momento, gracias por sus consejos, amor y por siempre caminar a mi lado tomados de la mano por no soltarme de la mano para caminar juntos.

A la asesora de Tesis

Dra. Vanesa Jiménez Arroyo a quien le agradezco por su apoyo incondicional para culminar la presente investigación, gracias por sus consejos, por el tiempo dedicación, profesionalismo y paciencia que me brindo a lo largo de este proyecto.

AGRADECIMIENTO

A la universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, en especial a la Facultad de Enfermería que me abrió las puertas para formarme profesionalmente.

A cada uno de los profesores que impartieron clase a lo largo de mi carrera y por haber aprendido a valorar todo lo que tengo.

A las autoridades de la Secretaria de Salud del municipio de Ocosingo, Chiapas por las facilidades brindadas para llevar a cabo el trabajo de campo de la presente investigación.

A las adolescentes participantes de la investigación quienes permitieron a través de la información proporcionada indagar el fenómeno estudiado.

Al Programa para el Desarrollo Profesional Docente (PRODEP), por el apoyo brindado a través de mi asesora de tesis para la elaboración y culminación de la presente.

Resumen

Actualmente el embarazo en adolescente no solo es un problema de salud y social para la mujer sino un factor de riesgo para el neonato, debido a la inmadurez y la falta de conocimiento de las madres adolescentes para la atención y cuidado a su recién nacido. Los procesos que pueden llegar a verse involucrados en el binomio madre e hijo son aquellos referentes a alteraciones en la calidad de vida de la adolescente a nivel emocional, físico, sociocultural y económico, así como riesgos importantes para la salud y la vida del recién nacido.

En virtud de que el embarazo adolescente es una problemática relevante en materia de política pública y que pese a los esfuerzos realizados, la tasa de fecundidad adolescente sigue en aumento, ante esta situación se hace necesario indagar los procesos de vínculo que llega a establecer la adolescente en su rol maternal con su hijo (a) en virtud de que a partir de ello; le permita a la joven realizar acciones eficaces y eficientes en beneficio del cuidado y salud de su neonato por ello, se aborda la teoría del rol maternal de Ramona T. Mercer. Objetivo: Comparar el vínculo afectivo entre madres adolescentes primíparas y sus neonatos en una unidad de salud y una unidad hospitalaria en el municipio de Ocosingo, Chiapas México. La investigación fue de tipo cuantitativo, comparativo, descriptivo y transversal. La información se recuperará a partir del instrumento Vínculo afectivo entre padres e hijos neonatos nacidos a término elaborado y validado por Vargas Vázquez Nathalya Alix y Pardo Torres Myrian Patricia contando con validez facial, contenido, constructo y confiabilidad de alfa de cronbach de 0.69 el cual, representa un valor aceptable. El análisis se realizó mediante estadística descriptiva en el programa estadístico SPSS Versión 17. Resultados: Para identificar la relación de vinculación afectiva en la escala total y en las dimensiones de los participantes, se aplicó la prueba estadística no paramétrica *rho* de *Spearman* y se encontró relación estadísticamente significativa y positiva entre vinculación afectiva escala total y edad ($r_s=.482$; $p=.000$), vinculación afectiva escala total y estado civil ($r_s=-.213$; $p=.000$), vinculación afectiva escala total y escolaridad ($r_s=.364$; $p=.000$) y vinculación afectiva escala total y embarazo deseado ($r_s=.490$; $p=.000$). Los resultados permitirán establecer

programas de acción tendientes al correcto cuidado del hijo de la madre adolescente. Esta investigación contribuye a la línea de investigación de la facultad de enfermería Cuidado integral en condiciones crónicas.

Palabras claves: Vínculo afectivo, madres adolescentes, neonato.

Abstract

Currently teenage pregnancy is not only a health and social problem for women but a risk factor for the newborn, due to the immaturity and lack of knowledge of adolescent mothers for the care and care of their newborn. The processes that may be involved in the mother and child binomial are those related to alterations in the quality of life of the adolescent on an emotional, physical, sociocultural and economic level, as well as important risks for the health and life of the newborn.

Given that adolescent pregnancy is a relevant issue in terms of public policy and despite the efforts made, the rate of adolescent fertility continues to rise, in this situation it is necessary to investigate the bonding processes that come to establish the adolescent in her maternal role with her child by virtue of that; allows the young woman to carry out effective and efficient actions for the benefit of the care and health of her newborn. Therefore, Ramona T. Mercer's maternal role theory is addressed. Objective: To evaluate the affective bond between adolescent primiparous mothers and their neonates in a health unit and a hospital unit in Ocosingo, Chiapas. The research was quantitative, comparative, descriptive and transversal. The information was recovered from the instrument Bond affective between parents and children born at term developed and validated by Vargas Vázquez Nathalya Alix and Pardo Torres Myrian Patricia with facial validity, content, construct and reliability of alpha de cronbach of 0.69 which, represents an acceptable value. The analysis was carried out by means of descriptive statistics in the statistical program SPSS Version 17. Results: To identify the relationship of affective linkage in the total scale and in the dimensions of the participants, the non-parametric statistical test Spehoman was applied and a relationship was found statistically significant and positive between affective linkage total scale and age ($r_s = .482$, $p = .000$), affective linkage total scale and marital status ($r_s = -.213$; $p = .000$), affective linkage total scale and schooling ($r_s = .364$; $p = .000$) and affective linkage total scale and desired pregnancy ($r_s = .490$, $p = .000$). The results will allow to establish programs of action tending to the correct care of the adolescent mother's son. This research contributes to the line of research of the faculty of nursing Comprehensive care in chronic conditions.

Contenido

Introducción.....	IV
I. Antecedentes	1
II. Justificación.....	5
III. Planteamiento del problema.....	8
IV. Hipótesis.....	9
V. Objetivos	10
5.1. General.....	10
5.2. Específicos	10
VI. Marco teórico	11
6.1. Embarazo Adolescente	11
6.2. Teoría de Ramona T. Mercer	13
6.3. Vínculo efectivo	15
VII. Metodología.....	17
7.1. Tipo de estudio	17
7.1.1. De acuerdo a la aplicabilidad, enfoque y nivel de alcance	17
7.2. Diseño metodológico	17
7.2.1. Manipulación de la variable.....	17
7.2.2. Forma de recolección de datos	17
7.2.3. Número de mediciones del fenómeno.....	17
7.2.4. Límites de tiempo	17
7.3. Límites espacio.....	17
7.4. Población que presenta el fenómeno a estudiar.....	18
7.5. Muestra (tipo y tamaño).....	18
7.5.1. Tipo de muestreo	18
7.5.2. Tamaño de la muestra	18
7.5.2.1. Criterios de inclusión:.....	18
7.5.2.2. Criterios de exclusión.....	18
7.5.2.3. Criterios de eliminación:.....	19
7.6. Variables.....	19

7.6.1. Definición conceptual y operativa, dimensiones e indicadores (Ver apéndice No. 1).....	19
7.6.2. Operacionalización de las variables descriptivas (Ver apéndice No. 2).	19
7.6.3. Variables metodológicas	19
7.7. Instrumento.....	19
7.8. Procedimientos.....	19
7.9. Análisis estadístico	20
7.10. Recursos humanos, materiales y financieros:	20
7.10.1. Recursos humanos	20
7.10.2. Recursos materiales.....	20
7.10.3. Recursos financieros.....	21
7.11. Cronograma de actividades (Ver anexo No. 4).....	21
7.12. Difusión.....	21
7.13. Consideraciones éticas y legales	21
VIII. Resultados	22
IX. Discusión.....	29
X. Conclusiones	31
XI. Sugerencias	32
Referencias bibliográficas	33
Apéndices.....	36
Apéndice No. 1. Definición conceptual y operativa, dimensiones e indicadores...	37
Apéndice No. 2. Operacionalización de las variables descriptivas.....	38
Anexos	39
Anexo No. 1. Instrumento “Vínculo entre padres e hijos neonatos”	
Anexo No. 2. Oficios de aceptación para la ejecución de la investigación	
Anexo No. 3. Recursos financieros	
Anexo No. 4. Cronograma de actividades	
Anexo No. 5. Consentimiento y asentimiento informado	

Lista de Tablas

Tabla 1. Datos Sociodemográficos.....	22
Tabla 2. Vinculación afectiva.....	23
Tabla 3. Correlación entre la vinculación afectiva y variables sociodemográficas	25
Tabla 4. Prueba W de Wilcoxon para vinculación afectiva por unidad de salud	26
Tabla 5. Prueba W de Wilcoxon para vinculación afectiva por estado civil	27
Tabla 6. Prueba W de Wilcoxon para vinculación afectiva por embarazo deseado ..	28

Introducción

La adolescencia es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el periodo de la vida que se da entre los 10 y 19 años de edad, a su vez el embarazo en la adolescencia es aquel que ocurre en mujeres menores de 20 años, a nivel mundial cada año nacen 15 millones de niños (as) de madres adolescentes, lo que representa la quinta parte de todos los nacimientos anuales registrados. De ellos, el 60% no son planeados. En este periodo se caracteriza por cambios psicológicos, emocionales y físicos.

El embarazo en adolescentes se ha convertido en uno de los principales problemas de salud pública en México, por lo que las autoridades del Sector Salud en diversos estados han puesto su atención y elaboran estrategias para la prevención de embarazos en adolescentes. De acuerdo a la Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica (ENADID, 2014), elaborada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en el país ocurre 77 nacimientos por cada mil adolescentes de 15 a 19 años de edad. Esta cifra, indica un incremento en la tasa con relación a la encuesta de 2009, cuando ocurrieron 70 nacimientos en este mismo grupo. En la encuesta también se revela que más de 308 mil (9.6 por ciento) de las adolescentes de 15 a 17 años han estado embarazadas por primera vez, y de ellas, 9.8 por ciento (30 mil) manifestaron que no utilizaron un método anticonceptivo en la primera relación sexual.

Por lo anterior, se determinó indagar aspectos que refieren el vínculo afectivo entre la madre adolescente y su hijo considerando que la cifra de madres adolescentes es importante y que una vez que llegan a culminar sus embarazos se requiere la atención de ambos.

La presente investigación evidencia la importancia respecto al vínculo afectivo entre las madres adolescentes primíparas y su neonato, aspecto esencial para el desarrollo y crecimiento saludable del binomio madre e hijo.

I. Antecedentes

La colocación del embarazo adolescente en la agenda de salud pública, y merecedor en dichos términos de investigación e intervención por parte del Gobierno Estatal y Federal, surgió en la década de los 60 acompañando los cambios socio demográficos, económicos, culturales, e ideológico-políticos que tuvieron lugar tras la Segunda Guerra Mundial. Estas transformaciones originaron una creciente preocupación por la normalización del comportamiento de los jóvenes, más específicamente por aquellas conductas que minaran su transición hacia una forma socialmente aceptada de ser adulto (Gogna M, 2005).

El embarazo adolescente como objeto de estudio en la salud pública y más específicamente para la enfermería, obedece al reconocimiento de las consecuencias que trae consigo no sólo el embarazo en la adolescencia, también las maternidades tempranas. Teniendo en cuenta que el apego se establece desde la preconcepción, durante la gestación, y en los primeros días de vida se fortalece y perdura en el tiempo (Chourio UN, 2012), es necesario consolidar el vínculo afectivo entre padres e hijo para lograr un “apego seguro”, que contribuya a ganar seguridad, adaptación y capacidad vital en la conexión humana, elementos que constituyen herramientas de salud y bienestar (Grupo Marmor, 2014).

En el año 2000 Schaffer (Rodríguez VJ, 2012) define el apego como la primera relación que entabla una persona al nacer. Es un lazo de larga duración, emocionalmente significativo para un individuo y como característica del apego la necesidad de una aproximación física que le permita al neonato sentir la presencia constante del cuidador que le brinde seguridad, razón que lleva a que la separación del cuidador origine la angustia por la separación. Cabe resaltar que esta angustia funciona en ambos sentidos, es decir, tanto los padres como los hijos la experimentan.

Jiménez Arroyo Vanesa en el año 2017 en su estudio de Representaciones sociales sobre maternidades tempranas en adolescentes embarazadas concluye en

un categoría identificada que las adolescentes conciben la maternidad única y exclusivamente con su hijo desvinculando parcial o totalmente la participación del padre, ya que el hijo representa para ellas una posesión al tener algo propio, lo que coincide con otros autores que han señalado que la maternidad es sentida por las adolescentes como complemento afectivo en medio de carencias afectivas y materiales (Aquino A, 2013).

El estudio de Aguilar Ríos Cruz en el año 2014 en su estudio vínculo afectivo y prácticas de cuidado que implementan seis madres adolescentes con sus hijos prematuros y su relación con las creencias culturales concluye que las creencias culturales que permean las prácticas de crianza de las madres adolescentes hacia sus bebés deben ser conocidas por el personal de salud, aceptadas, transformadas o modificadas en beneficio de la salud del recién nacido prematuro. A pesar de que el ambiente de la unidad neonatal no es el más adecuado contribuye a establecimiento del vínculo afectivo entre padres e hijo, actividades como el baño, la alimentación, el cangureo, las caricias, las miradas y el contacto con el bebé durante el día son fundamentales. Sin embargo, la vinculación con el padre es más limitada por las restricciones en el horario de las visitas o el poco interés de él por hacerlo (Aquino A, 2013).

Cardoso Johana Paola en el año 2014 en su estudio titulado: Conocimientos de madres adolescentes sobre cuidados básicos al recién nacido concluye que la expresión de afecto por parte de la madre hacia el recién nacido es uno de los cuidados relacionados más directamente con la relación con la satisfacción de la necesidad de amor, pertenencia y estima que presenta Maslow en su teoría. A partir de esto, el recién nacido y su madre generan vínculos afectivos que proporcionan seguridad y confianza entre ellos, y aporta en gran medida a un crecimiento y desarrollo óptimo del recién nacido ya que la madre adolescente muestra interés continuo por el bienestar de su hijo y realiza todos los cuidados necesarios con amor, fundamental en la generación de vínculos y en la adopción del rol maternal en la adolescente (O.M.S. 2017).

Espinoza Venegas Macarena estudio en el año 2006 la Observación del vínculo madre e hijo y su asociación con las representaciones de los vínculos tempranos en madres adolescentes primerizas y concluye que si se considera que el grupo de madres e hijos evaluados, evidencian una predominancia de vínculos de tipo Seguro en la mayoría de los indicadores de la interacción observada (mirada, tacto, sostén, afecto y proximidad), podría inferirse que estas estadías estarían manifestando comportamientos sincrónicos y simétricos (Brazelton y Cramer, 1993). La característica de simetría en la relación madre-hijo apunta a la capacidad de la madre para prestar atención a las señales del bebé, mientras que la característica de sincronía da cuenta de la capacidad de la madre para adaptar su conducta a los ritmos de su bebe (Issler JR, 2001).

Ortiz Jenny Ortiz Jenny Amanda en 2006 estudio la relación de apego en madres adolescentes y sus bebes canguro y encontró una correlación positiva y significativa entre los puntajes de toda la muestra en Sensibilidad Materna y Apego ($r=0,4$ $p<0,05$), indicando que existe una relación entre las variables y los constructos teóricos evaluados. Este puntaje de correlación soporta, como se encuentra en los resultados de varias investigaciones, la idea de reciprocidad en las interacciones tempranas que planteó Bowlby (1982, 1989) (Ortiz, J. 2016).

En su estudio el vínculo afectivo Molina Plata refieren que representa para el niño un factor primordial en la formación integral. Es la madre quien se encarga de proporcionar a su hijo las condiciones de bienestar, protección, afecto, salud y educación entre otras la atribuye mayor capacidad de brindarle seguridad, mediante un vínculo afectivo, donde demuestre todo el interés por el neonato y pueda tener un sentimiento de pertenencia, la sensación de estar protegido y generar en el la confianza y estabilidad tanto para la madre y su hijo (Molina, P.K. 2017).

En el año 2015, Luz Eliana Chupillon Pérez estudio el vínculo precoz favorece el desarrollo de la autonomía del niño, los niños con apego seguro tienen mayor capacidad de atención y desarrollan mejores capacidades intelectuales, son capaces de adaptarse mejor al estrés y demostrar conductas satisfactorias en situaciones de separación de los padres, al hablar de apego nos referimos a un mecanismo pre

programado que activa toda una gama de comportamientos posibilitando la vinculación bebe - madre con el objetivo de promover la proximidad, protección y seguridad del cuidador que le permitirá la exploración de lo desconocido (Chupillon L.E, 2014).

Bowlby en su teoría del apego demuestra que el vínculo se establece por el impulso innato que lleva la madre a proteger al bebe; está basada en el estado de seguridad, ansiedad y temor de un niño que viene determinado en gran medida por la accesibilidad y capacidad de respuesta de su principal figura de afecto

El vínculo materno es el lazo que se crea entre la madre y su hijo desde las primeras semanas de embarazo, se alarga durante toda la vida y se construye a partir de las experiencias de apego que el bebe experimenta: estímulos y reacciones mutuas entre el niño y la madre; que producen seguridad, sosiego, consuelo, y el placer de ambos (Chupillon L.E, 2013).

En su estudio realizado por Manuel Antonio Injante en año 2018 respecto a la importancia de la lactancia materna como estrategia para fortalecer el vínculo afectivo materno filial, favorece percibiéndolas sanas, con protección para seguir estableciendo el vínculo afectivo materno filial para la madre es lactar ya que le permite mantener el equilibrio emocional perfecciona su nivel de percepción para detectar las reacciones y emociones de su hijo, logrando obtener confianza y seguridad para realizar los cuidados básicos de su hijo (Injante. M.A. 2018).

II. Justificación

Diariamente, veinte mil menores de 18 años dan a luz en los países en desarrollo, de ellas, aproximadamente doscientas mueren como consecuencia de embarazos o partos de acuerdo a la Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2014). Si bien se trata de una problemática mundial, organizaciones internacionales han reconocido que regiones como África, el Sur de Asia y Latinoamérica registran los más altos índices de embarazos adolescentes, cuestión que han asociado con los contextos de desigualdad socio-económica y la ausencia de respeto a los derechos humanos que prevalece en estos contextos de acuerdo a lo que señala la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE, 2014).

Los Organismos Internacionales han referido también que no todas las adolescentes presentan la misma vulnerabilidad frente a la posibilidad de resultar embarazadas, las más afectadas en América Latina son las indígenas, las afrodescendientes, las inmigrantes y las mujeres provenientes de comunidades pobres y sin acceso a la educación y salud (OCDE, 2014).

Si bien, México se posicionaba para 2012 según los indicadores del Banco Mundial (BMI), en el noveno lugar entre los países de América Latina (AL) por sus índices de embarazo adolescente, resulta alarmante que para 2014 ocupe el primer lugar entre los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) con una tasa de natalidad de 64.2 por cada mil nacimientos, mientras que Suiza tiene la más baja, con 4.3. (Universia, 2014).

La tendencia anterior se confirma con las cifras dadas por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía para 2010, que señalan que el promedio de hijos nacidos vivos en el grupo de 12 a 19 años ha sido el más alto en las últimas dos décadas. Si bien, el promedio nacional se estima en 5.8%, estados como Chihuahua y Baja California Sur rebasan los ocho puntos porcentuales. Los estados con mayor incidencia de embarazos adolescentes en el país, son en orden descendente:

Guerrero, Nuevo León, Chiapas, Coahuila, Durango, Tabasco, Sonora, Tlaxcala, Baja California, Colima, Querétaro y Yucatán (INEGI, 2010).

Michoacán de manera específica, se ubicó para 2011 en el lugar 17 en relación al resto de la República Mexicana respecto a la incidencia de embarazos adolescentes (México social en Excélsior, 2013). En el año 2010, la Jurisdicción Sanitaria No. 1 de la Secretaría de Salud en Michoacán, registró 3 mil 734 embarazos en mujeres de 15 a 19 años, con 381 abortos y dos muertes maternas; 103 de estos embarazos fueron en menores de 15 años y 10 de ellos culminó en abortos (SSM, 2017).

En 2012, en Michoacán se registraron 15,154 embarazos de los cuales, 1,239 correspondieron a menores de 15 años y un total de 13,915 a las adolescentes de 15 a 19 años de edad. En la ciudad de Morelia de manera específica, se presentaron 230 embarazos de jóvenes menores de 15 años siendo una cantidad de 3,584 las mujeres de 15 a 19 años, cabe señalar que en 2011 y 2012 el primer lugar en esta problemática lo ocupó el municipio de Tarímbaro (SSM, 2017).

En el año 2013 se registraron 13,907 casos en Michoacán siendo 1,206 casos de embarazo en menores de 15 años, y 12,701 en mujeres de 15 a 19 años de edad. En esta ocasión fue el municipio de Maravatío.

En el 2014 se registraron 13,10 embarazos de los cuales, 1, 102 correspondieron menores de 15 años y total de 12,048 de las a adolescentes de 15 a 19 años de edad.

En el 2015 se registraron un total de 12,170 embarazos de los cuales, 1050 fueron menores de 15 años y 11,120 en mujeres de 15 a 19 años.

En el 2016 se registraron 1,1437 embarazos de los cuales, 760 correspondieron a menores de 15 años y 10,677 de las a adolescentes de 15 a 19 años de edad.

En el 2017 se registraron un total de 12,016 embarazos de los cuales, 842 correspondieron a menores de 15 años y 11,174 de las adolescentes de 15 a 19 años.

Cabe mencionar, las jurisdicciones con mayor índice de embarazos son: Morelia 2,647, (22%1), Uruapan 2, 058 (17.2%), Zamora 1,532 (12.8%), Zitácuaro (11.8%), Pátzcuaro 1,299 (10.8%), la piedad 1,151 (9.5%), Apatzingán 999 (8.3%) y lázaro cárdenas 902 (7.5%). (SSM, 2017).

III. Planteamiento del problema

Uno de los datos demográficos, sociales y de salud pública que han sido de impacto, no solo en México sino también en otros países alrededor del mundo, es el embarazo en la adolescencia. La organización mundial de la salud (OMS), establece como embarazo adolescente a la condición de maternidad que se produce en edades tempranas; es decir, es aquella gestación prematura que presentan las jóvenes que no han culminado su maduración tanto psicológica como biológica.

Los vínculos efectivos es la capacidad de establecer relaciones efectivas con las personas del entorno que se inicia en las primeras etapas de la vida. Desde su nacimiento, John Bowlby en 1998 fue el pionero en desarrollar el vínculo afectivo. Sus investigaciones fueron esenciales para el estudio del desarrollo humano y aportaron conocimientos sobre las posibles consecuencias.

Según la teoría del apego, estas relaciones son producto del afecto que se crea entre el niño y su principal cuidador, el cual normalmente es la madre, quien es la encargada de brindar al niño los cuidados básicos y afectivos que tendrán aplicaciones sociales y psicológicas los cuales determinaran el desarrollo de su personalidad (López R.C, 2017).

Para enfermería resulta importante trabajar en fortalecimiento en el cuidado afectivo del binomio madre adolescente y su hijo (a) en virtud de los beneficios que para la salud física y mental significa para ambos ya que se ha demostrado que el fortalecimiento de este vínculo permitirá acciones de empoderamiento oportunas por parte de las adolescentes para la atención eficaz y eficiente de la adolescente en torno al cuidado de su hijo identificando alteraciones oportunamente y acudiendo a los servicios de atención que se requieran.

Por lo tanto, se plantea la siguiente pregunta de investigación

¿Cómo es el vínculo afectivo entre madres adolescentes primíparas y sus neonatos en el municipio de Ocosingo, Chiapas México?

IV. Hipótesis

- Hi.** El vínculo afectivo entre madres adolescentes es igual en adolescentes primíparas y sus neonatos en la unidad de salud y la unidad hospitalaria en el municipio de Ocosingo, Chiapas México.
- Ho.** No existe relación entre el vínculo afectivo entre madres adolescentes primíparas y sus neonatos en la unidad de salud y la unidad hospitalaria en el municipio de Ocosingo, Chiapas México.
- Ha.** Existe mayor relación del vínculo afectivo entre madres adolescentes primíparas y sus neonatos en la unidad de salud en el municipio de Ocosingo, Chiapas México.
- Ha.** Existe mayor relación del vínculo afectivo entre madres adolescentes primíparas y sus neonatos en la unidad hospitalaria en el municipio de Ocosingo, Chiapas México.

V. Objetivos

5.1. General

Comparar el vínculo afectivo entre madres adolescentes primíparas y sus neonatos en una unidad de salud y una unidad hospitalaria en el municipio de Ocosingo, Chiapas México.

5.2. Específicos

1. Identificar la característica sociodemográfica de las adolescentes primíparas en una unidad de salud y una unidad hospitalaria en el municipio de Ocosingo, Chiapas México.
2. Identificar grado bajo de vinculación afectiva de las adolescentes primíparas en una unidad de salud y una unidad hospitalaria en el municipio de Ocosingo, Chiapas México.
3. Identificar grado medio de vinculación afectiva de las adolescentes primíparas en una unidad de salud y una unidad hospitalaria en el municipio de Ocosingo, Chiapas México.
4. Identificar grado alto de vinculación afectiva de las adolescentes primíparas en una unidad de salud y una unidad hospitalaria en el municipio de Ocosingo, Chiapas México.

VI. Marco teórico

6.1. Embarazo Adolescente

El embarazo en la adolescencia se considera un problema de salud pública, en México y países desarrollados, debido a la gran morbilidad perinatal que genera y al destacado papel que desempeña como perpetuador del círculo de la pobreza en el que vive más de la mitad de nuestra población. Disminuir la mortalidad materna en un 75% para el 2015, uno de los objetivos desarrollados del milenio adoptados internacionalmente que pretende impactar positivamente esta realidad. (J. Botero, 2015).

El embarazo durante la adolescencia es considerado por la OMS como un embarazo de riesgo, debido a las repercusiones que tiene sobre la salud de la madre adolescente y su hijo, además de las consecuencias psicológicas, sociales en adolescentes menores de 20 años.

Según la OMS, el embarazo en la adolescencia es “aquella gestación que ocurre durante los dos primeros años de edad ginecológica edad de la menarquía, cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de la familia parenteral”.

El conocimiento y la consideración a la etapa del desarrollo de la niña pueden contribuir a planificar cuidados apropiados para la edad, en especial durante el embarazo. El reconocer que el estrés del embarazo puede tener un impacto sobre el crecimiento y desarrollo de la niña permite a la enfermera anticipar alteraciones o regresiones en el desarrollo y planear los cuidados en forma correspondiente (Y. Johnson, 2012).

El embarazo adolescente se clasifica como temprano en las jóvenes que tienen un rango de edad de 10 a 13 años y que la OMS define como la etapa de cambios corporales y funcionales como la menarca, la adolescente empieza a perder interés por los padres, inicia sus amistades, aumente sus actividades intelectuales,

sus fantasías, no controla sus impulsos, personalmente se preocupa por sus cambios corporales preocupación por su parecencia física. (OMS).

La adolescencia intermedia es considerada por La organización mundial de la salud (OMS) como el desarrollo y crecimiento somático, psicológicamente es el periodo de la máxima relación, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres, para muchos es la edad promedio de inicio de experiencias, actividad sexual, se sienten vulnerables, asumen sus conductas, pretenden poseer un cuerpo más atractivo, se manifiestan fascinados por la moda, eta edad comprende de los 14 a los 16 años.

Por último, la OMS considera la adolescencia tardía como la etapa donde no presentan cambios físicos, aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres sus valores son más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales considera la edad de 17 a 19 años. Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, por las que todas pasan para comprender los adolescentes, especialmente durante un embarazo sabiendo que: una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transmitiendo, sin madurar etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada.

La causa del embarazo durante la adolescencia son múltiples y están interrelacionadas, con la inmadurez psicológica, propicia un pobre autocontrol y la toma de decisiones, el inicio sexual precoz, el mal uso de métodos anticonceptivos, el abuso sexual, a menor edad de inicio sexual, mayor frecuencia de sexo coercitivo, por lo tanto no protegido; la falta de oportunidades educativas y recreativas, las mujeres con diez años o más de escolaridad tiene cuatro veces menos probabilidad de iniciar su actividad sexual antes de cumplir sus 20 años, que aquellas con solo cuatro años de escolaridad; los numerosos aspectos culturales arraigados de subvaloración del género femenino, y la asignación de papeles de sumisión , están entre las más reconocidas. En Colombia se ha encontrado un riesgo incrementado

de embarazo entre aquellas adolescentes que viven en zona rural (22%), son pobres (24%), sin educación (54%). O solo han hecho la primaria (42%) (Botero A.J, 2015).

Más del 50% de las adolescentes y el 75% de los adolescentes dicen haber mantenido relaciones sexuales antes de cumplir 18 años. Alrededor de 750.000 las adolescentes quedan embarazadas cada año. Aproximadamente el 33% de estas gestaciones se interrumpe mediante un aborto terapéutico y cerca del 14% finaliza por un aborto espontaneo. Más de la mitad de las adolescentes embarazadas deciden criar a sus hijos (Botero A.J, 2015).

Los factores socioeconómicos como la pobreza constituyen un factor de riesgo destacado de embarazo en adolescentes, así mismo, se ha considerado que la cultura es otro factor determinante en virtud de que los principios y las experiencias familiares influyen en las tasas de embarazos en adolescentes, el riesgo de actividad sexual y, por lo tanto, los embarazos son más elevados en las adolescentes cuyas madres o hermanas tuvieron hijos al principio de la adolescencia.

Respecto al factor educativo, las adolescentes con un nivel educativo bajo presentan un riesgo mayor de embarazo. Las jóvenes con objetivos académicos ambiciosos (universidad, carrera, profesional) suelen utilizar más a menudo métodos anticonceptivos. En caso de concebir es más probable que se sometan a un aborto y por último, los factores psicológicos como el autoestima baja repercute la probabilidad de embarazo en la adolescencia algunas planifican de manera consciente o inconsciente, otras castigan a sus padres, escapándose de casa o tener a alguien a quien amar y que las ame, otro factor que influye es la disfunción familiar, los malos tratos físicos o emocionales, abusos sexuales es mayor en las adolescentes embarazadas.

6.2. Teoría de Ramona T. Mercer

Su teoría se centra en la transición de la mujer al convertirse en madre, lo que implica un cambio amplio en su espacio vital que requiere un desarrollo continuo.

Mercer abarca varios factores maternos como: la edad, estado de salud, relación padre madre y características del lactante. Además, define la forma en que la madre percibe los acontecimientos vividos que influirán al momento de llevar a cabo los cuidados de su hijo.

Mercer explica el proceso que enfrenta la mujer para convertirse en madre, 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 cuidado de su hijo

La Teoría de la adopción del rol materno de Mercer y su modelo fueron presentados en 1991, la maternidad implica un profundo cambio en la vida de la mujer que exige un desarrollo continuado, convertirse en madre es bastante más que asumir un rol.

Según Mercer El rol materno es un proceso interactivo que se produce durante cierto periodo de tiempo, el cual la madre se va sintiendo vinculada a su hijo adquiere competencia en la realización de cuidados, experimenta placer, gratificación dentro del rol, la madre experimenta una sensación de armonía con su hijo (a).

La adopción del rol maternal es definido como el proceso interactivo y de desarrollo que se produce a lo largo del tiempo el cual la madre crea un vínculo con su hijo, aprende las tareas de cuidado del rol y expresa el placer, la madre experimenta un sentido de armonía confianza y competencia en la realización del rol materno.

Para Mercer las enfermeras son los profesionales sanitarios que mantienen una interacción con las mujeres en el ciclo de la maternidad, son las responsables de promover la salud de las familias y niños. Es por eso que define a la enfermería como la profesión dinámica para fomentar la salud y prevenir las enfermedades proporcionar cuidados a quienes necesitan asistencia profesional.

Ramona T. Mercer no dio una definición específica de la persona, pero se refirió al yo y al núcleo propio considera que la identidad o el yo es independiente de los roles que se ejecutan por medio de la individualización de la maternidad.

Definió el estado de salud como la percepción que la madre y el padre poseen de su salud anterior resistencia a la enfermedad preocupación por la salud, rechazo del rol enfermo.

Por último, definió el entorno de Bronfenbrenner respecto a los círculos concéntricos (Marriner-Tomey A, 1994).

6.3. Vínculo efectivo

El embarazo en adolescentes es un hecho cada vez más son más frecuentes en países desarrollados y puede considerarse una condición que favorece la producción de la pobreza, muchos de estos embarazos no son planificados y aparecen en comunidades de bajos recursos económicos y sin acceso de sistema de salud, circunstancias que ponen en riesgo la vida de la madre y su hijo. El vínculo afectivo entre la madre y su hijo se inicia desde que el feto se encuentra en el vientre materno y continua con el nacimiento, el acercamiento físico expresado en caricias, miradas, palabras, sonrisa, llantos, contacto físico, y gestos de cariño.

El vínculo más fuerte y duradero es el que desarrolla el neonato con su madre al nacer. Este vínculo es la base que ayudará a desarrollar los demás vínculos que establecerá el niño con el resto de la familia.

El vínculo con la madre comienza a desarrollarse en el vientre cuando ella siente los primeros movimientos. Muchas veces la madre le habla a su bebe y crean imágenes en sus mentes en cómo serán sus rasgos físicos cuando él bebe nace, la madre ansia sostenerlo en sus brazos, contemplarlo, acariciarlo, arroparlo, arrullarlo suavemente. Este contacto corporal con la madre y las expresiones de efecto de ella hacia su bebe determinan que el vínculo efectivo entre madre e hijo se fortalezcan. Una de las variables en el estudio del auto concepto, es el apego del vínculo efectivo.

Cordero define la lactancia materna como vínculo madre e hijo son lazos que establece, es un instinto biológico que ocurre durante el embarazo y en los primeros momentos del nacimiento (Cordero, 2012).

Las ventajas de la lactancia materna para el niño y para la madre, así como para la relación materna filial, han sido suficientemente constatadas, de forma que se ha convertido en uno de los objetivos y de todos los organismos internacionales que dedican al estudio y protección del niño. En la actualidad, el periodo crítico Para dicho establecimientos es el primer día después del parto, y el mejor momento para su inicio son los primeros 30 minutos de vida (Cordero, 2012).

VII. Metodología

7.1. Tipo de estudio

7.1.1. De acuerdo a la aplicabilidad, enfoque y nivel de alcance

El estudio fue de enfoque cuantitativo

7.2. Diseño metodológico

Descriptivo, comparativo, transversal

7.2.1. Manipulación de la variable

Se trató de un diseño no experimental

7.2.2. Forma de recolección de datos

Los datos se obtuvieron de las propias participantes a partir de responder el instrumento “Vínculo entre padres e hijos neonatos”

7.2.3. Número de mediciones del fenómeno

Se realizó una sola medición

7.2.4. Límites de tiempo

El estudio se llevó a cabo durante el periodo comprendido de junio de 2018 a diciembre 2018.

7.3. Límites espacio

El estudio se realizó en una unidad de Salud y el Hospital General de Ocosingo, Chiapas México.

7.4. Población que presenta el fenómeno a estudiar

Adolescentes primíparas que acudieron a la unidad de salud y el hospital general de Ocosingo, Chiapas México durante el periodo de noviembre a diciembre de 2018.

7.5. Muestra (tipo y tamaño)

Se tomó el referente de Alix Nathalya Vargas Vásquez en el año 2016.

7.5.1. Tipo de muestreo

El muestreo fue probabilístico, aleatorio simple.

7.5.2. Tamaño de la muestra

Se contó con la participación de 360 adolescentes de la unidad de salud y 360 adolescentes de la unidad hospitalaria.

7.5.2.1. Criterios de inclusión:

- Mujeres primíparas de 14 a 19 años de edad.
- Mujeres con un plazo máximo de 4 semanas después del parto.
- Mujeres que saben leer y escribir.
- Mujeres de una unidad de salud.
- Mejores que acudieron a la unidad hospitalaria.

7.5.2.2. Criterios de exclusión.

- Mujeres que no quisieron participar en el estudio.
- Mujeres que dieron a luz recién nacidos con algún problema de salud.
- Mujeres que hablaban otro dialecto.

7.5.2.3. Criterios de eliminación:

- Abandonen el estudio.
- Que no desean participar.

7.6. Variables

7.6.1. Definición conceptual y operativa, dimensiones e indicadores (Ver apéndice No. 1).

7.6.2. Operacionalización de las variables descriptivas (Ver apéndice No. 2).

7.6.3. Variables metodológicas:

- Independiente: Adolescentes primíparas
- Dependiente: Vínculo afectivo madre e hijo

7.7. Instrumento

Se utilizó el instrumento “Vínculo afectivo entre padres e hijos neonatos nacidos a término” de Alix Nathalya Vargas Vásquez en el año 2016 que cuenta con pruebas de validez facial y de contenido aprobadas, una confiabilidad moderadamente aceptable (Alfa de Cronbach de 0.69) y una validez de constructo por análisis factorial que evidencian medir el fenómeno para el que fue construido (Ver anexo No.1).

Se realizó una prueba piloto con 50 participantes de un área de Morelia Michoacán.

7.8. Procedimientos

Se solicitó la autorización por parte del Comité de ética e Investigación de la Facultad de enfermería y de Secretaria de Salud en el Estado de Chiapas para realizar la investigación en una unidad de salud y una unidad hospitalaria (Ver anexo No. 2).

El método para la recolección de datos se llevó a cabo a través de la aplicación del instrumento “Vínculo afectivo entre padres e hijos neonatos nacidos a término”.

Se realizaron las entrevistas con las personas seleccionadas y se les explicó en qué consistía el estudio (consentimiento informado verbal) y se obtuvo la firma de las mujeres participantes en la hoja de consentimiento informado de manera escrita.

Se les aplicó el instrumento previamente validado en un piloteo que se realizó en población similar.

7.9. Análisis estadístico

Se llevó a cabo el análisis con estadística no paramétrica para variables sociodemográficas y se utilizó la estadística paramétrica para las variables de estudio identificando la varianza, t de students, wilcoxon y mann withney.

7.10. Recursos humanos, materiales y financieros:

7.10.1. Recursos humanos

El responsable del estudio será: Darali Nájera Paniagua

Asesora: Dra. Vanesa Jiménez Arroyo

Coasesora: Ma. de Jesús Ruiz Recéndiz

7.10.2. Recursos materiales

- | | |
|------------------------|------------------------|
| • Computadora (Lap top | • Lápices |
| • USB | • Asesoría estadística |
| • Impresora | • Libreta de notas |
| • Cartuchos de tinta | • Transporte |
| • Cartuchos de tinta | • Alimentación |
| • Hojas de maquina | • Copias |
| blancas | |

7.10.3. Recursos financieros

Lo anterior, fue financiado parcialmente con apoyo del Programa para el Desarrollo Profesional Docente (PRODEP) (Ver anexo No. 3).

7.11. Cronograma de actividades (Ver anexo No. 4).

7.12. Difusión

Los resultados del presente estudio se darán a conocer en Congreso Nacional, Internacional y se publicará en una revista de impacto medio a alto.

7.13. Consideraciones éticas y legales

La presente investigación se realizó considerando los aspectos éticos y legales contenidos en la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, de acuerdo a lo dispuesto en el Art. 100 fracción I de la Ley General de Salud (Cámara de Diputados, 2013), en la cual se recomienda apegarse a los principios científicos y éticos.

Así mismo, se aplicaron los principios éticos para las investigaciones en seres humanos contemplados en la Declaración de Helsinki en su artículo 21, respetando en todo momento la integridad de las personas sujetos de estudio, su intimidad y la confidencialidad de la información (Declaración de Helsinki, 2013), esto a través de una clara explicación acerca de los objetivos, métodos, beneficios, derivados de los procedimientos antes mencionados, así como la garantía de que si por alguna razón deseaban retirarse de la investigación no habría ninguna represalia por parte del investigador, todo lo anterior para reducir al máximo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física y mental.

Se informó a las participantes y sus padres y/o tutores sobre los riesgos mínimos, para lo cual se contó con el consentimiento y asentimiento por escrito y firmado de ellos (Ver Anexo No. 5).

VIII. Resultados

El objetivo de esta investigación fue comparar el vínculo afectivo entre madres adolescentes primíparas y sus neonatos en una unidad de salud y una unidad hospitalaria en el municipio de Ocosingo, Chiapas México. Se realizó una prueba de fiabilidad resultando un nivel de .960 medido con Alfa de Cronbach y se reconfirmó con la prueba de dos mitades de Guttman, obteniendo un índice de .979.

El objetivo específico uno de la investigación fue describir la población participante con base en las variables sociodemográficas. Se utilizó estadística descriptiva con frecuencias y porcentajes. Los resultados se presentan en la tabla 1, donde se observan los datos personales de los participantes, destacando que el 57% de las adolescentes se encontraban hospitalizadas y una cifra similar representada por 42.5% de embarazadas se encontraban en el centro de salud de las cuales, el 53% estaban casadas y 46.7% viven en unión libre, el 39% de ellas culminaron hasta el nivel secundaria, 53% refieren no haber deseado sus embarazos y el 46.4% de ellas refieren si haberlo deseado.

Tabla 1. Datos Sociodemográficos

Variable	F	%
Unidad de salud		
Centro de salud	130	42.5
Hospital	176	57.5
Estado civil		
Casada	163	53.3
Unión libre	143	46.7
Escolaridad		
Primaria	32	10.5
Secundaria	120	39.2
Preparatoria	67	21.9
Universidad	87	28.4
Desempleado	1	.8
Embarazo deseado		
Sí	142	46.4
No	164	53.6

Fuente. Elaboración propia

Nota: f=frecuencia, %=proporción

El objetivo específico dos de la investigación fue Identificar grado bajo de vinculación afectiva de las adolescentes primíparas en una unidad de salud y una unidad hospitalaria en el municipio de Ocosingo, Chiapas México. Se utilizó estadística descriptiva con frecuencias y porcentajes. Los resultados se presentan en la tabla 2 de Vinculación afectiva, donde se observa que en la escala total un 74% de grado alto de vinculación afectiva, así como en las dimensiones de apoyo emocional, unión interacción, mostrando grado medio el apoyo informativo y un alto grado el estrés.

Tabla 2. Vinculación afectiva

Vinculación afectiva		F	%
Escala total			
	Grado bajo	51	16.7
	Grado medio	26	8.5
	Grado alto	229	74.8
Dimensiones			
Apoyo emocional			
	Grado bajo	4	1.3
	Grado medio	108	35.3
	Grado alto	194	63.4
Unión interacción			
	Grado bajo	0	0
	Grado medio	68	22.2
	Grado alto	238	77.8
Apoyo informativo			
	Grado bajo	0	0
	Grado medio	184	60.1
	Grado alto	122	39.9
Estrés			
	Grado bajo	2	0.7
	Grado medio	99	32.4
	Grado alto	205	67.0

Nota: f=frecuencia, %=proporción

Para identificar la relación de vinculación afectiva en la escala total y en las dimensiones de los participantes, se aplicó la prueba estadística no paramétrica *rho* de *Spearman* y se encontró relación estadísticamente significativa y positiva (tabla 1 y 2), entre vinculación afectiva escala total y edad ($r_s=.482$; $p=.000$), vinculación afectiva escala total y estado civil ($r_s=-.213$; $p=.000$), vinculación afectiva escala total y escolaridad ($r_s=.364$; $p=.000$) y vinculación afectiva escala total y embarazo deseado ($r_s=.490$; $p=.000$).

También se encontró valor estadísticamente significativo entre dimensión apoyo emocional y edad ($r_s=.474$; $p=.000$), dimensión apoyo emocional y estado civil ($r_s=-.166$; $p=.003$), dimensión apoyo emocional y escolaridad ($r_s=.353$; $p=.000$) y dimensión apoyo emocional y embarazo deseado ($r_s=-.544$; $p=.000$).

Igualmente se encontró valor estadísticamente significativo entre dimensión unión interacción y edad ($r_s=.418$; $p=.000$), entre dimensión unión interacción y estado civil ($r_s=-.193$; $p=.001$), entre dimensión unión interacción y escolaridad ($r_s=.331$; $p=.000$) y entre dimensión unión interacción y embarazo deseado ($r_s=-.466$; $p=.000$).

De la misma manera, se encontró valor estadísticamente significativo entre dimensión apoyo informativo y edad ($r_s=.279$; $p=.000$), entre dimensión apoyo informativo y escolaridad ($r_s=.232$; $p=.000$) y entre dimensión apoyo informativo y embarazo deseado ($r_s=-.259$; $p=.000$).

Finalmente, también se encontró valor estadísticamente significativo entre dimensión estrés y edad ($r_s=.279$; $p=.000$), dimensión estrés y estado civil ($r_s=-.251$; $p=.000$), dimensión estrés y escolaridad ($r_s=.404$; $p=.000$) y dimensión estrés y embarazo deseado ($r_s=-.486$; $p=.000$).

Como puede apreciarse, se rechaza la hipótesis nula y se concluye que existe relación entre la vinculación afectiva en la escala total y en las dimensiones con las variables edad, estado civil, escolaridad y embarazo deseado.

Tabla 3. Correlación entre la vinculación afectiva y variables sociodemográficas

Variables	VA	DAE	DUI	DAI	DE	US	Edad	Edo. Civil	Escolaridad	ED
VA										
Coeficiente de correlación										
Sig. (bilateral)	.									
DAE										
Coeficiente de correlación	.762**									
Sig. (bilateral)	.000	.								
DUI										
Coeficiente de correlación	.787**	.678**								
Sig. (bilateral)	.000	.000	.							
DAI										
Coeficiente de correlación	.322**	.344**	.291**							
Sig. (bilateral)	.000	.000	.000	.						
DE										
Coeficiente de correlación	.755**	.770**	.648**	.331**						
Sig. (bilateral)	.000	.000	.000	.000	.					
US										
Coeficiente de correlación	.017	-.050	-.062	-.164**	-.007					
Sig. (bilateral)	.761	.380	.281	.004	.898	.				
Edad										
Coeficiente de correlación	.482**	.474**	.418**	.279**	.506**	-.027				
Sig. (bilateral)	.000	.000	.000	.000	.000	.635	.			
Edo. civil										
Coeficiente de correlación	-.213**	-.166**	-.193**	-.094	-.251**	.023	-.317**			
Sig. (bilateral)	.000	.003	.001	.101	.000	.686	.000	.		
Escolaridad										
Coeficiente de correlación	.364**	.353**	.331**	.232**	.404**	-.029	.634**	-.256**		
Sig. (bilateral)	.000	.000	.000	.000	.000	.616	.000	.000	.	
Embarazo deseado										
Coeficiente de correlación	-.490**	-.544**	-.466**	-.259**	-.486**	.022	-.219**	.149**	-.158**	
Sig. (bilateral)	.000	.000	.000	.000	.000	.699	.000	.009	.006	.

Nota. **La correlación es significativa en el nivel 0.01 (2 colas), * La correlación es significativa en el nivel 0.05 (2 colas). Estadístico *Rho* de *Spearman*, VA= Vinculación afectiva escala total, DAE= Dimensión Apoyo emocional, DUI= Dimensión Unión interacción, DAI= Dimensión Apoyo informativo, DE= Dimensión Estrés, US= Unidad de salud, ED= Embarazo deseado

Para identificar las diferencias en la variable vinculación afectiva en la escala total y en las dimensiones por unidad de salud, se utilizó la prueba estadística *W* de *Wilcoxon*, encontrándose diferencias significativas con la escala total de vinculación afectiva ($W = 25281.00$; $p=.022$), con la dimensión unión interacción ($W=24360.00$; $p=.000$) y con la dimensión apoyo informativo ($W=25096.00$; $p=.010$), como se muestra en la tabla 3. Con esto se rechaza la hipótesis nula y se concluye que existen diferencias entre la vinculación afectiva con la unidad de salud en la escala total y en la dimensión unión interacción y apoyo informativo con un nivel de significancia de 0.05.

Tabla 4. Prueba *W* de *Wilcoxon* para vinculación afectiva por unidad de salud

Vinculación afectiva	<i>M</i>	Mdn	<i>DE</i>	<i>W</i>	Valor de <i>p</i>
Escala total					
Centro de salud	101	97	15.79	25281.00	.022*
Hospital	97.14	96	12.47		
Dimensiones					
Apoyo emocional					
Centro de salud	24.30	24	4.88	25610.50	.063
Hospital	23.51	24	3.70		
Unión interacción					
Centro de salud	30.47	29	3.95	24360.00	.000**
Hospital	28.76	28	3.46		
Apoyo informativo					
Centro de salud	23.02	22	2.75	25096.00	.010**
Hospital	22.31	22	2.27		
Estrés					
Centro de salud	20.48	20	3.85	25788.50	.104
Hospital	19.90	20	3.00		

Nota: $n=150$, X = Media, Mdn =Mediana, DE =Desviación estándar, U = estadístico de prueba de *W* de *Wilcoxon*, **La correlación es significativa en el nivel 0.01, *La correlación es significativa en el nivel 0.05

Tabla 5. Prueba W de Wilcoxon para vinculación afectiva por estado civil

Vinculación afectiva	<i>M</i>	Mdn	<i>DE</i>	<i>W</i>	Valor de <i>p</i>
Escala total					
Casada	102.27	97	13.693	18506.50	.000**
Unión libre	94.80	94	13.50		
Dimensiones					
Apoyo emocional					
Casada	24.83	24	4.06	19013.50	.000**
Unión libre	22.72	23	4.21		
Unión interacción					
Casada	30.35	29	3.81	18723.00	.000**
Unión libre	28.50	28	3.48		
Apoyo informativo					
Casada	23.04	22	2.44	19703.00	.003**
Unión libre	22.11	22	2.50		
Estrés					
Casada	21.09	20	3.17	18171.00	.000**
Unión libre	19.07	19	3.32		

Nota: *n*=150, *X*= Media, Mdn=Mediana, *DE*=Desviación estándar, *U*= estadístico de prueba de W de Wilcoxon, **la correlación es significativa en el nivel 0.01

En la tabla 5 se muestran las diferencias significativas que encontraron en la variable estado civil con la escala total vinculación afectiva (*W*=18506.50; *p*=.000), con la dimensión apoyo emocional (*W*=19013.50; *p*=.000), con la dimensión unión interacción (*W*=18723.00; *p*=.000), con la dimensión apoyo informativo (*W*=19703.00; *p*=.003) y con la dimensión estrés (*W*=18171.00; *p*=.000).

Tabla 6. Prueba W de Wilcoxon para vinculación afectiva por embarazo deseado

Vinculación afectiva		<i>M</i>	Mdn	<i>DE</i>	<i>W</i>	Valor de <i>p</i>
Escala total						
	Sí	106.95	106	11.64	17651.50	.000**
	No	91.70	91	12.06		
Dimensiones						
Apoyo emocional						
	Sí	26.41	26	3.19	17357.50	.000**
	No	21.62	21.50	3.80		
Unión interacción						
	Sí	31.49	32	3.33	18449.50	.000**
	No	27.76	27.50	3.23		
Apoyo informativo						
	Sí	23.80	24	2.07	19594.00	.003**
	No	21.58	22	2.39		
Estrés						
	Sí	22.09	22	2.70	17975.50	.000**
	No	18.48	18	3.02		

Nota: *n*=150, *X*= Media, *Mdn*=Mediana, *DE*=Desviación estándar, *U*= estadístico de prueba de W de Wilcoxon, **la correlación es significativa en el nivel 0.01

La tabla 6 muestra las diferencias significativas que se encontraron en la variable embarazo deseado con la escala total vinculación afectiva ($W=17651.50$; $p=.000$), con la dimensión apoyo emocional ($W=17357.50$; $p=.000$), con la dimensión unión interacción ($W=18449.50$; $p=.000$), con la dimensión apoyo informativo ($W=19594.00$; $p=.000$) y con la dimensión estrés ($W=17975.50$; $p=.000$).

IX. Discusión

En el análisis realizado de los resultados de la investigación, se identifica preponderantemente lo referido por Ramona T. Mercer en su Teoría del rol maternal respecto al supuesto en donde menciona que el niño está considerado como un compañero activo en el proceso de adopción del rol maternal, ya que influye en este rol y se ve afectado por él (Ferketich, 1992).

El lazo que se establece desde la concepción entre la madre adolescente y su hijo (a), representa apego a la necesidad de una aproximación física que le permita al neonato sentir la presencia constante del cuidador que le brinde seguridad lo cual, coincide con Schaffer al mencionar que esté proceso es bidireccional (Rodríguez VJ, 2012).

El estudio de Cardoso Johana Paola en el año 2014 en su estudio titulado conocimientos de madres adolescentes sobre cuidados básicos al recién nacido concluye que la expresión de afecto por parte de la madre hacia el recién nacido es uno de los cuidados relacionados más directamente con la relación con la satisfacción de la necesidad de amor, pertenencia y estima que presenta Maslow en su teoría. De aquí que esto coincide con los resultados descritos en la presente investigación.

Respecto a la unión interacción descrito en los resultados de la presentes investigación es concordante con lo definido por la Organización Mundial de la Salud ya que vínculos afectivos proporcionan seguridad y confianza entre ambos, y aporta en gran medida a un crecimiento y desarrollo óptimo del recién nacido ya que la madre adolescente muestra interés continuo por el bienestar de su hijo y realiza todos los cuidados necesarios con amor, fundamental en la generación de vínculos y en la adopción del rol maternal en la adolescente (O.M.S. 2017).

Existen similitudes respecto al estado emocional de las mujeres ya que en la presente se identificó alto nivel de estrés lo cual, sugieren otros autores como importante ya que la detección temprana de altos niveles de estrés percibido,

sintomatología ansiosa o depresiva, significan una área de oportunidad con el fin de ofrecer a las mujeres un servicio de psicoterapia especializada en el período perinatal que permita paliar sus efectos nocivos en la relación materno-fetal y en el desarrollo del feto (Goecke et al., 2012) y recién nacido.

Los datos de algunas investigaciones indican que las madres se benefician de los grupos de apoyo madre a madre y de los espacios de encuentro que permiten la expresión de los sentimientos, vivencias y temores propios de esta etapa; como resultado, estos grupos adquieren una importancia significativa en la transición a la maternidad y en el periodo post-parto (Huth-Bocks et al., 2004). En este sentido, es necesario resaltar que en la presente investigación no se destacaron estos grupos como redes de apoyo sin embargo, el apoyo informativo fue de nivel medio y en virtud de los escenarios donde se recolectó la información es de presuponer la necesidad de fortalecer acciones de los profesionales en este sentido.

Por lo anterior, los resultados de la presente investigación fortalecen la idea de un modelo de intervención interdisciplinar, centrado en el vínculo materno-fetal como factor protector del vínculo en el período post-parto y como potenciador de prácticas de paternidad positiva que fomente un desarrollo psicológico saludable (Roncallo, 2012).

X. Conclusiones

Los resultados de la presente investigación evidencian las características socioculturales que prevalecen en el municipio de Ocosingo, Chiapas ya que todas las adolescentes embarazadas son casadas o bien, viven en unión libre. Resaltando de igual manera, que la mayoría de ellas estudio la secundaria y no continuaron sus estudios, así como el dato respecto a que la mitad de la población deseaba el embarazo y el resto no.

Respecto al vínculo afectivo en el aspecto de apoyo emocional se observó un alto nivel lo cual, representa una oportunidad para potencializar redes de apoyo en pro de fortalecer acciones eficaces y eficientes en beneficio de las salud y bienestar de la madre adolescente y su recién nacido.

Por otro lado, el aspecto de unión interacción se ubicó en un nivel alto lo cual, favorece acciones de fortalecimiento en aspectos de salud mental del binomio.

Es importante señalar que el apoyo informativo obtuvo un grado medio y es en este sentido, que se requiere direccionaran o re direccionar acciones de educación a las necesidades de atención particulares de las adolescentes en el conocimiento de las necesidades básicas, así como características normales de sus neonatos en cada etapa del crecimiento y desarrollo.

Lo anterior, se representó en el nivel de estrés que presentaron las adolescentes ya que refieren un nivel de estrés alto derivado probablemente de la edad, el desconocimiento para la atención a su hijo (a) aunado a su básica instrucción escolar.

Por último, se evidencia un mayor apoyo informativo desde la atención del primer nivel, no así en la unidad hospitalaria situación importante a valorar en lo que respecta a la función docente que realiza el profesional de la Enfermería.

XI. Sugerencias

Es importante fortalecer acciones que permitan potencializar la salud del binomio madre – recién nacido para lo cual, es necesario ahondar en el fenómeno real que es el embarazo adolescente no solo direccionando acciones a la prevención de éstos en las jóvenes adolescentes sino también, a las medidas de atención a las necesidades de quienes a corta edad se convierten en madres.

El evento del embarazo en la adolescencia representa un gran reto de los servicios de salud principalmente y por ello, es indispensable la orientación y/o capacitación a la madre adolescente para aclarar sus dudas, inquietudes y capacitarla en el cuidado de su neonato.

Aunado a lo anterior, se requiere complementar la información derivada de esta investigación respecto al tipo de apoyo emocional que refieren las adolescentes de tal manera que se pueda identificar a las personas clave que fungen como redes de apoyo. Así mismo, indagar los factores estresantes que existen en torno al vínculo madre e hijo.

Por último, es menester considerar los elementos respecto a la dimensión de unión e interacción en términos de motivación y motivadores que tienen las adolescentes para el fortalecimiento del vínculo materno con sus neonatos lo cual, favorecerá la salud física, mental y social del binomio.

Referencias bibliográficas

- Aquino A. La subjetividad a debate. Sociológica. 2013; 28(80): 259-278.
- Botero A.J. 2015. Adolescentes: las tristes incubadoras de nuestra sociedad disponible en: <https://www.fucsia.co/edicion-impres/a/articulo/las-cifras-de-los-embarazos-adolescentes-en-colombia/60300>
- Cordero, 2012. Tratados de enfermería del niño y el adolescente cuidado pediátrico. 2 da edición, autor José Aguilar cordero, año 2012, editorial Elsevier.
- Corvalán F. 50 Años de Representaciones sociales y Psicología. ECOS. 2005; 3(1): 115-127.
- Chourio UN. Teoría de las Representaciones Sociales: Discusión epistemológica y metodológica. Estudios culturales. 2012; 5(19): 197-212.
- Chupillón L. Rol materno en adolescentes primíparas y el desarrollo del vínculo afectivo: servicio de neonatología, HRDLM, 2013 [Tesis]. Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2014.
- Ferketich SL, Mercer RT. Focus on psychometrics aggregating family data. Res Nurs Health. 1992; 15(4): 313-317
- Gogna M. Embarazo y maternidad en la Adolescencia: Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas. En: Gogna M, coordinador. Perspectivas socio- antropológicas sobre adolescencia, la juventud y el embarazo y Abordajes de los servicios de salud y perspectivas profesionales acerca de la adolescencia y el embarazo. Buenos Aires: CED; 2005. p. 33-65 y 163-213.
- Goecke, T., Voigt, F., Faschingbauer, F., Spangler, G., Beckmann, M. y Beetz, A. (2012). The association of prenatal attachment and perinatal factors with pre- and postpartum depression in first-time mothers. Archives of Gynecology and Obstetrics, 286, 309-316. <http://dx.doi.org/10.1007/s00404-012-2286-6>
- Grupo Marmor Informa [Página principal en Internet]. México liderea embarazos en jóvenes. Morelia: Grupo Marmor; c2013 [Consultado 11 Marzo 2014]. Disponible en: <http://www.marmorinforma.mx/Nacional/Nacionales/Mexico-liderea-embarazos-en-jovenes-ONU>

- Grupo Marmor Informa [Página principal en Internet]. En aumento, deserción escolar por embarazos. Morelia: Grupo Marmor; c2013 [Consultado 11 Marzo 2014]. Disponible en: <http://www.marmorinforma.mx/Internacional/Internacionales/ONU-7.3-millones-de-embarazos-adolescentes-al-ano>
- Grupo Marmor Informa [Página principal en Internet]. 50% de mexicanas que inician su vida sexual terminan embarazadas. Morelia: Grupo Marmor; c2013 [Consultado 11 marzo 2014]. Disponible en: <http://www.marmorinforma.mx/Nacional/Vida-y-Arte/50-de-mexicanas-que-inician-su-vida-sexual-terminan-embarazadas>
- Huth-Bocks, A. C., Levendosky, A. A., Bogat, G. A. y Von Eye, A. (2004). The impact of maternal characteristics and contextual variables on infant–mother attachment. *Child Development*, 75, 480-496. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-8624.2004.00688.x>
- Issler JR. Embarazo en la Adolescencia. *Revista de Posgrado de la Cátedra Vía Medicina*. 2001; 107(08). 11.23.
- Injante. M.A. La importancia de la lactancia materna como estrategia para fortalecer el vínculo afectivo materno filial. 2018.
- López, Claudia; Ramírez, Maritza. *Revista chilena de medicina familiar*. Autores. 2017 consultado de <http://www.revistachilenafamiliar.c/article/view/134>.
- Marriner-Tomey A, Alligood MR. *Modelos y teorías en enfermería*. 6^{ta} ed. España: Ed. Mosby; 1994.
- México Social en Excélsior [Página principal en Internet]. Embarazo Adolescente: Fenómeno Expansivo. México: Mario LF; c2013. [Consultado 07 mayo 2013]. Disponible en: <http://mexicosocial.org/index.php/mexico-social-en-excelsior/item/260-embarazo-adolescente-fen%C3%B3meno-expansivo.html>.
- Molina, P.K. La separación temprana de la Madre y sus efectos en el desarrollo Socio Afectivo del Niño. (2017).
- Ortiz, J. Relación de apego en madres adolescentes y sus bebé canguro. 2016.
- Organización de las Naciones Unidas (ONU): 7.3 millones de embarazos adolescentes al año. Morelia: Grupo Marmor; c2013 [Consultado 11 Marzo 2014]. Disponible en:

<http://www.marmorinforma.mx/Internacional/Internacionales/ONU-7.3-millones-de-embarazos-adolescentes-al-ano>.

Organización Mundial de la Salud [Página principal en internet]. Salud de los adolescentes. 2017 [Consultado 28 marzo 2017]. Disponible en: http://www.who.int/topics/adolescent_health/es/.

Organización Mundial de la Salud (OMS). Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. Disponible en:

http://origin.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/adolescent_pregnancy/es/

Rodríguez VJ. La reproducción en la adolescencia en América Latina: viejas y nuevas vulnerabilidades. Revista Internacional de Estadística y Geografía. 2012; (3)2: 66-81.

Roncallo, Claudia Patricia; Sánchez de Miguel, Manuel; Arranz Freijo, Enrique Vínculo materno-fetal: implicaciones en el desarrollo psicológico y propuesta de intervención en atención temprana Escritos de Psicología - Psychological Writings, vol. 8, núm. 2, mayo-agosto, 2015, pp. 14 -23 Universidad de Málaga, España

Secretaría de Salud. Gobierno del Estado de Michoacán [Página principal en Internet]. Secretaría de Salud en Michoacán. Dirección de Servicios de Salud, Subdirección de Planeación y Departamento de Información en Salud. Michoacán: Secretaría de Salud; c2013 [Consultado 20 Junio 2017]. Disponible en: <http://salud.michoacan.gob.mx/directorio/>

Universia México [Página principal en Internet]. OCDE: México ocupa el primer lugar en casos de embarazos adolescentes. México: Universia México; c2015 [Consultado 11 Marzo 2014]. Disponible en: <http://noticias.universia.net.mx/actualidad/noticia/2014/01/10/1074362/ocde-mexico-ocupa-primer-lugar-casos-embarazos-adolescentes.html>

Apéndices

Apéndice No. 1

Definición conceptual y operativa, dimensiones e indicadores

Variable	Tipo	Definición conceptual	Definición operativa	Dimensiones	Indicadores
Adolescentes primíparas	Independiente	Es aquella gestación que ocurre durante los dos primeros años de edad ginecológica edad de la menarquía, cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de la familia parenteral	Adolescentes embarazadas, primíparas de 14 a 19 años de edad con un plazo máximo de 4 semanas después del parto, que sepan leer y escribir y que acudan a una unidad de salud y/o unidad hospitalaria.	Adolescencia temprana Adolescencia media Adolescencia tardía	10 – 13 años 14 – 16 años 17 – 19 años

Variable	Tipo	Definición conceptual	Definición operativa	Dimensiones	Indicadores
Vínculo afectivo	Variable dependiente	El vínculo afectivo entre la madre y su hijo se inicia desde que el feto se encuentra en el vientre materno y continúa con el nacimiento, el acercamiento físico expresado en caricias, miradas, palabras, sonrisa, llantos, contacto físico, y gestos de cariño.	Es el trato que a través del lenguaje verbal y no verbal demuestra la madre adolescente a su hijo (a) recién nacido.	Apoyo emocional Unión – Interacción Apoyo informativo Estrés	Items 7, 14, 15, 16, 19 y 24. Items 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 20. Items 10, 11, 12, 13, 21 y 23. Items 8, 9, 17, 18 y 22.

Apéndice No. 2

Operacionalización de las variables descriptivas

Variable	Tipo	Definición o concepto	Escala de medición	Estadístico
Escolaridad	Numérica discreta	“Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente. Tiempo que duran estos cursos”(19)	Total de años que asistió a la escuela sin considerar el Jardín de niños.	Promedio y Desviación estándar.
Edad	Numérica discreta	“Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales” (20)	Total de años cumplidos desde su nacimiento hasta la fecha.	Media y Desviación estándar.
Ocupación	Nominal categórica.	“Acción y efecto de ocupar u ocuparse. Trabajo, empleo u oficio”. (19)	1. Empleado 2. Ama de casa 3. Obrera 4. Desempleada	Frecuencia y porcentaje.
Estado civil	Nominal categórica.	“Condición de una persona que no tiene lazos de unión con alguna pareja por ninguna ley ya sea terrenal o espiritual”.	1. Soltera 2. Casada 3. Viuda 4. Unión libre	Frecuencia y porcentaje.

Anexos

Anexo No. 1

Instrumento “Vínculo entre padres e hijos neonatos”

El objetivo del presente cuestionario es contar con información respecto a conocer el Vínculo afectivo entre madres adolescentes primíparas y sus neonatos en el municipio de Ocosingo Chiapas.

A continuación, se te solicita de la manera más atenta que escribas con letra clara lo que se te pregunta.

Edad: _____

Estado civil: _____

Último año de estudio: _____

El embarazo lo deseabas /buscabas: _____ ¿Por qué?: _____

Instrucciones: Lea atentamente cada uno de los 24 ítems de la encuesta de forma independiente e indique la respuesta con la que se sienta identificado. Marcando con una X en una sola casilla por ítem la respuesta. **De acuerdo a su opinión personal.**

Pregunta	Muy intensamente	Intensamente	Moderadamente	Levemente	Definitivamente no
1. Siento amor por mi bebé					
2. Siento ternura por mi bebé					
3. Siento felicidad con mi bebé					
4. Hago planes futuros con mi bebé					
5. Sé que mi bebé necesita de mi					
6. Siento felicidad cuando mi bebé esta alegre					

Pregunta	Muy intensamente	Intensamente	Moderadamente	Levemente	Definitivamente no
7. Siento que mi bebé está seguro conmigo					
8. Siento que mi bebé es bonito					
9. Estoy contento (a) de que este bebé sea mío					
10. Siento felicidad cuando mi bebé hace cosas nuevas					
11. Disfruto tener a mi bebé cerca de mí					
12. Siento que soy importante para mi bebé					
13. El tiempo que paso con mi bebé es especial					
14. Me gusta tener contacto con mi bebé					
15. Les hablo a los demás sobre mi bebé					
16. Disfruto estar con mi bebé					
17. Pienso en mi bebé					
18. Reconozco las expresiones y gestos de mi bebé					
19. Es fácil expresarle amor a mi bebé					
20. Me da gusto sentir a mi bebé					
21. Estoy orgulloso (a) de mi bebé					

Pregunta	Muy intensamente	Intensamente	Moderadamente	Levemente	Definitivamente no
22. Estoy pendiente de los cuidados de mi bebé					
23. Estoy pendiente de mi bebé mientras duerme					
24. Consuelo a mi bebé cuando llora					

Fuente. Vargas Vásquez, Alix Nathalya. Enfermera Universidad Nacional de Colombia, Magíster (C) en Enfermería. 2015.

Anexo No. 2

Oficios de aceptación para la ejecución de la investigación

**UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE
HIDALGO**
DES DE CIENCIAS DE LA SALUD
FACULTAD DE ENFERMERÍA

PLESS. Darali Nájera Paniagua

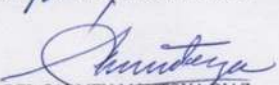
Presente.

Por este conducto se comunica que la Comisión de Investigación y Bioética de la Facultad de Enfermería, realizó la revisión del protocolo de investigación; titulado: **"Vínculo afectivo entre madres adolescentes primíparas y sus neonatos en el municipio de Ocosingo Chiapas México"** La Comisión dictaminó aprobar el protocolo de tesis con observaciones, para que en conjunto con la tutora del proyecto continúen la investigación.

Sin otro particular, reciba un cordial saludo.

A T E N T A M E N T E

Morelia, Michoacán, 15 de noviembre de 2018.

 DRA. MARIA CRISTINA MARTHA REYES	 DRA. MAGDALENA LOZANO ZÚNIGA
 DRA. MA. DE JESUS RUIZ RECÉNDIZ	 DRA. MARIA JAZMIN VALENCIA GUZMÁN
 ME. BÁRBARA MÓNICA LEMUS LOEZA	 DRA. MA. DEL CARMEN MONTOYA DÍAZ
 DRA. ELIZABETH CALDERÓN CORTÉS	



5



Universidad Michoacana De San Nicolás De Hidalgo

FACULTAD DE ENFERMERIA

Of. N°/ 0585/Acad. /2918.

Dr. Huber Roblero Lao
Director del Centro de Salud de
Ocosingo, Chiapas
Presente.-

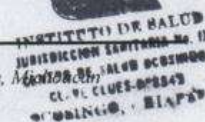
Me permito por este medio, solicitar su invaluable apoyo para que la **C. Darali Nájera Paniagua**, egresada de esta Facultad, realice cuestionarios para la colecta de datos de Investigación, con fines de Titulación, con el tema "Vínculo afectivo entre madres adolescentes primíparas y sus neonatos en el municipio de Ocosingo, Chiapas". Cabe mencionar que se encuentra asesorada por la Dra. Vanesa Jiménez Arroyo.

Sin otro particular por el momento, hago propicia la ocasión para enviarle un atento y cordial saludo.

ATENTAMENTE
Morelia, Mich., 11 de Junio de 2018.


DRA. ELVA ROSA VALTIERRA OBA
Secretaria Académica de la Facultad

C.c.p.- Archivo de la Facultad.
*ERVO/tpv.



Av. Ventura Puente No. 115 Col. Centro C.P. 58000 Tel y Fax. 01 (443) 3-13-92-74, 3-17-52-55 Morelia, Mich.



Universidad Michoacana De San Nicolás De Hidalgo

FACULTAD DE ENFERMERIA

Of. N°/0586/Acad. /2918.

Dr. Josué Iván Rodríguez Laguna
Director del Hospital Básico Comunitario
De Ocosingo, Chiapas
Presente.-

Me permito por este medio, solicitar su invaluable apoyo para que la C. Darali Nájera Paniagua, egresada de esta Facultad, realice cuestionarios para la colecta de datos de Investigación, con fines de Titulación, con el tema "Vínculo afectivo entre madres adolescentes primiparas y sus neonatos en el municipio de Ocosingo, Chiapas". Cabe mencionar que se encuentra asesorada por la Dra. Vanesa Jiménez Arroyo.

Sin otro particular por el momento, hago propicia la ocasión para enviarle un atento y cordial saludo.



Autorizado
Sonia Espinoza V.
Jefa de Enfermeras.

En las áreas de Urgencias, Consulta Externa y Medicina Preventiva.
Horario 8:00-13:00 hrs.
Iniciando el 02 de Julio 2018.
C.c.p.- Archivo de la Facultad. Y culminando el 02 de agosto 2018
*ERVO/tpv.

ATENTAMENTE
Morelia, Mich., 11 de Junio de 2018.

DRA. ELVA ROSA VALTIERRA OBA
Secretaria Académica de la Facultad



Anexo No. 3

Recursos financieros

Descripción	Cantidad	Costo unitario	Total
Computadora	1	20,000	20,000
Impresora	1	15,000	15,000
Lápices	10	5	50
Lapiceros	10	10	100
Hojas de maquina	1,500	300	900
Fotocopias	1,000	1,0000	1,000
Transportación	2	8	800
Empastados	5	500	1,500
Costo de tramites de titulación	1	8,000	8,000
Gastos de publicación de articulo	1	1,500	1,500
		TOTAL	48,850

Anexo No. 4

Cronograma de actividades

2018				
Fecha Actividad	Marzo y abril 2018	Mayo, Junio y Julio 2018	Agosto Septiembre Octubre 2018	Noviembre Diciembre 2018
Selección del tema de investigación	*			
Elaboración de marco teórico conceptual	*			
Elaboración de protocolo de investigación completo		*		
Protocolo completo		*		
Realización de trámites de aceptación del proyecto por parte de la institución		*		
Recolección de datos			*	
Análisis estadístico de los datos			*	
Presentación de examen recepional.				*
Publicación en Revista Nacional y/o Internacional				*

Anexo No. 5

Consentimiento y asentimiento informado

Consentimiento informado para los padres y/o tutor (a) de la adolescente

Morelia, Michoacán a ____ de ____ de 2018.

La que suscribe _____ declaro:

Que me han informado que las pláticas con mi hija tienen la finalidad de conocer el **Vínculo afectivo entre madres adolescentes primíparas y sus neonatos en el municipio de Ocosingo Chiapas** y la información que mi hija proporcione sólo la conocerá la investigadora y no se revelará el nombre de mi hija, ni habrá manera de que yo conozca la información que ella brinde, mi hija fue elegida para participar por tener entre 13 y 19 años de edad y cursar su primera experiencia como madre adolescente, acepto que mi hija responda un cuestionario de 24 preguntas declaro que no recibiré ningún beneficio económico como resultado de la participación de mi hija en el presente estudio. He entendido que si permito o no que mi hija participe en el estudio no nos veremos afectados sus padres o mi familia de ninguna manera. Así mismo, acepto que la participación de mi hija en este estudio no representa riesgo alguno para mi hija ni para mi nieto (a). Se me ha informado que el resultado de la investigación será publicado una vez que concluya y sólo se conocerá la información en general sin revelar el nombre de mi hija y que con esto se estará contribuyendo para mejorar la atención y cuidado que se otorgue a las adolescentes embarazadas y sus hijos (as). La investigadora ha respondido a todas mis dudas y preguntas de tal manera que estoy satisfecho con la información proporcionada y ha otorgado en número telefónico 4433860502 para establecer contacto en caso de ser necesario.

Nombre y Firma del adolescente

Nombre y Firma de los padres

Nombre y Firma del responsable del estudio

¡Muchas gracias por colaborar en este trabajo!

Asentimiento informado para la adolescente

Documento de asentimiento informado para madres adolescentes primíparas entre 13 y 19 en Ocosingo, Chiapas.

*Mi nombre es _____ y mi trabajo consiste en investigar **Vínculo afectivo entre madres adolescentes primíparas y sus neonatos en el municipio de Ocosingo Chiapas.** Me gustaría que participes en este trabajo que realizo con la finalidad de obtener mi título de Licenciada en Enfermería, puedes elegir si participar o no, tus padres /apoderado saben de qué se trata este trabajo y están de acuerdo en que tu participes, pero ellos no conocerán la información que tú me proporciones. Si no deseas tomar parte en la investigación no tienes por qué hacerlo, aun cuando tus padres lo hayan aceptado.*

Queremos encontrar mejores formas para ayudar a las madres adolescentes respecto a acciones que les permitan a las adolescentes brindar un mejor y mayor cuidado a sus hijos (as) por esto es que realizamos estas investigaciones en jóvenes de edades entre 13 y 19 años en Ocosingo, Chiapas.

Tu participación va a consistir en responder un cuestionario de 24 preguntas que no te tomara más de 5 minutos en responder. Cabe destacar que tu participación en este estudio no tiene ningún riesgo para tu salud y la de tu bebé, si decides participar no existirá ningún beneficio económico o de cualquier otra índole.

Es importante que sepas que nadie sabrá que tú participas en esta investigación y tampoco sabrán lo que me cuentes. El número telefónico para mantener contacto en caso de ser necesario será 4433860502.

“Sé que puedo elegir participar en la investigación. Sé que puedo retirarme cuando quiera. He leído esta información (o se me ha leído la información) y la entiendo. Me han respondido las preguntas y sé que puedo hacer preguntas más tarde si las

tengo. Entiendo que cualquier cambio se discutirá conmigo. Acepto participar en la investigación”.

Nombre de la adolescente _____

Firma del niño/a: _____

Fecha: _____

Día/mes/año

Copia dada al participante _____ (iniciales del investigador/asistente)

El padre/madre/apoderado ha firmado un consentimiento informado _Sí _No
(iniciales del investigador/asistente)

En caso de que la adolescente sea analfabeta:

“He sido testigo de la lectura exacta del documento de asentimiento al participante potencial y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmo que ha dado su asentimiento libremente”.

Nombre del testigo (diferente de los padres) _____

Y huella dactilar de la adolescente:



Firma del testigo _____

Fecha _____

Día/mes/año

Copia dada al participante _____ (iniciales del investigador/asistente)

El padre/madre/apoderado ha firmado un consentimiento informado _Sí _No
(iniciales del investigador/asistente)

Muchas gracias por colaborar en este trabajo!!!