

**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**ADOPCIÓN DEL ROL MATERNO EN RELACIÓN CON EL  
NIVEL DE VINCULACIÓN MADRE ADOLESCENTE –  
RECIÉN NACIDO. HOSPITAL VÍCTOR  
LAZARTE ECHEGARAY. 2014**

**TESIS**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**AUTORA:**

Bach. Noelia Lisset Terán Alfaro

**ASESORA:**

Dra. Elsa Rocío Vargas Díaz

**TRUJILLO – PERÚ**

**2014**

## DEDICATORIA

*A mis padres quienes me dieron vida,  
educación, apoyo constante y sus  
sabios consejos durante los momentos  
que más necesité de ellos.*

*A mis compañeros de estudio y amigos,  
porque con su colaboración inestimable  
hicieron más sencilla la elaboración de  
esta tesis.*

*Noelia Lisset*

## AGRADECIMIENTO

*A mi asesora, Elsa Vargas, quien continuamente colaboró con sus instrucciones y sabios consejos para poder llevar a cabo este trabajo de investigación de manera satisfactoria.*

*Noelia Lisset*

## TABLA DE CONTENIDOS

	<b>Pág.</b>
DEDICATORIA .....	i
AGRADECIMIENTO .....	ii
TABLA DE CONTENIDOS .....	iii
LISTA DE TABLAS .....	iv
LISTA DE GRÁFICOS .....	v
RESUMEN .....	vi
ABSTRACT .....	vii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MATERIAL Y MÉTODOS.....	22
III. RESULTADOS .....	30
IV. DISCUSIÓN .....	36
V. CONCLUSIONES.....	40
VI. RECOMENDACIONES.....	41
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	42
ANEXOS.....	46

## LISTA DE TABLAS

	<b>Pág.</b>
Tabla N° 1	30
Adopción del rol materno en madres adolescentes primíparas. Hospital Víctor Lazarte Echegaray. 2014	
Tabla N° 2	32
Nivel de vinculación madre adolescente – recién nacido. Hospital Víctor Lazarte Echegaray. 2014	
Tabla N° 3	34
Relación entre la adopción del rol materno y el nivel de vinculación madre adolescente primípara – recién nacido. Hospital Víctor Lazarte Echegaray. 2014	

## LISTA DE GRÁFICOS

	<b>Pág.</b>
Gráfico N° 1	31
Adopción del rol materno en madres adolescentes primíparas. Hospital Víctor Lazarte Echegaray. 2014	
Gráfico N° 2	33
Nivel de vinculación madre adolescente – recién nacido. Hospital Víctor Lazarte Echegaray. 2014	
Gráfico N° 3	35
Relación entre la adopción del rol materno y el nivel de vinculación madre adolescente primípara – recién nacido. Hospital Víctor Lazarte Echegaray. 2014	

## RESUMEN

El presente trabajo de investigación descriptivo correlacional, se desarrolló con el propósito de determinar la relación que existe entre la adopción del rol materno y el nivel de vinculación madre adolescente – recién nacido en el Hospital Víctor Lazarte Echegaray en el año 2014. La muestra estuvo constituida por 92 madres adolescentes primíparas y su recién nacido, para la recolección de datos se utilizaron dos instrumentos, el primero para determinar la adopción del rol materno en madres adolescentes y el segundo sobre el nivel de vinculación madre adolescente – recién nacido. Se encuentra que el 23,91% de las madres adolescentes primíparas presentaron buena adopción del rol materno; el 63,04% regular y el 13,05% malo. En lo referente al nivel de vinculación madre adolescente – recién nacido, se evidencia que el 46,74% presentaron un nivel de vinculación bueno, y el 53.26% presentaron regular nivel de vinculación con su recién nacido; asimismo se determinó que entre ambas variables existe relación estadística significativa ( $p < 0.05$ ).

**Palabras claves:** rol materno, nivel de vinculación, madre adolescente, recién nacido.

## ABSTRACT

The present correlational descriptive research was developed with the purpose of determining the relationship that exists between the adoption of the maternal role and the level of attachment of the adolescent mother - newborn at Hospital Víctor Lazarte Echegaray in the year 2014. The sample was constituted For 92 primiparous adolescent mothers and their newborn; two instruments were used for data collection, the first to determine the adoption of the maternal role in adolescent mothers and the second on the level of adolescent mother - newborn attachment. It is found that 23.91% of the primiparous adolescent mothers presented good adoption of the maternal role; 63.04% regular and 13.05% bad. In relation to the level of attachment of the adolescent mother to the newborn, it is evident that 46.74% had a good attachment level and 53.26% had a regular level of attachment to their newborn; It was also determined that there is a statistically significant relationship between both variables ( $P < 0.05$ ).

**Keywords:** maternal role, level of linkages, teenage mother, newborn.

## I. INTRODUCCIÓN

Cada miembro de la familia asume roles que su cultura y las expectativas de comportamiento explícitas e implícitas le dicten, esto mismo ocurre con la función reproductora, el embarazo y el nacimiento, los cuales son acontecimientos importantes en la mayoría de culturas, donde el hombre y/o la mujer tienen la necesidad de prepararse para asumir los nuevos roles que le corresponde desempeñar. La maternidad significa la facultad de procrear; así mismo, se ve responsable de un nuevo ser que depende por completo de ella, lo que en principio le hace sentirse más madura y realizada. La maternidad es quizá la experiencia más importante, biopsicosocialmente hablando, en la vida de muchas mujeres, sin embargo, la armonía biopsicosocial que debe regir en el embarazo y la maternidad se rompe en el caso de que la madre sea adolescente debido a la brecha cronológica que existe entre la madurez sexual y reproductiva y la madurez psicosocial en la especie humana y, sobre todo, en las mujeres. En sus relaciones con los demás, vive una identificación con el rol de madre que la lleva a acercarse a otras madres y también a sentirse más próxima de la propia. (1, 2, 3)

Por otro lado, la madre cuando es adolescente, con frecuencia adquiere una actitud negativa o de indiferencia ante su nuevo rol por su inexperiencia, inmadurez emocional y psicológica y porque no se encuentra capacitada para la crianza de su recién nacido; a diferencia de las madres adultas porque gran parte de éstas han adquirido experiencias similares al criar a sus propios hijos, ayudar a la crianza de sus hermanos u otros familiares y adquieren madurez emocional y toman conciencia del rol de madre que tienen que cumplir y aceptan su papel con suficiente satisfacción y madurez. (4)

La gestación en la adolescencia, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se considera entre los 10 a 19 años. Si bien desde 1990 se ha registrado un descenso considerable, aunque irregular, en las tasas de natalidad entre las adolescentes, un 11% aproximadamente de todos los nacimientos en el mundo se producen todavía entre muchachas de 15 a 19 años. En las Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014 se indica que la tasa media de natalidad mundial entre las adolescentes de 15 a 19 años es de 49 por 1000 muchachas. Las tasas nacionales oscilan de 1 a 299 nacimientos por 1000 muchachas, siendo las más altas las del África Subsahariana. La procreación prematura aumenta el riesgo tanto para las madres como para los recién nacidos. En los países de ingresos bajos y medianos, los bebés de madres menores de 20 años se enfrentan a un riesgo un 50% superior de mortalidad prenatal o de morir en las primeras semanas de vida que los bebés de mujeres de 20 a 29 años. Cuanto más joven sea la madre, mayor el riesgo para el bebé. Además, los recién nacidos de madres adolescentes tienen una mayor probabilidad de registrar peso bajo al nacer, con el consiguiente riesgo de efectos a largo plazo. También se refleja en ellas la no adaptación a su rol como madre debido a múltiples factores de orden biopsicosocial. (5)

Tal es así que, la gestación en la adolescente se ve afectada porque está atravesando por una serie de cambios físicos como aumento de la estatura, del peso, del vello, entre otros; cambios en su personalidad y afectividad como búsqueda de identidad, autoafirmación, elaboración del autoconcepto, autonomía e introspección y cambios intelectuales tales como surgimiento del pensamiento formal. Estos cambios conllevan a la madre adolescente a mayor riesgo de complicaciones como bajo peso del recién nacido al nacer, abortos, muertes súbitas, prematuridad, así como a niveles bajos del vínculo afectivo

madre – recién nacido, poniendo en riesgo la futura personalidad del recién nacido. (5, 6, 7)

Aproximadamente una de cada cuatro madres adolescentes presenta mayor riesgo de morbilidad y mortalidad para ella y el neonato, por su inmadurez biológica y psicológica. Siete millones 300 mil jóvenes menores se convierten en madres al año según un informe sobre la población mundial 2013, realizado por el Fondo de Naciones Unidas para la Población (UNFPA). Siendo en la etapa de la adolescencia donde se ve alterada la adaptación al rol materno debido a múltiples factores. En nuestro país el embarazo adolescente subió al 14,6 % en 2014, lo que representó un incremento del 1,6 % desde el 2000. (8, 9)

El vínculo afectivo se desarrolla como consecuencia de las respuestas de la madre ante las conductas innatas del niño. Desde que él nace, empieza a interactuar con la madre a través del contacto piel a piel, las miradas y la interacción entre ambos en el momento de la lactancia. El recién nacido empieza a reconocer y diferenciar a la persona que lo acompaña y lo cuida siempre, posteriormente mostrará preferencia por esa persona, estará contento con su compañía y se disgustará en su ausencia, éstas son las manifestaciones que indican el desarrollo del vínculo entre la madre y su recién nacido, que con el transcurrir del tiempo la madre adopta su rol. (10)

Esta adaptación al rol materno, se considera como un proceso gradual de transición de roles y se basa en un marco de referencia conceptual de etapas y tareas del desarrollo que permiten observar éstos como si fuesen normales o usuales, pero también considera desviaciones, tensiones, o falta de adaptación; según las circunstancias, este proceso se

lleva a cabo en el período de tres a diez meses e incluye la vinculación al lactante, al identificarlo, tocarlo e interactuar con él, obtener gratificación y adquirir destrezas en desempeñar funciones maternas y en las interacciones con el recién nacido, así mismo esta vinculación y la adaptación de la madre puede retrasarse e impedirse si el estado de salud del niño es menor al óptimo. (11, 12)

La adolescencia es el tránsito de la niñez a la adultez, etapa de la vida del ser humano en la que ocurren complejos cambios biológicos, psicológicos y conductuales, que finalmente imprimen en la persona el sello de la madurez, con los rasgos característicos del adulto. Desde una perspectiva sociológica, Urresti, concibe la adolescencia como un período en la vida de las personas que se define en relación al lugar que uno ocupa en la serie de las generaciones: hay una cierta experiencia compartida por haber venido al mundo en un momento histórico determinado y no en otro. (13, 14)

La adolescencia, se considera como una etapa de la vida humana que comienza con la pubertad y se prolonga durante el tiempo que demanda a cada joven la realización de ciertas tareas que le permiten alcanzar la autonomía y hacerse responsable de su propia vida. La forma que adquiere la realización de estas tareas está supeditada a las características de la época en que al adolescente le toque vivir, de su particular situación familiar, del lugar, y de la clase social. (13)

Asimismo, la Organización Mundial de la Salud define a la adolescencia como “el período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio – económica”. Fija sus límites entre los 10 y 20 años. A la adolescencia se la puede dividir

en tres etapas: Adolescencia Temprana (10 a 13 años), Adolescencia Media (14 a 16 años) y Adolescencia Tardía (17 a 19 años). La adolescencia temprana, biológicamente, es el periodo peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarquía. Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo. Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales. Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física. (6)

La adolescencia media, es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo. Muy preocupados por la apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda. (6)

En la adolescencia tardía, casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales. (6)

La adolescencia trae problemas emocionales, conductuales, escolares, sexuales, de alimentación, etc. de los cuales el embarazo adolescente constituye uno de los más

prioritarios, pues hay millones de adolescentes que incurren en él. Así, se considera que el embarazo en adolescentes es un fenómeno causado por múltiples factores, principalmente de orden psicosocial, ocurriendo en todos los estratos sociales sin tener las mismas características en todos ellos. La adolescencia de las adolescentes embarazadas es difícil pues la maternidad es un rol de la edad adulta. Cuando ocurre en el periodo en que la mujer no puede desempeñarlo adecuadamente, el proceso se perturba en diferente grado. Es habitual que asuman responsabilidades impropias de esta etapa de su vida, reemplazando a sus madres y privadas de actividades propias de su edad, confundiendo su rol dentro del grupo, comportándose como "hija-madre", cuando deberían asumir su propia identidad superando la confusión en que crecieron. (8)

La maternidad adolescente, enmarca una serie de cambios que se inician con el ingreso a la adolescencia y a la maternidad. La adolescencia es una etapa de transición, en la cual atraviesa una serie de cambios biológicos, psicológicos, y sociales que le provocan inestabilidad. Por consiguiente, la adolescente se presenta vulnerable en este proceso. Las implicaciones del embarazo y la maternidad adolescente son múltiples, y afectan de forma determinante el futuro y el proyecto de vida de la adolescente. En el aspecto biológico representa un riesgo, puesto que la adolescente está en proceso de madurez orgánica, pudiendo afectar la salud de la joven madre y la de su hijo, aumentando el riesgo de abortos. (8, 3)

En el aspecto socioeconómico, la adolescente al no estar preparada para enfrentar la maternidad, si su decisión la llevara a conservar a su recién nacido, ésta le podría representar la interrupción de su proyecto de vida, como suspender su escolaridad, acceso limitado al trabajo (sea este acceso presente o futuro), lo que aumentaría la probabilidad de

ser pobre. Además, con cierta frecuencia se produce la exclusión de la adolescente, de la familia, sobretodo en casos de hogares de bajos recursos, la presión social y económica, puede ser significativa, comprometiendo el bienestar de todos, lo que provoca la salida de la adolescente de su familia. (3, 1)

Por otro lado, en el aspecto psicológico, el impacto de la maternidad temprana tiene repercusiones en la adolescente, sobre todo en aquellas que no cuentan con el apoyo familiar, esta experiencia inesperada, no planificada, en un primer momento podría desencadenar en un rechazo a la criatura. La joven tendería al desarrollo de síntomas que responden al incremento brusco de demandas y a la falta de una red social de apoyo, como es la familia, o la pareja, lo que la dispondrían a una desestabilización emocional, momentos de ansiedad, angustia, temor y sentimientos de inseguridad frente a la apropiación del rol materno, además, manifestaría sentimientos de tristeza y frustración por las pérdidas sufridas, la pareja, la familia; así mismo, el fracaso será vivido intensamente por la detención de sus estudios y el haber malogrado su proyecto de vida, que guarda relación con las expectativas familiares. (1)

Todos estos cambios vividos de forma tan prematura podrían alterar su vida afectiva, movilizándole a una continua búsqueda de aprobación frente al rechazo. La madre recibe el mayor impacto de la crianza de un hijo siendo adolescente, por la manifestación de los cambios, adquisición de responsabilidades no esperadas, y necesidad de apoyo emocional, las nuevas demandas de su hijo/a la colocarían en momentos de incertidumbre y cuestionamientos de sí misma sobre sus reales capacidades que de cierta manera se encuentran ya afectados por el discurso y la desaprobación de los demás. (1)

La vivencia de esta nueva relación madre y recién nacido comienza con la concepción, y se extiende a través del embarazo hasta el nacimiento, alimentación y asistencia del recién nacido, esta relación que inicia muchas veces con el rechazo materno, el hijo no deseado es vivido con incertidumbre, por tanto, operan mecanismos de defensa como la negación, que hace más difícil el apropiarse de su nuevo rol, quedando latente cuando el niño nace. (1)

Cuando se habla del período del recién nacido se hace referencia como protagonista a un ser que inspira gran ternura y requiere de unos cuidados muy especiales. El recién nacido a término con sus funciones relativamente estables, se encuentra en su mayor parte desprotegido afectivamente y ávido de amor, siendo precisamente en el período de postparto inmediato, donde se consolidan las bases del vínculo afectivo madre-hijo, siendo el más persistente el que se establece entre la madre y el recién nacido, y se consolida como tal cuando existe un amor recíproco entre éste y su madre. Este vínculo será la base sobre la cual se desarrollarán los demás vínculos que establecerá el ser humano con las demás personas a lo largo de vida. (10)

El vínculo afectivo es la relación única específica y perdurable entre dos personas, el cual se inicia antes del embarazo, cobra impulso durante el nacimiento y se intensifica después del mismo, cuando los padres y el niño se van conociendo e interviniendo afectivamente. Asimismo se ha denominado como “período sensible materno”, al tiempo crítico y necesario en que la madre y el padre entran en íntimo contacto con su neonato, considerando como indicadores del vínculo afectivo comportamientos maternos como: caricias, besos, arrullo y prolongadas miradas de cariño. (10)

El vínculo afectivo se desarrolla como consecuencia de las repuestas de la madre ante las conductas innatas del recién nacido. Desde que él nace, empieza a interactuar con la madre a través del contacto piel a piel, las miradas y la interacción entre ambos en el momento de la lactancia. El recién nacido empieza a reconocer y diferenciar a la persona que lo acompaña y lo cuida siempre, posteriormente mostrará preferencia por esa persona, estará contento con su compañía y se disgustará en su ausencia, éstas son las manifestaciones que indican el desarrollo del vínculo entre la madre y su recién nacido. (10)

Las investigaciones indican que un vínculo seguro entre la madre y el niño durante la infancia influye en su capacidad para establecer relaciones sanas a lo largo de su vida, cuando los primeros vínculos son fuertes y seguros la persona es capaz de establecer un buen ajuste social, por el contrario, la separación emocional con la madre, la ausencia de afecto y cuidado puede provocar en el hijo una personalidad poco afectiva o desinterés social. Según indican estas investigaciones, la baja autoestima, la vulnerabilidad al estrés y los problemas en las relaciones sociales están asociados con vínculos poco sólidos. Si las experiencias de vínculo han sido negativas y graves, el ser humano es más propenso a desarrollar trastornos psicopatológicos. Son las interacciones madre-niño las que influyen en el desarrollo socio-emocional y en la conducta actual y futura del menor. (15)

Se ha demostrado que inmediatamente después de nacido, el neonato tiene un período muy sensible de alerta que dura aproximadamente una hora y que permite iniciar el vínculo afectivo temprano con su madre. Si se cuenta con una madre alerta y despierta a la que se le permite sostener a su recién nacido en los brazos para darle la bienvenida, acariciarlo y manifestarle su amor, se aprovecha este período de sensibilidad inicial para el

establecimiento de este fundamental requisito en la relación madre-recién nacido: el apego. Este período sensible puede verse como el período de consolidación de la conducta maternal. Después de este período, el vínculo puede aún integrarse, pero es más difícil y no cuenta con los mecanismos naturales de la especie para ayudar a dicho proceso. (16)

Observando la conducta de los recién nacidos durante este período sensible (la primera hora después de nacer), fue posible demostrar que el niño puede ver, tiene preferencias visuales y que voltea la cara a la palabra hablada (las voces de sus padres); además, se observó que todas las madres se comportan de la misma forma: primero tocan las extremidades de su recién nacido con la yema de los dedos, posteriormente acarician su espalda con toda la mano y luego proceden al abrazo total. (7)

El contacto visual es muy intenso; la madre mira al recién nacido y éste le regresa la mirada. La madre automáticamente cambia el tono de su voz y el número de palabras que emite cada vez que se dirige a su recién nacido; por su parte, el recién nacido responde más a una voz aguda que grave. Esta comunicación entre la madre y su hijo no es solamente sonora, sino que incluye también movimiento: así el recién nacido se mueve en sincronía con las palabras de su madre en una especie de danza. El recién nacido no responde de igual manera a otros sonidos distintos al lenguaje. (13)

Fomentar el inicio del vínculo afectivo inmediatamente después del nacimiento, ayuda a una apertura hacia la conducta maternal que se organiza durante la experiencia del parto y se consolida por la presencia del recién nacido. Asimismo, este vínculo afectivo entre la madre y el recién nacido es la base para iniciar el apego, considerado para Bowlby como la relación consciente que se da a partir de la sexta semana de vida del recién nacido.

El apego es la búsqueda de compañía o proximidad de alguien y se forma a partir de experiencias de vinculación con la madre o persona que cuida al recién nacido y es saludable si es que desde el nacimiento se establece un contacto directo con el recién nacido. (17, 16)

La lactancia brinda un espacio de contacto íntimo entre la madre y el recién nacido, puesto que al succionar se estimula al pezón produciendo la prolactina, sustancia que estimulará a la vez las conductas maternas, el contacto corporal, el olor, la voz, las miradas, serán las primeras demostraciones de amor y de comunicación entre la madre y el recién nacido. Una relación sentimental basada en contacto, olor, sabor, miradas y el inicio de un diálogo que luego se producirá a través de las palabras. (18)

Asimismo, el tomar al recién nacido en brazos es otra expresión de apego. Este determina los procesos de maduración. Cumple esencialmente una función de protección contra todas las experiencias, a menudo angustiosas, que se siente desde el nacimiento, ya sean de naturaleza fisiológica, sensorial o las vivencias psíquicas del cuerpo. Además de la manifestación de estas conductas, es necesario el establecimiento de la empatía entre los padres y el recién nacido. (17)

Una de las expresiones del vínculo afectivo entre la madre y el recién nacido es el llanto, su primer lenguaje. El adulto tiene que llegar a comprender lo que quiere decir el llanto. Es muy importante para los padres aprender a distinguir los distintos llantos. Eso evitará tensiones en el adulto, que, con frecuencia, acaban transmitiéndose al recién nacido, complicando y llenando a menudo de temores las relaciones entre éste y el adulto. (19)

El hecho de crear vínculos no se limita a un período determinado. Claramente, el vínculo afectivo puede comenzar de forma contundente desde antes de la concepción o en cualquier momento después, lo que significa que el amor es bienvenido en cualquier época durante el embarazo y, por supuesto, es completamente apropiado en los momentos siguientes al parto, cuando la combinación de las fuerzas fisiológicas y psicológicas es muy beneficiosa. (20)

Este tipo de razonamiento está basado en la nueva y acumulante evidencia de que los recién nacidos comparten con nosotros el misterioso regalo de la conciencia humana sin importar su edad y sus limitaciones físicas. Son capaces de recibir y responder a los “lazos de corazón” a los que nosotros llamamos vínculo afectivo en cualquier momento, y cuanto antes, mejor. A pesar de contradecir las teorías tradicionales de la psicología del desarrollo, esta interpretación es coherente con los otros descubrimientos acerca de los movimientos voluntarios del cuerpo, la expresión personal y el desarrollo sensorial -que ocurren mucho antes de lo que se pensaba. (20)

El rol materno responde a la totalidad de expectativas y actitudes que se esperan de la mujer frente a su maternidad, la relación madre-hijo que da lugar, al establecimiento de pautas de comportamiento destinadas al cuidado del recién nacido y al aseguramiento de su supervivencia física y emocional. (10)

La teoría de Mercer trata de explicar esta adopción de rol materno, situándose en la teoría de los círculos concéntricos de Bronfenbrenner: del microsistema, el mesosistema y el macrosistema; donde el microsistema, es el entorno inmediato donde se produce la adopción del rol maternal, que incluye la familia y factores con el funcionamiento familiar,

las relaciones entre la madre y el padre, el apoyo social y el estrés; el mesosistema, el cual agrupa, influye e interactúa con las personas en el microsistema. Las interrelaciones del mesosistema pueden influir en lo que ocurre al rol maternal en desarrollo y el niño. Incluyen cuidado diario, estudio, trabajo y todo lugar; y el macrosistema, que corresponde a los prototipos generales que existen en una cultura en particular o en la coherencia cultural transmitida. Incluye influencias sociales, políticas y culturales sobre los otros sistemas. El macrosistema se origina por el entorno de cuidado de la salud y el impacto del actual sistema de cuidado de la salud sobre la adopción del rol materno. (21)

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 niño. Mercer en lo referente a salud, define el estado de salud como la percepción que la madre y el padre poseen en su salud anterior, actual o futura, la resistencia o susceptibilidad a la enfermedad, la preocupación por la salud, la orientación de la enfermedad y el rechazo a rol de enfermero. El estado de salud del recién nacido es el grado de enfermedad presente y el estado de salud del niño según creencias de los padres de la salud global. La salud también se considera como un objetivo deseable para el niño y está influida por variables tanto maternas como infantiles. (16, 22)

Actualmente se ha presentado un modelo que describe las 4 fases que se producen en la adopción del rol materno durante el primer año de maternidad: fase de recuperación física, que va del nacimiento al primer mes; fase de consecución, de los 2 a los 4 o 5 meses; fase de interrupción, que tiene lugar de los 6 a los 8 meses y fase de reorganización, del octavo mes al primer año de vida. (21)

A este rol se le asigna los cuidados maternos, que son los que se adoptan con el recién nacido. “En la mujer éstos son especialmente absorbentes y duros, no son instintivos, espontáneos, naturales, sino que siempre se aprenden”, lo que haría suponer, la indudable influencia del entorno: familiar, social y cultural en el aprendizaje de patrones de conducta maternos, siendo éstos interpretados y puestos en práctica por cada mujer en función de su subjetividad. Asimismo su papel activo dentro de la sociedad, como agente de cambio social, la facultaría a desarrollar conductas maternas desde su experiencia propia. (18)

También se define a la adopción del rol materno como el proceso interactivo y evolutivo que se produce durante cierto periodo de tiempo, en el cual la madre se va sintiendo vinculada a su hijo, adquiere competencia en la realización de los cuidados asociados a su rol y experimenta placer y gratificación dentro de dicho rol. Asimismo, se afirma que el desplazamiento hacia el estado personal en el cual la madre experimenta una sensación de armonía, intimidad y competencia dentro de su rol, constituye el punto final de la adopción maternal, es decir, la identidad como madre. (22)

Igualmente se postula que en el proceso de adopción del rol materno ocurren cuatro etapas progresivas: anticipatorio, formal, informal y personal. Las bases de la etapa anticipatorio del rol materno ocurren cuando se es niña, cuando ésta observa a su madre en el contexto familiar, luego durante el embarazo inicia su ajuste psicosocial al rol cuando se deja llevar por la fantasía, se relaciona con su feto en útero e inicia alguna práctica de rol. Con el nacimiento del hijo, pasa a la etapa formal, en la cual identifica a su complemento del rol (su hijo) y asume las tareas en su cuidado. Luego, durante la etapa informal la madre progresa de una etapa de adherencia a normas rígidas y dirigidas por otros, para

adoptar su conducta de rol. Finalmente, en la etapa personal, la madre experimenta un sentido de armonía, confianza y competencia en el dominio del rol. (4)

Los estadios de adopción del rol se solapan y se ven modificados por el crecimiento y el desarrollo del niño. El último estadio de la identidad del rol maternal puede alcanzarse en un mes o varios meses. Los estadios se ven influidos por el apoyo social, el estrés, el funcionamiento de la familia y la relación entre la madre y el padre o algún otro familiar. (22)

Las características y conductas, tanto de la madre como del niño pueden influir en el rol maternal y en el niño. Las características y conductas maternas incluidas en el modelo de Mercer son la simpatía, la sensibilidad de las señales emitidas por el niño, la autoestima y el autoconcepto, la relación con sus padres, la madurez, la flexibilidad, la actitud, el embarazo y la experiencia del nacimiento, la salud, la depresión y el concepto del rol. Las características del niño que afectan al rol maternal son el temperamento, la capacidad de enviar mensajes, la apariencia, las características generales, la respuesta y la salud. (22)

Estas etapas se dan satisfactoriamente cuando la madre se encuentra madura física y psicológicamente, pero este proceso de la adopción del rol materno se ve afectado cuando la madre es adolescente. La adopción del rol materno por la madre adolescente trae consigo implicaciones que tienen que entenderse para poder comprender a cabalidad esta problemática. (4, 8)

Diversos estudios de investigación referentes al tema de adopción del rol materno y nivel de vinculación madre adolescente – recién nacido, son similares al presente estudio, entre ellos podemos citar a:

Alvarado, L, Guarín, L y Cañón-Montañez, W. (2011), en su estudio denominado “Adopción del rol maternal de la teorista Ramona Mercer al cuidado de enfermería binomio madre-hijo: reporte de caso en la Unidad Materno Infantil”, realizado en Santander, Colombia; concluyeron que la aplicación de la teoría de Mercer a la práctica asistencial sirvió como marco para la valoración, planificación, implantación y evaluación del cuidado del binomio madre-hijo, ayudando a simplificar un proceso muy complejo y facilitando su comprensión para la aplicación del mismo en la práctica. (23)

Romero, S. (2011), en su estudio exploratorio denominado “Proceso de apropiación del rol materno en madres adolescentes de 12 a 18 años del Proyecto Adoleisis de la Fundación Patronato Municipal San José, desde la perspectiva sistémica”, llevado a cabo en Quito, Ecuador; concluyeron que: la madre adolescente con un alto nivel de diferenciación es capaz de afirmar sus propias creencias maternas mediante un proceso de razonamiento intelectual considerando los comportamientos válidos y reproducirlos en su rol materno; por otro lado, la adolescente con un bajo nivel de diferenciación adopta una postura contraria al patrón de comportamiento materno y la madre adolescente que ostenta un bajo nivel de diferenciación, establece con su bebé una relación basada en la ansiedad materna. (20)

Martínez, C y Rodríguez, M. (2008), en un estudio descriptivo denominado: “Vivencias de las madres adolescentes del Programa Madre Canguro Integral del Hospital

Universitario San Ignacio frente a la adopción del rol maternal en el segundo período de 2008”, realizado en Valencia, Estado de Carabobo, Venezuela; concluyeron que una adolescente al vivir las cuatro fases de la adopción del rol materno hace que sea independiente en el cuidado de su bebé fortaleciendo el vínculo afectivo con él permitiéndole adquirir su identidad como madre. (24)

Gonzáles, S. (1998), realizó un estudio sobre “Nivel del vínculo afectivo madre-hijo en primíparas adolescentes” en el Hospital “Hipólito Unanue” de Tacna, Perú durante el año 1998 con una muestra de 48 madres primíparas adolescentes y concluyó que la mayoría (97%) de madres presentaron alto nivel de vínculo afectivo por su hijo y el 3% de madres presentó un bajo nivel. (19)

Haro, T. y Penacho, M. (2001), en un estudio descriptivo: “Adopción del rol materno y el nivel de vinculación madre-recién nacido en primíparas”, trabajado en una población constituida por 56 binomios madre-hijo en el Área de Obstetricia del Hospital Regional Docente de Trujillo, Perú; concluyeron que: El mayor porcentaje (58,9%) de madres primíparas presentaron alto nivel de vinculación con su recién nacido, en tanto que, un 41.1% presentó bajo nivel de vinculación, así como que un 72% adoptó un buen rol materno y el 28% restante tuvo una adopción del rol materno entre regular y bajo. (16)

Este estudio se llevó a cabo porque durante el Internado pude evidenciar que las madres adolescentes primíparas suelen manifestar una adaptación inadecuada al rol materno, debido a que para desempeñar su nuevo papel no son lo suficientemente maduras en los aspectos físico, emocional y psicológico, ni están asimismo preparadas para asumir este proceso de transición en forma satisfactoria, o que simplemente por desconocimiento

de las implicancias de este nuevo rol se produce incapacidad e inseguridad en la adopción del mismo. Por otro lado, evidenció que las madres adolescentes primíparas al no establecer de forma adecuada el vínculo afectivo madre – recién nacido, podrían afectar la salud emocional del neonato y da lugar a una baja calidad en los cuidados que la madre le proporcionaría a su hijo.

La investigación se realiza para obtener información científica actual y proponer estrategias para mejorar la interacción de parte del equipo de salud y, en especial, del profesional de Enfermería con la madre adolescente primípara a lo largo del proceso pre y post parto en la adopción del rol materno y el establecimiento adecuado del vínculo afectivo entre la madre y el recién nacido, toda vez que el rol de la Enfermera en la adopción del rol materno y el fortalecimiento del vínculo afectivo entre la madre adolescente y el recién nacido es muy importante, sobre todo juega un papel preponderante en educar, tanto a la madre como al padre, y consiste en estrechar este vínculo (se inicia desde la concepción) inmediatamente después del parto con el contacto piel a piel, así como instruyendo a la madre adolescente para que acaricie, lo cargue, le hable a su recién nacido y se dé inicio al proceso de lactancia materna dándole a conocer la importancia de brindarle su cariño y amor y, así la enfermera desempeña el papel de facilitador en la relación madre adolescente – recién nacido.

Por lo anteriormente expuesto se intenta dilucidar el siguiente problema de investigación:

**¿CUAL ES LA RELACIÓN QUE EXISTE ENTRE LA ADOPCIÓN DEL ROL MATERNO CON EL NIVEL DE VINCULACIÓN MADRE ADOLESCENTE – RECIÉN NACIDO EN EL HOSPITAL VÍCTOR LAZARTE ECHEGARAY 2014?**

**OBJETIVOS:****OBJETIVO GENERAL:**

Determinar la relación entre la adopción del rol materno con el nivel de vinculación madre adolescente – recién nacido en el Hospital Víctor Lazarte Echegaray.

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Identificar la adopción del rol materno en madres adolescentes.
- Identificar el nivel de vinculación madre adolescente – recién nacido.

## **II. MATERIAL Y MÉTODO**

### **2.1 MATERIAL**

#### **2.1.1 Población**

120 madres adolescentes primíparas y su recién nacido.

##### **❖ Criterios de inclusión**

- Madres adolescentes primíparas con recién nacido a término en puerperio mediato hospitalizadas.
- Madres que no presentaron complicaciones.
- Recién nacido en alojamiento conjunto.
- Recién nacido sano.

##### **❖ Criterios de exclusión**

- Madres adolescentes primíparas que no acepten participar en el estudio.
- Madres adolescentes primíparas con algunos trastornos mentales.

#### **2.1.2 Muestra**

La muestra estuvo constituida por 92 madres adolescentes primíparas y su recién nacido atendidas en el puerperio mediato en el Servicio de Obstetricia del Hospital Víctor Lazarte Echegaray entre los meses de octubre 2013 a marzo 2014 y que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión.

#### **2.1.3 Unidad de análisis**

Conformada por cada una de las madres adolescentes primíparas y su recién nacido en puerperio mediato, hospitalizadas en el Servicio de Obstetricia del

Hospital Víctor Lazarte Echegaray durante el mes de febrero 2014, que cumplan con los criterios de inclusión.

## **2.2 MÉTODO**

### **2.2.1 Tipo de estudio**

El estudio es descriptivo, correlacional, de corte transversal.

### **2.2.2 Diseño de investigación**

El diseño es correlacional, de corte transversal, de acuerdo a la clasificación de Hernández B, Fernández, C y Baptista, L. (25)

$X_1$  —————  $X_2$

Donde:

$X_1$ : adopción del rol materno

$X_2$ : nivel de vinculación madre adolescente primípara – recién nacido.

### **2.2.3 Variables y operacionalización de variables**

- **Variable 1:**

Adopción del rol materno

#### **Definición conceptual**

La adopción del rol materno es un proceso interactivo y evolutivo que se produce durante cierto período de tiempo, en el cual la madre adolescente se va sintiendo vinculada a su hijo, adquiere competencia en la realización de los cuidados asociados a su rol y experimenta placer y gratificación dentro de dicho rol. (22)

### **Definición operacional**

- Buena adopción del rol materno = 60 – 80 puntos
- Regular adopción del rol materno = 21 – 59 puntos
- Mala adopción del rol materno = menos de 20 puntos.

- **Variable 2**

Nivel de vinculación madre – recién nacido.

### **Definición conceptual**

El vínculo afectivo es la relación única específica y perdurable entre dos personas, el cual se inicia antes del embarazo, cobra impulso durante el nacimiento y se intensifica después del mismo, cuando los padres y el niño se van conociendo e interviniendo afectivamente. (10)

### **Definición operacional**

- Vinculación Buena : 18 – 15 puntos
- Vinculación Regular : 14 – 10 puntos
- Vinculación Mala : menos de 9 puntos

## **2.2.4 Instrumento de recolección de datos**

En el presente estudio se aplicarán 2 instrumentos:

### **I. Escala de valoración del proceso de adopción del rol materno en madres adolescentes primíparas**

Fue tomada de la tesis: “Proceso de adopción de rol materno El Porvenir 1997”, cuya autora es la Enf. Graciela Sandoval Solar. (26)

Esta escala consta de 6 indicadores:

**Antes del embarazo**

1. Mimetismo o imitación, el cual consta de 11 ítems;
2. Juego de rol, que consta de 2 ítems;

**Durante el embarazo**

3. Fantasía, que consta de 2 ítems

**A partir del nacimiento**

4. Introyección – proyección – exclusión, el cual consta de 2 ítems;
5. Identidad, que consta de 2 ítems
6. Sentimiento de pesar, que consta de 1 ítem.

La escala consta de 20 ítems con una valoración para cada ítem de acuerdo a la siguiente distribución:

Para los ítems con respuestas positivas: 1, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19

- Nunca (N) = 1 punto
- A veces (AV) = 2 puntos
- Frecuentemente (F) = 3 puntos
- Siempre (S) = 4 puntos

Para los ítems con respuestas negativas: 2, 3, 4, 5, 10, 20

- Nunca (N) = 4 puntos
- A veces (AV) = 3 puntos
- Frecuentemente (F) = 2 puntos
- Siempre (S) = 1 punto

El puntaje total de la escala es de 80 puntos, teniendo en cuenta los valores establecidos para cada ítem. Considerándose que los rangos de puntaje total son de:

- Buena adopción del rol materno = 60-80 puntos.
- Regular adopción del rol materno = 21-59 puntos.
- Mala adopción del rol materno = menos de 20 puntos. (Ver Anexo N° 02)

## **II. Escala de valoración de nivel de vinculación madre adolescente primípara–recién nacido a término**

Esta escala fue elaborada por Haro, T y Menacho (2001) para establecer el nivel de vinculación madre–recién nacido en primíparas.

(16)

Consta de 3 indicadores, los cuales son:

- **Conducta de la madre**

El cual consta de 9 ítems.

- **Conducta del recién nacido**

Con 3 ítems.

- **Durante la hospitalización**

Presenta 5 ítems.

El puntaje para cada ítem es:

Si lo hace adecuadamente (SI-A) = 3 puntos

Si lo hace inadecuadamente (SI-I) = 2 puntos

No lo hace (NO) = 1 punto

Se considerarán los rangos de puntaje total como se describe a continuación:

- Vinculación buena = 18-15 puntos.
- Vinculación regular = 14-10 puntos.
- Vinculación mala = menos de 9 puntos. (Ver Anexo N° 03)

## **2.2.5 Procedimientos y análisis estadístico de datos**

### **Procedimiento**

- Para la ejecución del presente estudio se solicitó la autorización del Director del Hospital “Víctor Lazarte Echegaray”.
- Previo al comienzo del estudio, se les solicitó el consentimiento informado a las madres adolescentes primíparas en puerperio mediano hospitalizadas en el Servicio de Obstetricia para su inclusión en el presente estudio.
- Los instrumentos se aplicaron en el alojamiento conjunto del Hospital “Víctor Lazarte Echegaray”
- Los instrumentos se administraron a las madres adolescentes primíparas durante el puerperio mediano.
- La aplicación de los instrumentos tuvo una duración aproximada de 35 minutos por cada madre adolescente primípara.

### **Análisis estadístico de datos**

Los datos recolectados fueron codificados y procesados mediante el programa estadístico SPSS (The Package Statistical for the Social Sciencies), versión 22 para Windows.

La significancia estadística fue considerada al nivel del 5%.

#### **2.2.6 Aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humanos**

Se informó a las participantes en el estudio, acerca de los objetivos y propósitos del mismo, sus beneficios y/o posibles riesgos e inconvenientes, así como la libertad que tienen las participantes para retirarse en el momento que deseen. Asimismo, se les informó que los datos obtenidos serán guardados de forma rigurosa y confidencial, información a la que tendrá acceso sólo la investigadora, se les leyó el consentimiento informado, y luego se procedió a hacer que las madres adolescentes primíparas lo firmaran en caso de aceptar participar en el estudio.

### III. RESULTADOS

TABLA N° 1

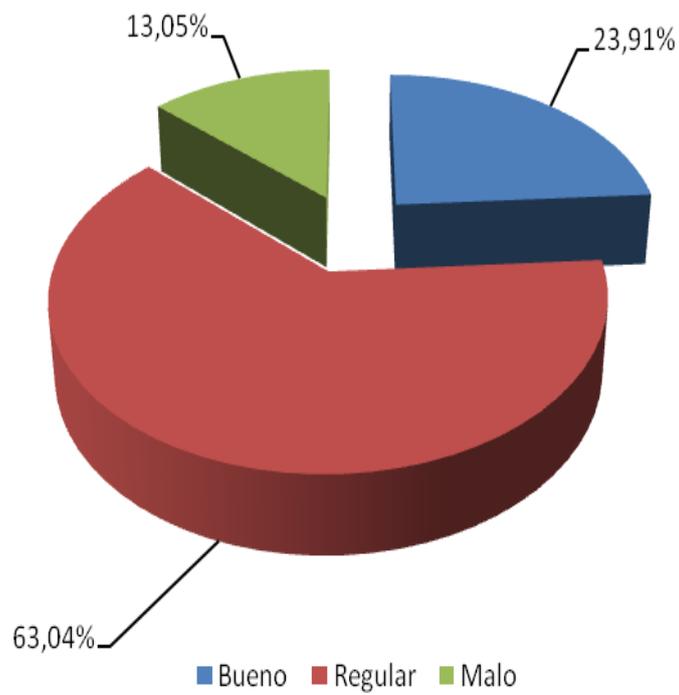
**ADOPCIÓN DEL ROL MATERNO EN MADRES ADOLESCENTES  
PRIMÍPARAS. HOSPITAL VÍCTOR LAZARTE ECHEGARAY. 2014**

<b>ADOPCIÓN DEL ROL MATERNO</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
BUENO	22	23,91
REGULAR	58	63,04
MALO	12	13,05
<b>TOTAL</b>	<b>92</b>	<b>100,00</b>

**Fuente:** Obtenida de la escala de valoración del proceso de adopción del rol materno en madres adolescentes primíparas

### GRÁFICO N° 1

#### PROCESO DE ADOPCIÓN DEL ROL MATERNO EN MADRES ADOLESCENTES PRIMÍPARAS. HOSPITAL VÍCTOR LAZARTE ECHEGARAY. 2014



**Fuente:** Tabla N° 1

**TABLA N° 2**

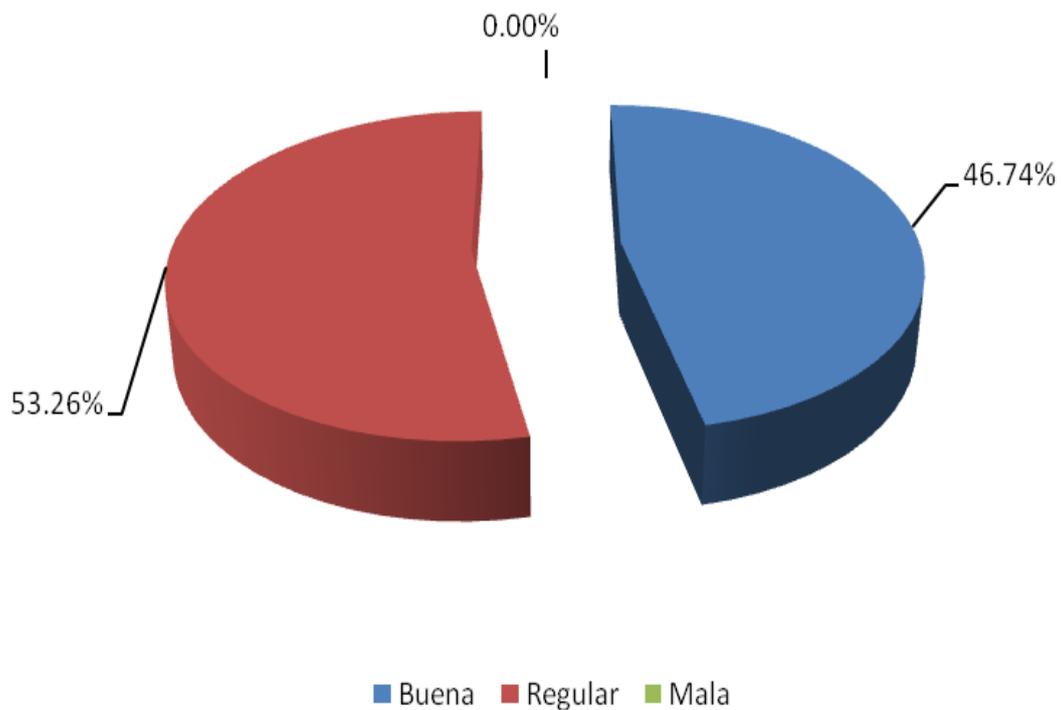
**NIVEL DE VINCULACIÓN MADRE ADOLESCENTE – RECIÉN NACIDO.  
HOSPITAL VÍCTOR LAZARTE ECHEGARAY. 2014**

<b>NIVEL DE VINCULACIÓN</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
BUENO	43	46,74
REGULAR	49	53,26
MALO	0	0.00
<b>TOTAL</b>	<b>92</b>	<b>100.00</b>

**Fuente:** Obtenida de la escala de valoración de nivel de vinculación madre adolescente primípara-recién nacido a término

## GRÁFICO N° 2

### NIVEL DE VINCULACIÓN MADRE ADOLESCENTE – RECIÉN NACIDO. HOSPITAL VÍCTOR LAZARTE ECHEGARAY. 2014



**Fuente:** Tabla N° 2

**TABLA N° 3**

**RELACIÓN ENTRE LA ADOPCIÓN DEL ROL MATERNO Y EL NIVEL DE VINCULACIÓN MADRE ADOLESCENTE PRIMÍPARA – RECIÉN NACIDO. HOSPITAL VÍCTOR LAZARTE ECHEGARAY. 2014**

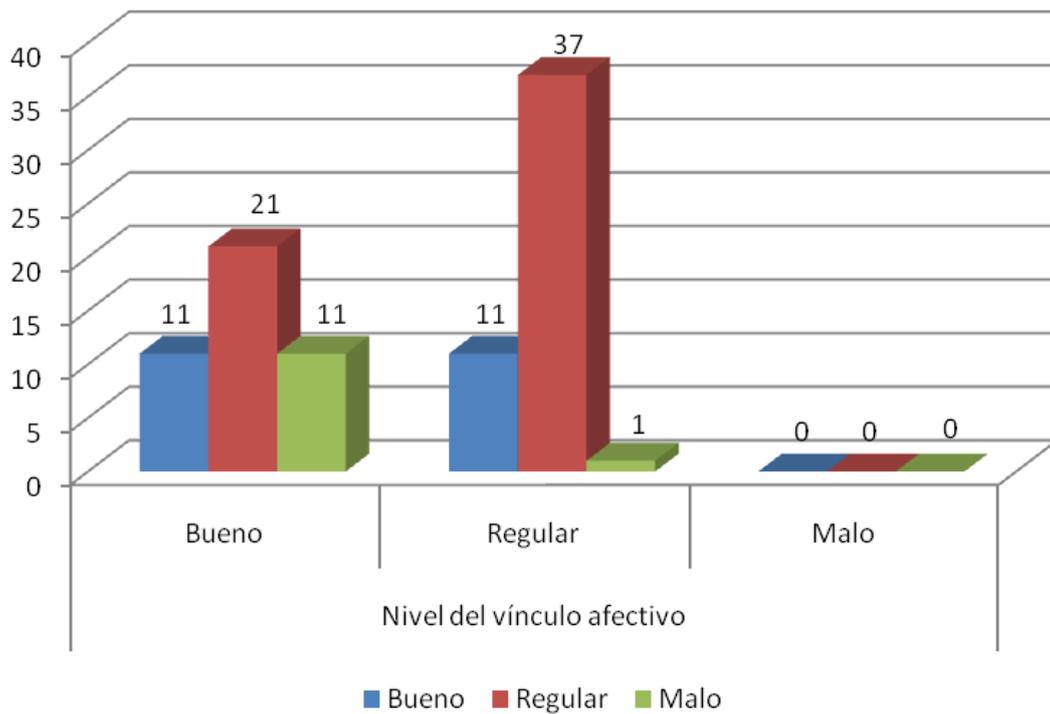
ADOPCIÓN DEL ROL MATERNO	NIVEL DEL VÍNCULO AFECTIVO						TOTAL	
	BUENA		REGULAR		MALA		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
BUENO	11	25,58	11	22,45	0	0,00	22	23,92
REGULAR	21	48,84	37	75,51	0	0,00	58	63,04
MALO	11	25,58	1	2,04	0	0,00	12	13,04
<b>TOTAL</b>	43	100,00	49	100,00	0	0,00	92	100,00

**Fuente:** Instrumento sobre Rol Materno y Nivel de Vinculación aplicado

$X^2 = 12.40$	$p < 0.05$
---------------	------------

**GRÁFICO N° 3**

**RELACIÓN ENTRE EL PROCESO DE ADOPCIÓN DEL ROL MATERNO Y EL NIVEL DE VINCULACIÓN MADRE ADOLESCENTE PRIMÍPARA – RECIÉN NACIDO. HOSPITAL VÍCTOR LAZARTE ECHEGARAY. 2014**



**Fuente:** Tabla N° 3

#### IV. DISCUSIÓN

Se realizó el estudio de investigación con una muestra de 92 madres adolescentes primíparas y su recién nacido atendidas en el puerperio mediano en el Servicio de Obstetricia del Hospital Víctor Lazarte Echegaray entre los meses de octubre 2013 a marzo 2014 a fin de determinar la relación que existe entre la adopción del rol materno y el nivel de vinculación madre adolescente – recién nacido.

En la **Tabla N° 1**, según la adopción del rol materno, se evidenció que del total de madres adolescentes primíparas, el 23,91% tuvo una adopción del rol materno bueno; el 63,04% regular y el 13,05% malo (**Gráfico N° 1**).

Estos resultados concuerdan con los reportados por Haro, T y Penacho, M (16), quienes señalan que el 72% de madres primíparas adoptaron un buen rol materno y el 28% restante tuvo una adopción del rol materno entre regular y malo.

Asimismo, los resultados se asemejan al estudio realizado por Martínez, C y Rodríguez, M (24), quienes encontraron que una adolescente al vivir las cuatro fases de la adopción del rol materno hace que sea independiente en el cuidado de su bebé fortaleciendo el vínculo afectivo con él.

Esta adaptación al rol materno, se considera como un proceso gradual de transición de roles y se basa en un marco de referencia conceptual de etapas y tareas del desarrollo que permiten observar éstos como si fuesen normales o usuales, pero también considera desviaciones, tensiones, o falta de adaptación; según las circunstancias, este proceso se

lleva a cabo en el período de tres a diez meses e incluye la vinculación al lactante, al identificarlo, tocarlo e interactuar con él, obtener gratificación y adquirir destrezas en desempeñar funciones maternas y en las interacciones con el recién nacido, así mismo esta vinculación y la adaptación de la madre puede retrasarse e impedirse si el estado de salud del niño es menor al óptimo. (11, 12)

Por lo expuesto, se puede afirmar que la mayoría de madres adolescentes primíparas tuvieron una regular adopción del rol materno lo que las hace sentirse más maduras y realizadas, pero para esto debe contar con el apoyo del personal de Enfermería tratando de incentivar y propiciar en las madres adolescentes primíparas esta adopción de su rol materno.

Este resultado puede atribuirse a la actitud que adoptan las madres adolescentes primíparas ante la maternidad, que varía según su propia individualidad, y que a algunas de ellas les permite ajustarse a este hecho y a la pérdida de su condición de adolescente, mientras que a otras madres dicho ajuste y pérdida les resulta intolerable.

En la **Tabla N° 2** se observó que el 46,74% de madres adolescentes primíparas tienen un nivel de vinculación madre adolescente – recién nacido bueno, y el mayor porcentaje el cual es 53,26% presentaron un nivel de vinculación regular, siendo el nivel de vinculación malo de 0% (**Gráfico N° 2**).

Estos resultados difieren con los encontrados por Haro, T y Penacho, M (16), quienes encontraron que el mayor porcentaje (58,9%) de madres primíparas presentaron alto nivel

de vinculación con su recién nacido, en tanto que un 41.1% presentó bajo nivel de vinculación.

También coincide con los resultados encontrados por González (19), quien reportó que un 97% de madres primíparas adolescentes presentaron un alto nivel de vínculo afectivo por su hijo y el 3% de madres primíparas presentó un nivel bajo.

Se debe tener en cuenta que el vínculo afectivo se desarrolla como consecuencia de las repuestas de la madre ante las conductas innatas del recién nacido. Desde que él nace, empieza a interactuar con la madre a través del contacto piel a piel, las miradas y la interacción entre ambos en el momento de la lactancia. El recién nacido empieza a reconocer y diferenciar a la persona que lo acompaña y lo cuida siempre, posteriormente mostrará preferencia por esa persona, estará contento con su compañía y se disgustará en su ausencia, éstas son las manifestaciones que indican el desarrollo del vínculo entre la madre y su recién nacido. (10)

Se ha demostrado que inmediatamente después de nacido, el neonato tiene un período muy sensible de alerta que dura aproximadamente una hora y que permite iniciar el vínculo afectivo temprano con su madre. Si se cuenta con una madre alerta y despierta a la que se le permite manifestarle su amor, se aprovecha este período de sensibilidad inicial para el establecimiento de este fundamental requisito en la relación madre-recién nacido: el apego. Después de este período, el vínculo puede aún integrarse, pero es más difícil y no cuenta con los mecanismos naturales de la especie para ayudar a dicho proceso. (15)

El resultado obtenido se debió a que las madres adolescentes demoran un cierto tiempo en aceptar al recién nacido, lo que incide en el establecimiento del nivel de vinculación madre adolescente – recién nacido.

En la **Tabla N° 3**, se aprecia que cuando la adopción del rol materno es bueno el 25,58% de madres adolescentes primíparas presentan un nivel de vínculo afectivo bueno, y el 22,45% tuvo un nivel de vínculo afectivo regular, siendo el nivel de vínculo afectivo malo inexistente. Por otro lado, cuando la adopción del rol materno es regular el 48,84% de madres adolescentes primíparas presentan un nivel de vínculo afectivo bueno, y el 75,51% tuvo un nivel de vínculo afectivo regular, siendo el nivel de vínculo afectivo malo inexistente; y, por último, cuando la adopción del rol materno es malo el 25,58% de madres adolescentes primíparas presentan un nivel de vínculo afectivo bueno, y el 2,04% tuvo un nivel de vínculo afectivo regular, siendo el nivel de vínculo afectivo malo inexistente (**Grafico N° 3**).

Estos resultados muestran que cuando la adopción del rol materno es bueno, las madres adolescentes primíparas presentan en mayor medida un nivel de vínculo afectivo bueno; cuando la adopción del rol materno es regular, las madres adolescentes primíparas presentan en mayor medida un nivel de vínculo afectivo regular, y cuando la adopción del rol materno es malo, las madres adolescentes primíparas presentan en mayor medida un nivel de vínculo afectivo bueno en el Hospital Víctor Lazarte Echeagaray de la ciudad de Trujillo.

Los resultados presentados coinciden con los de Romero (28), en su estudio exploratorio denominado “Proceso de apropiación del rol materno en madres adolescentes

de 12 a 18 años del Proyecto Adoleisis de la Fundación Patronato Municipal San José, desde la perspectiva sistémica”, donde concluye que existe relación directa entre la adopción del rol materno y el nivel de vínculo madre adolescente y su hijo.

Finalmente, se puede afirmar que los hallazgos que se ha encontrado permiten demostrar que entre la adopción del rol materno y el nivel de vínculo madre adolescente – recién nacido existe una relación significativa, lo que permite corroborar que cuando la madre adolescente primípara adopta su rol materno el nivel de vínculo con su hijo es bueno.

El establecimiento de un nivel de vínculo afectivo madre adolescente – recién nacido bueno influye en la capacidad de este último para establecer relaciones sanas a lo largo de su vida, con un buen ajuste social, evitando de esta manera la aparición de una baja autoestima, vulnerabilidad al estrés y problemas en sus relaciones sociales con vínculos poco sólidos.

## V. CONCLUSIONES

1. La adopción del rol materno en madres adolescentes primíparas fue bueno en un 23,91%; regular en 63,04% y malo en 13,05%.
2. El nivel de vinculación madre adolescente – recién nacido fue bueno en 46,74%, regular en 53,26% e inexistente en el nivel de vinculación malo.
3. Se encontró relación estadística significativa entre la adopción del rol materno en madres adolescentes primíparas y el nivel de vinculación madre adolescente – niño recién nacido ( $p < 0.05$ ).

## **VI. RECOMENDACIONES**

1. El personal de Enfermería debe brindar apoyo a las madres adolescentes primíparas en el fortalecimiento de la adopción del rol materno, incentivando y propiciando en ellas las acciones adecuadas como el tocar al recién nacido, interaccionar con él, adquiriendo la madre adolescente las destrezas necesarias para desempeñar sus funciones maternas.
2. El personal de Enfermería debe fomentar el vínculo afectivo entre la madre adolescente primípara y el recién nacido, sobre todo en la primera hora, cuando el neonato se encuentra muy sensible a toda manifestación de amor por parte de la madre: miradas, tocamientos e interacción en la lactancia.
3. Implementar y desarrollar programas educativos con el fin de enseñar a las madres adolescentes primíparas lo importante que es la adopción del rol materno y cómo es que se logra establecerlo, lo que a su vez, permitirá un mejor establecimiento del vínculo afectivo entre la madre y el recién nacido.

## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alvarado, L., Guarín, L. y Cañon-Montañez, W. (2011). Adopción del rol maternal de la teórica Ramona Mercer al cuidado de enfermería binomio madre-hijo: reporte de caso en la Unidad Materno Infantil. *Rev Cuid* 2011; 2(2): 195-201. [Consultado el 28 de enero del 2014 de URL: <http://cuidarte.udes.edu.co/attachments/article/56/adopcion%20del%20rol%20maternal.pdf>]
2. Bowlby J. Una base segura: Aplicaciones clínicas de la teoría del apego, Buenos Aires, Paidós, 1989.
3. Coleman, John y Hendry, Leo, *Psicología de la Adolescencia*, 4º ed., Ediciones Morata, Madrid – España 2003
4. Dickason, S (1995): *Enfermería Materno Infantil*, 2ª ed. Edit. Mosby/Doyma Libros. España, pp: 141, 347.
5. Gómez, J.F. La relación madre hijo. Interacciones tempranas. En: *Memorias XIV Curso de residentes de Pediatría de la Universidad de Antioquia*. Medellín, 1995.
6. Gonzáles, S. (1998). Nivel del vínculo afectivo madre-hijo en primíparas adolescentes. Tacna. Tesis para optar el Grado de Maestra en Enfermería con mención en Salud Familiar Comunitaria. Trujillo, Perú.
7. Haro, T y Menacho, M. (2001). Adopción del Rol Materno y el Nivel de Vinculación Madre - Recién Nacido en Primíparas. Tesis para optar el Grado de Licenciada en Enfermería. Trujillo, Perú.
8. Hernández, B, Fernández, C. y Baptista, L. (2010). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill.
9. Knibiehler, Yvonne, *Historia de las madres y de la maternidad en occidente*, primera edición, Ed. Nueva Visión, Buenos Aires – Argentina 2001

10. Marriner, A y Alligood, M. (2011). Modelos y teorías en Enfermería, Madrid: Elsevier
11. Marriner, A. (1994): Modelos y teorías de enfermería, 3ª ed., Edit. Harcourt Brace, México, pp. 76-95.
12. Martínez, C y Rodríguez, M. (2008). Vivencias de las madres adolescentes del Programa Madre Canguro Integral del Hospital Universitario San Ignacio frente a la adopción del rol maternal en el segundo período de 2008. Tesis para optar el Título de Enfermera Profesional. Bogotá, Colombia.
13. Mercer, R. (1981). A theoretical-framework for studyng factors that impact on the mathermal role. Nursing research
14. Mercer, R. (1997) Conferencia Vínculo. [Consultado el 23 de setiembre del 2013 de la URL: <http://www.fmde.uba.aer/mspba/jorcond.htm>]
15. Organización Panamericana de la Salud. (2006). El embarazo en la adolescencia Precoz. [Consultado el 20 de setiembre del 2013 de la URL: [http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=1020.4989-8000400007aescrpt=sci\\_artext+\\_ing=es.](http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=1020.4989-8000400007aescrpt=sci_artext+_ing=es.)]
16. Organización Mundial de la Salud (2012). El embarazo adolescente. [Consultado el 29 de octubre del 2013 de <http://www.un.org/esa/socdev/unyin/spanish/wpayhealth.htm#WYR2005>]
17. Organización Mundial de la Salud. (2014). El embarazo en la adolescencia. Nota descriptiva N° 364. [Consultado el 3 de diciembre del 2016 de URL: <http://www.xho.int/mediacentre/factsheets/fs364/esp>]
18. Pérez, F. Facultad de Medicina, Universidad de Zaragoza. Adolescentes Embarazadas. [Consultado el 25 de setiembre del 2013 de la URL: <http://adolescentesembarazadas.wordpress.com/http://adolescentesembarazadas.wordpress.com/>]

19. Reeder (1995) Enfermería Materno Infantil, 17<sup>a</sup>. Ed. Edit. Mc Graw Hill Interamericana, México, pp 58, 61, 312-316, 330-340.
20. RPPNoticias. (2015). INEI: Embarazo adolescente en Perú sube al 14,6%. [Consultado el 3 de diciembre del 2016 de URL: <http://rpp.pe/peru/actualidad/inei-embarazo-adolescente-en-peru-sube-al-146-noticia-815582>]
21. Romero, S. (2011). Proceso de apropiación del rol materno en madres adolescentes de 12 a 18 años del Proyecto Adoleisis de la Fundación Patronato Municipal San José, desde la perspectiva sistémica. Tesis previa a la obtención del título de Psicóloga. Quito: Universidad Politécnica Salesiana.
22. Ruoti A. Embarazo en la adolescencia. En: Ruoti y col. Salud reproductiva: Obstetricia y perinatología. 2da Edición. Efacim-Eduna: Asunción; 2000. Cap. 8: 851.
23. Sandoval, G. (1997). Proceso de adopción del rol materno en primíparas. El Porvenir. Tesis para optar el Grado de Maestra en Enfermería con mención en Salud de la Mujer y Niño. Trujillo, Perú.
24. Trueba, G. (2010). El vínculo afectivo entre la madre y el hijo. [Consultado el 26 de setiembre del 2013 de la URL: <http://www.rebozoway.org/espanol/vinculo.htm>]
25. UNFPA. Informe sobre la población mundial 2013 del Fondo de Naciones Unidas para la Población.
26. Urresti M. Cambio de escenarios sociales, experiencia juvenil urbana y escuela. En: Tenti E. Una escuela para los adolescentes. UNICEF/Losada: Buenos Aires; 2000

# **ANEXOS**



**Universidad Privada Antenor Orrego**  
**Facultad de Ciencias de la Salud**  
**Escuela Profesional de Enfermería**

**ANEXO 1**  
**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo,.....,  
después de haber recibido orientación acerca de la presente investigación realizada por la Bachiller en Enfermería Srta. Noelia Lisset Terán Alfaro, acepto participar en este estudio con el propósito de contribuir a la realización de la investigación titulada: “ADOPCIÓN DEL ROL MATERNO EN RELACIÓN CON EL NIVEL DE VINCULACIÓN MADRE ADOLESCENTE-RECIÉN NACIDO. HOSPITAL VÍCTOR LAZARTE ECHEGARAY. 2014”.

Este estudio ayudará a determinar la relación que existe entre la adopción del rol materno y el nivel de vinculación madre adolescente-recién nacido.

La aplicación del instrumento se realizará en un tiempo de 30 minutos.

El resultado será dado si lo solicita a la investigadora.

Fecha \_\_\_\_\_

---

**Noelia Lisset Terán Alfaro**  
**Investigadora**

---

**Participante**



**Universidad Privada Antenor Orrego**  
**Facultad de Ciencias de la Salud**  
**Escuela Profesional de Enfermería**

**ANEXO N° 02**  
**ESCALA DE VALORACIÓN DEL PROCESO DE ADOPCIÓN DEL ROL**  
**MATerno EN MADRES ADOLESCENTES**

Autora Enf. Graciela Sandoval Solar 1997.

**INSTRUCTIVO:** Tiene el propósito de identificar la adopción del rol materno en madres adolescentes.

A continuación les entregaré la escala con las preguntas que usted debe contestar con la mayor sinceridad, indicando nunca, algunas veces, frecuentemente o siempre.

ÍTEMS	N	AV	F	S
<b>A) Mimetismo o imitación (antes del embarazo)</b>				
1. Pensó en tener hijos				
2. Planificó su embarazo				
3. Rechazó su embarazo por las molestias provocadas				
4. Se preocupó por los cambios de su cuerpo				
5. Le afectó la opinión de los demás sobre los cambios de su persona				
6. Usó ropas flojas, como vestimenta de maternidad				
7. Preparó con agrado la ropa de su hijo				
8. Eligió el nombre de su hijo anticipadamente				
9. Cambió su manera de ser				
10. Tuvo temor a las complicaciones del embarazo y el parto				
11. Realizó prácticas familiares para aliviar molestias del embarazo				
<b>B) Juego de rol (antes del embarazo)</b>				
12. Hizo de mamá con algún niño(a)				
13. Aprendió a actuar como madre				
<b>C) Fantasía (durante el embarazo)</b>				
14. Pensó cómo sería su hijo(a)				
15. Se imaginó cómo sería su comportamiento frente a su primer hijo(a)				
<b>D) Introyección – proyección – exclusión (a partir del nacimiento)</b>				
16. Realizó cuidados que aprendió de sus familiares, para atender a su hijo(a)				
17. Cuidó creativamente a su hijo e hija				
<b>E) Identidad (a partir del nacimiento)</b>				
18. Se sintió feliz de cuidar a su hijo(a)				
19. Se sintió contenta y satisfecha de ser madre				
<b>F) Sentimiento de pesar (a partir del nacimiento)</b>				
20. Sintió pesar al dejar ciertos roles anteriores (de estudiante, de trabajadora)				



**Universidad Privada Antenor Orrego**  
**Facultad de Ciencias de la Salud**  
**Escuela Profesional de Enfermería**

**ANEXO N° 03**

**ESCALA DE VALORACIÓN DEL NIVEL DE VINCULACIÓN MADRE  
 ADOLESCENTE – RECIÉN NACIDO A TÉRMINO**

Autores Haro, T. y Menacho, M. 2001

**INSTRUCTIVO:** El llenado del presente instrumento es personal y anónima. Tiene el propósito de establecer el nivel de vinculación madre adolescente – recién nacido a término.

ÍTEMS	RESPUESTAS		
	SÍ-A	SÍ-I	NO
<b>CONDUCTA DE LA MADRE</b>			
• Distancia cercana (menos de 20 cm entre la cara de la madre y el bebé)			
• Toca la piel del recién nacido			
• Acaricia a su bebé espontáneamente			
• Lo besa al bebé			
• Mira cara a cara a su hijo(a)			
• Mira los ojos de su hijo(a)			
• Le sonríe			
• Le dice palabras cariñosas			
• Movimiento de cabeza agitar o balancear			
<b>CONDUCTA DEL RECIÉN NACIDO</b>			
• Mirada atenta			
• Fasciculación			
• Movimientos del cuerpo o de los ojos en respuesta a conductas positivas de la madre			
<b>DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN</b>			
• Disponen de un cierto tiempo a solas			
• Favorece el alojamiento conjunto			
• Favorece la lactancia materna			
• Preocupación de la madre por el bienestar del niño			
• Se preocupa por la vestimenta del recién nacido			