



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO



División de Posgrado de la Facultad de Enfermería
Maestría en Enfermería

“Autopercepción Psicosocial del Rol Maternal en
Adolescentes Primíparas de Guanajuato, Guanajuato; México”

TESIS

Que, para obtener el grado de:

Maestra en Enfermería

Presenta:

L.E. Alejandra Navarrete Gallegos

Asesora:

Dra. Vanesa Jiménez Arroyo

Coasesora:

Dra. Mayra Itzel Huerta Baltazar

Revisora:

Dra. Ma. de Jesús Ruiz Recéndiz

Morelia, Michoacán

Noviembre 2021

Directivos

Director de la Facultad de Enfermería

MSP. Julio Cesar Gonzáles Cabrera

Secretaria Académica

M.E. Ruth E. Pérez Guerrero

Secretario Administrativo

LEI. Renato Hernández Campos

Mesa Sinodal

Presidente

Dra. Vanesa Jiménez Arroyo

1^{er} Vocal

Dra. Mayra Itzel Huerta Baltazar

2^o Vocal

Dra. Ma. de Jesús Ruiz Recéndiz

Dedicatoria

A Dios, por ser el inspirador y darme fuerza para continuar en este proceso de obtener uno de los anhelos más deseados.

A mi madre ya que sin ella no hubiera sido posible lograr esta meta, su bendición diaria a lo largo de mi vida, su protección y los valores inculcados en mí. Hoy esta meta es para ti por tu paciencia y amor madre mía, te amo y aunque ha trascendido siempre vivirás en mi corazón y recuerdos.

A mi padre por ser mi pilar fundamental y haberme apoyado a lo largo de toda mi carrera universitaria y a lo largo de mi vida.

A mis hijas Ale y Majo, ustedes fueron mi mayor inspiración para convertirme en profesional, las amo profundamente.

A mi esposo Carlos, por darme su fortaleza, inspiración, apoyo tanto moral como económico. Por creer siempre en mí y decirme a diario que si podía lograrlo. Este logro también es tuyo.

Agradecimientos

A la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, en especial a la Facultad de Enfermería, por haberme permitido formarme en ella.

A la Dra. Vanesa Jiménez Arroyo mi directora de tesis ya que sin su paciencia y constancia este trabajo no lo hubiese logrado tan fácil. Usted formó parte importante de esta historia con sus aportes profesionales que la caracterizan. Muchas gracias por sus múltiples palabras de aliento, cuando más las necesite; por estar allí cuando mis horas de trabajo se hacían confusas. Gracias por sus orientaciones.

A la Dra. Alicia Álvarez Aguirre y Dra. Claudia Guadalupe Álvarez Huante por la orientación y ayuda que me brindaron y por lo cual, fortalecí el bagaje de conocimientos estadísticos.

A los profesores que laboran en esta institución por sus palabras, sus conocimientos rigurosos y precisos, a ustedes mis profesores queridos, a donde quiera que vaya, los llevaré conmigo en mí transitar profesional. Su semilla de conocimientos, germinó en el alma y el espíritu. Gracias por su paciencia y aporte para mi crecimiento profesional.

A mis hermanas Gaby y Andy por ser parte importante en mi vida y representar la unidad familiar, por ser un ejemplo a seguir y por llenar mi vida de alegrías y apoyo cuando más lo he necesitado.

Resumen

El interés de la presente investigación deriva de la implicación que tienen los aspectos psicosociales de la adolescente embarazada en virtud de su primera experiencia biológica, psicológica y social de la maternidad y como estos aspectos pueden influir total, parcial o escasamente en el proceso gestacional y la construcción de la maternidad y dado que éste representa un foco especial de atención debido a los altos casos en el estado de Guanajuato, México. El **Objetivo** fue Comparar la percepción psicosocial del rol maternal en adolescentes primíparas de Salamanca y Valle de Santiago Guanajuato, Guanajuato; México. **Metodología** que guio el presente estudio fue cuantitativa, descriptiva, comparativa y trasversal conformada con una muestra de 128 participantes de las cuales 64 representaron a adolescentes de Salamanca y el 64 restante a participantes de Valle de Santiago. El instrumento usado tiene por nombre “Aspectos psicosociales de la gestación” creado por Regina Lederman (1984, 1996). El Prenatal Self – Evaluation Questionare (PSQ) evalúa siete dimensiones psicosociales y el nivel de confiabilidad es de 0.84. Los **Resultados** obtenidos mostraron diferencias en las dimensiones de calidad de relación de la pareja y de la madre y existió mayor aceptación del rol maternal de las adolescentes de Valle de Santiago Guanajuato, Guanajuato; México. **Conclusiones:** Es necesario que los prestadores del servicio a la salud intensifiquen acciones en las madres adolescentes ya que como lo evidencio el presente estudio a percepción de las adolescentes la calidad de la comunicación con la pareja es mejor y dentro del contexto patriarcal pueden quedar inmersas en posiciones que reiteren condiciones desfavorables para su salud, vida y desarrollo personal y profesional, así como de sus hijos.

Palabras claves: autopercepción, psicosocial, adolescente, rol maternal

Abstract

The interest of the present research derives from the implication that the psychosocial aspects of the pregnant adolescent have by virtue of their first biological, psychological and social experience of motherhood and how these aspects can influence totally, partially or only slightly in the gestational process and the construction of the maternity ward and given that it represents a special focus of attention due to the high cases in the state of Guanajuato, Mexico. The objective was to compare the psychosocial perception of the maternal role in primiparous adolescents from Salamanca and Valle de Santiago Guanajuato, Guanajuato; Mexico. Methodology that guided the present study was quantitative, descriptive, comparative and cross-sectional, made up of a sample of 128 participants, of which 64 represented adolescents from Salamanca and the remaining 64 represented participants from Valle de Santiago. The instrument used is called "Psychosocial aspects of pregnancy" created by Regina Lederman (1984, 1996). The Prenatal Self - Evaluation Questionnaire (PSQ) assesses seven psychosocial dimensions and the level of reliability is 0.84. The results obtained showed differences in the relationship quality dimensions of the couple and the mother and there was greater acceptance of the maternal role of the adolescents of Valle de Santiago Guanajuato, Guanajuato; Mexico. Conclusions: It is necessary for health service providers to intensify actions in adolescent mothers since, as evidenced by this study, the perception of adolescents is that the quality of communication with their partner is better and within the patriarchal context they can be immersed in positions that reiterate unfavorable conditions for their health, life and personal and professional development, as well as that of their children.

Keywords: self-perception, psychosocial, adolescent, maternal role

Índice

Dedicatoria	iv
Agradecimientos.....	v
Resumen	vi
Abstract	vii
Introducción.....	1
I. Justificación.....	3
II. Planteamiento del Problema.....	9
III. Objetivos	11
3.1. General.....	11
3.2. Específicos	11
IV. Hipótesis.....	12
V. Marco teórico	13
5.1. Embarazo Adolescente	13
5.2. Aspectos Psicosociales	14
5.3. Teoría de Ramona T. Mercer	17
5.4. Triangulación Epistemológica del Estudio	18
VI. Metodología.....	19
6.1. Tipo de Estudio.....	19
6.1.1. De Acuerdo a la Aplicabilidad, Enfoque y Nivel de Alcance.....	19
6.1.2. Diseño Metodológico.....	19
6.1.3. Manipulación de la Variable	19
6.1.4. Método de Recolección de Datos	19
6.1.5. Número de Mediciones del Fenómeno.....	19
6.1.6. Límites de Tiempo.....	20
6.2. Límites Espacio	20
6.3. Población que Presenta el Fenómeno a Estudiar.....	20
6.4. Muestra (tipo y tamaño).....	20
6.4.1. Tipo de Muestreo	20
6.4.2. Tamaño de la Muestra	20
6.4.2.1. Criterios de Inclusión	20
6.4.2.2. Criterios de Exclusión	21

6.4.2.3. Criterios de Eliminación	21
6.5. Variables.....	21
6.5.1. Definición Conceptual y Operativa, Dimensiones e Indicadores (Ver apéndice 1).	21
6.5.2. Operacionalización de las Variables Descriptivas (Ver apéndice 2). ...	21
6.5.3. Variables Metodológicas	21
6.6. Instrumento.....	21
6.7. Procedimientos.....	23
6.8. Análisis Estadístico.....	23
6.9. Recursos Humanos, Materiales y Financieros	24
6.9.1. Recursos Humanos.....	24
6.9.2. Recursos Materiales.....	24
6.9.3. Recursos Financieros.....	24
6.10. Cronograma de Actividades (Ver anexo 4).....	25
6.11. Difusión.....	25
6.12. Consideraciones Éticas y Legales.....	25
6.13. Limitaciones Metodológicas.....	25
VII. Resultados	27
VIII. Discusión.....	40
IX. Conclusión	42
X. Sugerencias	43
Referencias Bibliográficas	44
Apéndices.....	46
Apéndice 1. Definición conceptual y operativa, dimensiones e indicadores	47
Apéndice 2. Operacionalización de las variables descriptivas	49
Anexos	50
Anexo 1. Instrumento “Aspectos psicosociales en la gestación”.....	51
Anexo 2. Oficios de aceptación para la ejecución de la investigación	53
Anexo 3. Recursos financieros.....	54
Anexo 4. Cronograma de actividades	55
Anexo 5. Consentimiento y asentimiento informado	56
Anexo 6. Difusión	57

Lista de Tablas

Tabla 1. Fiabilidad del instrumento.....	27
Tabla 2. Estadísticos de fiabilidad	27
Tabla 3. Residencia de las adolescentes	28
Tabla 4. Edad del adolescente	28
Tabla 5. Estadísticos descriptivos por dimensiones del Cuestionario	28
Tabla 6. Conocimientos respecto al <i>rol maternal</i>	29
Tabla 7. Dimensión relación con la pareja	30
Tabla 8. Dimensión relación con la madre	31
Tabla 9. Dimensión preocupación por el bienestar propio y del bebé	32
Tabla 10. Dimensión aceptación de su embarazo.....	33
Tabla 11. Dimensión identificación con el rol materno	33
Tabla 12. Estadísticos de grupo	34
Tabla 13. Prueba de muestras independientes	35
Tabla 14. Rangos	35
Tabla 15. Estadísticos de contraste ^a	36
Tabla 16. Prueba de homogeneidad de varianzas	36
Tabla 17. ANOVA.....	36
Tabla 18. Rangos	37
Tabla 19. Estadísticos de contraste ^{a,b}	37
Tabla 20. Comparativa de calidad de relación con la pareja	38
Tabla 21. Comparación de la calidad de relación con la madre y calidad de relación con la pareja.....	38
Tabla 22. Estadísticos descriptivos	38
Tabla 23. Correlación de autopercepción psicosocial del rol maternal.....	39
Tabla 24. Contingencia Procedencia * Aceptación del embarazo	39
Tabla 25. Pruebas de chi-cuadrado	39

Introducción

El embarazo en adolescentes es un fenómeno que ha cobrado importancia en los últimos años debido a que México ocupa el primer lugar en el tema, entre los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) con una tasa de fecundidad de 77 nacimientos por cada mil adolescentes de 15 a 19 años de edad.

Asimismo, en México, 23% de las y los adolescentes inician su vida sexual entre los 12 y los 19 años; el 15% de los hombres y 33% de las mujeres no utilizaron ningún método anticonceptivo en su primera relación sexual por lo que aproximadamente ocurren al año 340 mil nacimientos en mujeres menores de 19 años.

Los índices de embarazos en adolescentes cambian según la región debido a diferentes motivos, entre ellas se puede mencionar, actividad sexual, la falta de educación sexual, accesos a los servicios de anticoncepción y abortos, control de natalidad, atención prenatal alta por mencionar algunos. Las causas de embarazos en adolescentes y el desempeño del rol maternal son aspectos amplios en virtud de que derivan de los constructos socioculturales generados a lo largo de la vida de las adolescentes (ENAPEA, 2019).

En los últimos años, el incremento de los índices de maternidad adolescente en el estado de Guanajuato, es un motivo de preocupación no solo por las consecuencias biológicas y/o psicológicas de las adolescentes sino también por los problemas de índole social adheridos a este.

El interés de la presente investigación deriva de la implicación que tienen los aspectos psicosociales de la adolescente embarazada en virtud de su primera experiencia biológica, psicológico y social de la maternidad y como estos aspectos pueden influir total, parcial o escasamente en el proceso gestacional y la construcción de la maternidad.

Derivado de lo anterior, el presente se sustentó con la teoría de Ramona Mercer ya que esta teórica de enfermería 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 (Ortiz, 2016).

Por último, esta investigación contribuye a la línea de investigación de la facultad de enfermería Cuidado integral en condiciones crónicas.

I. Justificación

De acuerdo a la Organización de las Naciones Unidas (ONU) refiere que cerca de 16 millones de muchachas de 15 a 19 años y aproximadamente 1 millón de niñas menores de 15 años dan a luz cada año, la mayoría de estas muchachas son provenientes de países de ingresos bajos y medianos.

La ONU hace mención de que las complicaciones durante el embarazo y el parto ocupan la segunda causa de muerte entre las muchachas de 15 a 19 años en todo el mundo.

La ONU describe que cada año alrededor de unos 3 millones de muchachas de 15 a 19 años se someten a abortos peligrosos.

Una de las estadísticas más significativas para los bebés de madres adolescentes es que enfrentan con mayor frecuencia a un riesgo considerablemente superior de fallecer que los bebés nacidos de madres en un rango de edad de 20 a 24 años.

De acuerdo a la Estadísticas Sanitarias Mundiales realizadas durante el año del 2014 nos muestra que la tasa promedio de natalidad en el mundo entre las adolescentes con edades de 15 a 19 años es de 49 por 1000 mujeres. Mientras que las tasas nacionales oscilan de 1 a 299 de nacimientos por 1000 mujeres, siendo las más altas las encontradas en el continente africano y Subsahariana.

Con mayor frecuencia en nuestra actualidad el embarazo en la adolescencia sigue siendo uno de los principales factores que van en crecimiento de los grados de la mortalidad materna e infantil y al círculo de enfermedad y pobreza toda vez que este problema se detona con un alto margen en personas de escasos recursos.

Durante el año del 2011 la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó junto con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) unas directrices a llevar a cabo sobre la prevención de los embarazos precoces y la reducción de los resultados negativos para la reproducción. Estas directrices incluyen las

recomendaciones sobre las medidas que los países podrían adoptar en este problema de la adolescencia, con seis objetivos principales reducir el número de matrimonios antes de los 18 años, fomentar la comprensión y el apoyo a fin de reducir el número de embarazos antes de los 20 años, fomentar y Aumentar el uso de anticonceptivos por parte de las adolescentes a fin de evitar el riesgo de embarazo involuntario, todo esto mediante conferencias y difusión en redes sociales, crear conciencia entre los jóvenes para reducir las relaciones sexuales forzadas entre las adolescentes, evitar y reducir los abortos peligrosos entre las adolescentes y aumentar el uso de servicios de especialidad de atención prenatal, en el parto y posnatal por parte de las adolescentes (OMS, 2018).

En nuestra actualidad, debemos ser conscientes que el embarazo en adolescentes es un fenómeno que día a día ha cobrado importancia debido a que México ocupa el primer lugar en el tema de embarazos en la adolescencia y pre adolescencia, entre los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) en donde se determina una tasa de fecundidad de 77 nacimientos por cada mil adolescentes en edades que oscilan entre los 15 a 19 años de edad.

Asimismo, nuestro País, 23% de las y los adolescentes inician su vida sexual a temprana edad, entre los 12 y los 19 años. De estos, 15% de los hombres y 33% de las mujeres no utilizaron ningún método anticonceptivo en su primera relación sexual, principalmente por la falta de información tanto en sus escuelas con dentro del núcleo familiar. Por ello que, de acuerdo con estos datos, se tiene información que aproximadamente ocurren al año 340 mil nacimientos en mujeres con edades inferiores a los 19 años (OCDE, 2018).

Para la adolescencia, el embarazo en las mujeres afecta negativamente en diferentes factores como en la salud, la permanencia en la escuela, los ingresos presentes y futuros, el acceso a oportunidades recreativas, sociales y laborales especializadas y de calidad y el desarrollo humano debido a que generalmente las mujeres adolescentes dependen económicamente de sus padres. Además del embarazo, tener relaciones sexuales sin protección implica un gran riesgo de adquirir

una infección de transmisión sexual que cambiaría en su totalidad la vida de estas mujeres al tener que lidiar con una enfermedad o infección a tan corta edad.

Debido al alto crecimiento del problema del embarazo en mujeres adolescentes y conscientes de ello el Gobierno de la República está desarrollando programas y la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA), esto gracias al producto del trabajo conjunto de 16 dependencias del Gobierno Federal y de la participación de organizaciones de la sociedad civil, de organismos internacionales y de personas expertas del ámbito académico, en esta temática que día a día toma más alto nivel (INMUJERES, 2019).

De acuerdo con datos nacionales, México tiene una tasa de fertilidad en adolescentes (nacimientos por cada mil adolescentes) de 62, por debajo del país vecino de Venezuela, que es de 79, pero superior al promedio mundial, situada en 44.

En el Estado de Guanajuato, según datos proporcionados por el Instituto de Planeación, Estadística y Geografía del Estado de Guanajuato muestra los siguientes datos, en promedio se registraron poco más de 20 mil nacimientos anuales en mujeres menores de 19 años durante 2016 (INEGI, 2015).

El porcentaje de natalidad de madres con edades entre los 15 a 19 años según estado conyugal era: 60.0% en unión libre, 18% solteras y 11.6% casadas.

Para el año del 2016, el 81.1% de las madres de 14 a 19 años contaba con estudios en educación básica completa o menos.

De acuerdo a datos oficiales la edad promedio de la primera relación sexual es de 17.9 en mujeres.

Otro dato importante es que el 30% de las mujeres de 15 a 19 años tuvieron relaciones sexuales, pero el 70% no usó método anticonceptivo en su primera relación.

Se considera el porcentaje de riesgo en el embarazado y que ponen en serio peligro la vida y salud de la futura mamá y su hija/o, es precisamente en el rango de 10 a 19 años de edad.

Las madres jóvenes y jóvenes adolescentes embarazadas, pueden caer en otro tipo de riesgos como la explotación laboral o esclavitud sexual principalmente por la falta de experiencia o en su caso la escasa información obtenida.

Los estudios y encuestas han demostrado que el nivel de escolaridad es un factor clave que marca tendencias en cuanto al promedio de hijos que tendrá una mujer; además, nos señala que las mujeres que son madres en la adolescencia tendrán descendencia más numerosa, por ejemplo, de las mujeres entre 15 y 19 años de edad que son madres, se puede observar que 9 de cada 10 adolescentes con educación media superior tiene un hijo y 7.4% de las adolescentes sin escolaridad tienen 3 o más hijos.

Durante los años 2014 y 2016, el embarazo en adolescentes se redujo en México un 13%, en Guanajuato la tendencia es estable, ya que desde el 2010 al 2016 el porcentaje de nacimientos de madres menores de 20 años se ha mantenido en un 17.2%. (SUMA, 2018) para el estado de Guanajuato se han registrado alrededor de 297,682 nacimientos en madres menores de 20 años y adicionalmente se han detectado embarazos en edades tempranas ya que 5,258 corresponden a madres menores de 15 años en el periodo de 2000 a 2014 de conformidad con datos del INEGI 2014 del apartado Estadísticas Vitales, Natalidad.

Considerando este problema de la actualidad del estado de Guanajuato, se tienen identificados tres municipios con alto índice de fecundidad en adolescentes, los cuales son León, Irapuato y Celaya, siendo los municipios con mayor número de nacimientos registrados en el 2017.

Los municipios del estado de Guanajuato con menor número de nacimientos registrados en el 2017, son Atarjea y Santa Catarina, el primero con 70 nacimientos y el segundo con 89 nacimientos registrados, y en porcentaje en razón del número de su población el municipio con menor porcentaje en natalidad es Doctor Mora con 10.10% aunque reporta 574 nacimientos registrados (GEPEAGTO, 2018).

Las niñas adolescentes son altamente vulnerables a sufrir consecuencias en su salud producto de un embarazo. Este esquema se ha desarrollado globalmente, relacionado con las complicaciones durante el embarazo son una causa principal de muerte entre las niñas adolescentes.

En el estado de Guanajuato se han registrado alrededor de 297,682 nacimientos en madres menores de 20 años y adicionalmente se han detectado embarazos en edades tempranas ya que 5,258 corresponden a madres menores de 15 años en el periodo de 2000 a 2014 de conformidad con datos del INEGI 2014 del apartado Estadísticas Vitales, Natalidad.

Considerando este problema de la actualidad del estado de Guanajuato, se tienen identificados tres municipios con alto índice de fecundidad en adolescentes, los cuales son León, Irapuato y Celaya, siendo los municipios con mayor número de nacimientos registrados en el 2017.

Otro problema que afecta el embarazo en la adolescencia es que dispara las desigualdades que persisten en la vida adulta. El embarazo motiva la deserción escolar, privando a las adolescentes de su derecho a la educación y limitando su potencial y en casos extremos depresión e incluso la muerte por suicidio.

La condición social es un factor determinante al mismo tiempo, las niñas adolescentes vulnerables y marginadas tienen una mayor probabilidad de tener un embarazo, pues a su vez, tienen una mayor probabilidad de tener un acceso limitado a la información y los servicios de salud necesarios para prevenir un embarazo en la adolescencia (UNFPA, 2018).

Como se desprende de los datos anteriores, el embarazo en la adolescencia es un problema que debe ser abordado por enfermería en el área de salud pública debido a que su impacto ante la sociedad ha sido de gran importancia en los últimos años, por lo cual se debe actuar a través de la orientación de las adolescentes, prevenirlo por medio de pláticas sobre el tema y las complicaciones que esto las lleva, que las adolescentes tengan conocimiento amplio sobre los embarazos en la adolescencia y

sus complicaciones. Los profesionales de esta disciplina cuentan con los conocimientos para trabajar con los usuarios desde el ámbito preventivo en el primer nivel de atención.

II. Planteamiento del Problema

En todo México aproximadamente ocurren al año 340 mil nacimientos en mujeres con edades inferiores a los 19 años.

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.

En el contexto sociocultural nacer mujer, pareciera ser vaticinio de maternidad, no obstante, la forma en que será ejercida y entendida dependerá del momento histórico, el contexto político, económico, jurídico y cultural en el que las mujeres se desempeñen como madres.

Los estudios antropológicos e históricos sobre esta temática han comprendido la maternidad como una práctica social. Sustentar que la maternidad es una construcción social implica romper con la idea que sostiene que todas las mujeres tienen la función natural de ser madres, y que dicha función se encuentra en una especie de código biológico que se traduciría en capacidades, habilidades y saberes, producto de un instinto inscrito en la naturaleza femenina.

La teoría feminista ha visibilizado las condiciones históricas que rodean la consolidación del modelo de maternidad, las formas cómo se organizan las prácticas maternas y cómo son reproducidas por ello, en la presente investigación se comparó la autopercepción psicosocial del rol maternal en adolescentes primíparas a partir de los aspectos que apuntalan la construcción social del modelo hegemónico de maternidad desde el grupo de adolescentes ya que la premisa de que la maternidad constituye una relación social, su devenir histórico permite dilucidar cómo ha sido constituida y definida dentro de las relaciones sociales en su carácter público y privado, en los cuales se delinearán las funciones de la maternidad pero a la vez su “ejercicio

correcto” de acuerdo al modelo hegemónico hetero normado, regulado a través de sus instituciones: la familia y la sociedad configurándose en la actualidad un tema importante de interés ya que esta situación se acentúa cada vez más en el grupo de adolescentes embarazadas.

Por lo tanto, se plantea la siguiente pregunta de investigación

¿Cuál es la diferencia de la percepción psicosocial del rol maternal en adolescentes primíparas de Salamanca y Valle de Santiago Guanajuato, Guanajuato; México?

III. Objetivos

3.1. General

Establecer la diferencia de la percepción psicosocial del rol maternal en adolescentes primíparas de Salamanca y Valle de Santiago Guanajuato, Guanajuato; México.

3.2. Específicos

- Identificar la caracterización de los datos sociodemográficos de las adolescentes de Salamanca y Valle de Santiago Guanajuato, Guanajuato; México.
- Identificar las dimensiones psicosociales de las adolescentes de Salamanca y Valle de Santiago Guanajuato, Guanajuato; México.
- Comparar por grupo de edad la aceptación al embarazo de las adolescentes de Salamanca y Valle de Santiago Guanajuato, Guanajuato; México
- Diferenciar la identificación con el rol materno de las adolescentes de Salamanca y Valle de Santiago Guanajuato, Guanajuato; México
- Establecer la calidad de relación con la madre de las adolescentes de Salamanca y Valle de Santiago Guanajuato, Guanajuato; México.
- Comparar la calidad de la relación con la pareja de las adolescentes de Salamanca y Valle de Santiago Guanajuato, Guanajuato; México.
- Diferenciar la preparación al parto de las adolescentes de Salamanca y Valle de Santiago Guanajuato, Guanajuato; México.
- Relacionar el miedo al dolor y a la pérdida de control durante el parto de las adolescentes de Salamanca y Valle de Santiago Guanajuato, Guanajuato; México.

IV. Hipótesis

Hi. Existe aceptación del rol maternal en adolescentes primíparas Salamanca y Valle de Santiago Guanajuato, Guanajuato; México.

V. Marco teórico

El presente apartado está constituido por tres secciones, la primera desarrolla la variable de embarazo adolescente, donde se ve el concepto y las etapas. La segunda sección se aborda los aspectos psicosociales del embarazo y como tercer aspecto se aborda la Teoría del Rol maternal de Ramona T. Mercer para concluir con la triangulación epistemológica del estudio.

5.1. Embarazo Adolescente

El embarazo en la adolescencia se considera un problema de salud pública, en México y países desarrollados, debido a la gran morbimortalidad 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 parental”.

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 (Johnson Y, 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, aumenta sus actividades intelectuales, sus fantasías, no controla sus impulsos, personalmente se preocupa por sus cambios corporales preocupación por su apariencia 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, esta 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.

5.2. Aspectos Psicosociales

Respecto a la teoría psicosocial Tomas Ibáñez consideraba que la poca aceptación de la teoría se debía a la influencia de la corriente conductista en virtud de

que se reconocía al comportamiento como único objeto de estudio subestimando la subjetividad (Jaramillo J, 2012).

En los trabajos de William Thomas y Florian Znaniecki se propone una construcción más social de las actitudes, considerándolas procesos mentales que determinan las respuestas de los individuos hacia fenómenos de carácter social: los valores (Jaramillo J, 2012).

Respecto a las investigaciones sobre cognición social, el psicólogo Fritz Heider, dio explicación al enorme y complejo sistema de conocimientos psicológicos de sentido común que utilizan las personas en su vida diaria, tanto para explicarse a sí mismas sus conductas como para entender las de los otros, y por ende, sus comportamientos, fenómeno que denominó *psicología ingenua* (Jaramillo J, 2012).

Heider estaba en lo cierto, la realidad llega a nosotros y es a través de su interpretación que somos capaces de descifrarla. Por consiguiente, los significados que le atribuimos son los que van a constituir la como única e individual, y es ésta la que tiene determinados efectos sobre nosotros (Jaramillo J, 2012).

Durkheim no fue el primero en señalar el factor social como determinante del pensamiento y acción del hombre, como se había explicitado con anterioridad, pero es indiscutible que sentó las bases para una concepción de la mente humana como un producto de la historia y la cultura (Jaramillo J, 2012).

De lo precedente se ha mencionado dentro del contexto social que las causas 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%) (Angarita B, 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 embarazos 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 en 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 a 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 castigaran 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.

5.3. Teoría de Ramona T. Mercer

Esta 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 definida 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).

5.4. Triangulación Epistemológica del Estudio

En virtud de que el evento del embarazo implícita los aspectos que se generan desde los ambientes donde y a partir de los cuales las personas perciben la naturaleza y llevan a cabo las acciones es por ello, que esta investigación abordó los aspectos psicosociales que enmarcan el embarazo adolescente y que estos aspectos tienen sentido desde la autopercepción de la adolescente que vivencia el evento en esta nueva etapa y experiencia como mujer joven embarazada y cuya función social históricamente se ha reflejado y asumido como rol maternal.

VI. Metodología

6.1. Tipo de Estudio

6.1.1. De Acuerdo a la Aplicabilidad, Enfoque y Nivel de Alcance

- El estudio fue de enfoque cuantitativo.

6.1.2. Diseño Metodológico

- El estudio fue de tipo descriptivo, comparativo y trasversal.

6.1.3. Manipulación de la Variable

Se trató de un diseño no experimental trasversal descriptivo comparativo.

6.1.4. Método de Recolección de Datos

Los datos se obtuvieron a través de la aplicación del instrumento llamado “Aspectos psicosociales” de Armengol AR en 2007 y se trata de un cuestionario destinado a evaluar aspectos psicosociales del embarazo consta de seis dimensiones que son: Aceptación del embarazo, identificación con el rol materno, calidad de la relación con la madre, calidad de la relación con la pareja, preparación para el parto y preparación por el bienestar propio y del bebe.

El nivel de confiabilidad del instrumento fue de 0.847 evaluados con Alpha de Cronbach.

6.1.5. Número de Mediciones del Fenómeno

Se realizó 126 participantes de las cuales 64 representaron a adolescentes de Salamanca y el 62 restante a participantes de Valle de Santiago Guanajuato; Guanajuato. México.

6.1.6. Límites de Tiempo

El estudio se llevó a cabo de Julio 2021 a febrero 2022.

6.2. Límites Espacio

Se llevó a cabo primeramente la colecta en Salamanca y posteriormente en Valle de Santiago.

6.3. Población que Presenta el Fenómeno a Estudiar

126 participantes de las cuales 64 representaron a adolescentes de Salamanca y el 62 restante a participantes de Valle de Santiago Guanajuato; Guanajuato. México.

6.4. Muestra (tipo y tamaño)

Se tomó a partir del referente de la propia autora del instrumento la cual mencionaba 291 participantes, sin embargo, con 126 participantes al someter la prueba de fiabilidad fue con un valor aceptable.

6.4.1. Tipo de Muestreo

El muestreo fue probabilístico, aleatorio simple.

6.4.2. Tamaño de la Muestra

Conformado por 126 adolescentes.

6.4.2.1. Criterios de Inclusión

Adolescentes indistintamente de la etapa, que estuvieran embarazadas a partir del tercer mes, primigestas y que desearan participar en el estudio y sus pares, esposo, pareja (mayor de edad) o bien los padres de la adolescente permitieran la participación de la misma y aceptación de la propia adolescente para participar.

6.4.2.2. Criterios de Exclusión

Adolescentes que desean participar en el estudio y sus padres, pareja o tutor se niega o viceversa.

6.4.2.3. Criterios de Eliminación

Los cuestionarios incompletos, si no firmaron el consentimiento informado sus padres y/o el asentimiento informado las participantes.

6.5. Variables

6.5.1. Definición Conceptual y Operativa, Dimensiones e Indicadores (Ver apéndice 1).

6.5.2. Operacionalización de las Variables Descriptivas (Ver apéndice 2).

6.5.3. Variables Metodológicas

- Independiente: Autopercepción
- Dependiente: Aspectos psicosociales

6.6. Instrumento

El instrumento usado tiene por nombre “Aspectos psicosociales de la gestación” creado por Regina Lederman (1984, 1996). El Prenatal Self – Evaluation Questionare (PSQ) evalúa siete dimensiones psicosociales:

- a) Aceptación del embarazo, caracterizada por las respuestas adaptativas al hecho de estar embarazada, entre las cuales encontramos la planificación consciente y la espera del embarazo, un estado de ánimo de felicidad, la tolerancia al malestar, la aceptación de los cambios corporales y la aceptación de la ambivalencia característica de esta etapa. Un ítem característico de la dimensión podría ser: “Me alegro de estar embarazada”;

- b) Identificación con el rol materno, caracterizada por la motivación para la maternidad, la preparación para ésta, la experiencia de la vida, la resolución de conflictos y el desarrollo del vínculo materno. Por lo tanto, dentro de esta dimensión se incluye la aceptación, protección y alimentación del niño/a). Un ítem representativo de la dimensión podría ser: “pienso en la clase de madre que me gustaría ser”;
- c) Calidad de la relación con la madre, que incluye la disponibilidad de la abuela (madre de la embarazada) y de la embarazada durante el proceso de gestación y tras el parto, la aceptación del nieto, el reconocimiento de la hija como madre, el respeto de la autonomía de ésta y la disposición para recordar con la hija las propias experiencias de relación y crianza del bebé. Un ítem representativo de la dimensión podría ser: “mi madre está ilusionada con el bebé que espero”;
- d) Calidad de la relación con la pareja, que incluye el interés del marido por las necesidades de su mujer como futura madre, su ajuste al nuevo rol paterno, la empatía, comprensión, apoyo, cooperación, comunicación y muestras de confianza hacia ella. Un ítem representativo de la dimensión podría ser: “mi marido me tranquiliza cuando me ve agobiada”; e) Preparación al parto, caracterizada por las conductas preparatorias (practical steps), como asistir a clases prenatales, leer libros, etc, o por los ensayos imaginarios o fantaseados referentes al parto. Un ítem representativo de la dimensión podría ser: “sé de cosas que pueden ayudarme durante el parto”;
- e) Miedo al dolor y a la pérdida de control durante el parto, caracterizado por la pérdida de control sobre el cuerpo y sobre las emociones, la confianza en el personal médico y sanitario, así como la actitud hacia el uso de la medicación durante el parto. Un ítem representativo de la dimensión podría ser: “creo que tendré la habilidad de poner en práctica los consejos que me han dado”; y
- f) Preocupación por el bienestar propio y del bebé: que incluye la autoestima y el miedo no expresado por posibles alteraciones en el parto. Un ítem

representativo de la dimensión podría ser: “tengo miedo de perder el bebé durante el parto”.

El cuestionario original estaba compuesto por 79 ítems y así fue traducido al castellano para una investigación (García-Dié, 1999). Dado que en la versión original algunas escalas contenían 10 ítems y otras 14 o 15, en una segunda versión castellana se igualó la cantidad de ítems para cada escala, quedando el número de ítems de cada dimensión en 12 (84 ítems en total) con la finalidad de obtener una mejor consistencia interna. Todos los ítems del cuestionario se valoran en una escala Lickert de cuatro puntos (Ver anexo 1).

6.7. Procedimientos

Se solicitó autorización al Comité de ética y el Comité de Investigación de la Facultad de Enfermería para aplicar los cuestionarios personalmente en dos periodos de tiempo con las participantes (Ver anexo 2).

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

Por último, se prepararon los resultados para la presentación en diversos foros de difusión del conocimiento.

6.8. Análisis Estadístico

Respecto a la fiabilidad del “Cuestionario De Autoevaluación Prenatal” se validó con 126 cuestionarios de adolescentes procedentes de Valle de Santiago y Salamanca mediante Alfa de Cronbach .847.

Posteriormente el instrumento se reconfirmo por el método del Coeficiente Spearman-Brown dando una confiabilidad de .897, lo cual indica que es el instrumento adecuado para la población encuestada.

Se utilizó la estadística descriptiva donde las variables cualitativas fueron medidas mediante frecuencia y porcentaje.

Posteriormente, se obtuvo la T DE STUDENT paramétrica, para muestras independientes, se evalúa para ver la homogeneidad de varianzas, utilizando la prueba de Levene.

Respecto a la prueba T, no se asumieron varianzas iguales lo que se procedió a utilizar U de Mann-Whitney.

Se realizó prueba de ANOVA de homogeneidad de varianzas para verificar estas diferencias, se procedió a realizar la prueba de Kruskal-Wallis lo cual si es diferente entre 14 y 16 años.

6.9. Recursos Humanos, Materiales y Financieros

6.9.1. Recursos Humanos

El responsable del estudio fue: L.E. Alejandra Navarrete Gallegos

Asesora: Dra. Vanesa Jiménez Arroyo

Coasesora: Dra. Mayra Itzel Huerta Baltazar

Revisora: Dra. Ma. de Jesús Ruiz Recéndiz

6.9.2. Recursos Materiales

- Computadora (Laptop)
- Hojas blancas de papel para fotocopias
- Calculadora
- Lápiz y Lapiceros

6.9.3. Recursos Financieros

Lo anterior, fue auto financiado por las responsables de la investigación (Ver anexo 3).

6.10. Cronograma de Actividades (Ver anexo 4).

6.11. Difusión

Datos preliminares de la presente investigación se difundieron en el Congreso internacional de investigación Academia Journals Morelia 2021 y se publicó en las memorias del mismo Vol 13, No. 4 con ISBN 978 -1-939982-65-0.

Existieron otros espacios como el 3er Foro Internacional de Investigación de estudiantes de enfermería en donde se dio a conocer esta investigación en Guanajuato y derivado del mismo próximamente se publicará artículo derivado de este en la Revista Jóvenes en la ciencia que edita la Universidad de Guanajuato (Anexo 6).

6.12. 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. 13, 14 (fracciones I, V, VI), 16, 17 (fracción I), 21, 22 y el Capítulo V, con el consentimiento y asentimiento por escrito y firmado de ellos (Ver Anexo 5).

6.13. Limitaciones Metodológicas

Para fines de la presente investigación se estructuró un instrumento llamado inicialmente imagen sociocultural en el desempeño del rol maternal de las adolescentes embarazadas a partir de criterios establecidos de una investigación cualitativa realizada por Jiménez AV y Rangel FY, en 2018 sin embargo, la misma se aplicó a un grupo de adolescentes que representaron 34 y no se alcanzó el mínimo aceptable como nivel de confiabilidad del instrumento global.

Derivado de lo anterior, se debía realizar modificación y nuevamente piloteo del mismo, sin embargo, derivado del periodo de contingencia establecido a partir de enero del año 2021 no fue posible dar seguimiento en estructura y nuevas aplicaciones para realizar las pruebas correspondientes de confiabilidad es por ello, que se decidió

la utilización de un instrumento validado que reflejara los componentes establecidos en la presente investigación.

Por consiguiente, el oficio de aprobación de la tesis aparece con el título “Imagen sociocultural en el desempeño del rol maternal en adolescentes embarazadas” pero cabe hacer mención que el contenido presente es el aprobado por el Comité de Ética e investigación y para dar congruencia del título con los demás elementos se consideró la modificación del título.

Cabe resaltar que, aunque el planteamiento inicial fue trabajar con adolescentes solo del área de Salamanca, el avance del trabajo a lo largo del tiempo a la par de la revisión del mismo por el Comité de investigación permitió indagar el fenómeno en otra área geográfica que fue Valle de Santiago y esto permitió tener mayor población de estudio y comparar el comportamiento de las adolescentes en ambos espacios geográficos.

VII. Resultados

En este capítulo se presentan los resultados del estudio Autopercepción Psicosocial del rol maternal en adolescentes primíparas de Guanajuato.

Tabla 1. Fiabilidad del instrumento

Alfa de Cronbach	Nº de elementos
.847	42

Respecto a la fiabilidad del “Cuestionario De Autoevaluación Prenatal” se validó con 126 cuestionarios de adolescentes procedentes de Valle de Santiago y Salamanca mediante Alfa de Cronbach 0.847.

Tabla 2. Estadísticos de fiabilidad

	Parte 1	Valor	.738
		N de elementos	21 ^a
Alfa de Cronbach	Parte 2	Valor	.703
		N de elementos	21 ^b
		N total de elementos	42
		Correlación entre formas	.813
Coeficiente de Spearman-Brown		Longitud igual	.897
		Longitud desigual	.897
		Dos mitades de Guttman	.897

Posteriormente el instrumento se reconfirmo por el método del Coeficiente Spearman-Brown dando una confiabilidad de .897, lo cual indica que es el instrumento adecuado para la población encuestada.

A continuación se describen los resultados de la presente investigación iniciando por los objetivos específicos.

Respecto al objetivo de identificar la caracterización de los datos sociodemográficos de las adolescentes de Salamanca y Valle de Santiago Guanajuato, Guanajuato; México se muestra la siguiente tabla.

Tabla 3. Residencia de las adolescentes

Residencia	Frecuencia	Porcentaje
Valle de Santiago	62	49.2
Salamanca	64	50.8
Total	126	100.0

En principio se describe el lugar de residencia de las adolescentes encuestadas, con un 50.8% (64) procedentes de la ciudad de Salamanca y un 49.2%(62) para la ciudad de Valle de Santiago Guanajuato.

Tabla 4. Edad del adolescente

Edad	Frecuencia	Porcentaje
14	10	7.9
15	11	8.7
16	25	19.8
17	34	27.0
18	25	19.8
19	21	16.7
total	126	100.0

Referente a la variable edad de las adolescentes encuestadas, la mayor representatividad se encontró en el grupo de 17 años con un 27.0% (34), así mismo para el grupo de edad entre 16 y 18 años fue del 39.6 % (50) finalmente el grupo de menor edad entre 14 y 15 años solo fue del 16.6 % (21).

Tabla 5. Estadísticos descriptivos por dimensiones del Cuestionario

Dimensiones	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Aceptación del embarazo	126	5.00	18.00	11.7619	2.58435
Calidad de relación con la madre	126	10.00	32.00	20.6905	4.29412
Calidad de relación con la pareja	126	8.00	32.00	18.5000	4.86744
Preparación para el parto	126	7.00	24.00	16.7381	2.96966
Preocupación por el bienestar propio y del bebé	126	15.00	36.00	26.9286	4.19558
Identificación con el rol materno	126	4.00	13.00	7.5238	2.50668
N válido (según lista)	126				

Para ambas residencias Salamanca y Valle de Santiago Guanajuato se describen las seis dimensiones con 126 instrumentos aplicados respectivamente.

En la tabla No. 6 se muestra el resultado respecto al objetivo de identificar las dimensiones psicosociales de las adolescentes de Salamanca y Valle de Santiago Guanajuato, Guanajuato; México.

Tabla 6. Conocimientos respecto al *rol maternal*

Pregunta	Mucho		Con frecuencia		A veces		Nunca	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Creo que el parto tendrá lugar con normalidad	16	12.5	47	36.7	60	46.9	5	3.9
Estoy bien informada de lo que me espera en el parto	20	15.6	67	52.3	36	28.1	4	3.1
Sé lo que debo hacer cuando tenga contracciones	13	10.2	68	53.1	39	30.5	8	6.3
Estoy preparada para el parto	8	6.3	51	39.8	58	45.3	11	8.6
Sé de cosas que pueden ayudarme durante el parto	9	7.0	59	46.1	54	42.2	6	4.7
Pienso que podré resistir las incomodidades del parto	11	8.6	50	39.1	53	41.4	14	10.9
Me siento bien informada sobre el parto	18	14.1	70	54.7	35	27.3	5	3.9

Nota: “Cuestionario De Autoevaluación Prenatal” n=126 F: frecuencia, % porcentaje

La tabla muestra, los conocimientos respecto la autopercepción psicosocial del rol maternal que refieren las participantes. 46.9% de las adolescentes creen con frecuencia que el parto tendrá lugar con normalidad. Además 52.3% (67) refieren con frecuencia estar bien informadas referente a lo que les espera en el parto. A si mismo 53.1% (68) suponen saber con frecuencia que deben hacer cuando tengan contracciones. Igualmente 46.1% (59) refieren saber con frecuencia de cosas que pueden ayudarles durante el parto. Por otra parte 45.3% (58) refieren a veces estar preparadas para el parto. Igualmente 41.4% (53) piensan que a veces podrán resistir las incomodidades que el parto pueda ocasionarles. 54.7% (70) refieren con frecuencia sentirse bien informada sobre el parto.

Tabla 7. Dimensión relación con la pareja

Pregunta	Mucho		Con frecuencia		A veces		Nunca	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Mi marido y yo hablamos del bebé que espero	19	14.8	45	35.2	48	37.5	16	12.5
Mi marido me tranquiliza cuando me ve agobiada	11	8.6	45	35.2	65	50.8	7	5.5
A mi marido le gusta hablar conmigo sobre el embarazo	24	18.8	53	41.4	43	33.6	8	6.3
Como pareja tenemos un buen nivel de comunicación	17	13.3	61	47.7	42	32.8	8	6.3
Mi marido me ayuda en casa cuando lo necesito	19	14.8	59	46.1	39	30.5	11	8.6
Puedo contar con el soporte de mi marido durante el parto	50	39.1	41	32.0	15	11.7	22	17.2
En el momento de tomar decisiones, mi marido siempre nos ponemos de acuerdo	18	14.1	51	39.8	47	36.7	12	9.4
Puedo contar con mi marido para compartir el cuidado del bebé hasta que haya nacido	28	21.9	57	44.5	34	26.6	9	7.0

Nota: “Cuestionario De Autoevaluación Prenatal” n=126 F: frecuencia, %: porcentaje

En la tabla se muestran las creencias respecto a la autopercepción psicosocial del rol maternal que tienen las adolescentes primíparas en cuanto a la relación con su pareja. Las adolescentes refieren a veces tener comunicación acerca del bebe que esperan con un 37.5% (48); además describen que a veces sus maridos las tranquilizan cuando las ven agobiadas con un 50.8% (65); asimismo manifestaron que con frecuencia tiene comunicación afectiva con su pareja relacionado con el embarazo con un 41.4% (53); también refieren con frecuencia tener buen nivel de comunicación con su pareja con un 47.7%(61); igualmente enuncian que con frecuencia su marido les ayuda en casa cuando lo requieren con un 46.1% (59); además manifestaron mucho contar con el soporte de su marido durante el parto con un 39.1% (51); también piensan que con frecuencia contar con su marido para compartir el cuidado del bebé hasta que haya nacido con un 44.5% (57).

Tabla 8. Dimensión relación con la madre

Pregunta	Mucho		Con frecuencia		A veces		Nunca	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Mi madre está ilusionada con el bebé que espero	16	12.5	53	41.4	48	37.5	11	8.6
Mi madre está contenta con mi embarazo	22	17.2	42	32.8	48	37.5	16	12.5
Mi madre me da buenos consejos	30	23.4	57	44.5	34	26.6	7	5.5
No me cuesta hablar con mi madre sobre mis problemas	25	19.5	39	30.5	51	39.8	13	10.2
Mi madre me da ánimos cuando dudo sobre mí misma	27	21.1	42	32.8	57	44.5	2	1.6
Mi madre me anima a que haga las cosas a mi manera	17	13.3	28	21.9	66	51.6	17	13.3
Mi madre ya espera a su nieto	17	13.3	47	36.7	59	46.1	5	3.9
Cuando mi madre y yo estamos juntas, discutimos a menudo	35	27.3	60	46.9	25	19.5	8	6.3
Mi madre critica mis decisiones	42	32.8	50	39.1	27	21.1	9	7.0

Nota: “Cuestionario de Autoevaluación Prenatal” n=126, F: frecuencia, %: porcentaje

En la tabla se muestra las creencias respecto a la autopercepción psicosocial del rol maternal en cuanto a la relación que tienen con su madre. Las adolescentes mencionaron en 41.4% (53) que su madre está ilusionada con él bebe que esperan, respecto a si su madre está contenta con su embarazo; ellas respondieron con un 35.7% (48) que a veces lo están, así mismo con el 51.6% (66) enuncian que a veces su madre las anima a que hagan las cosas a su manera, finalmente el 39.1% (50) dicen que su madre las critica en la toma de sus decisiones.

Tabla 9. Dimensión preocupación por el bienestar propio y del bebé

Pregunta	Mucho		Con frecuencia		A veces		Nunca	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Me preocupa que el bebé pueda tener anomalías	6	4.7	49	38.3	36	28.1	37	28.9
Pienso en lo peor cuando me duele algo	2	1.6	53	41.4	52	40.6	21	16.4
No dejo de pensar en los problemas que el bebé pueda tener	1	.8	32	25.0	61	47.7	34	26.6
Tengo miedo a que puedan hacerme daño en el parto	17	13.3	18	14.1	27	21.1	66	51.6
Me preocupa que el parto se alargue más de lo normal y pueda perjudicar al bebé	1	.8	27	21.1	54	42.2	46	35.9
Me angustian las posibles complicaciones del parto	4	3.1	28	21.9	60	46.9	36	28.1
Me preocupa que algo pueda ir mal en el parto	3	2.3	28	21.9	44	34.4	52	40.6
Tengo miedo de perder el bebé durante el parto	2	1.6	29	22.7	44	34.4	53	41.4
No puedo dejar de pensar en los problemas que pueden surgir en el parto	3	2.3	34	26.6	58	45.3	33	25.8

Nota: “Cuestionario De Autoevaluación Prenatal” n=126, F: frecuencia, %: porcentaje

En la tabla se muestran las creencias respecto a la autopercepción psicosocial del rol maternal en cuanto a la preocupación por el bienestar propio y del bebé. Las adolescentes refieren que a veces se angustian por las posibles complicaciones del parto en un 46.9% (60), por otra parte, refieren no tener miedo a que puedan hacerle daño en el parto un 51.6% (66). Así mismo refieren que piensan con frecuencia en los problemas que el bebé pueda tener con un 47.7% (61)

Tabla 10. Dimensión aceptación de su embarazo

Pregunta	Mucho		Con frecuencia		A veces		Nunca	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Creo que éste es un buen momento para quedarme embarazada	14	10.9	37	28.9	48	37.5	29	22.7
Puedo tolerar las molestias del embarazo	7	5.5	51	39.8	58	45.3	12	9.4
Me cuesta aceptar este embarazo	48	37.5	48	37.5	20	15.6	12	9.4
Hasta el momento, éste ha sido un embarazo fácil	13	10.2	47	36.7	45	35.2	23	18.0
Ojalá no estuviera embarazada	62	48.4	30	23.4	20	15.6	16	12.5

Nota: “Cuestionario De Autoevaluación Prenatal” n=12, F: frecuencia, %: porcentaje

En la tabla se muestra las actitudes respecto a la autopercepción psicosocial del rol maternal en cuanto a la aceptación de su embarazo con un 37.5% (48) dicen que a veces fue un buen momento para quedar embarazada. Respecto a pensar que ojalá no estuviera embarazada se describe con un 48.4% (62). Finalmente para ambas residencias las adolescentes comentaron con 70% (96) que mucho y frecuentemente les cuesta aceptar el embarazo.

Tabla 11. Dimensión identificación con el rol materno

Pregunta	Mucho		Con frecuencia		A veces		Nunca	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Ya siento afecto por el bebé	54	42.2	47	36.7	26	20.3	1	.8
Creo que puedo ser una buena madre	27	21.1	47	36.7	50	39.1	4	3.1
Tengo la sensación de que disfrutaré del bebé	66	51.6	43	33.6	19	14.8	0	0
Estoy feliz con este embarazo	54	42.2	39	30.5	31	24.2	1	.8

Nota: “De Autoevaluación Prenatal” n=126, F: frecuencia, %: porcentaje

En la tabla se muestra la autopercepción psicosocial del rol maternal en cuanto a la identificación con el rol materno. Las adolescentes refieren ya tener afecto por él bebe con un 42.2%(54); así mismo mencionan que a veces creen que pueden ser una

buena madre con un 39.1% (50); también señalaron que tienen sensación de que disfrutarán a su bebe con un 51.6% (66); y dicen estar feliz con su embarazo con un 42.2% (54).

En lo concerniente al objetivo de comparar la aceptación al embarazo de las adolescentes de Salamanca y Valle de Santiago Guanajuato, Guanajuato; México, así como diferenciar la identificación con el rol materno y establecer la calidad de relación con la madre y la pareja tenemos la siguiente tabla.

Tabla 12. Estadísticos de grupo

	Residencia	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Aceptación del embarazo	Valle de Santiago	62	10.7903	2.59342	.32936
	Salamanca	64	12.7031	2.21596	.27699
Calidad de relación con la madre	Valle de Santiago	62	20.5484	5.03977	.64005
	salamanca	64	20.8281	3.45747	.43218
Calidad de relación con la pareja	Valle de Santiago	62	18.2258	5.65517	.71821
	Salamanca	64	18.7656	3.98705	.49838
Preparación para el parto	Valle de Santiago	62	17.0484	2.96110	.37606
	Salamanca	64	16.4375	2.97009	.37126
Preocupación por el bienestar propio y del bebé	Valle de Santiago	62	29.2419	3.16583	.40206
	Salamanca	64	24.6875	3.85398	.48175
Identificación con el rol materno	Valle de Santiago	62	6.2903	2.34966	.29841
	Salamanca	64	8.7188	2.04294	.25537

Tabla 13. Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas.		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. De la diferencia	95% intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	superior
Aceptación del Embarazo	varianzas iguales	2.616	.108	- 4.456	124	.000	-1.91280	.42928	-2.76247	-1.06313
	varianzas desiguales			-4.445	119.784	.000	-1.91280	.43036	-2.76489	-1.06071
Calidad de la relación con la madre	varianzas iguales	12.623	.001	-.364	124	.716	-.27974	.76787	-1.79956	1.24008
	varianzas desiguales			-.362	107.640	.718	-.27974	.77230	-1.81063	1.25115
Calidad de la relación con la pareja	varianzas iguales	4.871	.029	-.621	124	.536	-.53982	.86950	-2.26081	1.18117
	varianzas desiguales			-.618	109.342	.538	-.53982	.87419	-2.27237	1.19273
Preparación al parto	varianzas iguales	.005	.946	1.195	123	.234	.63569	.53208	-.41753	1.68891
	varianzas desiguales			1.195	122.993	.234	.63569	.53204	-.41745	1.68883
Preocupación por el bienestar propio y del bebé	varianzas iguales	.617	.434	7.116	123	.000	4.44828	.62507	3.21100	5.68557
	varianzas desiguales			7.127	119.854	.000	4.44828	.62417	3.21246	5.68411
Identificación con el rol materno	varianzas iguales	.853	.358	-6.197	124	.000	-2.42843	.39189	-3.20408	-1.65278
	varianzas desiguales			-6.183	120.491	.000	-2.42843	.39276	-3.20603	-1.65083

Se procedió a obtener la prueba T para evaluar la homogeneidad de las varianzas y prueba de Levene. Respectivamente no se asumieron varianzas iguales.

Respecto a la prueba T, no se asumieron varianzas iguales lo que se procede a utilizar U de Mann-Whitney, prueba no paramétrica, donde a más puntuación es menor la aceptación del embarazo por parte de las adolescentes y entre menos media mayor aceptación porque se calificó (1 mucho, 2 con frecuencia, 3 a veces, 4 nunca).

Tabla 14. Rangos

	Procedencia	N	Rango promedio	Suma de rangos
Calidad de relación con la madre	Valle de Santiago	62	63.22	3919.50
	Salamanca	64	63.77	4081.50
	Total	126		
Calidad de relación con el padre	Valle de Santiago	62	61.03	3784.00
	salamanca	64	65.89	4217.00
	Total	126		

Tabla 15. Estadísticos de contraste^a

	Calidad relación con la madre	Calidad relación con la pareja
U de Mann-Whitney	1966.500	1831.000
W de Wilcoxon	3919.500	3784.000
Z	-.086	-.750
Sig. asintót. (bilateral)	.932	.454

a. Variable de agrupación: Procedencia

Se procede a sacar U de Mann-Whitney, explicando que entre menos puntuación es menor la aceptación del embarazo.

Como se observa a continuación, en la prueba de Anova de homogeneidad de varianzas Anova muestra las diferencias, para verificar estas diferencias, la Dimensión 1, hay mayor aceptación en Valle de Santiago que en Salamanca.

Tabla 16. Prueba de homogeneidad de varianzas

	Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
Aceptación del embarazo	3.855	5	120	.003
Calidad de relación con la madre	.734	5	120	.599
Calidad relación con pareja	2.718	5	120	.023
Preparación para el parto	.211	5	119	.957
Preocupación por bienestar propio y del bebé	.543	5	119	.743
Identificación con el rol materno	1.626	5	120	.158

La significancia Estadística solamente para las dimensiones de Aceptación del embarazo, relación con la pareja.

Tabla 17. ANOVA

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Aceptación del embarazo	Inter-grupos	131.504	5	26.301	4.487	.001
	Intra-grupos	703.353	120	5.861		
	Total	834.857	125			
Calidad de relación con la madre	Inter-grupos	416.069	5	83.214	5.287	.000
	Intra-grupos	1888.859	120	15.740		

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
	Total	2304.929	125			
Calidad de relación con la pareja	Inter-grupos	564.674	5	112.935	5.654	.000
	Intra-grupos	2396.826	120	19.974		
	Total	2961.500	125			
Preparación para el parto	Inter-grupos	155.729	5	31.146	3.922	.003
	Intra-grupos	945.023	119	7.941		
	Total	1100.752	124			
Preocupación por el bienestar propio y del bebé	Inter-grupos	157.299	5	31.460	1.907	.098
	Intra-grupos	1962.701	119	16.493		
	Total	2120.000	124			
Identificación con el rol materno	Inter-grupos	88.083	5	17.617	3.031	.013
	Intra-grupos	697.345	120	5.811		
	Total	785.429	125			

En la Tabla No. 18 se reflejan los resultados del objetivo específico de aceptación del embarazo por edad de ambas procedencias y para lo cual se procedió a realizar la prueba de Kruskal-Wallis lo cual si es diferente entre 14 y 16 años como se muestra enseguida.

Tabla 18. Rangos

	Edad	N	Rango promedio
Aceptación del embarazo	14	10	100.50
	15	11	85.36
	16	25	57.40
	17	34	64.66
	18	25	57.04
	19	21	47.50
	Total	126	

Tabla 19. Estadísticos de contraste^{a,b}

Aceptación del embarazo	
Chi-cuadrado	20.038
gl	5
Sig. asintót.	.001

a. Prueba de Kruskal-Wallis

b. Variable de agrupación: Edad

Para el objetivo de comparar la calidad de la relación con la pareja de las adolescentes de Salamanca y Valle de Santiago Guanajuato, Guanajuato; México tenemos

Tabla 20. Comparativa de calidad de relación con la pareja

	Procedencia	N	Rango promedio	Suma de rangos
Suma calidad relación con la madre	Valle de Santiago	62	63.22	3919.50
	salamanca	64	63.77	4081.50
	Total	126		
Suma calidad relación con pareja	Valle de Santiago	62	61.03	3784.00
	salamanca	64	65.89	4217.00
	Total	126		

En relación a las dimensiones “Relación con la madre” para ambos lugares de residencia se encuentran homogéneos los rangos, y en “Relación con pareja” las adolescentes de Salamanca muestran mayor relación con la pareja que las de Valle de Santiago.

Tabla 21. Comparación de la calidad de relación con la madre y calidad de relación con la pareja

	Calidad de Relación con la madre	Calidad de relación con la pareja
U de Mann-Whitney	1966.500	1831.000
W de Wilcoxon	3919.500	3784.000
Z	-.086	-.750
Sig. asintót. (bilateral)	.932	.454

a. Variable de agrupación: Procedencia

En lo que respecta al objetivo de diferenciar la preparación para el parto y relacionar el miedo al dolor y a la pérdida de control durante el parto no existió dato significativo como se puede observar enseguida.

Tabla 22. Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.	Varianza
Preparación para el parto	127	7.00	24.00	16.7323	2.95589	8.737
Miedo al dolor y pérdida de control	127	15.00	36.00	27.0157	4.11151	16.905

Tabla 23. Correlación de autopercepción psicosocial del rol maternal

	Suma RP	Suma total
Suma RP		
Correlación de Pearson	1.000	.810 ^a
Sign. (2- colas)		.000
N	128	128
Suma total		
Correlación de Pearson	.810 ^a	.810
Sign. (2- colas)	.000	
N	128	128

a. Significant at .05 Level

Existe relación estadísticamente significativa ($r=0.810$; $p<0.001$) entre la autopercepción psicosocial del rol maternal en adolescentes primíparas de Valle de Santiago y Salamanca Guanajuato, México por lo que se acepta la hipótesis.

Tabla 24. Contingencia Procedencia * Aceptación del embarazo

	Aceptación del embarazo														Total
	5.0	6.0	7.0	8.0	9.0	10.0	11.0	12.0	13.0	14.0	15.0	16.0	17.0	18.0	
Valle de Santiago	1	1	4	4	11	10	11	4	3	5	7	1	0	0	62
salamanca	1	0	0	1	2	4	6	17	11	11	6	1	3	1	64
Total	2	1	4	5	13	14	17	21	14	16	13	2	3	1	126

Tabla 25. Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	35.996 ^a	13	.001
Razón de verosimilitudes	41.286	13	.000
Asociación lineal por lineal	17.252	1	.000
N de casos válidos	126		

a. 14 casillas (50.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .49

Finalmente se comprueba la Hipótesis con prueba no paramétrica Chi² la cual indica que existe una relación en la aceptación del rol maternal con un p -valor de .001 significativamente.

VIII. Discusión

El estudio de investigación intitulado "Estructura y contenido de las representaciones maternas de adolescentes mexicanas durante su primer embarazo" de franco Ramírez Armida y otros refiere que el objetivo de su estudio fue comprender el contenido y la estructura de la representación materna que tienen las adolescentes embarazadas mexicanas en su primer embarazo que asistieron a la atención médica prenatal en el Hospital Civil de Guadalajara, Jalisco, México obteniendo los siguientes resultados respecto a las características de los participantes, encontramos que la edad promedio fue de 16,8 años (intervalo 13 a 19), que 11 (36,7%) eran solteros, 5 (16,7%) casados y 14 (46,7%) estaban en unión libre, y también que la media de las semanas de embarazo fue de 33,1 (intervalo 24 a 41) (Armida F, 2019), caracterización sociodemográfica que coincide con los resultados del presente.

Por su parte Guillermo Núñez N. y Deisy Judith Ayala V. realizaron una investigación llamada "Embarazo adolescente en el noroeste de México: entre la tradición y la modernidad" encontraron contradicción entre las expectativas modernas que tienen los padres de que sus hijos estudien y se desarrollen profesionalmente y las expectativas sexuales y de género tradicionales, que exigen a las hijas no tener sexo antes del matrimonio, a la vez que no se les instruye acerca del uso de anticonceptivos. Por un lado, se desea que las hijas asistan a la escuela y adquieran los signos de la modernidad, como el desarrollo profesional que les permita desenvolverse en un mundo cambiante y en una economía exigente, y por el otro desean que conserven los valores y los comportamientos ligados a la reclusión doméstica femenina, que involucraría una sumisión a la autoridad del varón.

La contradicción recae en que los padres a menudo expresan su deseo de ver a sus hijas como "profesionistas", luciéndose "desenvueltas" y "seguras", pero al mismo tiempo desean que lleguen "vírgenes al matrimonio" y "puras", sin experiencias sexuales. Esto es, parece como si lo que esperaran los padres de las hijas es que lleguen a ser "profesionistas, pero vírgenes" o "vírgenes pero modernas" (Nuñez, 2012) esto coincide en la percepción de las jóvenes en la calidad de comunicación con

la madre como quedo evidenciado ya que en verbalizaciones se compartió la idea de que la mala comunicación con la madre proviene precisamente de la inconformidad del embarazo de su hija.

El estudio de “Historias de vida familiar entre madres adolescentes” de Angarita Botero y otros identifico que las familias nucleares de las mujeres embarazadas entrevistadas se caracterizaron por la incapacidad de manejar el conflicto de manera apropiada, separaciones, estructuración de nuevos hogares, confusión con respecto a los roles y autoridad matriarcal; hogares reconstituidos donde las niñas vivían sus propias vidas al límite, donde se atribuía poco valor a la educación y donde la educación sexual y afectiva era ambigua y contradictoria; familias con dinámicas expulsivas donde la madre adolescente se vio obligada a sobrevivir sola (Angarita B, 2019).

Dentro de este orden de ideas se coincide con lo expuesto por las adolescentes en relación a la comunicación con la madre ya que es en este sentido de la educación sexual en donde se evidencia el régimen tradicional de la idea de no abordar estos temas con las adolescentes no siendo este el caso de la comunicación que respecto al tema se tienen con la pareja de ahí que esto cobra sentido con los resultados obtenidos en la presente investigación.

Por último, el aspecto de mala calidad en la comunicación con los padres coincide con los resultados del estudio de “Representaciones sociales de la maternidad temprana” de Jiménez AV y Rangel FY en 2018, ya que mencionan que el factor de comunicación reviste una arista importante para ahondar en la temática de la maternidad en adolescentes considerando que las jóvenes refirieron tener más confianza y comunicación con sus amigos reales o virtuales a diferencia de sus padres u otros actores que debieran ser agentes de apoyo y orientación a las adolescentes.

IX. Conclusión

La autopercepción permite tener en el consciente una impresión respecto a algo o alguien e implica el razonamiento, análisis y percepción de tal manera que para poder percibir todas sus variables es necesario ahondar en aspectos tales como represión, negación, formación reactiva, desplazamiento, proyección, introyección, fijación o regresión a etapas anteriores.

En este sentido, es posible la autopercepción de la adolescente respecto a la mala calidad de comunicación con la madre provenientes de factores sociales que se gestaron y fortalecieron a lo largo de la vida o bien que se encuentren influenciado por aspectos o personas externas como en este caso la autopercepción e mayor y mejor calidad de la comunicación con la pareja lo cual, cobra sentido desde la perspectiva de etapa de amor romántico en la que posiblemente se encontraba la adolescente al momento de la investigación.

Cabe resaltar que la maternidad temprana afecta directo a los indicadores perinatales maternos y la salud familiar, además de que propicia la posibilidad de otro embarazo con periodo de intervalo intergenésico corto lo cual, sigue representando un riesgo de morbi – mortalidad materna a la par de otros procesos que afectan en general al ámbito familiar y social tales como muerte materna y con ello viudez, desamparo y/o abandono del hijo (a) primogénito lo que se traduce en cadena de afectación biológica, psicológica y social.

En relación a la idea anterior, es necesario que los prestadores del servicio a la salud intensifiquen acciones en las madres adolescentes ya que como lo evidencio el presente estudio a percepción de las adolescentes la calidad de la comunicación con la pareja es mejor y dentro del contexto patriarcal pueden quedar inmersas en posiciones que reiteren condiciones desfavorables para su salud, vida y desarrollo personal y profesional, así como de sus hijos.

X. Sugerencias

Es imprescindible el abordaje más personalizado con las adolescentes por medio del autoanálisis de los hechos relevantes y diarios en su proceso de gestación, así como de su auto imagen y auto estima por un lado y por otro, gestionar programas de seguimiento a la atención no solo biológica sino de desarrollo de la adolescente a fin de coadyuvar a la toma de decisiones respecto a su vida, salud y sexualidad de manera informada no coercitiva e intimidante.

Para lo anterior, es necesario que desde los escenarios de toma de decisiones como son las instituciones no estigmaticen a la adolescente embarazada, sino que sean agentes de cambio para atender las necesidades de información correcta y oportuna de manera respetuosa y empática.

Por último, es conveniente acotar la importancia de inclusión de la pareja y/o de la madre de la adolescente en los programas de salud como agente de acompañamiento.

Referencias Bibliográficas

- Angarita B. *Historias de vida familiar en madres adolescentes: Estudio cualitativo*. 2015. Disponible en: file:///contradictoria; familias con dinámicas expulsivas donde la madre adolescente se vio obligada a sobrevivir sola (Angarita B, 2019). <C:/Users/Vane/Downloads/3162-Texto%20del%20artículo-8648-4-10-20190902.pdf>. Consultado el 12 de febrero de 2020.
- Armida Franco J. *Estructura y contenido de las representaciones maternas de adolescente mexicanas durante su primer embarazo*. 2019. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/JchSvFvd8thYfRF4mmHT95f/abstract/?lang=es> Consultado el 10 de marzo 2020.
- Estrategia Nacional para la prevención del embarazo en adolescentes. ENAPEA [Internet] Disponible en: <https://www.gob.mx/conapo/articulos/estrategia-nacional-para-la-prevencion-del-embarazo-en-adolescentes-enapea>. Consultado 20 de enero 2020.
- Edith Ortiz-Félix, Rosario, Cárdenas-Villarreal, Velia Margarita, & Flores-Peña, Yolanda. (2016). *Modelo de rol materno en la alimentación del lactante: Teoría del rango medio*. *Index de Enfermería*, 25(3), 166-170. Recuperado en 17 de octubre de 2021, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962016000200009&lng=es&tlng=es.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2012. *Progreso para la infancia, un boletín sobre los adolescentes*, núm. 10, Nueva York, EUA
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, MÉXICO. [Internet]. Disponible en: <https://goo.gl/WtfhfL> Consultado el 28 de octubre de 2013.
» <https://goo.gl/WtfhfL>
- INEGI, Natalidad y fecundidad. <http://www.beta.inegi.org.mx/temas/natalidad/> Consultado 29 de octubre 2017
» <http://www.beta.inegi.org.mx/temas/natalidad/>

Jaramillo J. (2012). *Representaciones sociales, prácticas sociales y órdenes de discurso. Una aproximación conceptual a partir del análisis crítico del discurso*. Entramado; 8(2). 124-136.

Jiménez A. y Flores R (2018). *Tesis doctoral. Representaciones sociales sobre maternidades tempranas en adolescentes embarazadas*.

Núñez No Noriega, Guillermo, & Ayala Valenzuela, Deisy Judith (2012). *Embarazo adolescente en el noroeste de México: entre la tradición y la modernidad*. Culturales, VIII (15), 7 – 46. Disponible en:
<https://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=69424430002>. Consultado el 13 de marzo 2020.

Organización Mundial de la Salud, Centro de Prensa OMS. Mayo de 2012 [Internet]. Recuperado el 25 de octubre de 2013, de Recuperado el 25 de octubre de 2013, de <https://goo.gl/jAty2F>
» <https://goo.gl/jAty2F>

Organización Mundial de la Salud, 2012. *Prevenir el embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos en adolescentes en los países en desarrollo: las evidencias*. Ginebra, Suiza: OMS, Departamento de Salud Materna.

Secretaría de Salud de Hidalgo, 2012. *Programa Estatal de Salud Sexual y Reproductiva de los Adolescentes*. Pachuca, Hgo.
Secretaría de Salud de Hidalgo. Diagnóstico Sectorial de Salud 2012. Pachuca, Hgo.

Raile Alligod M. *Modelos y Teorías en enfermería*. 2007.

Secretaría de Salud de Hidalgo. *Diagnóstico Sectorial de Salud 2014*. Pachuca, Hgo.
<https://goo.gl/ta7XxK> Consultado el 29 octubre 2017.
» <https://goo.gl/ta7XxK>

Apéndices

Apéndice 1. Definición conceptual y operativa, dimensiones e indicadores

Variable	Tipo	Def. conceptual	Def. operativa	Dimensiones	Indicadores
Autopercepción	Independiente	Capacidad del ser humano de percibirse a sí mismo	Opinión de los aspectos que tienen que ver con el proceso de la maternidad en la adolescente primípara	<p>Aceptación del embarazo</p> <p>Identificación con el rol materno</p> <p>Calidad de la relación con la madre</p> <p>Calidad de la relación con la pareja</p> <p>Miedo al dolor y a la pérdida del control durante el parto</p> <p>Preocupación por el bienestar propio y del bebé</p>	<p>A = Mucho</p> <p>B = Con Frecuencia</p> <p>C = A Veces</p> <p>D = Nunca</p>
Psicosocial	Variable dependiente	Psicosocial se refiere a la conducta humana y su inserción en la sociedad, el accionar individual analizado desde los aspectos sociales.	<p>Aceptación del embarazo</p> <p>Identificación con el rol materno</p> <p>Calidad de la relación con la madre</p> <p>Calidad de la relación con la pareja</p> <p>Miedo al dolor y a la pérdida del control durante el parto</p>	<p>Las respuestas adaptativas al hecho de estar embarazada.</p> <p>La motivación para la maternidad, la preparación para ésta, la experiencia de la vida, la resolución de conflictos y el desarrollo del vínculo materno.</p> <p>La disponibilidad de la abuela (madre de la embarazada) y de la embarazada durante el proceso de gestación y tras</p>	<p>Items 1,3,60,63 y 64</p> <p>Items 77,79,82 y 84</p> <p>Items 14,20,21,28,31,46,57,61 y67</p> <p>Items 4,10,23,29,38,41,56 y74</p> <p>Items 12,24,25,49,50,55,58, y 16</p> <p>Items 17,30,33,42,53,59,65 y 72</p>

Variable	Tipo	Def. conceptual	Def. operativa	Dimensiones	Indicadores
			Preocupación por el bienestar propio y del bebé	<p>el parto, la aceptación del niño, el reconocimiento de la hija como madre, el respeto de la autonomía de ésta y la disposición para recordar con la hija las propias experiencias de relación y crianza del bebé.</p> <p>El interés del marido por las necesidades de su mujer como futura madre, su ajuste al nuevo rol paterno, la empatía, comprensión, apoyo, cooperación, comunicación y muestras de confianza hacia ella.</p> <p>La pérdida de control sobre el cuerpo y sobre las emociones, la confianza en el personal médico y sanitario así como la actitud hacia el uso de la medicación durante el parto.</p> <p>Incluye la autoestima y el miedo no expresado por posibles alteraciones en el parto.</p>	

Apéndice 2. Operacionalización de las variables descriptivas

Variable	Tipo	Definición o concepto	Escala de medición	Estadístico
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 1. Instrumento “Aspectos psicosociales en la gestación”

Las siguientes afirmaciones están hechas para mujeres embarazadas, con la intención de describirse a sí mismas. Lea detenidamente cada una de las siguientes afirmaciones y escoja la respuesta que mejor describa sus sentimientos. En la columna de la derecha, señale con una cruz la casilla correspondiente teniendo en cuenta que:

A = Mucho B = Con frecuencia C = A veces D = Nunca

Edad

COD	Dimensión	Afirmación	Puntuación			
			A	B	C	D
	AE	1. Creo que éste es un buen momento para quedarme embarazada				
	AE	2. Puedo tolerar las molestias del embarazo				
	RP	3. Mi marido y yo hablamos del bebé que espero				
	RP	4. Mi marido me tranquiliza cuando me ve agobiada				
	PA	5. Creo que el parto tendrá lugar con normalidad				
	RM	6. Mi madre está ilusionada con el bebé que espero				
R	PB	7. Me preocupa que el bebé pueda tener anomalías				
R	PB	8. Pienso en lo peor cuando me duele algo				
	RM	9. Mi madre está contenta con mi embarazo				
	RM	10. Mi madre me da buenos consejos				
	RP	11. A mi marido le gusta hablar conmigo sobre el embarazo				
	PA	12. Estoy bien informada de lo que me espera en el parto				
	PA	13. Sé lo que debo hacer cuando tenga contracciones				
	RM	14. No me cuesta hablar con mi madre sobre mis problemas				
	RP	15. Como pareja tenemos un buen nivel de comunicación				
R	PB	16. No dejo de pensar en los problemas que el bebé pueda tener				
	RM	17. Mi madre ya espera a su nieto				
R	PB	18. Me preocupa que el parto se alargue más de lo normal y pueda perjudicar al bebé				
	RP	19. Mi marido me ayuda en casa cuando lo necesito				
	RP	20. Puedo contar con el soporte de mi marido durante el parto				
R	PB	21. Tengo miedo a que puedan hacerme daño en el parto				

COD	Dimensión	Afirmación	Puntuación			
			A	B	C	D
R	RM	22. Cuando mi madre y yo estamos juntas, discutimos a menudo				
	PA	23. Estoy preparada para el parto				
	PA	24. Sé de cosas que pueden ayudarme durante el parto				
R	PB	25. Me angustian las posibles complicaciones del parto				
	PA	26. Pienso que podré resistir las incomodidades del parto				
	RP	27. En el momento de tomar decisiones, mi marido siempre nos ponemos de acuerdo				
	RM	28. Mi madre me da ánimos cuando dudo sobre mí misma				
	PA	29. Me siento bien informada sobre el parto				
R	PB	30. Me preocupa que algo pueda ir mal en el parto				
R	AE	31. Me cuesta aceptar este embarazo				
	RM	32. Mi madre me anima a que haga las cosas a mi manera				
	AE	33. Hasta el momento, éste ha sido un embarazo fácil				
R	AE	34. Ojalá no estuviera embarazada				
R	PB	35. Tengo miedo de perder el bebé durante el parto				
R	RM	36. Mi madre critica mis decisiones				
R	PB	37. No puedo dejar de pensar en los problemas que pueden surgir en el parto				
	RP	38. Puedo contar con mi marido para compartir el cuidado del bebé hasta que haya nacido				
	MI	39. Ya siento afecto por el bebé				
	MI	40. Creo que puedo ser una buena madre				
	MI	41. Tengo la sensación de que disfrutaré del bebé				
	MI	42. Estoy feliz con este embarazo				

Anexo 2. Oficios de aceptación para la ejecución de la investigación



Universidad Michoacana De San Nicolás De Hidalgo

FACULTAD DE ENFERMERIA

L.E. ALEJANDRA NAVARRETE GALLEGOS

Presente

A través de este conducto se hace de su conocimiento, que el Comité de Investigación de la Facultad de Enfermería, ha realizado la revisión del protocolo de investigación titulado “IMAGEN SOCIOCULTURAL EN EL DESEMPEÑO DEL ROL MATERNAL EN ADOLESCENTES PRIMÍPARAS DE VALLE DE SANTIAGO, GUANAJUATO” y dictaminó que está **APROBADO** mismo que ha quedado registrado con el número de folio CIB/FacEnf/028/2020; por lo tanto usted puede realizar lo conducente.

Sin más por el momento, quedamos de usted.

Atentamente

Morelia, Michoacán. A 12 de mayo del 2021


Dra. María Leticia Robi García Valenzuela
Coordinadora del Comité de Investigación

C.c.p. Archivo

Anexo 3. Recursos financieros

Descripción	Cantidad	Costo unitario	Total
Computadora	1	12,000	12,000
Impresora	1	3,000	3,000
Lapiceros	20	5	100
Hojas blancas	500	200	200
Fotocopias	100	2	200
Transportación	50	9	450
Empastados	5	1,000	5,000
Costo de trámites de titulación	1	9,500	9,500
Gastos de publicación de artículo	2	1,500	3,000
		TOTAL	22,650

Anexo 4. Cronograma de actividades

2020-2022

Fecha / Actividad	Septiembre, Octubre, Noviembre 2020	Diciembre 2020 Enero Febrero 2021	Marzo Abril Mayo 2021	Junio Julio Agosto 2021
Selección del tema de investigación	*			
Justificación	*			
Planteamiento del problema	*			
Objetivos e Hipótesis	*			
Marco Teórico		*		
Metodología		*		
Procedimiento		*		
Aspectos éticos y legales		*		
Comité de Ética		*		
Colecta de datos			*	
Análisis de datos, resultados y obtención del grado				*

Anexo 5. Consentimiento y asentimiento informado

Morelia, Michoacán a ____ de _____ de 2021

La investigación presente con tema: Autopercepción psicosocial del rol maternal en adolescentes primíparas de la L. E Alejandra Navarrete Gallegos y la asesora Dra. Vanesa Jiménez Arroyo. Que tiene como objetivo establecer comparar la autopercepción de las jóvenes madres de Valle de Santiago y Salamanca.

Se me informo que en esta investigación prevalecerán el criterio del respeto a mi dignidad, la protección de mis derechos y bienestar. Se me informo también que la Investigación deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases: los principios científicos y éticos que justifican la investigación de enfermería.

Se me informo que esta investigación protegerá mi privacidad como sujeto de investigación. Sé que se trata de una Investigación sin riesgo. Se me brindo una explicación clara y completa del contenido del consentimiento informado y mi papel en la investigación; la justificación y objetivos de la investigación.

Al firmar este documento estoy aceptado participar en la investigación de “La calidad del sueño como factor estresor en estudiantes del área de la salud”, enterado de lo que implica.

Firma y Nombre del participante: _____

Firma y nombre del padre, madre, pareja (persona mayor de edad) a cargo de la adolescente: _____

Nombre y firma del testigo 1: _____

Nombre y firma del testigo 2: _____

Anexo 6. Difusión

Logo of Universidad Nova Spainia, ACADEMIA JOURNALS, and PYSEIP CENTRO DE INVESTIGACIÓN.

**CONGRESO INTERNACIONAL DE INVESTIGACIÓN
ACADEMIA JOURNALS MORELIA 2021**

CERTIFICADO

otorgado a

**L.E. Alejandra Navarrete Gallegos
Dra. Vanesa Jiménez Arroyo
Dra. Mayra Itzel Huerta Baltazar
Dra. Ma. de Jesus Ruiz Recendiz**

por su artículo titulado

Aspectos Psicosociales sobre Maternidad en Adolescentes Embarazadas del Bajío de México

(Artículo No. MOR115)

La ponencia de este artículo fue presentada en el congreso que tuvo como sede la Universidad Nova Spainia de Morelia, Michoacán, México los días 12 al 14 de mayo de 2021. El artículo en extenso ha sido publicado en las siguientes modalidades: (1) en el portal de Internet *AcademiaJournals.com*, con [ISSN 1946-5351](https://doi.org/10.24018/academiasjournals.com/1946-5351), Vol. 13, No. 4, 2021 online e indización en la base de datos [Fuente Académica Plus de EBSCOHost](https://www.ebscohost.com) de Ipswich, Massachusetts y (2) en el libro electrónico intitulado *Trabajos de Investigación en la Educación Superior - Morelia 2021*, mismo que tiene asignado el [ISBN 978-1-939982-65-0](https://doi.org/10.24018/academiasjournals.com/978-1-939982-65-0).

Rector Gilberto Agatón Cuevas
Universidad Nova Spainia

Dr. Rafael Moras
Director, Academia Journals

Dr. Pedro López Eiroá
Director General, PYSEIP

Congreso Academia Journals Morelia 2021

<https://www.academiasjournals.com/morelia>

