



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS

FACULTAD DE ENFERMERÍA

**VIVENCIAS DE LAS ADOLESCENTES SOBRE SU MATERNIDAD EN
UNA COMUNIDAD**

**TESIS QUE PARA OBTENER GRADO DE
MAESTRA EN ENFERMERÍA**

PRESENTA

L.E. ALMA BRIZA GARDUÑO PIZAÑA

DIRECTORA DE TESIS

M.S.C. MIRIAM TAPIA DOMÍNGUEZ

Noviembre, 2019



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS

FACULTAD DE ENFERMERÍA

**VIVENCIAS DE LAS ADOLESCENTES SOBRE SU MATERNIDAD EN
UNA COMUNIDAD**

**TESIS QUE PARA OBTENER GRADO DE
MAESTRA EN ENFERMERÍA**

PRESENTA

L.E. ALMA BRIZA GARDUÑO PIZAÑA

DIRECTORA DE TESIS

M.S.C. MIRIAM TAPIA DOMÍNGUEZ

Noviembre, 2019

DEDICATORIAS

A mi esposo por su amor, comprensión y apoyo para mi realización profesional, a mis hijos que son los principales incentivo para hacer frente a los obstáculos y retos que se me presentan en la vida, siendo esta experiencia académica uno de los más importantes que he afrontado, la cual espero sirva de ejemplo a mis hijos para sus proyectos en el transcurso de sus propias vidas.

A mis padres por apoyo en cada decisión y proyecto ya que sin su respaldo no sé si lo hubiera logrado.

AGRADECIMIENTOS

En particular, agradezco a la MSC. Miriam Tapia Domínguez por ser inspiración en mi trayectoria, la disposición para acompañarme con su experiencia y conocimiento en la elaboración de esta tesis.

Quiero incluir un recuerdo muy especial para la Dra. Abigail Fernández Sánchez por transmitirme el conocimiento, brindarme los primeros pilares de la investigación cualitativa.

Mi reconocimiento a la facultad de enfermería por el apoyo y las facilidades brindadas durante estos dos años.

INDICE:

| | |
|---|----|
| RESUMEN | 6 |
| CAPITULO I. GENERALIDADES..... | 10 |
| I.1 Antecedentes históricos..... | 10 |
| I.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 17 |
| I.3 JUSTIFICACION..... | 19 |
| PROPÓSITO..... | 21 |
| OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... | 21 |
| CAPITULO II. MARCO TEÓRICO..... | 22 |
| II.1 MARCO TEORICO CONCEPTUAL | 22 |
| II.1.1 La adolescencia. | 22 |
| II.1.2 Embarazo en la adolescencia | 24 |
| II.1.3Adopción el rol materno. | 32 |
| II.1.4 Concepto de maternidad..... | 34 |
| II.1.5Concepto de Vivencias. | 35 |
| II.1.6 Emoción..... | 35 |
| II.1.7 Sentimiento:..... | 35 |
| II.1.8 La tención obstétrica,..... | 36 |
| II.1.9 Categorías y subcategorías:..... | 37 |
| II.2 Enfoque teórico de enfermería | 37 |
| III.1. Tipo de investigación..... | 45 |
| III.2 Diseño de la investigación | 46 |
| III.3 Etapas de la investigación | 46 |
| III.4 Implicaciones Éticas..... | 53 |
| CAPITULO IV RESULTADOS | 56 |
| CAPITULO V DISCUSIONES..... | 63 |
| CAPITULO VI CONSIDERACIONES FINALES | 66 |
| ANEXO I CONSENTIMIENTO INFORMADO | 67 |
| CAPITULO VII REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 70 |

RESUMEN

El cuidado óptimo en la mujer durante el embarazo, parto y puerperio es de los programas prioritarios que conciernen hoy en día por los servicios de salud. Volcando la mirada hacia las madres adolescentes se pretende visualizar a partir de las experiencias y vivencias en su rol materno, se requiere para la práctica de enfermería, que aportara conocimientos que ayuden a brindar cuidados integrales, individualizados; contextualizado en el fenómeno social que exige asimilar las realidades de las adolescentes. Al presentar un marco conceptual y referencial desde la experiencia, interpretación y la vivencia de las adolescentes, permitirá al personal de enfermería reconocer las áreas de oportunidades para trabajar con las madres adolescentes, centrado en apoyar y atender a los individuos, familias, comunidades y/o sociedades.

Objetivo. Caracterizar las vivencias de las adolescentes en su rol materno de una comunidad. **Métodos.** Estudio cualitativo, efectuada con base a entrevistas a profundidad realizadas a madres adolescentes de la comunidad de Tetecala, Morelos. **Resultados.** Participaron 6 madres adolescentes y mediante las entrevistas en profundidad, las cuales fueron grabadas para posteriormente transcribirlas e identificar los códigos. De las cuales se obtuvieron las categorías: Representación social de la maternidad, Experimentando la maternidad, Sentimientos hacia la maternidad, Búsqueda de apoyo, Rol socioeconómico. Subcategorías: fueron 17 desde Percepción de la maternidad hasta ingreso propio económico. **Concluyendo.** Que por edad aún no perciben la autonomía en la maternidad responsable, carencia de conocimientos para el cuidado óptimo de su hijo, ninguna de las participantes son casadas y cuentan con una vivienda propia, no visualizan que el desempleo es por falta de oportunidades relacionadas a estudios.

Palabras claves. Adolescente, maternidad, vivencias y rol materno.

ABSTRACT

Optimum care for women during pregnancy, childbirth and the puerperium is one of the priority programs that are currently covered by health services. Turning the gaze towards teenage mothers, it is intended to visualize from the experiences and experiences of in their maternal role, it is required for nursing practice, which will provide knowledge that helps provide comprehensive, individualized care; contextualized in the social phenomenon that requires assimilating the realities of adolescents. By presenting a conceptual and referential framework from the experience, interpretation and experience of adolescents, it will allow nurses to recognize areas of opportunities to work with adolescent mothers, focused on supporting and caring for individuals, families, communities and / or societies. **Objective.** Characterize the experiences of adolescents in their maternal role of a community. **Methods** Qualitative study, based on in-depth interviews with teenage mothers from the community of Tetecala, Morelos. **Results** Six adolescent mothers participated and through in-depth interviews, which were transcribed and identified by means of codes. From which the categories were obtained: Social representation of motherhood, Experiencing motherhood, Feelings towards motherhood, Search for support, Socio-economic role. Subcategories: there were 17 from Perception ce to motherhood to own economic income. **Concluding** that by age they still do not perceive autonomy in responsible motherhood, lack of knowledge for the optimal care of their child, none of the participants are married and have their own home, they do not visualize that unemployment is due to lack of opportunities related to studies.

Keywords. Adolescent, motherhood, experiences and maternal role.

INTRODUCCION

El embarazo en la adolescencia sigue siendo uno de los principales factores que contribuyen a la mortalidad materna e infantil al círculo de enfermedad y pobreza en todo el mundo. El embarazo a temprana edad es el resultado del incumplimiento de los derechos humanos de las niñas y las adolescentes; es parte de una problemática integral relacionada con la falta de oportunidades de desarrollo, educación, salud y protección. Las niñas y adolescentes que tienen un hijo a temprana edad ponen en riesgo su supervivencia y la de su bebé, ya que su cuerpo no se encuentra preparado físicamente para dar a luz. Quienes son madres a temprana edad tienen menos posibilidades de continuar con sus estudios e incrementan sus dificultades económicas. Esto las coloca a ellas y a sus hijos e hijas en riesgo de explotación, enfermedades y ciclos de pobreza perpetuos, por lo cual maternidad precoz también afecta gravemente la economía de las comunidades.

Se requiere conocer las experiencias y vivencias de las madres adolescentes en su rol materno, para la práctica de enfermería para poder brindar cuidados integrales, individualizados y contextualizado, al fenómeno social que exige asimilar las realidades de las adolescentes. Al presentar un marco conceptual y referencial desde la experiencia, interpretación y la vivencia de las adolescentes, permitirá al personal de enfermería reconocer las áreas de oportunidades para trabajar con las madres adolescentes, centrando en apoyar y atender a los individuos, familias, comunidades y/o sociedades.

El informe está organizado en capítulos: El capítulo I describe el planteamiento del problema observado en la comunidad, justificación, propósito y los objetivos del estudio, concluye el capítulo exponiendo estudios históricos al que se presentan. El capítulo II expone los referentes teóricos de la investigación. Se asumen la teórica de Ramona Mercer como estructura conceptual del estudio. El capítulo III refiere al diseño metodología del estudio, que permitió estructural el procedimiento en cada momento

necesario para desarrollar la investigación. El capítulo IV y final del reporta los resultados del estudio y la comparación de los hallazgos obtenidos con los de otros autores. Se finaliza con la discusión, consideraciones finales, referencias bibliográficas y los anexos.

Concluyendo que el profesional de enfermería no se visualiza en el acompañamiento de la mujer en esta etapa, difícil para ellas y su familia, la labor educativa intenta prevenir el embarazo, mediante los círculos de adolescentes y otras acciones que contribuyan a la prevención, pero a pesar de contar con profesionales en todas las áreas, cada año un grupo de adolescentes quedan precozmente embarazadas y deben enfrentar los riesgos que esta condición determina, por lo cual se requiere un segundo momento, el cual reconozca su contexto social, familiar y económico, para proyectar intervenciones de enfermería ,bridar acciones que den continuidad al bienestar de la madre, el hijo y la familia.

CAPITULO I. GENERALIDADES

I.1 Antecedentes históricos

Investigaciones previas señalan que el proceso de embarazo y el significado del mismo se debe analizar mediante la perspectiva de la transformación sociocultural que se da en la sociedad misma alrededor de la familia y del rol como mujer, pues es a partir de la concepción donde el significado de la maternidad se encuentra anclado a las representaciones que la mujer han construido históricamente de sí misma a partir de un modelo patriarcal que se han transformado continuamente a épocas modernas, de tal manera que el embarazo es concebido como un proceso natural en la mujer, el cual ha sido instaurado en la imaginación de las jóvenes desde su infancia (Morales,2005)

La maternidad no es un “hecho natural”, sino una construcción cultural multi determinada, definida y organizada por normas que se desprenden de las necesidades de un grupo social específico y de una época definida de su historia. Se trata de un fenómeno compuesto por discursos y prácticas sociales que conforman un imaginario complejo y poderoso que es, a la vez, fuente y efecto del género. Este imaginario tiene actualmente, como piezas centrales, dos elementos que lo sostienen y a los que parecen atribuírsele, generalmente, un valor de esencia: el instinto materno y el amor maternal (Badinter, 1980 y Knibiehler, 2001). A partir de la consideración de que la “naturaleza femenina” radica en una biología que asegura ambos elementos, la maternidad es entendida como algo que está separado del contexto histórico y cultural, y cuyo significado es único y siempre el mismo.

Esto dispone a una mujer que se posiciona ante el embarazo como la única posibilidad de autonomía, libertad, realización y reconocimiento, pues esta opción aprendida e interiorizada culturalmente como sinónimo de adultez, convirtiéndose en una constante cultural y un modelo a reproducir (Stern,2003 ,Oviedo y Garcia,2011,).

La teología cristiana con sus raíces en el judaísmo tiene profundas consecuencias en la historia de la mujer. Las primeras provienen del Génesis que muestra una imagen de Eva, susceptible a la tentación y culpable de la desventura de Adán.

En la Epístola a Los Efesios, según Badinter, San Pablo distorsiona la teología igualitaria de Cristo y se establece la jerarquía del hombre sobre la mujer. El padre-esposo recibe de Dios ese legado de poder, con lo cual la moral de la Iglesia enfatiza la subordinación de la mujer al esposo. El nacimiento mismo de Eva no es autónomo, Dios no elige espontáneamente crearla, sino que está destinada al hombre, para salvarle de su soledad. Ella encarna la carencia del hombre, quien espera realizarse a través de ella. Su lugar en la sociedad sería asignado por él, siendo condenada por éste a desempeñar el papel del 'Otro'. Aquí él estaría transfiriendo una parte de su existencia a la naturaleza y a la mujer, pero la recuperaría por su acción de dominio (Beauvoir, 1970; Duby & Perrot, 1992).

Estas visiones van conformando un marco de significados de lo femenino, que requieren de una especie de expiación para que la mujer pueda ser integrada a la sociedad ya que ella es indispensable para su prosperidad. La virgen consagrada y la esposa casta y dócil con una vida de devoción al hijo ofrecen un marco para revalorizar lo femenino necesario para la vida y el orden en la sociedad. La figura de la Virgen María constituye una fuente primordial de identificación y revalorización de la mujer. Ella es vista desde ópticas opresoras y liberadoras, indistintamente.

Para Montecinos (1993), el marianismo es un símbolo universal, que en el caso de América Latina adquiere particularidades del etnos cultural, para homologar la figura de la Virgen a las mujeres populares como: "...una María erguida apurando el cáliz del sufrimiento al pie de la cruz. ...mujer fuerte... ejemplo de tantas otras, cargadas de hijos y dolores, que cargan también la cruz del pueblo pobre y le ayudan a caminar" (Del Prado, 1986 citado en Montecinos, 1993).

Así, ella da valor a la experiencia de muchas mujeres connotando sus vidas como camino de transformación social, participación y dignificación de la mujer. Según esta autora, María permite recuperar la grandeza de la mujer porque disuelve la tensión

entre la cultura femenina y la patriarcal, al hacer posible, por su mediación, la encarnación de Dios en la historia. Montecinos (1993) plantea que el mito mariano resuelve nuestro problema de origen latinoamericano ser hijos de una madre india y de un padre español al entregarnos una identidad inequívoca en una madre común. La influencia de la imaginería mariana entregaría una identidad a la mujer, "lo mater" y otra al hombre, "lo hijo". Según Montecinos, esta sobre identificación de madre y mujer tendría profundas consecuencias en nuestra cultura, un vacío del padre y de lo femenino y masculino como entidades sexuadas.

En la edad media, donde la doctrina del amor conyugal también expresa el desequilibrio entre marido y esposa. Al amor perfecto de la esposa, el marido debe contraponer un amor moderado. El hombre debe amar con juicio no con afecto, sin perder su racionalidad. El marido es más amado porque es más virtuoso y la mujer recibe la cantidad de afecto proporcional a su naturaleza inferior.

El discurso en torno a la maternidad está dominado por los aspectos más fisiológicos de la función: procreación, gestación, parto y amamantamiento, reafirmando para la madre la función puramente nutritiva, que la naturaleza le ha asignado visiblemente. La obligación primera de la mujer respecto a la prole es la de traerla al mundo: "engendrar hijos de modo continuado y hasta la muerte" (expresión del dominico Nicolás de Gorran [1296], citado en Duby & Perrot, 1992). La esterilidad es vivida como condenación y como punto de ruptura de la unión de la pareja. La procreación legitima la relación conyugal. A la fidelidad casi obligada y fisiológica de la mujer, que culmina en la reproducción legítima, corresponde una fidelidad menos vinculante pero más virtuosa del hombre.

Desde perspectiva de los autores Badinter, (1981); Carter, (1999); Hays, (1998). Mencionan al amor de las madres a los hijos es visto como algo evidente, bajo el supuesto que ella siente mayor placer al amar que al ser amada. Sin embargo, en su minusvalía y debilidad por ser un amor carnal, pasional, que privilegia los cuerpos, es decir la salud y bienestar de los hijos, corriendo el riesgo de perder las almas. Paralelamente el papel pedagógico que se le asigna a la madre es insignificante. Así,

una vez que un niño ha superado el período de primera infancia, en el cual las exigencias biológicas son mayores, la atención tiende a desplazarse hacia el padre.

La educación de la generación, constituye una responsabilidad paterna, mientras que los temas de salvación espiritual y control de los comportamientos morales son atribuciones maternas. En estas circunstancias, el ámbito que aparece como privilegiado de la pedagogía materna es en relación con las hijas, en la cual su tarea es de vigilancia y control de la sexualidad de éstas, reproduciendo con ellas la actitud represiva de la que ha sido objeto, para preservar el cuerpo femenino de todo aquello que mancille su valor fundamental, la castidad.

Así mismo en la Revolución Francesa, la maternidad no es entendida como un compromiso con las necesidades de afecto en el niño, sino como función procreadora. La crianza infantil a diferencia de dar a luz no confiere ni honor ni jerarquía. El trato a los hijos difiere según su utilidad económica, como trabajador o posible aporte a través de alianzas matrimoniales. Los niños son poco valiosos, adquiriendo valor social sólo como adultos. A los seis años ya no son considerados cargas molestas, ya que aportan a la economía del hogar y deben actuar de acuerdo al rango social de sus padres en la sociedad adulta. Los padres invierten tanto tiempo y recursos en los niños como el que esperan de vuelta.

Entre los siglos XVII y XVIII se produce un cambio en ciertos grupos de la burguesía y aristocracia, que empiezan a considerar al niño como inocente y necesitado de protección. Rousseau que contribuye a inspirar el movimiento romántico en la Revolución Francesa (1789), señala a la maternidad como un objetivo central en la vida de las mujeres, apoyando teorías biológicas de la maternidad como instintiva.

El nuevo concepto de *inocencia* infantil permite cambiar hábitos (ropas especiales, juguetes, negativa a azotarlos, lactancia materna, abandono de las fajas). Sin embargo muchas veces el cariño está mezclado con agresión y miedo. La moral puritana de la cultura inglesa transmite la idea que los niños necesitan ser "redimidos", "reformados" por una estricta disciplina de castigos, instrucción religiosa y participación en la vida laboral. Los criterios de crianza son responsabilidad de los padres, la Iglesia y la

comunidad, no de las madres. Las esposas son valoradas por su fertilidad, no por su capacidad para criar niños.

Los cambios de la revolución industrial marcan las diferencias entre el ámbito privado del hogar lugar cálido, solícito, comunitario y el público del trabajo fuera de éste frío, competitivo e individualista.

El trabajo a sueldo va reemplazando a la agricultura como forma de vida y los hombres se asocian a la vida pública, mientras que las mujeres permanecen en el dominio privado del hogar. Es en este momento cuando la mujer como responsable del mundo privado queda a cargo de la crianza de los niños y de proveer los cuidados médicos a la familia. Para los pobres, inmigrantes y gente de la clase obrera, sin embargo hay poca separación entre mundo público y privado, los hijos siguen siendo trabajadores y las madres no tienen mucho tiempo para ser cariñosas guardianas. Estas mujeres no desarrollan una conciencia particular de sí mismas como madres y siguen viéndose como tontas o desviadas (Badinter, 1981; Carter, 1999).

La crianza de las madres en la era moderna durante el siglo XIX, la nueva soberanía de la razón y la lógica, el desarrollo científico y sus métodos, empieza a dominar la medicina, la administración pública y doméstica, la crianza y todos los ámbitos de la sociedad. Con ello, las mujeres pierden su rol como proveedoras de salud y cuidados en la familia y los instintos, la virtud y cariño maternales parecen ya ser insuficientes.

La crianza como empresa científica plantea nuevas doctrinas respecto a horarios, hábitos y conductas. Las mujeres, que son vistas como incompetentes para el cuidado de los niños, indulgentes, irracionales y emotivas deben ser formadas para la crianza. El niño, cuya crianza adquiere importancia, deja de ser visto como inocente y vuelve a ser considerado lleno de impulsos peligrosos. A la tarea de crianza se suman los esfuerzos del Estado: técnicas científicas, leyes de escolaridad, movimiento de los jardines infantiles, tribunales de menores. En las familias pobres aumenta la presión por que las madres permanezcan durante la etapa temprana de la infancia junto a sus hijos y salgan más tarde a trabajar (Badinter, 1981; Hays, 1998).

En la segunda mitad del Siglo XIX se identifica maternidad con la crianza. Y para finales de Siglo XX en Estados Unidos las mujeres se organizan en la necesidad de una nueva visión del ideal romántico lo que irónicamente se realiza en el concepto de "esposa dueña de casa" (housewife) donde existe una valoración simultánea del hogar y la maternidad. Las mujeres defienden su valor como encargadas de la crianza de los futuros ciudadanos de la república y demandan educación para ser formadas en la razón. Surge el culto a lo doméstico donde las mujeres aparecen protegidas en este contexto privado bajo creencias de la Maternidad como moral: La madre tiene la tarea de ofrecer apoyo moral y emocional a sus esposos e hijos colaborando a la formación de una sociedad más virtuosa, como guardiana de la moral. Desde esta perspectiva, la maternidad es vista como una posición social por la contribución al bienestar social (Hays, 1998).

La crianza pasa a ser así una tarea para quien mejor la cumple, que es la madre individual, lo que se asume en la ideología de la Maternidad exclusiva. La presencia constante de la madre es irremplazable para proporcionar una experiencia temprana constructiva, siendo el padre no directamente importante. Esto lleva otra creencia, la Maternidad intensiva, como compromiso que requiere dedicación total, gran inversión de energía y recursos, conocimiento, capacidad de amor, vigilancia de su propio comportamiento y subordinación de los propios deseos. Es una tarea de sacrificios pero al mismo tiempo su realización es una recompensa. A la base está la lógica de la crianza generosa visto desde el siglo pasado por varios autores (Hays, 1998).

La atención explícita del carácter moral del niño, va ampliándose a una dedicación a su desarrollo físico, emotivo, cognitivo y conductual. Las teorías psicoanalítica (Araya y Bitrán, 1995), del desarrollo de Piaget (1967, 1975) y de apego (Bowlby, 1954, 1986; Fonagy, 1997, 2001) son una expresión de esta cultura. La tarea de las madres es ahora entender a cada hijo como individuo, estar atenta a su estadio de desarrollo, ser objetiva y reflexiva para responder a sus necesidades.

La maternidad en la cultura mexicana ha sufrido transformaciones pero también rezagos que continúan afectando a la población vulnerable a través del tiempo, lo ideal que hoy en día las mujeres reflexionaran acerca de su propia vida, definan por sí

mismas las oportunidades, peligros y prácticas con respecto a la maternidad, además se encargan de dar forma y organizar los vínculos con sus hijos, así como decidir acerca de su crianza. De esta manera, estas dan dirección a las experiencias relacionadas con la maternidad a pesar de que esta se encuentra bajo la influencia social, política y económica (Castillo, 2008).

El contexto histórico y el sistema social en el cual se encuentre la madre es determinante para las características que esta asume desde ese rol, es por ello que la entrada de la mujer en el mercado laboral implicó transformaciones en las actividades y actitudes que estas tenían, lo cual a su vez tuvo incidencia en cómo se asume lo referente a la maternidad. De este modo, para nuestros días las mujeres pueden tomar decisiones con respecto a la maternidad, como lo es decidir si desea tener hijos o no, o elegir cuantos hijos desea tener; a pesar de ser influidas y responder a los requerimientos del sistema vigente.

En relación con lo anterior, Castillo (2008) da a conocer que las mujeres comienzan a desenvolverse individualmente, como lo es por medio de una profesión, lo cual refleja no solo el deseo de superación, también la necesidad de poder responder a las exigencias que el sistema económico y social solicitan. Este cambio en la condición de la mujer relacionado con la inserción en el ámbito laboral tiene implicaciones en cómo se asume y se visualiza la maternidad, pues como lo menciona el autor, esta deja de ser excluyente y exclusiva de las mujeres, dándose también responsabilidad a los padres de sus hijos, lo que no sucedía años atrás.

Para una mujer mexicana profesional en la actualidad en un ambiente urbano, quizás la maternidad ocupe varios lugares por debajo del prioritario. Pero para una jovencita de zona rural, la maternidad quizás sea la única manera de sentirse alguien, de independizarse de sus papas, de encontrarle sentido a su vida, de su realización. La maternidad es un constructo social definitivo en el rol de la feminidad.

I.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el estado de Morelos los embarazos en adolescentes han incrementado, problema epidemiológico que va a la alza, en menores de 15 años de edad se registraron 156 en el 2016 y entre las edades de 15 a 19 años de edad se contabilizó 6 028 (INEGI). La Dra. Ángela Patricia Mora González, Directora General de los Servicios de Salud de Morelos (SSM), reveló en el 2017 que en el estado, alrededor del 28 por ciento de los eventos obstétricos que se registran en los Servicios de Salud mujeres menores de 19 años de edad, y Tetecala es una región en la que el índice de embarazos de adolescentes está por arriba de la media estatal de acuerdo a los datos arrojados por el Grupo Estatal para la prevención del embarazo en adolescentes (GEPEA).

Este fenómeno de alta incidencia y de múltiples consecuencias sociales en la comunidad de Tetecala, tales como la deserción escolar; común en las adolescentes que estudian y resultan embarazada interrumpen sus estudios con posterioridad al nacimiento, del cual un porcentaje muy bajo retoma sus estudios, debido a que se enfrentan a un ambiente hostil, identificando como principales determinantes del abandono escolar, por la estigmatización y los juicios severos por parte del grupo de amigos y de la comunidad escolar (docentes, padres de familia) resultado de una cultura patriarcal arraigada que dicta las normas de la sociedad.

Las madres adolescentes de la comunidad de Tetecala, tienen que enfrentar toda esta problemática con recursos apenas en proceso de formación tales como; auto concepto, identidad, carácter, confianza en sí misma, capacidad de organización y planeación, capacidad de proyectos, control de sus emociones, reconocimiento de sus oportunidades y precisión en sus decisiones aunado el temor proveniente del entorno que la señalan como culpable de su situación.

Por lo cual la enfermería como ciencia y disciplina debe expandir su campo de acción más distante de lo clínico y/o hospitalario, es importante que se proyecte hacia la comunidad, que identificar de forma anticipada las necesidades del adolescentes que pueden ser de orientación, identidad sexual e inicio de un adecuado de relaciones sexuales (coitales), conocimientos y acceso a los métodos anticonceptivos, el inicio de un adecuado control prenatal; de esta forma poder así abordar con efectividad dicha problemática social, en un ambiente comunitario seguro y saludable para ellas y sus hijos.

Por todo lo anterior se plantea la siguiente pregunta:

¿Cómo construyen las adolescentes su maternidad mediante sus vivencias?

I.3 JUSTIFICACION

En la actualidad en el mundo existen 14 millones de adolescentes de 15 a 19 años de edad y un número no determinado de niñas menores de 15 años son madres y la gran mayoría (95%) de los embarazos ocurren en países en desarrollo. En América Latina y el Caribe el 18 % de los nacimientos corresponden a madres adolescentes. La situación en México es preocupante ya que es un país de gente joven, tiene una base poblacional muy amplia lo que favorece este problema de salud pública (Vertiz, 2017)

De acuerdo con la Encuesta Intercensal (2015) la población en México continúa siendo predominantemente joven; 25.7% (30.6 millones) de la población total son jóvenes de 15 a 29 años, en cuanto a la estructura por edad y sexo de la población joven, 50.9% son mujeres y 49.1% son hombres; 35.1% son adolescentes de 15 a 19 años, 34.8% jóvenes de 20 a 24 años y 30.1% tienen de 25 a 29 años de edad. 1 de cada 2 niñas adolescentes se encuentra en situación de pobreza extrema y 1 de cada 5 mujeres adolescentes tuvo un hijo en el 2016 y 2 de cada 5 mujeres se encuentran con nivel de educación muy baja, es decir que solo han terminado la primaria, contabilizando a más de 74 mil adolescentes entre 12 y 17 años casados, de los cuales poco más de 58 mil eran niñas o adolescentes mujeres.

Esta investigación pretende describir las vivencias de las adolescentes en la construcción de su rol materno, conocer como lo están experimentando, como poco a poco se adaptan esta nueva etapa a su vida. El profesional de enfermería, tiene que tomar en cuenta el ciclo vital de vida en que se encuentra la adolescente, el profesional como líder social y parte del equipo de salud le ayudara conocer las vivencias de las adolescentes en su rol materno para detectar y atender problemáticas, familiares y sociales, permitirá explotar sus áreas de desempeño, en especial la docencia, tomando en cuenta los derechos del adolescente y poder brindar la atención y apoyo biosicosocial.

En la comunidad de Tetecala no hay un programa que se enfoque en la atención desde la perspectiva de la madre adolescente, que tome en cuenta la forma de introspección de su rol materno, el trabajo se queda en la prevención y cuando la embarazada resulta embarazada, entra en la estadística de atención de mujer embarazada, brindando una atención estándar.

El presente trabajo, permitió acercarse al ambiente original de las madres adolescentes, a sus vivencias y a sus sentimientos desde un enfoque más integral, información que me permitirá proponer acciones de enfermería que favorezcan la atención integral de las madres adolescentes en los contenidos temáticos de prevención, aspecto psicológicos, todo esto en apoyo para la construcción del rol materno de la adolescente.

Apoyada en la teoría de enfermería basada para esta investigación la adopción del rol materno de la teórica Ramona Mercer, que permite conocer cuáles son las necesidades, miedos y la forma de como el personal de enfermería podrá ayudar a integrar a su vida el rol materno, todo en beneficio de ella y su hijo, debido a que su teoría enfocaba tres esferas el cuidado materno perinatal, es uno de los ámbitos de la profesión de enfermería; fundamental desde diversos campos de acción y en las diferentes etapas de la vida del proceso de gestación, trabajo de parto, parto, posparto y estratificación hacia la vida extrauterina de su hijo y el cuidado que se le brinde a él.

PROPÓSITO

Caracterización de las vivencias e interpretación de los significados de las madres adolescentes en la comunidad de Tetecala, Morelos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Reducir, extraer las unidades de significado de las vivencias de la maternidad en adolescentes.

Analizar el discurso de las madres adolescentes sobre su maternidad a través de sus narrativas, contrastando la fundamentación teórica con el fenómeno.

CAPITULO II. MARCO TEÓRICO

II.1 MARCO TEORICO CONCEPTUAL

II.1.1 La adolescencia. De acuerdo al diccionario etimológico viene del latín *adolescencia* y significa “cualidad del que es mayor que un niño, pero menor que un adulto”.sus componentes léxicos son: el prefijo *ad* (hacia) *alere* (nutrir, criar, hacer crecer) *nt* (agente, el que hace la acción) más el sufijo *ia* (cualidad). En otras palabras, *adolescencia* significa literalmente *hacia el crecimiento* representado con la idea de *crecer o madurar*, y, dependiendo de la manera cómo transcurre esta etapa, se define en gran medida la calidad de vida de las siguientes etapas del ciclo vital, el grado de desarrollo del potencial humano y en consecuencia, el capital social y económico de la sociedad.

La psicología ve a la adolescencia como el periodo con mayor intensidad que otros, donde se aprecia la interacción de las tendencias del individuo y las metas socialmente disponibles. Stanley Hall expreso la adolescencia es especialmente una etapa dramática y tormentosa en la que se producen innumerables tenciones, con inestabilidad, entusiasmo y pasión, en la que el joven se encuentra dividido entre tendencias opuestas. En la adolescencia cambia la apariencia de los jóvenes; debido a los sucesos hormonales de la pubertad, sus cuerpos adquieren una apariencia adulta. También cambia su pensamiento; son más capaces de pensar en términos abstractos e hipotéticos. Y sus sentimientos cambian acerca de casi todo. Todas las áreas del desarrollo convergen a medida que los adolescentes enfrentan su principal tarea: establecer una identidad, en la que se incluye la sexual, que llegará hasta su adultez.

Un periodo de transición de crucial importancia subraya la Organización Mundial de la Salud (OMS), definiendo la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, superado únicamente por el que experimentan los lactantes. También lo define como

una etapa crucial de la vida del ser humano, en la que ocurren cambios biológicos que condicionan el inicio de vida sexual y reproductiva, es una época en la que se constituyen proyectos de vida.

Para el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) es difícil definir la adolescencia con precisión es problemático por varias razones. Primero, se sabe que de la madurez física, emocional y cognitiva, entre otros factores, depende la manera en que cada individuo experimenta este período de la vida, hace referencia al comienzo de la pubertad, que podría considerarse una línea de demarcación entre la infancia y la adolescencia, no resuelve el problema.

La OMS divide la etapa de la adolescencia en tres periodos, la adolescencia temprana entre los 10 y 13 años de edad, caracterizada por crecimiento rápido, caracteres sexuales secundarios, capacidad reproductiva, adaptación al cuerpo nuevo, le dan una mayor importancia a la imagen corporal. Comienza la separación de la familia, donde la opinión de los padres deja de ser importante una ambivalencia (afecto y rechazo; dependencia y autonomía), primeros conflictos y peleas, rebeldía y obstinación. Inicia la atracción por sexo opuesto, los primeros enamoramientos y buscan la Interacción con pares del mismo sexo.

En la adolescencia temprana se inicia el desarrollo del lóbulo frontal en el cerebro, encargado de funciones que se relacionan con la planificación, la coordinación, el control y ejecución de conductas, y de esta manera, es el encargado de intervenir con el control de los impulsos, la memoria funcional, el juicio, el comportamiento sexual, la socialización y la espontaneidad entre otras. (Flores Lázaro 2012). Desarrollo neuropsicológico de lóbulos frontales y funciones ejecutivas. México, DF: El manual moderno.)

La adolescencia media, entre 14 y 16 año se completan cambios puberales. La intensa preocupación por la apariencia física y la búsqueda de la propia identidad: diferente a la del adulto (lenguaje, ropa) por lo cual aumenta distanciamiento con la familia ya que aumentan los conflictos con los padres y otros adultos: “caída de los ídolos” donde cuestionan las conductas y valores por lo cual surgen las conductas de riesgo y

egocentrismo característico en esta etapa. La adolescencia tardía dura entre los 17 a 19 años, se da la maduración biológica completa y consolidación de la identidad y la imagen corporal el nivel de pensamiento adulto, vuelven relaciones con los padres más cercanas, con menos conflictos su escala de valores.

La adolescencia es considerada una etapa del desarrollo caracterizada por continuos cambios, que pueden ocasionar estrés. Las exigencias psicosociales derivadas de este proceso evolutivo pueden repercutir en el desarrollo psicológico, influyendo en la confianza en sí mismo, la timidez, la ansiedad (Frydenberg y Lewis, 1991), el sentimiento de eficacia, la autoestima (Frydenberg y Lewis, 1996b), o el desarrollo de estrategias de afrontamiento (Frydenberg y Lewis, 1996, 1999)

II.1.2 Embarazo en la adolescencia

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) el embarazo o gravidez (del latín gravitas) se define como el período que abarca desde el momento de terminada la implantación del blastocito en la cavidad uterina (5 o 6 días después de la fecundación es implantado el blastocito y finaliza los días 12-16 después de la fecundación) hasta el momento del parto. Los cambios fisiológicos que se producen a la mujer se presentan con la finalidad de suplir las necesidades del feto para su nutrición y un adecuado crecimiento. Reflexionaba que el embarazo en esta etapa de la vida presentaba graves complicaciones con alta resolución quirúrgica que coloca en mayor riesgo a la madre y al producto (OMS 2014).sin dejar de considerar la secuelas psicosociales, particularmente sobre el proyecto de vida de los/las jóvenes.

El período de gestación en la mujer es variable, se estima que la duración aproximada es entre 267 días (38 semanas) tras la fecundación o 282 días (40 semanas) tras la fecha de la última regla. La duración de la gestación puede variar de acuerdo a la nuliparidad o multiparidad y la raza, siendo menor en las mujeres multíparas y en gestantes de raza negra en dos y siete días menos respectivamente. En cambio, no

existe diferencia con la edad materna, sexo del feto, abortos previos, sangrado vaginal antes de las 24 semanas

El conocer la edad gestacional y la fecha probable de parto es muy importante para evaluar el adecuado crecimiento fetal y el manejo de las gestaciones pretérmino y postérmino. Desde el inicio de la obstetricia la fecha probable de parto se ha estimado según el primer día de la última menstruación. La regla de Naegele se ha usado durante muchos años para su cálculo, la cual consiste en sumar 280 días a la fecha de la última regla (se le añade 7 días a la fecha de última menstruación y se le restan 3 días al mes, sin embargo éste es un marcador poco específico del momento de la fecundación, porque aún en mujeres con ciclos regulares de 28 días, la ovulación puede ser muy variable.

La edad más favorable para la reproducción y el nacimiento de los hijos se ha demostrado que es de los 20 años a los 30 años. Todas las investigaciones coinciden en afirmarlo. Los riesgos de que se presenten complicaciones e incluso las posibilidades de morir la madre y el hijo aumentan cuanto más tiempo le falta para cumplir los 20 años. En 2011 la OMS publico junto con el fondo de población de las naciones unidas (UNFRA) directrices donde se especifica la atención de las adolescentes, recomendaciones sobre la actuación y la investigación para prevenir los embarazos precoces y los resultados reproductivos adversos entre las adolescentes. En líneas generales, recomienda limitar el matrimonio antes de los 18 años, reducir los embarazos antes de los 20 años, aumentar el uso de anticonceptivos por parte de las adolescentes para evitar el riesgo de embarazo no deseado, reducir las relaciones sexuales forzadas entre las adolescentes, reducir los abortos peligrosos e incrementar el uso de servicios especializados de atención prenatal, en el parto y posnatal por parte de las adolescentes.

El embarazo en la adolescencia, se define como aquel que se produce en una mujer entre el comienzo de la edad fértil y el final de la etapa adolescente. Surgen de varios factores de riesgo se refieren a “la presencia de situaciones contextuales o personales que incrementen la probabilidad de que las personas desarrollen problemas emocionales, conductuales o de salud” (Hein, 2004, p.2). El mal funcionamiento del

núcleo familiar (posibilidad de huir de un hogar donde a veces la adolescente se siente amenazada por la violencia, el alcoholismo y el riesgo de incesto. Inicio precoz de las relaciones sexuales. Los adolescentes no solicitarían anticonceptivos por “vergüenza”, “no haberlo pensado” y “miedo”. La baja auto-estima, la inseguridad, estar bajos los efectos del alcohol y las drogas. Mantener relaciones sexuales sin las medidas de contracepción adecuadas. La falta de educación suficiente sobre el comportamiento sexual responsable.

Erikson enfatizo en 1950, que el esfuerzo por darle sentido al yo es parte de un proceso sano que se construye sobre las bases de los logros conseguidos en etapas anteriores (la confianza, la autonomía, la iniciativa y la industria) y que coloca los cimientos para enfrentarse a los retos de la vida adulta. Sin embargo, es raro que la crisis de identidad se resuelva por completo durante la adolescencia; las cuestiones relacionadas con la identidad surgen una y otra vez a lo largo de la adultez. La búsqueda de la identidad, una concepción coherente del yo formada por metas, valores y creencias con los que la persona se compromete de manera firme se enfoca durante los años adolescentes.

Concedieron en su teorías, Erikson y Friedman de los años 1973 y 1999 respectivamente que la tarea principal de la adolescencia, es enfrentarse a la crisis de identidad versus confusión de identidad (o de identidad versus confusión de rol) a fin de convertirse en un adulto único con un sentido coherente del yo y un papel valorado dentro de la sociedad. Su concepto de crisis de identidad se fundamentaba, en parte, en su propia experiencia vital. Para Erikson, la identidad se forma a medida que los jóvenes resuelven tres cuestiones principales: La elección de una ocupación, la adopción de los valores con los que vivirán y el desarrollo de una identidad sexual satisfactoria. Durante la tercera infancia, los niños adquieren las habilidades necesarias para lograr el éxito dentro de su cultura. Como adolescentes, necesitan encontrar formas constructivas de utilizar estas habilidades.

Cuando a los jóvenes se les dificulta decidir su identidad es posible que incurran en conductas con consecuencias negativas graves, tales como actividades delictivas o embarazos tempranos. La moratoria psicosocial, es el periodo de libertad que

proporciona la adolescencia, les permite a los jóvenes buscar compromisos a los que pueden ser fieles. Consideraba que el peligro principal de esta etapa era la confusión de identidad o rol, que puede demorar enormemente la llegada de la adultez psicológica. (Él mismo no resolvió su propia crisis de identidad hasta mediados de su segunda década de vida).

No obstante, es normal cierto grado de confusión de identidad. Según Erikson, ésta explica la naturaleza aparentemente caótica de gran parte de la conducta adolescente y la dolorosa inhibición que exhiben los jóvenes. La pertenencia a camarillas y la intolerancia ante las diferencias, ambas sellos distintivos de la adolescencia, son defensas en contra de la confusión de identidad. El desarrollo psicosocial ,donde la adolescente se encuentra en la etapa de identidad vs confusión de rol, influenciada por cambios biológicos como la secreción de hormonas y la creación de su identidad dependiendo de su entorno social pero se presenta la confusión de rol, como crisis específica que se evidencia en la toma de decisiones de manera precipitada, creando confusión en la adolescente, convirtiendo este proceso de desarrollo y crecimiento como factor de riesgo para presentarse de forma apresurada los embarazos a temprana edad contribuyendo de esta manera a la no culminación de procesos ,los cuales van a repercutir de manera directa en el cuidado básico del recién nacido ,y que lo único que les importa es su entorno social incluido su grupo de pares y amigos ,dejando de lado su nuevo rol materno, poniendo en riesgo la calidad de cuidado al recién nacido.

El embarazo en una mujer adolescente es un problema de salud y social, es una gestación de alto riesgo, sobre todo cuando la edad es menor de 16 años es considerados como un indicador de desarrollo para el país y como presagios de múltiples problemas sociales, debido a que no es un hecho aislado sino determinados por conjunto de variables macro y micro sociales vinculadas a problemas de pobreza, educación, inequidad de género, vulnerabilidad de los derechos y contexto familiares adversos.(Programa Nacional de Salud en la Adolescencia, Ministerio de Salud, Argentina,2010). Las causas del embarazo en la adolescencia son políticamente discutibles, de gran carga emocional, y numerosas. Se deben examinar muchos factores, además de la causa obvia que es que los adolescentes mantienen relaciones

sexuales sin las medidas de contracepción adecuadas, entre algunas de las posibles causas tenemos: (Papalía, 2005, pp. 367-369).

Si se cumplieran las proyecciones de la población de México 2005-2050, las premisas establecidas para la fecundidad, la población del país aumentaría de 108.4 en 2010, 120.9 en 2030 y 121.9 millones en 2050. La tasa de crecimiento total a su vez descendería de 0.89 por ciento en 2005 a 0.77 en 2010, 0.30 en 2030 y para el 2050 un 0.20.), donde el 11% aproximadamente de todos los nacimientos en el mundo se producen entre jóvenes de 15 a 19 años. La gran mayoría de esos nacimientos (95%) ocurren en países de ingresos bajos y medianos (Dr. José María Vertiz, 2017).

En tanto, en el índice de embarazos adolescentes, México ocupa el primer sitio entre los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), con 64 por cada mil adolescentes. De ellas, un alto porcentaje enfrenta serias complicaciones durante la gestación y el parto, factores que, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), son la segunda causa de muerte entre las mujeres de 15 a 19 años a nivel internacional. La razón principal del embarazo en adolescentes declaradas por ellas, fue que no usaron algún método anticonceptivo en su primera relación sexual, ya que no planeaba tener relaciones sexuales (32.9%). y de las naciones. (Instituto de salud pública, 2017), a nivel social, se encuentran problemas como la deserción escolar, subempleos y perpetuación de los niveles de pobreza, entre otros (Hamel, 2000; González, 2003; Carrillo, Maldonado, Saldarriaga, Vega & Díaz, 2004; Ortiz, Borré, Carrillo & Gutiérrez, 2006). El tema de la maternidad en la adolescencia se encuentra actualmente en la base de muchas discusiones a nivel de las políticas públicas (Muñoz, Berger & Arcena, 2001; Luengo & González, 2003).

En segundo lugar, porque quería embarazarse (17.9%), seguido de que no pensaron que podría quedar embarazada en su primera relación sexual (17.4%), o por que no conocía los métodos anticonceptivos que podría utilizar o no sabía dónde obtenerlos (17.1%) y 12.7% entre las principales razones que declararon. Si se cumplieran las proyecciones de la población de México 2005-2050, las premisas establecidas para la fecundidad, la mortalidad y la migración internacional, la población del país aumentaría de 108.4 en 2010, 120.9 en 2030 y 121.9 millones en 2050. La tasa de crecimiento total

a su vez descendería de 0.89 por ciento en 2005 a 0.77 en 2010, 0.30 en 2030 y para el 2050 un 0.20. (Dr. José María Vertiz, 2017), donde el 11% aproximadamente de todos los nacimientos en el mundo se producen entre jóvenes de 15 a 19 años. La gran mayoría de esos nacimientos (95%) ocurren en países de ingresos bajos y medianos.

En la actualidad el embarazo es considerado una etapa de crisis vital, debido a los cambios que se producen en la mujer que espera un hijo. Cuando esta crisis se presenta en la adolescencia se constituye en un acontecimiento que irrumpe en una etapa del desarrollo en la que la joven se encuentra atravesando una crisis propia de esa etapa evolutiva. En éstos casos la joven se enfrenta con una doble crisis, este entrecruzamiento de situaciones vitales nos anticiparía, según Grisolfá (2005), que el proceso de vinculación madre-hijo será diferente en este grupo de madres que el del grupo de madres adultas. La literatura menciona una serie de tareas propias de la etapa de la adolescencia, sin incluir la maternidad como una de ellas, ya que esta requiere altos niveles de madurez, responsabilidad y estabilidad emocional, laboral y económica, que generalmente las adolescentes no han conseguido aún; por lo que asumir la maternidad en esta etapa implica diferentes riesgos tanto para los padres como para el bebé (Carrillo, 2004). La misma autora considera que al no encontrarse preparadas para este paso a la maternidad, se generan en ellas una serie de conflictos que obstaculizarían sus habilidades parentales y el poder proveerles de un ambiente socio emocional propicio.

La Organización Mundial para la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), mencionan las innumerables complicaciones obstétricas casi siempre relacionadas con la inmadurez biológica de la joven, que todavía no ha completado el crecimiento y desarrollo de los órganos del aparato reproductor. No es raro, además, que las mujeres que quedan embarazadas muy jóvenes, concurren más tardíamente al primer examen médico, por ignorancia, pena o con el fin de ocultar su situación. Hay pruebas de que la toxemia o pre eclampsia se presenta con más frecuencia en la adolescencia que en cualquier otra edad. La anemia y el parto prematuro también son más frecuentes en la madre adolescente; el parto puede ser muy prolongado e incluso complicarse, por la posible estrechez de la pelvis a esa edad.

Por lo cual la UNICEF para la atención a la niñez recomienda proporcionar servicios de salud sexual y reproductiva a los niños y niñas que están en los primeros años de la adolescencia, e impartirles conocimientos sobre este tema, problema de origen multifactorial. De los observados el más importante es el inicio de la vida sexual en la adolescencia temprana, implícito a esto es la falta de uso de métodos anticonceptivos. Según datos de encuestas domiciliarias efectuadas en diversos países y representativas del mundo en desarrollo (sin incluir a China), aproximadamente un 11% de las mujeres y un 6% de los varones de 15 a 19 años afirmaron haber tenido relaciones sexuales sin protección. Otro de los motivos, tiene que ver con las grandes diferencias entre los niños y las niñas adolescentes en cuanto a los comportamientos y los conocimientos sobre salud sexual y reproductiva. (UNICEF, 2011).

La protección y defensa de la infancia y la adolescencia en México está definida por la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, los tratados internacionales aprobados y ratificados por este país, y las leyes federales y locales. Entre estos últimos, México ratificó la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) en septiembre de 1990, quedando así obligado a cumplir con sus disposiciones y a adoptar diversas medidas para hacer efectivos los derechos reconocidos en ella (UNICEF - México). De esta manera, el marco constitucional mexicano adopta e incorpora en varios de sus artículos los principios enunciados por la Convención Sobre los Derechos del Niño, reconociéndolos por tanto como sujetos titulares de derechos. Así, el sexto párrafo del artículo 4 establece que; En todas las decisiones y actuaciones del Estado se velará y cumplirá con el principio del interés superior de la niñez, garantizando de manera plena sus derechos. Los niños y las niñas tienen derecho a la satisfacción de sus necesidades de alimentación, salud, educación y sano esparcimiento para su desarrollo integral. Este principio deberá guiar el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de las políticas públicas dirigidas a la niñez.

El embarazo en adolescentes no solamente representa riesgos para la salud de la madre, sino también para la salud de sus hijos, el embarazo del que provienen supone un aumento de la morbilidad relacionado con bajo peso, prematuridad, aumento de la morbilidad perinatal, negligencia en los cuidados de salud en los primeros

años de vida, menor duración de la lactancia materna, incumplimiento del calendario de vacunas, desnutrición, mayor cantidad de abuso físico y accidentes traumáticos, síndrome de muerte súbita, infecciones agudas y posibilidad de envenenamiento e intoxicación (UNICEF,2011,La adolescencia - Una Época De Oportunidades, UNICEF)

Anteriores investigaciones sobre los riesgos de los hijos de madres adolescentes, marcan la negligencia o el maltrato, hubo un seguimiento por CEMERA (Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral del Adolescente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile) a las madres adolescentes y se concluyó que los hijos de madres adolescentes corrieran mayor riesgo de maltrato infantil, para lo cual se establecieron estrategias de intervención desde una perspectiva integradora donde se tuvo en cuenta la instancia de apoyo psicosocial para las adolescentes embarazadas (Muñoz Cherevau, et al., 2001). En este estudio se enfatizó que la disfuncionalidad en la relación madre adolescente-hijo surge por tres elementos: falta de información sobre las necesidades y habilidades infantiles, falta de habilidades en el trato con el niño y elevado estrés unido a falta de apoyo social. Otros estudios realizados en Colombia resalta como el adolescente, inicia este proceso al asumir el rol de mujer adulta enfrentando una situación desconocida que genera alteración en el desarrollo de su proyecto de vida que se ve influenciado por sus padres quienes esperan conductas y actitudes responsables que generan confusión de roles, afecto, confianza y propician la incapacidad de la adolescente para establecer la aceptación y el vínculo con su hijo durante la gestación (Claudia María Moreno Mojica. (2015). Convertirse en madre durante la adolescencia: activación del rol materno en el control prenatal. Revista cuidarte, 6, 162).

Otra de las consecuencias son las sociales, las adolescentes que se quedan embarazadas sin estar casadas pueden verse estigmatizadas o rechazadas o recibir amenazas de violencia de sus parejas, sus padres y sus amigos (Girlhood, notmotherhood: preventing adolescent pregnancy. Nueva York, Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2015.) El embarazo en la adolescencia también puede poner en peligro la educación de las jóvenes y sus posibilidades de conseguir un empleo en el futuro, por lo que compromete su seguridad social, económica y emocional. El embarazo

en adolescentes termina en ocasiones con un niño aceptado pero no deseado, por lo que consideran que al hablar de los hijos de madres adolescentes uno puede pensar que son niños de mayor riesgo (Molina, 2003; Hamel, 2000).

Por lo anterior se considera que al no encontrarse preparadas para este paso a la maternidad, se generan en ellas una serie de conflictos que obstaculizarían sus habilidades parentales y el poder proveerles de un ambiente socio emocional propicio. Concluyendo que la etapa de la adolescencia, sin incluir la maternidad como una de ellas, ya que esta requiere altos niveles de madurez, responsabilidad y estabilidad emocional, laboral y económica, que generalmente las adolescentes no han conseguido aún; por lo que asumir la maternidad en esta etapa implica diferentes riesgos tanto para los padres como para el bebé (Carrillo , 2004).

Es sustancial contemplar el contexto cultura mexicano donde existe la desigualdad de género, la pobreza en comunidades marginadas que ven al matrimonio infantil como una estrategia de supervivencia familiar. La falta de oportunidades de estudio en comunidades rurales y de una educación de calidad, lo que conllevan a las adolescentes a abandonar la escuela y trabajar o iniciar una vida en pareja. De acuerdo a los objetivos de Desarrollo del Milenio, donde uno de los objetivos son reducir la mortalidad infantil y mejora la salud materna la enfermera de primer nivel se ve más comprometida en este grupo de embarazadas, las adolescentes ya que se encuentran en mayor riesgo, donde las acciones del personal de enfermería son: identificar y manejo de riesgo de preconcepciones, riesgo obstétrico y riesgo perinatales.

II.1.3 Adopción el rol materno. Para Mercer lo define como el proceso interactivo y de desarrollo que se produce a lo largo del tiempo en el cual la madre crea un vínculo con su hijo, aprende las tareas de cuidado del rol y expresa el placer y la gratificación con el rol. El interés de la teoría de Mercer va más allá del concepto de “madre tradicional”, abarcando factores como: edad, estado de salud, función de la familia, relación padre-madre y características del lactante, igualmente es importante resaltar el amor y apoyo de la pareja como factores predisponentes para hacer posible un cuidado integral del binomio madre-hijo. (Ann Marriner Tomey, Martha Raile. (2012). Modelos y Teorías en Enfermería. España: Elsevier España).

Se basó en las teorías de Rol y de Desarrollo y en gran medida un planteamiento interactivo con respecto a la teoría del rol, recurriendo a la teoría sobre la presentación del rol y a la teoría de Turner sobre el núcleo del Yo, otro apoyo para su teoría del proceso de desarrollo de Werner y Erickson para su teoría de adopción del rol materno. Son variadas las teorías en las cuales Mercer se basa como la de Von Bertalanfy, planteamientos de Bronfenbrenner, investigación de Gottlieb sobre los roles de unión y de cuidado. Destacablemente se basó en las teorías de Rubin. Mercer utiliza los círculos de Bronfenbrenner, como un planteamiento general de los sistemas. (Ann Marriner Tomey, Martha Raile. (2012). Modelos y Teorías en Enfermería. España: Elsevier España).

Ella expone dentro del planteamiento general de los sistemas La relación de Madre: Empatía- sensibilidad a las señales autoestima/autocuidado- Relación con los padres en la niñez. Niño: temperamento capacidad para dar señales, apariencia, características, respuesta de salud .Rol identidad maternal: confianza, competencia, satisfacción, unión al niño. Resultado en el niño: Desarrollo cognitivo, mental, conducta, salud, competencia social. Todos estos roles que atribuye Mercer los encierra en un microsistema , este se encuentra dentro de un macrosistema que pueden estar determinados por distintos factores como lo son el cuidado diario, el ambiente laboral, el estrés, la escuela, entorno cultural determinando comportamientos de todo lo que este dentro de ellos. (Ann Marriner Tomey, Martha Raile. (2012). Modelos y Teorías en Enfermería. España: Elsevier España).

Mercer explica el proceso que enfrenta la mujer para convertirse en madre y las variables que influyen en este proceso desde el embarazo hasta el primer año después del nacimiento del hijo. Convertirse en madre hace referencia a las percepciones de la mujer respecto a su competencia para brindar cuidados al hijo. Al establecer su competencia, la madre anticipa el comportamiento del hijo, sabiendo cómo, qué, cuándo y por qué se hace algo para o con él con el fin de obtener el bienestar del hijo. (Ann Marriner Tomey, Martha Raile. (2012). Modelos y Teorías en Enfermería. España: Elsevier España).

II.1.4 Concepto de maternidad. A lo largo de la historia, aparece como un conjunto de creencias y significados en permanente evolución, influidos por factores culturales y sociales, que han ido apoyándose en ideas en torno a la mujer, a la procreación y a la crianza, como vertientes que se encuentran y entrecruzan en la interpretación. La cultura occidental ha incidido diferentes definiciones del concepto de madre y principalmente en aquellas que prevalecen en la actualidad. Para ello, se describe brevemente cómo han variado sus características y cualidades considerando los tres núcleos de significado señalados mujer, procreación y crianza a través de algunos periodos de la historia. Es particularmente interesante identificar aquellos significados culturales actualmente disponibles en el discurso social y su repercusión sobre la definición de sí mismas en madres y mujeres, como también en los fenómenos y procesos sociales relacionados.

Psicológicamente la maternidad constituye uno de los temas más interesantes para las mujeres ya que está implícita en el hecho de ser mujer y en lo que esto representa. La imagen de la mujer incluye siempre el concepto de madre, y lo maternal pertenece a la esencia originaria de la mujer. Muchas veces, lo maternal se asocia psíquicamente con conceptos como concebir, alimentar, proteger, entre otros (Eschenbach, 1968). Ser madre y dar a luz un niño sigue siendo un misterio que sólo las mujeres pueden llegar a comprender. La vivencia de la concepción y del crecimiento del niño permanece muda como el primer diálogo entre madre e hijo (Eschenbach, 1968). En razón de lo anterior, se puede observar que en la historia, la maternidad siempre ha estado en el centro del rol femenino; ya que ésta implica la realización de actividades relacionadas con la reproducción y la crianza de los hijos.

La maternidad indica para (Roselló, 1980) interacciones emocionales recíprocas entre madre e hijo. Además es considerada como la relación de la madre y el hijo como un todo sociológico, fisiológico y afectivo (Deutsch, 1952, citado por Salvatierra, 1989). Existe un consenso general entre los investigadores para afirmar que la maternidad en este período del desarrollo es un problema que trae consecuencias negativas en diversos ámbitos; en la joven, en su pareja y en la familia de ambos.

II.1.5 Concepto de Vivencias. Vygotsky (1994) propuso la noción de vivencia como una unidad indivisible en la que se encuentra representado tanto el ambiente en el que vive la persona como lo que la misma experimenta; es decir, entre las características personales y las situacionales.

Son experiencias que una persona a lo largo de su vida experimenta y que de alguna manera entran a formar parte de su aprendizaje y conforman su carácter. Lo que sienta y aprenda en las mismas, le aportarán sabiduría y asimismo le servirán de guía en el futuro cuando deba enfrentarse a una situación similar con ella misma o con los demás. El embarazo en adolescentes como fenómeno biopsicosocial necesita para su análisis, conocer las motivaciones, la experiencia, los apoyos y problemas que enfrentan las mujeres que en su mayoría no han decidido de forma consiente ser madres (Forero, Rodríguez, Issacs & Hernández 2013).

II.1.6 Emoción. Proviene del latín motum, de donde también viene motivación. A su vez, motum viene de movere, 'lo que mueve a'agradable o penosa, que va acompañada de cierta conmoción somática. Se considera que las emociones como estados, tienen la función de regular lo que apoya la supervivencia de la persona. Además, estas se manifiestan de muchas maneras, algunas brillantes, otras se ven tristes, alegres o dependen de la percepción o la acción que se le dé junto a la emoción. Algunas de las emociones se pueden observar más que otras o en ocasiones provocan diferentes cambios físicos o psicológicos que pueden reformar aspectos de la personalidad.

Soriano y Guillazo (2007) describen las emociones como un estado del organismo que se manifiesta de diversas maneras. Se refieren a un estado en el que existe una activación a nivel físico junto al sistema nervioso en el que se generan diversidad de respuestas motoras que se expresan facialmente y en todo el cuerpo. En el proceso cognitivo se le permite al individuo indagar acerca de la situación y ser consciente del estado emocional en el que está en ese momento.

II.1.7 Sentimiento: Es la suma de una emoción y un pensamiento. Es la experiencia subjetiva de nuestra experiencia emocional. Según el biólogo Huberto Maturana, una emoción se transforma en sentimiento en la medida que uno toma consciencia de ella.

Es decir, en el sentimiento interviene además de la reacción fisiológica un componente cognitivo y subjetivo. Un sentimiento por tanto, se da cuando etiquetamos la emoción y emitimos un juicio acerca de ella. Cuando interpretamos la sensación que estamos teniendo de manera consciente y explícita. Los sentimientos suelen durar más tiempo que las emociones. Estos últimos durarán el tiempo que pensemos en ellos. Los sentimientos se dan después de las emociones no hay sentimiento sin emoción.

II.1.8 La tención obstétrica, se brinda en nuestro país regula por la Norma Oficial Mexicana Nom-007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida, que dentro de sus disposiciones generales considera la consulta preconcepción fundamental para promover la salud de la mujer y de su descendencia, evaluar la salud de la mujer en esta etapa permite *identificar condiciones de riesgo reproductivo*, en el embarazo y sobre todo, llevar a cabo medidas preventivas. Señala que la atención debe ser integral y enfocada a considerar la reproducción humana como una expresión de los derechos reproductivos, para que sea libremente escogida y segura; fomentando la corresponsabilidad en el cuidado de la salud de la mujer, su pareja, la comunidad y el personal de salud e informar sistemáticamente de las ventajas de lograr un periodo intergenésico mínimo de 2 años, para reducir los riesgos a largo plazo y planificar adecuadamente la familia, sin olvidar que. La atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y a la persona recién nacida debe ser proporcionada con calidad y respeto de sus derechos humanos, principalmente a su dignidad y cultura, facilitando, en la medida de lo posible, apoyo psicológico durante su evolución.

La Guía de Práctica clínica control prenatal con enfoque de riesgo, es una aportación a la medicina basada en la evidencia (MBE) es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible. Una de las prioridades de los cuidados prenatales es capacitar a las mujeres para que sean capaces de tomar decisiones informadas acerca de sus cuidados, y considera como factor de riesgo el embarazo en menores de 18 años de edad para presentar parto prematuro, dentro de muchas más complicaciones en la madre o el neonato.

II.1.9 Categorías y subcategorías: La palabra categoría proviene del latín tardío categoría, y este del gr. κατηγορία katēgoría, de acuerdo a la Real Academia Española se tienen las siguientes definiciones:

- 1.- Cada una de las clases establecidas en una profesión, carrera o actividad.
2. - Condición social de unas personas respecto de las demás.
3. - Calidad o importancia de alguien o algo. Una persona con categoría humana. La gran categoría de un vino.
4. - Cada una de las clases o divisiones establecidas al clasificar algo.

Por lo anterior, se puede definir una categoría como la clasificación de datos registrados, según sus características principales que a su vez se relacionan entre sí, para ello se necesita de un nivel de conocimiento más profundo tanto literal como conceptual. Es decir, al trabajar en las categorías "implica agrupar elementos, ideas y expresiones en torno a un concepto capaz de abarcar todo". Por otro lado la su clasificación o la categorías más pequeñas se les conoce como subcategorías (María Eumelia Galeano M.(2014). Diseño de proyectos sexta edición en la investigación cualitativa. EUA: Universidad Eafit.

II.2 Enfoque teórico de enfermería

La Teoría de Mercer se basa en una amplia investigación en los años 60 la cual proviene de la admiración de Mercer por su profesora y tutora Reva Rubín en la Universidad de Pittsburgh. Rubín es muy conocida por su trabajo en la definición de la identidad del rol maternal como proceso de unión al niño y la identidad o verse a uno mismo en el rol o sentirse cómodo con él. Además utilizo las teorías de Rol y de Desarrollo y en gran medida un planteamiento interactivo con respecto a la teoría del rol, recurriendo a la teoría sobre la presentación del rol y a la teoría de Turner sobre el núcleo del Yo. Obtuvo también aportaciones de las teorías de proceso de desarrollo de Werner y Erickson. Son variadas las teorías en las cuales Mercer se basa como la de

Von Berrtelanfy, planteamientos de Bronfenbrenner, investigación de Gottlieb sobre los roles de unión y de cuidado (Moreno-Mojica & Ospina-Romero 2013). Destacablemente se basó en las teorías de Rubin. Mercer utiliza los círculos de Bronfenbrenner, como un planteamiento general de los sistemas.

La teórica en Enfermería Ramona Mercer, define convertirse en madre como un proceso interactivo de desarrollo y transición que se produce a lo largo del tiempo, en el que la madre crea un vínculo con el hijo, aprende las tareas de cuidado del rol y expresa placer y gratificación con el mismo. En este sentido, el proceso de transición inicia en la gestación, es continuo y fluctuante, requiere metas, comportamientos y responsabilidad propia de la mujer para alcanzar un nuevo concepto e identidad de sí misma como madre. (Jesse Russell, Ronald Cohn. 2012).

Para Mercer la madre constituye un proceso de integración desarrollo, cuando logra el apego de su hijo, adquiere experiencia en su cuidado y experimenta la alegría y la gratificación de su papel, consideraba que se logra la identidad del rol personal cuando la madre ha integrado el rol en su propio sistema con una congruencia de su rol y del de los demás; está segura de su identidad como madre, esta emocionalmente entregada a su hijo y siente armonía.

Mercer utiliza los círculos de Bronfenbrenner, como un planteamiento general de los sistemas, expone dentro del planteamiento general de los sistemas, la relación de Madre: Empatía- sensibilidad a las señales autoestima/autocuidado - Relación con los padres en la niñez. Ella centra su teoría 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. Explica el proceso que enfrenta la mujer para convertirse en madre y las variables que influyen en este proceso desde el embarazo hasta el primer año después del nacimiento del hijo. Convertirse en madre hace referencia a las percepciones de la mujer respecto a su competencia para brindar cuidados al hijo. Al establecer su competencia, la madre anticipa el comportamiento del hijo, sabiendo cómo, qué, cuándo y por qué se hace algo para o con él con el fin de obtener el bienestar del hijo. El cuidado de enfermería debe contribuir identificando junto con la madre situaciones que dificultan o fuentes de apoyo que contribuyen en este proceso, para plantear

acciones que favorezcan la adopción del rol materno. Las variables del modelo de Mercer se sitúan dentro de tres círculos concéntricos los cuales interrelacionan entre sí (figura 1).

Los conceptos principales de la teoría de adopción del rol materno que apoyaron el modelo propuesto se encuentran dentro del microsistema y son: características maternas (sensibilidad a las señales, actitudes respecto a la crianza, estado de salud), características del hijo (temperamento y salud), rol materno (competencia en el rol), y resultado en el niño (salud).

El **microsistema** es la parte que más afecta la adopción del rol maternal, en el que se incluye la familia y factores tales como el funcionamiento de la familia y factores tales como el funcionamiento de la familia, la relación padre-madre, el apoyo social y el estrés. El niño(a) como individuo queda incluido dentro del sistema de la familia. La familia se considera como un sistema semi-cerrado que mantiene límites de separación y controles de intercambio entre el sistema de la familia y otro sistema social. (Jesse Russell, Ronald Cohn. 2012)

Rol materno lo define Mercer como el proceso interactivo y de desarrollo que se produce desde la concepción hasta el primer año de vida del hijo donde la madre crea un vínculo con este, aprende las tareas del rol, presta cuidados, expresa placer y gratificación con su nuevo rol. Mercer define competencia en el rol, como la capacidad de la mujer para proporcionar atención experta y sensible sabiendo cómo, qué, cuándo, y por qué hace algo por su hijo, fomentando el desarrollo y bienestar del niño.

La relación de Madre: Empatía- sensibilidad a las señales autoestima/autocuidado-Relación con los padres en la niñez.

Niño: temperamento capacidad para dar señales, apariencia, características, respuesta de salud .Rol identidad maternal: confianza, competencia, satisfacción, unión al niño.
Resultado en el niño:

El resultado en el niño se define como la ausencia o presencia de enfermedades que pueden provocar la separación de la madre y el hijo e interferir en la adopción del rol

materno. La primer infancia es una de las etapas más importantes del desarrollo humano, donde el individuo a través de la madre adquiere las herramientas necesarias para convertirse en un ser autónomo independiente y saludable, sin embargo la falla materna en los cuidados, podría propiciar que el hijo no alcance el pleno desarrollo físico, mental y social.

El **mesosistema** engloba, influye y delimita el microsistema, la unidad madre-hijo(a) no está contenida dentro del mesosistema, pero este puede determinar en parte lo que le ocurre al rol maternal en desarrollo y al niño. Concretamente hace referencia a la retroalimentación entre microsistemas anteriormente descritos. Como por ejemplo, a la interrelación entre familia y trabajo, o vida social y colegio. De este modo, el mesosistema se entiende como un sistema de microsistemas que se forma o amplía cuando la persona entre en un nuevo entorno. Los elementos principales que determinan el mesosistema son:

Flujo de información: del individuo desarrolla el papel de comunicador entre personas que se encuentran interrelacionadas por él mismo. Por ejemplo, un niño establece un tipo de comunicación determinada con el profesor (microsistema escuela) y con sus padres (microsistema familia).

Potenciación de conductas: El mesosistema presenta uno de los elementos que posee una mayor capacidad para influir en el desarrollo personal de los individuos. Este elemento trata de la potenciación de conductas. Es decir, de aspectos aprendidos y reforzados en dos microsistemas diferentes.

Establecimiento del apoyo social: establece el grado de apoyo social que posee una persona. Dependiendo de la interrelación y la complementación de los microsistemas, un individuo verá o no verá satisfechas sus necesidades de apoyo. Un sujeto puede presentar un muy buen apoyo familiar pero no tener amigos. O puede tener muchas amistades pero presentar carencias en su entorno familiar. (Ann Marriner Tomey, Martha Raile. (2012). Modelos y Teorías en Enfermería. España: Elsevier España).

Historia previa: Estos elementos hacen referencia a conocidos o familiares del pasado que la persona no ha llegado a conocer. La historia familiar y social (tanto de uno

mismo como de sus allegados) puede contextualizar el desarrollo de uno mismo y establecer algunas premisas de funcionamiento.

Satisfacción con las relaciones de los allegados: Finalmente, la calidad relacional de los individuos más próximos a una persona determinan el estado de satisfacción de estos. Así mismo, la satisfacción personal de los sujetos con los que se comparte el día a día modula, en parte, el tipo de relación establecida. Por este motivo, la relación entre terceros afecta de forma indirecta al desarrollo del individuo.

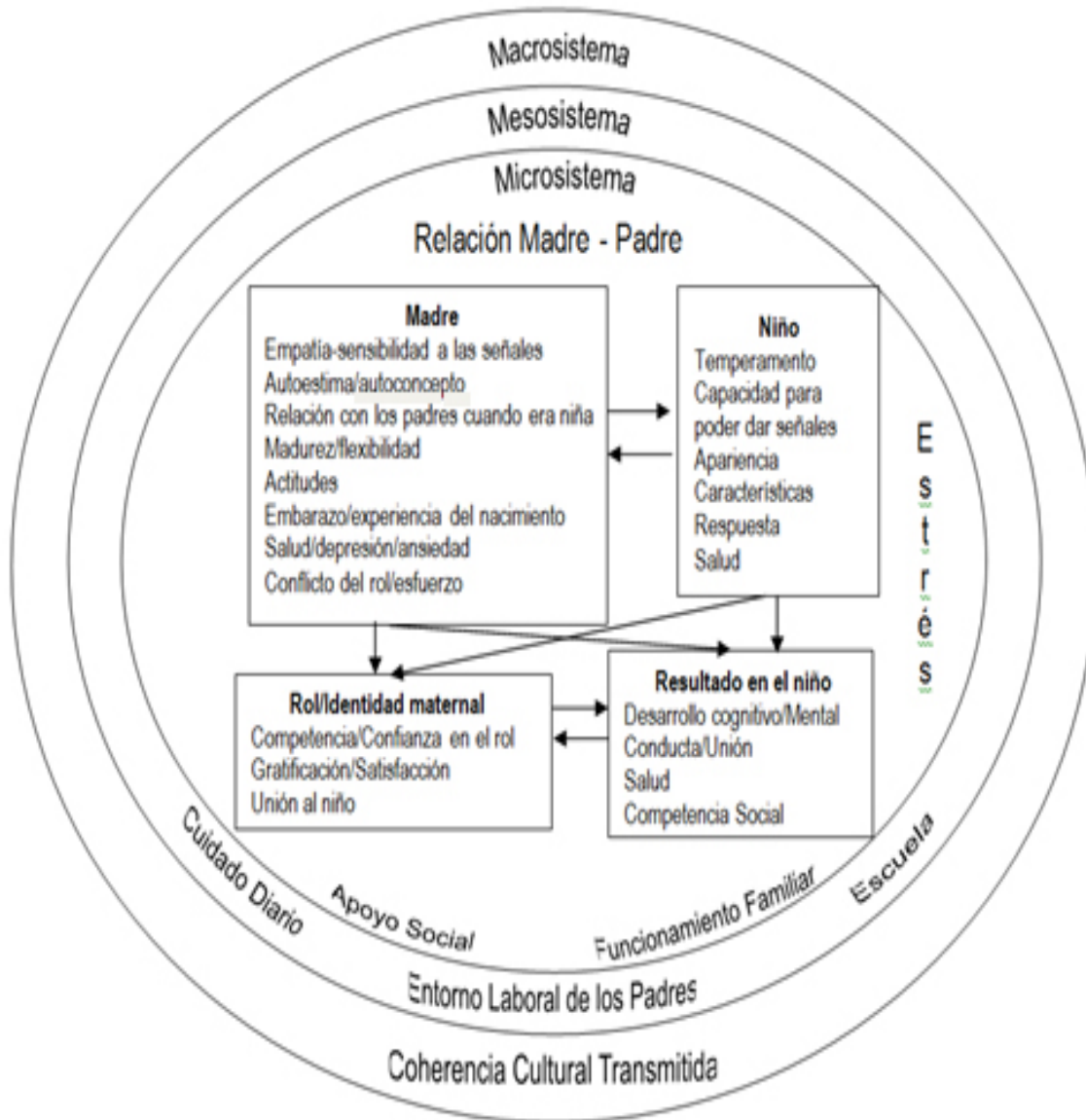
El **macrosistema** considera todos esos factores ligados a la cultura y al momento histórico-cultural en el que se desarrolla la persona se refiere a los prototipos que existen en la cultura en particular o en la coherencia cultural transmitida, también incluye influencias culturales, políticas y sociales. El macro-sistema lo origina el entorno del cuidado de la salud sobre la adopción del rol maternal, las leyes nacionales respecto a las mujeres y niños y las prioridades del rol materno en la adopción del rol materno. (Ann Marriner Tomey, Martha Raile. (2012). Modelos y Teorías en Enfermería. España: Elsevier España).

En cuanto a las características de la madre que influyen en el rol materno, dos de las más relevantes son la edad y la relación padre-madre; al hablar de edad se hace mención al grado de madurez que tiene la madre en el momento del embarazo, factor determinante en el proceso de adaptación del rol materno; y la relación padre-madre, afecta el estado emocional de esta gestante influyendo directamente en su conducta y afrontamiento de la situación.

En relación a la edad como factor determinante en el rol materno, es la adolescencia donde se ve un mayor reto en la adopción del rol materno, en esta etapa se abre a los jóvenes un ancho campo de descubrimientos y a la vez de confusión, aparecen intereses y sentimientos nunca antes experimentados que llevan al adolescente a enfrentar conflictos para los cuales no está preparado. Uno de estos conflictos está la esfera sexual, donde existe un alto riesgo de embarazos precoces, tanto por la inmadurez como por la poca información recibida.

La relación padre-madre es definida por Ramona Mercer como la percepción de la relación conyugal que incluye valores, objetivos acuerdos intencionales y reales entre los dos padres. Es por esto que la relación padre y madre es un factor de importancia a la hora de hablar de la adaptación del rol materno, ya que la pareja en el momento del embarazo, parto y desarrollo del niño, constituye un soporte, un apoyo fundamental, que solidifica los lazos afectivos entre la triada madre- padre- hijo.

Figura 1. Teoría de adopción del rol materno (Mercer, 1981)



El modelo de adopción del rol materno se puede situar dentro de los círculos concéntricos de Bronfenbrenner como un Microsistema, Mesosistema y Macrosistema.

Fuente: Martha Raile Alligood, Ann Marriner Tomey. (2014). Modelos y teorías en enfermería. España: Elsevier.

Estadios de la adquisición del rol maternal

a. Anticipación: el estadio de anticipación empieza durante la gestación e incluye los primeros ajustes sociales y psicológicos al embarazo. La madre aprende las expectativas del rol, fantasea sobre él, establece una relación con el feto que está en el útero y se inicia la adopción del rol.

b. Formal: empieza cuando el niño nace e incluye el aprendizaje del rol y su activación. Las conductas de rol se orientan por medio de las expectativas formales y consensuadas de los otros en el sistema social de la madre.

c. Informal: empieza cuando la madre desarrolla sus propias maneras de realizar el rol no transmitidas por el sistema social. La mujer hace que el nuevo rol encaje en su estilo de vida basándose en experiencias pasadas y en objetivos futuros.

d. Personal: o de identidad de rol se produce cuando la mujer interioriza el rol. La madre experimenta un sentimiento de armonía, confianza y competencia en el modo en que lleva a cabo el rol y alcanza el rol maternal.

Estos estadios se ven modificados por el desarrollo del niño, estos se ven influidos por el apoyo social, estrés, el funcionamiento de la familia y la relación entre la madre, el padre o algún otro familiar.

Las características y conductas maternas son la empatía, la sensibilidad a las señales emitidas por el niño, la autoestima y el auto concepto. Las características del niño que afectan la identidad del rol materno son el temperamento, la apariencia, la capacidad para enviar mensajes, la respuesta, características generales y la salud.

La teoría se evaluó para analizar y conocer cuáles son los componentes de sus sistemas y como estos intervienen en la adolescente para ayudarle a adoptar su nuevo rol materno y el personal de enfermería identificar que intervenciones de enfermería realizar para ayudar en el proceso de maternidad, entendido éste como los derechos que tiene la mujer en la etapa reproductiva y de maternidad, así mismo la salud de los bebés como derecho fundamental del ser humano, deduce que las intervenciones de

apoyo de los profesionales de enfermería que ofrecen a las madres tienen un gran impacto en el desarrollo de su transición para convertirse en madres (Pérez, 2015).

CAPITULO III METODOLOGIA

III.1. Tipo de investigación

Todo individuo está inmerso en un entorno, interactúa con el medio que lo rodea, recibiendo estímulos y generando respuestas a dichos estímulos, todo esto como resultado de su interrelación con el medio. Por otra parte, el entorno social del ser humano, involucra individuos los cuales tienen la capacidad innata de relacionarse. Poseen el instinto gregario, propio de todo ser humano sano, el cual interpreta su realidad de acuerdo a sus experiencias vividas a lo largo de su vida.

Para lograr el propósito planteado de este proyecto de investigación, el cual es **fenomenológico**, se plantea seguir el método cualitativo, ya que este método permitirá caracterizar las vivencias de la adolescentes, conocer cuál es su sentir sobre la maternidad y como establecen su rol materno en esta etapa de la vida, permitiendo de esta manera, obtener información que permita conocer las posturas individuales de este grupo etario frente a esta nueva experiencia y su proceso adaptativo que debe de enfrentar asumiendo el rol materno de manera formal. (Bonilla y Rodríguez, 2005).

La base de este tipo de investigación se encuentra en la interpretación de la realidad social, en el que la parte esencial de la investigación radica en cómo es interpretado el mundo que rodea a las personas entrevistadas, el interpretativismo afirma que las experiencias de las personas están relacionadas esencialmente con el contexto en el que se viven. Esto significa que la reflexión forma parte fundamental de este tipo de estudio, y que además, se debe tener en cuenta su propia posición, postura y contexto de la situación y en el cual, el investigador, forma parte del engranaje de este proyecto,

sirviendo como captador e interpretador del sentir del individuo. (Bonilla y Rodríguez, 2005).

Algunos estudios han revelado que la forma de cuidar de la enfermera puede percibirse diferente a los ojos de quien cuida, del profesional de salud, y a los ojos de quien recibe el cuidado (Maya & de Acosta, 2008). Conceptos como salud, enfermedad, cuidado, cura o tratamiento forman parte de la razón de ser entre las condiciones existenciales, fenomenológicamente (De la Cuesta Benjumea, 2013).

III.2 Diseño de la investigación

Es un estudio cualitativo, ya que tiene la intención de describir un fenómeno, analizando las experiencias de las madres adolescentes en su maternidad. Se tomarán en cuenta varios aspectos para la investigación cualitativa, como aquella que comprende fenómenos sociales o culturales, teniendo en cuenta que cada ser humano es diferente, con vivencias únicas y especiales y como cada persona comprenden, interpretan y perciben la realidad social.

El método fenomenológico, permite que el investigador del área de salud tenga el acercamiento a la persona como un ser con todas sus elementos que le caracterizan como un ser humano. La experiencia de cada ser humano es única, la fenomenología busca el significado de sus vivencias, contribuye a la búsqueda de la comprensión del hombre, la fenomenología existencial y ontológica es un modo de conciencia, un modo de ser y de mirar, que asume el compromiso de reinterpretar todos los conocimientos como expresiones de nuestras experiencias – sentido del ser humano (Fernández Ruiz, Rodríguez, González & Gómez 2014).

III.3 Etapas de la investigación

- 1.-Preparacion del campo
- 2.-Entrevistas con las adolescentes
- 3.-Transciscion de las entrevistas e identificación de las unidades de significado

4.-Análisis del fenómeno

El diseño que se empleó fue de tipo narrativo, ya que los datos recolectados forman parte de un conjunto de experiencias personales de este grupo de edad. A partir de las narraciones y de las experiencias propias, se busca construir y comprender ciertos aspectos de la realidad, los cuales se configuran a partir del discurso y de la reconstrucción crítica de la historia.

Creswell (2005) señala que el diseño narrativo en diversas ocasiones es un esquema de investigación, pero también es una forma de intervención, ya que el contar una historia ayuda a procesar cuestiones que no estaban claras.

Este tipo de diseño facilita la consecución de los objetivos de la investigación, dado que al analizar secciones de los relatos, se permite una aproximación a la comprensión de los significados que la maternidad tiene y como la asumen las adolescentes (Salgado, 2007; Sparkers y Devis, 2007).

1.- Etapa la preparación del campo.

Para la preparación del campo es importante tomar en cuenta el tipo de población adolescente y el contexto económico, social y la demografía de la comunidad donde se llevara a cabo el estudio.

Se extrae los aspectos relevantes de la comunidad de Tetecala del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL)

Toponimia "Tetecala" es un nombre de claro origen náhuatl; que está conformado por las raíces: tetl: "piedra", calli: "casa" y tlán: "lugar"; creemos que esas raíces son lo más cercano a una interpretación llana, por lo que el significado sería "Lugar donde existen casas de piedra". Nombre Geográficos Mexicanos del estado de Morelos, autor Lic. Cecilio A. Róbelo; Tete-cal-lan, tetl: "piedra", tecalli: "casa de bóveda", tla: "abundancia", que significa "Donde hay muchas casas de bóveda de piedra".

El II distrito fue el de Cuernavaca, donde se establecieron los siguientes ayuntamientos: Cuernavaca, Jiutepec, Tlaquiltenango, Puente de Ixtla, Yautepec, Xochitepec,

Tepoztlán, Tlaltizapán, Miacatlán y el municipio de Tetecala, el cual fue fundado por señor Valentín López González cronista del estado, el 2 de marzo de 1824.

Tiene una superficie de 67.93 km², cifra que representa el 1.3% del total del Estado con una Orografía de aproximadamente el 40.7%; las áreas semiplanas, el 3.8% y las planas un 57.3%; las zonas accidentadas se localizan al oeste y sur de la localidad de Tetecala, están formadas por los cerros del Jumil, Los Catalanes y Las Cruces. Las zonas semiplanas se localizan al oeste de Cuautlita, al sur de Francisco Sarabia y en las cercanías de Contlalco. Las zonas planas se localizan entre los valles que corren de noreste a sureste de la localidad de Tetecala, alrededor de Contlalco y al oeste de Cuautlita.

El Clima media anual es de 24.6°C y una precipitación total anual de 754.6 mm., con un clima cálido subhúmedos, con lluvias en verano, el más seco los subhúmedos, con presencia de canícula, porcentaje de lluvia invernal menor de cinco, poca oscilación térmica y marcha de temperatura tipo Ganges

Principales Localidades: Cabecera municipal: Tetecala de la Reforma. Colonia Cuautlita, ubicada al suroeste de la cabecera aproximadamente a 6 Km de la cabecera municipal. Colonia Contlalco, al sur de la cabecera a 25 Km aproximadamente de la cabecera municipal. Colonia El Charco, conurbada con la cabecera municipal. Colonia San Francisco Sarabia, conurbada con la cabecera municipal. El Cerrito de las Cruces, conurbada con la cabecera municipal. Colonia Sonora, conurbada a Actopan, al oriente del municipio. Colonia Mariano Matamoros, en Cuautlita y la colonia Actopan, a 1 km rumbo al oriente del municipio.

De acuerdo a datos de la Encuesta Intercensal de INEGI (2015), hay una población de total de 7,772; de los cuales son 3 897 hombre y 3 875 mujeres existe una mayor concentración de población en el grupo de edad de 0 a 14 años en el caso de los hombres y en el grupo de 15 a 29 años en el grupo de mujeres.

El número de nacimientos ha variado durante la última década, ya que en algunos años este se ha incrementado de forma considerable y en otros se ha reducido. En el año 2013, el número de nacimientos ascendió a 228, cifra menor en 4% y superior en 40%

de acuerdo a los años 2000 y 2006, respectivamente. La edad de las mujeres que dan a luz también se ha modificado durante los últimos años, habiendo una tendencia mayor a que las adolescentes (de 19 años o menos) sean madres. En el año 2013, 20% de las mujeres que tuvieron un hijo eran adolescentes, porcentaje que se ha sido similar a los años 2000 y 2010 con 20% y 22%, respectivamente. Del total de mujeres que tuvieron un hijo, 4.5% no tenía estudios o primaria incompleta, 18% la primaria completa, 27% la secundaria o nivel equivalente, 29% la preparatoria o nivel equivalente y 13% contaba con una educación profesional. Como se puede observar, muy pocas mujeres contaban con educación superior al concebir, siendo el mayor número de madres las que sólo contaban con educación secundaria. Esta situación es un reflejo de la necesidad de focalizar estrategias de atención en este sector.

Después del reconocimiento de la comunidad se identificaron las madres adolescentes, para poder entablar una conversación informal con ellas y lograra la aceptación y confianza de las adolescentes, pareja o familiar. Al lograr la confianza se les explico la intención de este estudio y como se realizaría la dinámica de trabajo con ellas, se le pidió el apoyo para participar. Las adolescentes que aceptaron se agenda una cita en el horario y día que ella determino para la entrevista.

Se elaboró los consentimientos informados a partir de esto, se inició con la fase de implementación de la investigación en el campo, con el acercamiento a las madres adolescentes y en particulares casos, si eran acompañadas por su mama o suegras, ya que son menores de edad se les explicaba la intención de la investigación se pedía su autorización para poder realizar la entrevista, asiendo de su conocimiento que se grabaría la entrevista, los objetivos de la investigación y los beneficios que tendría esta investigación a este grupo de edad al dar a conocer los resultados.se realizaba hincapié en que sus nombres no se darían a conocer por lo que se está utilizando los sobre nombres de flores.

2.- Etapa entrevistas con las adolescentes: El origen de la entrevista como instrumento de investigación se remonta a la antigua Grecia, cuando el filósofo Sócrates desarrolló un método de enseñanza conocido como mayéutica. Este método de enseñanza, conocido hoy en día como socrático, es parte fundamental de los estudios de

pedagogía y ciencias de la educación en todo el mundo. Otra referencia del origen de la entrevista se encuentra en el ámbito médico, con la figura de Hipócrates, quien la utilizó para establecer el diagnóstico clínico.

Por medio del cual se realizó en el hogar de las adolescentes para que se sintieran en confianza y uno poder observar su dinámica familiar. Los tipos de entrevista son; por objetivos y por estructura, que de esta última se retoma en su clasificación la entrevista en la modalidad de entrevista semi-estructurada, donde el entrevistador lleva un guion de preguntas básicas, tiene la libertad de cuestionar al entrevistado sobre aquellos temas de su interés, o bien omitir algunos temas de acuerdo a su criterio.

El método de obtención de datos se llevó a cabo mediante entrevistas en profundidad. En total, se realizaron 6 entrevistas con la transcripción de las mismas se consigue una saturación de la información no siendo necesario ampliar el número de participantes. El procedimiento para llevar a cabo la entrevista fue el siguiente: se grabaron en audio, con previo consentimiento informado de las participantes y a medida que se recolectó la información fueron transcritos y presentado para su visto bueno a cada una de ellas. El tiempo de duración de la entrevista fue entre 30 - 40 minutos y el lugar de realización fue pactado con las participantes, eligiendo un lugar en el que se permitió la comunicación, la seguridad, la igualdad y la confidencialidad. Teniendo en cuenta el lenguaje oral y gestual, en la observación de las participantes y su dinámica familiar.

3.-Transcripción de las entrevistas e identificación de las unidades de significado.

La transcripción de entrevistas (cuantitativa o cualitativa) es una herramienta fundamental para este tipo de investigaciones donde se requiere de un gran volumen de información de sus entrevistados, por lo que tienden a grabar todas las sesiones de entrevistas con el objetivo principal de dar cuenta del trabajo realizado por los profesionales, en una entrevista. La transcripción de audio a texto es posible de tres maneras, transcripción literal, editada y en resumen.

Para dicha investigación se transcribió la información de manera literal, sin omitir ninguna palabra, interjecciones y el lenguaje corporal de la madre adolescente; con la finalidad de expresar de la manera más real las emociones y expresiones emitidas en la

entrevista. Todas las grabaciones de las entrevistas fueron transcritas en word, para poder identificar las unidades de significado de acuerdo a la saturación de datos y cuando se llegó a esta saturación de datos, se suspendieron la búsqueda de nuevas participantes

4.-Técnica de análisis de datos

Dicho análisis debe ser sistemático, seguir una secuencia y un orden (Álvarez-Gayou, 2005).

1. Obtener la información: a través del registro sistemático de notas de campo y de la realización de entrevistas en profundidad y la grabación de esta en un aparato móvil, así como las anotaciones en una libreta de campo. Previo consentimiento y asentimiento informado.

2. Se realiza la transcripción y ordena la información, obtenido la codificación de las unidades de significado. Posterior las Unidades temáticas que es el proceso mediante el cual se agrupa la información obtenida en categorías que concentran las ideas, conceptos o temas similares descubiertos por el investigador, o los pasos o fases dentro de un proceso (Rubin y Rubin, 1995).

Los códigos son etiquetas que permiten asignar unidades de significado a la información descriptiva compilada durante una investigación. En otras palabras, son recursos mnemónicos utilizados para identificar o marcar los temas específicos en un texto.

III.3 Análisis del discurso

El discurso se considera algo más que el lenguaje oral o escrito, se refiere a como se usa el lenguaje en la realidad de los contextos sociales. El tipo de análisis de discurso usada para esta investigación es de tipo narrativa, ya la narrativa son procesos cognitivos contruidos a través de historia que tenemos y/o experimentamos. Son historias contadas en una serie de eventos relacionados cronológicamente y lógicamente.

Por lo cual este método fue elegido para nuestro proyecto ya que es de gran ayuda para conocer la historia de vida de la madre adolescente a detalle.

III.4 Instrumento de recolección de los datos

A través de una entrevista semiestructurada, con la técnica “bola de nieve”.

Para la recolección de la información fue la entrevista realizada a profundidad la cual a través del encuentro cara a cara con las participantes, adentrarse en sus propias vivencias, emociones para conocer como asumen el rol de madre y sus sentimientos en este proceso. Por el tipo de organización se hizo uso de entrevistas semi-estructurada, que sirvieron de ayuda esquemática para orientar la conversación con las madres adolescentes. (Bonilla y Rodríguez, 2000).

Conforme a esta técnica, se emplean preguntas de tipo abierta ya que se busca que la conversación con las participantes ocurriera de manera flexible y que pudieran responder libremente y con sus propias palabras, como les va en su cotidianidad como madre para ir analizando cómo van asumido este nuevo rol(Bonilla y Rodriguez,2000). Adicionalmente, este tipo de preguntas fue coherente con el diseño narrativo seleccionado, en la medida en que se pudo obtener de ellas, de manera amplia los relatos de las madres adolescentes frente al fenómeno en estudio.

3.5 Criterios de inclusión

- Adolescentes entre 13 y 19 años de edad.
- Adolescentes de la comunidad de Tetecala
- Madres adolescentes primigestas.
- Las madres adolescentes que sus hijos tengas más de 30 días de vida
- Adolescentes que deseen participar.

3.6 Criterios de exclusión

- Adolescentes que no deseen participar en la investigación.
- Adolescentes que no residan en la comunidad.
- Las madres adolescentes que sus hijos tengas menor de un año de vida.

III.4 Implicaciones Éticas

La información recolectada solo fue utilizada para fines de esta investigación preservando en todo momento el anonimato de los sujetos participantes y respetado los principios éticos de beneficencia, justicia, fidelidad y veracidad, considerando también al consentimiento informado para la adolescente y por lo tanto se salvaguardo el principio de autonomía. Antes de realizar cualquier pregunta se le explico de manera pausada y clara a la adolescente para que pudiera entender y contribuir eficazmente con la investigación.

El control de calidad de los datos debe cumplir dos cualidades: confiabilidad y validez (Bonilla y Rodríguez, 2015). La confiabilidad se refiere a la capacidad del instrumentó para arrojar datos o mediciones que corresponda a la realidad que se pretende conocer, a sea, la exactitud de la medicación, así como a la consistencia o estabilidad de la medición en diferentes momentos. A mayor confiabilidad de un instrumento, menor cantidad de error presente en los puntajes obtenidos. La estabilidad se relaciona con el grado en que el instrumentó permite los mismos resultados en aplicaciones repetidas .se dice que es un instrumento es confiable si se obtiene medidas o datos que representan el valor real de la variable que se está midiendo.

La validez se refiere al grado en que un instrumento mide lo que se presenta medir. La forma de garantizar la validez de un instrumentó es construir una vez que las variables han sido claramente especificadas y definidas, para que esta sean las que se aborden y no otras, también se puede recurrir a la ayuda de personas expertas en el tema para que revisen el instrumento, a fin de determinar si cumple con la finalidad establecida.

En el marco de la legalidad esta investigación se basó en la Ley General de Salud, la cual tiene claramente establecido los lineamientos y principios a los cuales deberá

someterse la investigación científica y tecnológica destinada a la salud, correspondientes a la Secretaría de Salud orientar su desarrollo. De los cuales se mencionan los tomados en cuenta en para esta investigación

TITULO SEGUNDO: De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos

CAPITULO I: Disposiciones Comunes

ARTÍCULO 13.-En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

ARTÍCULO 14.- La Investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases:

- I. Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen;
- II.- Deberán prevalecer siempre las probabilidades de los beneficiados esperados sobre los riesgos predecibles;
- III.- Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación.

ARTÍCULO 16.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

CAPITULO III: De la Investigación en Menores de Edad o Incapaces

ARTICULO 34.- Además de las disposiciones generales de ética que deben cumplirse en toda investigación en seres humanos, aquélla que se realice en menores o incapaces deberá satisfacer lo que se establece en este capítulo, excepto cuando se trate de mayores de 16 años emancipados.

CODIGO DE NÚREMBERG

Ley General de Salud establece normas para la investigación en México con base en ello y dado que la investigación tuvo como medio de recolección de la información

entrevista semi-estructurada, se puede decir que esta se clasifico como una investigación con riesgo mínimo, sin embargo, se considera como amenaza por intromisión, dado que no se estaba excepto de que durante el procedimiento de la recolección de la información se toquen temas que pudieran no ser del todo del agrado a los participantes.

Para evitar la incomodidad de las participantes y certificar que la investigación se desarrolle con un riesgo mínimo, antes de iniciar las entrevistas se explico a las participantes, de manera detallada y en un lenguaje acorde a ellas, los objetivos y pertinencias del proyecto, dejando en claro que no serían juzgadas o discriminadas. Por lo cual se garantizó la confidencialidad, aclarando que podía expresarse con confianza y en determinado momento si en algún momento la temática abordada la incomodaba o no deseaba contestar estaba en su derecho de no contestar. De igual manera se les enfatizo que si ella ya en el conocimiento del proyecto y después de haber firmado el consentimiento informado, ella decidiera ya no participar o mediante la entrevista ella decidiera suspenderla y ya no participar, no está obligada a continuar podría retirarse sin ninguna represaría. A si mismo se resolvieron las inquietudes que la presentación del proyecto género en las participantes, y que no se favorecerían con ningún apoyo económico, que la participación es libre y con fines de mejorar la atención por parte de enfermería a este grupo de mujeres.

CAPITULO IV RESULTADOS

Tabla No.1. Características de las participantes

| Participante | Edad | Nivel de estudio de la adolescente. | Entorno familiar/ dependencia económica | Edad de su hijo | Vive con su pareja o con sus papás | A quien recurre cuando necesita ayuda | Seudónimo |
|----------------|------|--|---|-----------------|------------------------------------|---------------------------------------|-----------|
| Madre 1 | 15 | Primaria completa | Mamá | 1 meses | En casa de su mamá | Mamá | Rosa |
| Madre 2 | 19 | Bachillerato técnico (técnica en enfermería) | Esposo. | 3 meses. | Viven en casa de sus suegros | Suegra | Azucena |
| Madre 3 | 16 | Secundaria completa. | Papas y esposo. | 1 mes | Vive en casa de sus papás | Mamá | Margarita |
| Madre 4 | 18 | Secundaria completa | Esposo | 1 mes | En casa de sus suegros | Mamá y suegra. | Violeta |
| Madre 5 | 16 | Primero de preparatoria | Mamá | 2 meses | En casa de su mamá | Mamá | Girasol |
| Madre 6 | 18 | Secundaria | Papas | 3 meses | En casa de sus papás | A sus papas | Dalia |

Fuente: Elaboración propia con base a los relatos de las adolescentes.

A partir de los análisis de las narrativas emergen las siguientes categorías y Subcategorías.

| Representación social de la maternidad | | | |
|---|---------------------------|-------------------------|-----------------------|
| Percepción de maternidad | de | Experiencias personales | Experiencias de otros |
| Experimentando la maternidad | | | |
| Dificultades | Carencia de Conocimientos | Rol Familiar | Rol materno |
| Sentimientos hacia la maternidad | | | |
| Felicidad | | Tristeza | |
| Búsqueda de apoyo | | | |
| Ayuda | Afecto | Rechazo | Aceptación |
| Rol socioeconómico | | | |
| Ingreso económico propio | | Dependencia | Fracaso escolar |

Representación social de la maternidad

Percepción de maternidad

...“yo no estaba preparada para tanta responsabilidad, es cuidarlo día y noche y a veces ya no descanso” (Rosa, Margarita, Violeta)

...“En las noches ya no duermo igual, a veces mi mamá me ayuda cuando me gana el sueño, porque durante el día me canso de cargarla y darle leche como le doy puro pecho y tengo poca leche como a cada rato y me canso por eso me da mucho sueño.”(Rosa)

Experiencias personales

...“No pensé que me volviera a pasar, el otro embarazo no se dieron cuenta mis papás” (Dalia)

...“con un bebé tengo que ser más responsable y mayor compromiso, cuidar un bebe no es cosa de juego”. (Margarita, Rosa)

...“Cuando me la dieron de alta del hospital, pensé ¿cómo lo iba a cuidar? la veía muy pequeña” (Rosa, Margarita, violeta)

Experiencias de otros

...“Tengo amigas que se han embarazado y sus papas no se enojaron/molestarán con ella”. (Margarita)

...“Ser madre es de lo más sacrificante me dice mis papás, mi tía y mis abuelos que ahora ya me debo a mi hijo” (Rosa, Margarita, Violeta)

Experimentando la maternidad

Dificultades

...“Pensé ¿cómo iba a cuidarlo ?si es muy pequeño, me daba miedo cargarlo sentía que lo podía lastimar” (Rosa, Azucena, Margarita)

...“Cuando voy a consulta con el pediatra le pregunto a él y a la enfermera, ellos saben más que mi suegra” (Violeta).

...“Pero cuando tengo que salir tengo que decirle a alguien que me la cuide, ya no puedo salir como antes” (Margarita, Dalia)

...Mi suegra se mete en todo casi no me deja ni cuidarla, ella es la que le hace todo, casi le quiere dar pecho (violeta)

...“Por eso ya quiero trabajar solo que crezca un poco más mi bebe, ahora se me hace muy difícil dejarlo con alguien” (Dalia)

Carencia de Conocimientos

...“Mis tías y mi abuelita me aconsejan mucho de cómo cuidarlo, me dicen que tengo que poner atención a todo lo que mi bebe necesite (Rosa)

Rol Familiar

...*“Mi mamá me ayuda mucho cuando le doy su baño a la niña a darle de comer ella me ayuda en todo” (Rosa, Azucena)*

Rol materno

...*“Me siento contenta que está creciendo mi bebe y que ya no requiere tantos cuidados como cuando estaba recién nacido (Margarita, Rosa Dalia)*

... *Girasol si yo trato de cuidar a mi bebe, de estar al pendiente de lo que necesita mi hijo (Margarita, Violeta, Dalia)*

...*Tengo que ver por mi hijo él y yo somos ya una familia ahora y yo si lo quiero (Dalia)*

Sentimientos hacia la maternidad

Felicidad

... *“Tienen razón pero al fin es mi hijo (Margarita)*

...*“Eso me hace sentir feliz, que es mi hijo” (Dalia)*

...*“ Pero igual me sentí contenta de que voy a tener un hijo con él (Rosa).*

Tristeza

...*“Me sentí acompañada por toda mi familia, excepto mis papas (azucena)*

...*“Me afectó, porque era incomodo, no sé, me daba pena, estar comiendo con alguien que no te habla, que no te quiere ahí” (Rosa, Margarita)*

...*“Sentí pena por mis papás, que se sintieran decepcionados (Rosa, Margarita)*

Búsqueda de apoyo

Ayuda

...*“Mi mama, me dijo que me iba ayudar, que yo no estaba preparada” (Rosa, Margarita, violeta y Girasol)*

.. *“Me dio miedo y le pregunto a mi mamá y a mis tías mis dudas que yo tengo para cuidar a mi bebe (Rosa)*

... *“Mi hermana me ayuda a cuidar a la niña, porque no tengo con quien dejarla” (Margarita).*

Afecto

...*“Mi mamá se preocupa mucho por mí y mi bebe” (Margarita, Violeta, Dalia)*

...*“Toda mi familia está al pendiente de mi “(Azucena)*

...*“Mis tías y mis abuelos se preocupan por mí y mi bebe (Rosa y Dalia)*

Rechazo

...*“Mis papas se enojaron mucho, yo pensé que no me iban apoyar, por lo que paso antes,... “Mi mamá no me lo quiere cuidar, porque es mi responsabilidad” (Dalia)*

...*“La reacción de mi mamá se enojó, me dijo -tu decidiste, (Rosa, Azucena) (Margarita). ...“Mi papá reacciono peor, ¡con decirle que en todo el embarazo no me habló! -recién ahora en navidad empezó a hablarme” (Margarita).*

...*“Mis papas me dijeron que ellos quería algo más para mí, por eso no querían que yo me fuera embarazar tan chica (Margarita)*

Aceptación

...“Recién ahora en navidad mi papá empezó a hablarme mi papá” (Margarita)

...“Al final es mi responsabilidad mi bebe, como dicen mis papas ahora yo me tengo que hacer responsable de mi bebe (Dalia)

...”Si es mi hijo y ahora lo tengo que cuidar, él depende de mí (Margarita, Violeta, Dalia)

Rol socioeconómico

Ingreso económico propio

...“Tuve mucho miedo, me asuste y mejor le dije a él que iba a sacar mis cosas de la casa y no les iba a decir nada a mis papás hasta que se les pasara el enojo” (Violeta)

...“Ahora tengo que hacer manualidades para poder estar en casa y cuidar de mi niña, porque necesito trabajar mi esposo es campesino y no nos alcanza el dinero” (Azucena)

...“No trabajo en lo que estudie porque ya no pude titularme apenas salí de la escuela y en seguida me di cuenta que estaba embarazada (Azucena)

Dependencia

...“Mis papa son los que me ayuda en todo, ellos me apoyan con los gastos de mi hija, porque yo no trabajo aun” (Azucena, Dalia)

...“Si en los gastos de mi bebe si me ayudan mis papas, por eso ya quiero trabajar solo que crezca un poco más ahora se me hace muy difícil (Dalia)

Fracaso escolar

...*“Mi suegra quería que su hijo terminara de estudiar” (Violeta)*

...*“Me sentí mal porque deje la escuela, yo si quería seguir estudiar (Rosa, Dalia, Margarita)*

...*“Mis papas quieren que siga estudiando para que esté preparada para la vida, ahora que soy madre (Girasol)*

CAPITULO V DISCUSIONES

Representación social de la maternidad

Dentro de la categoría de representación social de la maternidad se pudo identificar la subcategoría, experiencias personales, la cual evidenciando con los autores como Bowlby, Fonagy, Piaget, que explican acerca la atención explícita del carácter moral del niño, va ampliándose a una dedicación a su desarrollo físico, emotivo, cognitivo y conductual, que se adjunta a la siguiente subcategoría presidida, la percepción de maternidad en la madre adolescente, se concluye que la madre adolescente no puede dirigir su atención al desarrollo moral de su hijo ya que en la etapa que se encuentra solo ve el momento y sin abandonar su necesidad primordial de buscar el bienestar de ella; por lo tanto la enfermera es consejera, educadora y ver por el bienestar del binomio madre-hijo, para el óptimo desarrollo físico y mental el niño. La tarea de las madres es ahora entender a cada hijo como individuo, estar atenta a su estadio de desarrollo, ser objetiva y reflexiva para responder a sus necesidades y no solo al deseo característico en su edad de satisfacer sus propias necesidades.

Mercer describe el convertirse en madre como un proceso interactivo de desarrollo y transición que se produce a lo largo del tiempo, la madre crea un vínculo con el hijo, aprende las tareas de cuidado del rol y expresa placer y gratificación con el mismo. En este sentido, esta investigación de la subcategoría, de la percepción del rol la madre adolescente, se observó que en el ciclo vital de vida está en busca de su propio concepto e identidad de sí misma, lo que les dificultad experimentar su rol materno, el cual está influenciado por las experiencias de otros que es otro de las subcategorías observadas, en este sentido sus familiares y claro sus propias experiencias que van viviendo en el cuidado de un bebe que requiere la responsabilidad de ella.

Experimentando la maternidad

Mercer considera que el rol materno, mediante un proceso interactivo entre madre e hijo se desarrolla a lo largo del tiempo en el cual la madre crea un vínculo con su hijo, aprende las tareas de cuidado del rol y expresa el placer y la gratificación con el rol. De acuerdo al argumento de las madres adolescentes, la maternidad es un idealismo la cual afrontan el embarazo y la maternidad con el apoyo de sus familiares, subcategorías descritas en el estudio y referenciando las subcategorías de dificultades experimentando la maternidad relacionada a la carencia de conocimientos de la adolescente a una situación desconocida, por lo tanto el peso de mi teórica en enfermería abordada reconoce la importancia del microsistema y el apoyo familiar y sus propias vivencias son de importancia para la asunción del rol materno y más trascendental en las madres adolescentes.

Sentimientos hacia la maternidad

Una de las principales consecuencias que genera en la adolescente un embarazo es un sentimiento de minusvalía y baja autoestima. A partir de este evento la adolescente se siente insegura, desvalorizada, angustiada, temerosa, con culpa, rechazada, tiene bajas aspiraciones en la vida y emocionalmente se encuentra afectada lo que ocasiona cambios constantes en sus emociones respecto a la maternidad. Dentro del microsistema en la búsqueda de la identidad materna la autoconfianza juega un papel importante para establecer el rol materno.

Los autores Erikson y Friedman en sus estudios más destacados describen que la tarea principal en la adolescencia, es enfrentarse a la crisis de identidad versus confusión de identidad dentro de la sociedad, y de acuerdo a esta investigación se relaciona con subcategoría descrita en la categoría sentimientos hacia la maternidad, que dificulta la asunción al rol materno, ya que la madre adolescente tiene que establecer este nuevo patrón en su vida experimentando sentimientos encontrados, debido a que no ha establecido su propia identidad, siendo las subcategorías de tristeza y felicidad, las vivencias más experimentadas en las madres adolescentes en su rol materno.

Búsqueda de apoyo

Urzúa señala que cuando una persona es capaz de apoyar a otra en momentos vulnerables, se crea un sentimiento de satisfacción, contrastada con la teórica retomada en esta investigación, la cual identifica el microsistema como la parte más influyente en la adopción del rol maternal, el cual incluye la familia y factores tales como el funcionamiento de la familia, la relación padre-madre, el apoyo social, el estrés y el hijo(a) el cual queda incluido dentro de este sistema.

La investigación arroja en la categoría búsqueda de apoyo, que si de acuerdo a investigaciones anteriores, la mayoría de las madre adolescencia busca ayuda principalmente de los familiares cercanos (papás ,suegros, hermanos, tías o abuelos) para afrontar el reto de la adopción del rol materno, debido al ciclo vital de vida en que se encuentran y aunado la búsqueda del rol materno su experiencia se llene de cambios, donde las subcategorías sobresalientes fueron; algunas adolescentes si encontraron el afecto de sus familiares lo cual lo percibieron de manera muy positiva y les facilita sentirse bien con su rol materno ya que día a día se siente más segura ,el rechazo lo experimentan como un sentimiento doloroso e incómodo y algunas pocas madres adolescentes percibieron en sus vivencias la aceptación de sus familiares y la ayuda brindada por ellos les facilita la sunción del rol materno.

Rol socioeconómico

El autor Carrillo, asimila que la etapa de la adolescencia, sin incluir la maternidad en esta, ya que se requiere altos niveles de madurez, responsabilidad y estabilidad emocional, laboral y económica, esta investigación respalda que generalmente las adolescentes no han conseguido la asimilación del giro importante que va ser en su vida a partir del nacimiento del bebé, y al no contar con un ingreso propio, el fracaso escolar y la dependencia económica limitaran su autonomía. En este sentido, la investigación confirma los efectos perjudiciales de la maternidad temprana para la madre adolescente y su descendencia están más relacionados con el contexto social y económico y la red de apoyo con la que cuenta que con la edad o la falta de capacidad de la joven para criar a su hijo.

CAPITULO VI CONSIDERACIONES FINALES

Se concluye que el profesional de enfermería debe de contribuir identificando junto con la madre situaciones que dificultan o fuentes de apoyo que contribuyen en este proceso, para plantear acciones que favorezcan la adopción del rol materno. De acuerdo a las categorías y subcategorías, destaca el apoyo brindado a las madres adolescentes por sus familiares más cercanos, el cual es una situación con dos vértices, por un lado la adolescente puede tomar mayor confianza que le facilite la asunción de su rol materno pero esto a su vez, se vio en la investigación que la adolescente por su corta edad y la inmadurez emocional su prioridad es satisfacer sus propias necesidades, actuación de una forma egoísta propia de los adolescentes.

Otra categoría preponderante en este estudio fue el rol socioeconómico, la cual ya que al no establecer su estado civil con su pareja se mantienen con un estatus de hijas de familia, dependientes de las decisiones y de lo económico de sus familiares cercanos. La autonomía y la posibilidad de ser económicamente autosuficiente se desvanecen con la deserción escolar lo que conlleva a la falta de acceso al trabajo formal; lo cual se intensifica con la llegada del segundo bebe por el periodo intergenésico corto que presenta este grupo de edad.

Por todo lo anterior se puede evidenciar que las madres adolescentes no perciben el rol materno por la búsqueda de su propia identidad.

ANEXO I CONSENTIMIENTO INFORMADO



CONSENTIMIENTO INFORMADO



OBJETIVO DEL ESTUDIO: Describir las vivencias emocionales, sentimientos, experiencias, adaptación y asunción del rol materno en las adolescentes.

Estudiante: GARDUÑO PIZAÑA ALMA BRIZA

Sede de donde se realiza el proyecto: Universidad Autónoma del Estado de Morelos.

Procedimientos:

Si Usted acepta participar en el proyecto le realizare algunas preguntas acerca de que como es su día a día las actividades que realiza con su bebe y que emociones ha experimentado desde que es madre. La entrevista tendrá una duración aproximada 30 a 40 minutos, la entrevista tiene que ser grabada para facilitar la recolección de los datos pero no se tomaran fotografías ni de usted ni de su hijo. A sí mismo no será divulgado su nombre en el estudio se usara sobrenombre de flores.

Usted no recibirá un beneficio directo por su participación en el estudio, sin embargo si usted acepta participar, estará colaborando en el área de enfermería, la cual busca mejorar la atención de las madres adolescentes.

Confidencialidad: Toda la información que Usted nos proporcione para el estudio será de carácter estrictamente confidencial, será utilizada únicamente para el investigador del proyecto y no estará disponible para ningún otro propósito. Usted quedará identificada con un número y no con su nombre. Los resultados de este estudio serán publicados con fines científicos, pero se presentarán de tal manera que no podrá ser identificada.

Riesgos Potenciales: Los riesgos potenciales que implican su participación en este estudio son mínimos. Si alguna de las preguntas le hicieran sentir un poco incómodo(a), tiene el derecho de no responderla. No representa algún costo para usted.

Participación Voluntaria/Retiro: La participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de negarse a participar o de retirar su participación del mismo en cualquier momento. Su decisión de participar o de no participar no afectará de ninguna manera la forma en cómo le tratan en esta unidad ya que es un organismo independiente ni está obligada aun si ya firmara el consentimiento informado ya que en cualquier momento durante el trayecto de la entrevista usted puede indicar suspender la grabación sin ninguna consigna.

Si usted tiene alguna pregunta, comentario o preocupación con respecto al proyecto, por favor comuníquese.

Consentimiento para su participación en el estudio Su firma indica su aceptación para participar voluntariamente en el presente estudio.

Nombre del participante: _____

Testigo: -----

Fecha:

Día / Mes / Año

ANEXO II

GUÍA PARA LA ENTREVISTA

Entrevista enfocadas a adolescentes

1.- Datos generales.

Edad de ella, sexo de su bebe y su edad.

2.-Datos familiares.

Estado civil, lugar de residencia y con quien vive.

3.- Relaciones familiares.

Quien la apoya en las cuidados al bebe o las dudas que tiene sobre los cuidados.

4.-Datos socioeconómicos.

Si trabaja la adolescente o de quien depende económicamente.

5.-Desarrollo escolar: evolución y resultados en las distintas etapas de escolarización.

6.-Desarrollo personal: relaciones interpersonales, actividades, intereses, aptitudes, adicciones.

7.- Observaciones generales del entrevistador.

Entrevistas semi-estructuradas, Luis Enrique Morga Rodríguez. (2012).

CAPITULO VII REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- 1.- Organización Mundial para la Salud. (JUNIO 2014). Salud para los adolescentes del mundo: Una segunda oportunidad en la segunda década. Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente, 1, 20pag.
- 2.- Constanza Beatriz Veloso-Besio, Washington Caqueo-Arancibia, Alejandra Caqueo-Urizar, Zunilda Muñoz-Sánchez, Francisca Villegas-Abarzúa. (2010). estrategias de afrontamiento en adolescentes. FRACTAL: Revista de psicología, 1, 22 PAG.
3. Instituto de Salud Pública y UNICEF. (2017). Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres. 2015, de Sector público Sitio web: <https>
- 4.- Marcelo Del La Mora (2006). Estrategias de afrontamiento en adolescentes embarazadas escolarizadas. Revista Iberoamericana de Educación, 1, 15 Pag.
- 5.- Claudia María Moreno Mojica¹, Nancy Patricia Mesa Chaparro², Zorayda Pérez Cipagauta, Diana Paola vargas fonseca⁴. (2015). Convertirse en madre durante la adolescencia: activación del rol materno en el control prenatal. Revista cuidarte, 6, 162.
- 6.- Francisca Molero Rodríguez (2011). Convertirse en madre durante la adolescencia: activación del rol materno en el control prenatal. Revista cuidarte, 6, 162.
- 7.- UNICEF. (Febrero 2011). La adolescencia una época de oportunidades. Estado mundial de la infancia, 3, 148Pag.
- 8.- Instituto Nacional De Pediatría. (2014). Comportamiento sexual y anticoncepción en la adolescencia. Sexualidad y anticonceptivos en adolescentes, 20,35paginas.

- 9.- Pio Iván Gómez.(2011)Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años en América Latina y el Caribe. Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología, 1, 97 paginas.
- 10.- UNICEF. (2012). Guía de recomendaciones para la Atención integral de adolescentes en espacios de salud amigables y de calidad, de sociedad argentina de pediatría y UNICEF Sitio web: <https>.
- 11.- Llanes, Nathaly. (2014). Significaciones de la maternidad adolescente entre mujeres jóvenes residentes en Tijuana-México. Red de Bibliotecas Virtuales del consejo latinoamericano de Ciencias sociales CLACSO, 1, 37.
- 12.- UNICEF. (Febrero 2011). Guía de referencia para instituciones nacionales de derechos humanos en América Latina y el Caribe. Promoviendo los derechos de los niños, 1, 148 paginas.
- 13.- UNICEF. (2014). Una aproximación a los factores culturales, sociales y emocionales a partir de un estudio en seis países de la región. Vivencias y relatos sobre el embarazo en adolescentes, 1, 79Paginas.
- 14.- Juan Fernando Bojanini B., M.D.Joaquín Guillermo Gómez D., M.D. (2004). Resultados obstétricos y perinatales en adolescentes. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, 55, 114-121paginas.
- 15.- Jesse Russell, Ronald Cohn. (2012).Reseña de Ramona T. Mercer (152). California: Book on Demand.
- 16.- UICEF. (2011). Desafíos mundiales para los adolescentes. 2011, de UNICEF.
- 17.- Natalia Molina Abadía .Liliana Mora Muñoz. Stephanie Muñoz Collazos. (2015). significados de maternidad en mujeres adolescentes escolarizadas pertenecientes a las zonas urbanas y rurales de Cali, de facultad de humanidades y ciencias sociales.
- 18.- Grupo Estatal para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (GEPEA) 21 jun. 2017.

19.-Álvarez-Gayou, J.L. (2005). Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y Metodología. México: Paidós.

20.-Girlhood, not motherhood: preventing adolescent pregnancy. Nueva York, Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2015.

21.- Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas Organización Mundial de la Salud 20 Avenue Appia 1211, Ginebra 27, Suiza Correo electrónico: reproductivehealth@who.int Sitio web: www.who.int/reproductivehealth.

22.-Luis Enrique Morga Rodríguez. (2012). Teoría y técnicas de la entrevista. Viveros de Asís 96, Col. Viveros de la Loma, Tlalnepantla, C.P. 54080, Estado de México.: Red tercer milenio.

23.- Virginia Inés Soto y María Mercedes Durán de Villalobos. (2008). Experiencias y vivencias del embarazo en adolescentes explicadas desde lo social. Universidad nacional de Colombia revistas.unal.edu.co 'Avances en Enfermería, 26, 106.

24.-Héctor Mauricio Rojas Betancur Paola Quintero Rondón. (2015). El embarazo a temprana edad, un análisis desde la perspectiva de madres adolescentes. Revista virtual Universidad Católica del Norte, 44, 237.

25.- Martha Raile Alligood, Ann Marriner Tomey. (2014). Modelos y teorías en enfermería. España: Elsevier.

26.- Julio César Flores Lázaro. (2012). Desarrollo neuropsicológico de lóbulos frontales y funciones ejecutivas. México, DF: El manual moderno.








Cuernavaca Mor, a 29 de Noviembre del 2019

DRA. CLARA IRENE HERNANDEZ MARQUEZ
JEFE DE POSGRADO
P R E S E N T E

Por este medio, me permito informar a usted el dictamen de los votos aprobatorios de la tesis titulada: **VIVENCIAS DE LAS ADOLESCENTES SOBRE SU MATERNIDAD EN UNA COMUNIDAD**, trabajo que presenta la C. ALMA BRIZA GARDUÑO PIZANA, quien cursó el **POSGRADO: MAESTRIA EN ENFERMERÍA** en la Facultad de Enfermería de la UAEM.

Lo anterior con la finalidad de continuar con los trámites administrativos correspondientes para la presentación de su examen de grado.

A T E N T A M E N T E

| VOTOS APROBATORIOS | | | |
|-------------------------------------|---|--|-------------|
| COMISIÓN REVISORA | APROBADO | CONDICIONADA A QUE SE MODIFIQUEN ALGUNOS ASPECTOS* | SE RECHAZA* |
| DRA. EDITH RUTH ARIZMENDI JAIME |  | | |
| DRA. ADIGAIL FERNANDEZ SANCHEZ |  | | |
| MTRA. MIRIAM TAPIA DOMINGUEZ |  | | |
| MTRA. PAOLA ADANARI ORTEGA CEBALLOS |  | | |
| MTRA. CLAUDIA RODRIGUEZ LEANA |  | | |

*En estos casos deberá notificar al alumno el plazo dentro del cual deberá presentar las modificaciones o la nueva investigación (no mayor a 30 días).

