

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**“NIVEL DE AUTOESTIMA Y LA INTERRELACIÓN MADRE – RECIÉN
NACIDO EN MADRES ADOLESCENTES PRIMÍPARAS DEL SERVICIO DE
PUERPERIO DEL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION
DEL CALLAO, OCTUBRE 2015”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

AUTORES:

Jessica Jasmin Escobar Valdivia

Christina Hellena Huertas Navarro

Callao, Octubre 2015

PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO

- | | |
|------------------------------------|------------|
| • Mg. Haydee Blanca Román Aramburu | PRESIDENTA |
| • Mg. Maria Elena Teodosio Ydrugo | SECRETARIA |
| • Lic Laura Margarita Zela Pacheco | MIEMBRO |

ASESOR: Mg. Jose Luis Salazar Huarote

NUMERO DE LIBRO: 01

NUMERO DE ACTA DE SUSTENTACIÓN: 010/2016

NUMERO DE FOLIO DE ACTA: 089

RESOLUCION DE SUSTENTACIÓN: 013-2016-D/FCS

FECHA DE APROBACIÓN DE TESIS: 22 de Febrero del 2016

DEDICATORIA

A DIOS principalmente por guiar mis pasos con su amor infinito, por ser mi fortaleza en el trayecto de la realización de esta investigación.

A mis PADRES el apoyo, el amor y la confianza que siempre tuvieron en mí, ustedes siguen siendo las razones por las cuales sigo firme en mis objetivos.

A mis ABUELITOS que con su amor supieron cultivar en mí una gran admiración.

Christina Huertas Navarro

A mis principales motivos, hoy mis ángeles, que me enseñaron a esforzarme por cumplir mis objetivos y que hoy desde el cielo me acompañan en todo momento, gracias a ellos todo este esfuerzo ha tenido frutos.

A mi madre, mi compañera incondicional, quien me ha apoyado siempre.

A Dios, que sin él nada sería posible.

Jessica Escobar Valdivia

A nosotras mismas, porque después de tanto sacrificio, esfuerzo y perseverancia, pudimos concretar lo que un día nos trazamos como un objetivo, hoy podemos decir "lo logramos", y esto solo es el inicio de muchas cosas mejores.

AGRADECIMIENTO

Un sincero y profundo agradecimiento a todas las personas que con su apoyo han colaborado en la realización de esta investigación.

A Dios que es el que guía nuestros pasos, nos da fortaleza y nos protege con su amor verdadero.

A nuestros padres y familiares, quienes nos brindaron todo el apoyo que necesitábamos tanto moral y económico para la realización de esta investigación.

A nuestro querido asesor Mg. Jose Luis Salazar Huarote y Jurado evaluador Mg. Haydee Blanca Roman Aramburu, Mg. Maria Elena Teodosio Ydrugo y Lic. Laura Margarita Zela Pacheco quienes nos ayudaron para el desarrollo de esta investigación y nos cultivaron ese amor por la investigación.

A la Jefa de Enfermeras del Servicio de Puerperio del presente lugar de investigación y a todas las licenciadas de turno que nos brindaron las facilidades para poder realizar esta investigación.

A cada una de las madres adolescentes que participaron voluntariamente y que debido a su colaboración se pudo realizar el trabajo.

**“NIVEL DE AUTOESTIMA Y LA INTERRELACIÓN MADRE –
RECIÉN NACIDO EN MADRES ADOLESCENTES PRIMÍPARAS
DEL SERVICIO DE PUERPERIO DEL HOSPITAL NACIONAL
DANIEL ALCIDES CARRION DEL CALLAO, OCTUBRE 2015”**

INDICE

	Pág.
TABLAS DE CONTENIDO	4
RESUMEN	6
ABSTRACT	7
I. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN	
1.1. Identificación del problema	8
1.2. Formulación del problema	12
1.4. Objetivos de la investigación: General y Específicos	12
1.5. Justificación del problema	13
II. MARCO TEÓRICO.	
2.1. Antecedentes del estudio	14
2.2. Bases epistémicas	19
2.3. Bases culturales	42
2.4. Bases científicas	43
2.5. Definición de términos	48
III. VARIABLES E HIPOTESIS	
3.1. Definición de variables	49
3.2. Operacionalización de variables	50
3.3. Hipótesis general y específica	52

IV. METODOLOGÍA	
4.1. Tipo de investigación	52
4.2. Diseño de la investigación	53
4.3. Población y Muestra	53
4.4. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos	56
4.5. Procedimiento de recolección de datos	58
4.6. Procesamiento estadístico y análisis de datos	58
V. RESULTADOS	59
VI. DISCUSION DE RESULTADOS	
6.1 . Contrastación de hipótesis con los resultados	68
6.2. Contrastación de resultados con otros estudios similares	68
VII. CONCLUSIONES	71
VIII. RECOMENDACIONES	72
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	73
ANEXOS	78
ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA	79
ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO. FORMATO 1	83
ANEXO 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO. FORMATO 2	84
ANEXO 4: CUESTIONARIO	85
ANEXO 5: GUIA DE OBSERVACION	88

ANEXO 6: PRUEBA DE VALIDEZ (PRUEBA BINOMIAL)	91
ANEXO 7: PRUEBA DE INDEPENDENCIA (CHI CUADRADO)	92
ANEXO 8: ANALISIS DE CONFIABILIDAD (ALPHA DE CROMBACH)	93

TABLAS DE CONTENIDO

CUADRO 5.1: EDADES DE MADRES ADOLESCENTES PRIMIPARAS DEL SERVICIO DE PUERPERIO DEL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN CALLAO, OCTUBRE 2015.....	59
CUADRO 5.2: NIVEL DE AUTOESTIMA EN MADRES ADOLESCENTES PRIMIPARAS DEL SERVICIO DE PUERPERIO DEL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN CALLAO, OCTUBRE 2015.....	60
CUADRO 5.3: INTERRELACIÓN EN EL AREA CORPORAL ENTRE LAS MADRES ADOLESCENTES PRIMIPARAS Y SU RECIEN NACIDO DEL SERVICIO DE PUERPERIO DEL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN CALLAO, OCTUBRE 2015.....	61
CUADRO 5.4: INTERRELACIÓN EN EL AREA VISUAL ENTRE LAS MADRES ADOLESCENTES PRIMIPARAS Y SU RECIEN NACIDO DEL SERVICIO DE PUERPERIO DEL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN CALLAO, OCTUBRE 2015.....	62
CUADRO 5.5: INTERRELACIÓN EN EL AREA VERBAL ENTRE LAS MADRES ADOLESCENTES PRIMIPARAS Y SU RECIEN NACIDO DEL SERVICIO DE PUERPERIO DEL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN CALLAO, OCTUBRE 2015.....	63
CUADRO 5.6: INTERRELACIÓN EN EL AREA DE SOSTÉN ENTRE LAS MADRES ADOLESCENTES PRIMIPARAS Y SU RECIEN NACIDO DEL SERVICIO DE PUERPERIO DEL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN CALLAO, OCTUBRE 2015.....	64

CUADRO 5.7: INTERRELACIÓN TOTAL ENTRE LAS MADRES ADOLESCENTES PRIMIPARAS Y SU RECIEN NACIDO DEL SERVICIO DE PUERPERIO DEL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN CALLAO, OCTUBRE 2015.....65

CUADRO 5.8: INFLUENCIA DEL NIVEL DE AUTOESTIMA EN LA INTERRELACIÓN MADRE – RECIEN NACIDO DEL SERVICIO DE PUERPERIO DEL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN CALLAO, OCTUBRE 2015.....66

RESUMEN

El objetivo del estudio fue determinar la influencia del nivel de autoestima en la interrelación madre – recién nacido en madres adolescentes primíparas del servicio de Puerperio del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao en el mes de Octubre, en un estudio de tipo descriptivo, correlacional de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 36 madres la cual se seleccionó a través del muestreo probabilístico aleatorio simple, obteniéndose los datos aplicando como técnicas; la encuesta y la observación. Los instrumentos utilizados fueron el cuestionario y la guía de observación, los cuales fueron validados mediante el juicio de 11 expertos y aplicándose la prueba binomial cuyo resultado fue 92,42%. Los principales resultados fueron que el 45% de madres adolescentes que tienen una autoestima baja, sostienen una mala interrelación con su recién nacido y el 36% de madres adolescentes con autoestima alta mantienen una adecuada interrelación. Como resultado del coeficiente de relación (Chi cuadrado) se obtuvo una relación estadísticamente significativa entre el nivel de autoestima y la interrelación madre -recién nacido con un valor $p < 0.05$.

Palabras claves: Nivel de Autoestima, Interrelación madre - recién nacido, Madres adolescentes primíparas.

ABSTRACT

The aim of the study was to determine the influence of self-esteem in the mother inter - newborn in primiparous adolescent mothers service Postpartum Daniel Alcides Carrión National Hospital of Callao in October, in a study of descriptive, correlational cross-section. The sample consisted of 36 mothers which was selected through a simple random probability sampling, obtaining data by applying such techniques; survey and observation. The instruments used were the questionnaire and the observation guide, which were validated by the judgment of 11 experts and apply the binomial test whose result was 92.42%. The main findings were that 45% of teenage mothers who have low self-esteem, say a bad relationship with your newborn and 36% of teenage mothers with high self esteem maintain proper relationship. As a result of the correlation coefficient (Chi square) a statistically significant relationship between self-esteem and mother -just interrelationship born with a $p < 0.05$ value was obtained.

Keywords: self-esteem, Interaction mother - newborn primiparous adolescent mothers.

PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Según Molina, Ferrada y Perez en el 2004 y Romo y Nadeem en el 2007, la maternidad adolescente es una condición que genera interés y preocupación a nivel mundial debido fundamentalmente a la situación de alto riesgo en la que se encuentran la madre adolescente y su niño. Las dificultades asociadas a la maternidad afectan a las adolescentes en diferentes aspectos como el psicológico, el educativo o el social.

Es necesario tener en cuenta que la adolescencia es una etapa de la vida que está protagonizada por diversos cambios a nivel físico y psicológico, donde se completan los cambios de la propia identidad de la persona, marcando los pilares para fundamentar las bases de la personalidad. Cuando a esta etapa además, se le añade el hecho de ser madre, la adolescente se enfrenta a una situación donde debe asumir una pluralidad de roles, dentro de los cuales se realiza mayor énfasis en el de la maternidad. (1)

Además, según Campbell en el 2001, la adolescencia temprana se ha considerado, en particular, un periodo especialmente relevante para la formación de la autoestima, en la cual los individuos se muestran vulnerables a experimentar una disminución en la misma.

Si bien en la infancia los niveles son similares en ambos sexos, en la adolescencia emerge un "vacío" entre ellos, presentando los varones una autoestima más elevada que las mujeres y en particular en adolescentes de 16-17 años.

En concreto, una autoestima alta en adolescentes se asocia con una percepción menos negativa del estrés cotidiano (Dumont y Provost, 1999). Los jóvenes con una autoestima elevada informan también de que disfrutaban de más experiencias positivas y son a su vez más eficaces en el afrontamiento de experiencias negativas, generando respuestas más adaptativas tras el fracaso (2), de forma tal que si la mujer primípara desarrolla una buena autoestima, puede aprender más eficazmente, se comunica y

desarrolla relaciones mucho más gratas y le dará mayor conciencia a su vida para que se produzca el proceso de vinculación entre la madre el bebé de forma satisfactoria y saludable. (3)

Según la OMS en su actualización del 2014 unos 16 millones de muchachas de 15 a 19 años y aproximadamente 1 millón de niñas menores de 15 años dan a luz cada año, la mayoría en países de ingresos bajos y medianos. En las Estadísticas Sanitarias Mundiales de ese mismo año se indica que la tasa media de natalidad mundial entre las adolescentes de 15 a 19 años es de 49 por 1000 muchachas. (4)

No obstante, según datos de la Organización de Naciones Unidas cada año se producen en el mundo 7,3 millones de partos de niñas y adolescentes de hasta 18 años, de los cuales dos millones corresponden a niñas menores de 15 años, una cifra que, de mantenerse la tendencia actual, llegará a tres millones en 2030.

Las tasas están bajando a nivel general, pero en América Latina y el Caribe los partos de niñas de menos de 15 años aumentaron. (5)

En América Latina, la segunda región del mundo con mayor fecundidad adolescente después de África, es también la segunda región donde menos ha disminuido la maternidad infantil en los últimos veinte años (-12,9%), sobre todo teniendo en cuenta los bajos niveles de fecundidad total de los países y sus mejoras en educación y salud.

Tal es así, que en el año 2014, el 28% de mujeres en América Latina fue madre antes de los 20 años, según ha dado a conocer un estudio de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).(6)

La mayor proporción de embarazos adolescentes de la región se registra en varios países de Centroamérica como Nicaragua, Honduras y Guatemala, así como en Venezuela, República Dominicana y Ecuador.

Venezuela está a la cabeza de embarazos juveniles en Sudamérica. De los 591.303 partos de 2010, 130.888 fueron de menores de 19 años y 7.778 de madres menores de 15 años (casi 21% del total).

Tras Venezuela, una de las tasas más altas de América Latina se registra en Ecuador, donde más del 17 % de las jóvenes de entre 15 y 19 años son madres.

Asimismo, una de las regiones más afectadas por este problema es Centroamérica, donde Nicaragua encabeza la lista, ya que el 27 por ciento de las nicaragüenses que tienen entre 15 y 19 años son madres.

La historia es muy parecida en Colombia, donde cada día 19 niñas menores de 15 años alumbran un niño y 90 de cada mil adolescentes resultan embarazadas cada año.

Por otro lado, las mujeres paraguayas comienzan su etapa reproductiva a edad temprana: el 10,2% de las adolescentes entre 15 y 19 años y el 45,5% de las jóvenes de 20 a 24 años han tenido al menos un embarazo.

No hablando muy lejos, el 15,6 por ciento de los nacidos vivos en Argentina son de madres adolescentes, pero la cifra aumenta en las provincias más pobres del país, como la norteña Chaco, donde asciende al 25,7 por ciento, según datos oficiales. En el otro extremo se encuentra la ciudad de Buenos Aires, donde el 6,8 por ciento de los niños son de madres menores de 20 años.

En Bolivia también preocupa el aumento de embarazos en adolescentes de entre 12 a 18 años, que subió de 18 % en 2008 a 25 % en 2011, según el Fondo de Población de las Naciones Unidas (Unfpa). (7)

No muy lejano a ésta realidad, en nuestro país según el INEI La proporción de adolescentes alguna vez embarazadas, muestra una tendencia a incrementarse entre los años 2000 (13,0%) y 2013 (13,9%), similar comportamiento se percibe en el porcentaje de aquellas que ya son madres y de las embarazadas del primer hijo.

Asimismo la Encuesta de Demografía y Salud del INEI (Endes 2013), publicada en 2014, demuestra que los embarazos en adolescentes aumentaron de 13.2%, en 2012, a 13.9% en 2013. Del total de adolescentes de 15 a 19 años el 13,9% ya estuvo alguna vez embarazada, de estas el 10,5% eran madres y el 3,5% estaban gestando por primera vez.

Las mujeres comienzan a tener hijas/os a edades tempranas. Antes de los 18 años, entre un 15,1% y 17,9% tuvieron su primer hijo; asimismo, entre un 32,6% y un 35,4% de las mujeres procrearon por primera vez antes de los 20 años. Al llegar a los 25 años, más del 64,6% de las mujeres habían dado a luz.

En porcentajes, las regiones de selva (Loreto, Madre de Dios) y las rurales (Ayacucho) siguen concentrando mayor prevalencia de embarazos adolescentes. (8)

Asimismo, lo que más llama la atención es la creciente prevalencia de embarazo en la costa norte y particularmente en Lima, que en conjunto congregan a más de la mitad de la población de mujeres jóvenes embarazadas.

Según Barwick en el 2004, Brazelton, 1993; Mantymaa, Puura y Luoma, 2003; Stern, 1998, la interacción que se despliega entre una madre y su hijo resulta de gran importancia pues influye en el desarrollo del niño en aspectos como la salud, la cognición, el desarrollo neuro psicológico y el socio – emocional. (1)

Se ha evidenciado durante las prácticas clínicas en el servicio de Puerperio del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, que actualmente se hospitalizan aproximadamente 120 madres al mes, de las cuales 40 son madres adolescentes. Según lo observado, muchas de estas madres adolescentes carecen de una estabilidad emocional que les permita sobrellevar de manera positiva los nuevos cambios, ya que se evidencian momentos de angustia al atender a su bebé, falta de confianza en sus capacidades, reflejándose en el llanto, la desesperación al intentar cumplir su rol materno, falta de motivación de interactuar con su bebé, o expresiones pobres de afecto hacia el recién nacido, todo ello debido a los cambios que se encuentran atravesando tanto físicos como psicológicos y sumado a ello los cambios en su vida que significa esta nueva etapa como madre. De acuerdo a ello es probable que diferentes situaciones y factores tales como el nivel de autoestima de las adolescentes, intervengan en el proceso de desarrollo del vínculo afectivo madre- recién nacido.

Por todo lo anteriormente mencionado se hace necesario destacar la influencia que tiene el nivel de autoestima de las ahora madres adolescentes con la interrelación que empiezan a mantener con su recién nacido.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

1.2.1. PROBLEMA GENERAL

¿De qué manera influye el nivel de autoestima en la interrelación madre – recién nacido en madres adolescentes primíparas del servicio de Puerperio del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao - 2015?

1.2.2. PROBLEMAS ESPECIFICOS

¿Cuál es el nivel de autoestima de las madres adolescentes primíparas del servicio de puerperio del hospital nacional Daniel Alcides Carrión?

¿Cómo es la interrelación madre- recién nacido de las madres adolescentes primíparas del servicio de puerperio del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la influencia del nivel de autoestima en la interrelación madre – recién nacido en madres adolescentes primíparas del servicio de Puerperio del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao – 2015.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar el nivel de autoestima en las Madres Adolescentes primíparas
- Conocer la interrelación madre – recién nacido.
- Describir la influencia del nivel de autoestima en la interrelación madre – recién nacido

1.4. JUSTIFICACIÓN

Está comprobado que las madres adolescentes no están preparadas para asumir la responsabilidad de la maternidad con madurez física y emocional, teniendo como resultado un vínculo deficiente con el recién nacido, ya que no cuentan con una estabilidad psicológica para realizarlo adecuadamente.

Justificación práctica

Mediante esta investigación el profesional de enfermería podrá brindar una atención holística, enfatizando su atención en los cambios psicológicos por los que atraviesa la adolescente durante esta etapa de la vida, y que deben superar para fomentar la relación afectiva entre la madre y el recién nacido y fortalecer el vínculo del binomio, así podrá tomarse medidas desde el puerperio inmediato para desde el alumbramiento ir propiciando y fortaleciendo la interrelación madre – recién nacido.

Relevancia Social

El presente trabajo de investigación beneficia al binomio madre – recién nacido ya que buscamos determinar cuan influyentes pueden ser los factores psicológicos que aquejan a las madres adolescentes en su interrelación con el recién nacido, considerando que es esencial para el bebé contar con una buena relación afectiva principalmente de la madre, quien es la primera persona con la que tiene contacto, y que le puede transmitir estabilidad para su buen desarrollo emocional a futuro.

Metodológica

A fin de mejorar la estabilidad emocional de las madres adolescentes para garantizar un buen desarrollo del recién nacido y contribuir en la calidad de la atención del profesional de Enfermería hacia estas madres, es necesario reconocer a tiempo y corregir los factores de riesgo en su interrelación, beneficiándose así el binomio.

Asimismo, mediante los conocimientos generados con esta investigación se puede llegar a mejorar la calidad de salud emocional de las personas en la sociedad futura, garantizándolo desde el nacimiento con una buena interrelación.

II.- MARCO TEORICO.

2.1 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO.

A NIVEL INTERNACIONAL

ALDERETE JIMENEZ, Lucero y otros (2012) – México. Autoestima y depresión en adolescentes embarazadas. En el presente estudio se buscó conocer el nivel de autoestima y depresión que presentan las mujeres adolescentes durante el embarazo. Se trabajó con una población y muestra de 45 mujeres adolescentes que acudieron a consulta de gineco-obstetricia de un hospital del Estado de México. Para evaluar el nivel de depresión y autoestima se utilizaron los instrumentos de Depresión en Adolescentes (IDA) y el Cuestionario de Autoestima (CA). Como resultados se encontraron que la edad media fue de 17 años, de acuerdo a datos obstétricos la media de inicio de vida sexual fue de 15.62 años; el 75.6% de las mujeres encuestadas fueron primigestas. El 86% de las adolescentes tenían autoestima baja, y el 40% de las adolescentes cursaban su embarazo con depresión leve. El 82.2% de las mujeres adolescentes no planeó su embarazo. (9)

CEBALLOS, Guillermo Y Otros. (2011) – Colombia. Nivel de autoestima en adolescentes embarazadas en la comuna 5 de Santa Marta. En el presente estudio busca presentar el nivel de autoestima que tienen las adolescentes embarazadas con factores socioeconómicos bajos. Se trabajó con una población y muestra de 22 adolescentes embarazadas de un barrio localizado al noreste de la ciudad de Santa Marta (Colombia). El instrumento utilizado fue la Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES), que es una medida global del constructo, que se basa en la estructura multifacética del sí mismo. En la presente investigación se encontró que de las adolescentes embarazadas el 32% presenta un nivel de autoestima baja, resultado que

corroborar lo investigado por Cole (1997) y lo hallado por Chilman (1980), quien encontró que pocos autores lograron sustentar el bajo nivel de autoestima con la participación de las mujeres en las relaciones sexuales fuera del matrimonio. No obstante, una tercera parte de la muestra presenta autoestima baja durante el estado de embarazo, esto sustenta la teoría de Rosenberg (1965-1979), y se puede inferir que la actitud de desaprobación se mostró presente en estas jóvenes, es decir, no tienen estima de sí, lo que constituye un gran problema tanto para la adolescente como para el bebé; en primer lugar, porque no se estaría fomentando un ajuste saludable del estado emocional de la adolescente y, en segundo lugar, los riesgos del embarazo se incrementarían.(10)

FLORES, Emily. Y Otros. (2012) – Chile. Factores que influyen el vínculo afectivo en adolescentes primigestas entre 15 a 19 años, usuarias del cesfam la unión, sept-nov 2012. El objetivo principal del presente trabajo es conocer los factores que influyen en el vínculo afectivo madre-hijo/a de adolescentes primigestas. La población y la muestra fueron de 13 madres adolescentes primigestas. Se utilizaron diferentes instrumentos tales como las pautas de Interacción madre-bebé, pauta de interacción relacional madre-recién nacido/a y Entrevista Semi estructurada. En el presente trabajo se desarrolló la evaluación de la interacción madre-bebé aplicada sobre el vínculo afectivo que se forma en las madres adolescentes, durante el puerperio mediato de las mismas. Se pudo obtener información sobre la interacción de la madre con su hijo/a a través de los cuidados diarios necesarios del recién nacido, el dialogo y contacto físico que se mantenía entre ellos, tanto en el periodo de embarazo como en el periodo post parto, complementándose además con la observación constante de la expresión de afecto y cuidado hacia el recién nacido/a la cual se vio deficiente en las adolescentes antes nombradas, debido a diferentes factores como lo es el hogar y la distribución del grupo familiar, el círculo social de apoyo, el grado de instrucción y conocimiento, y el estado emocional entre otros. Además se pudo evidenciar a través de la observación realizada día a día que a pesar de ser madre primeriza los cuidados, atención y protección fueron

óptimos con énfasis en la adquisición de nuevos conocimientos en este nuevo rol de maternaje. (11)

SOLEDAZ, Paola Y Otros. (2009) – Chile. Relación entre los tipos de apego según escala Massie Campbell y el perfil socio-demográfico de las madres pertenecientes al centro de salud familiar rural niebla. Enero- agosto del 2008. El objetivo principal fue Identificar los tipos de apego según la Escala Massie Campbell y el perfil socio demográfico de los lactantes y sus madres pertenecientes al Centro de Salud Familiar Rural Niebla. La población y la muestra fueron de 33 lactantes menores y sus respectivas madres adheridas al programa Chile Crece Contigo. En el presente estudio se aplicó la Escala de Massie Campbel para medir los tipos de apego de la madre hacia el niño, donde los puntajes obtenidos por las madres entre 17 y 20 años, fue el 28% que obtuvo un apego seguro hacia sus hijos, pese a ser una cifra baja se demuestra que Las madres y padres adolescentes tienen mayor probabilidad de estar en condiciones de ofrecer experiencias apropiadas para el desarrollo de sus hijos que las madres con una edad superior. (12)

SANCHEZ, Hidalgo, HIDALGO GARCIA, María Victoria. (2008) – España. Madres adultas y madres adolescentes. Un análisis comparativo de las interacciones que mantienen con sus bebés. Este trabajo tiene como objetivo analizar las diferencias en las interacciones que, durante una situación de comida, mantienen un grupo de madres adolescentes y otro de madres adultas con sus bebés de 8-12 meses de edad. Para ello, se estudió 93 díadas madre-bebé (41 adolescentes y 52 adultas). Para ello se utilizó un sistema de categorías observacionales elaborado específicamente para el análisis de las interacciones madres-bebés durante una situación de comida (Sánchez, 2001). En esta investigación se obtuvo como resultado, que las madres adolescentes se caracterizan por crear un clima frío o moderadamente frío durante la interacción de comida, donde aparecen pocos índices de calidez afectiva como caricias, besos o entonaciones exacerbadas en el habla. Por el contrario, las madres adultas se muestran moderadamente cálidas o muy cálidas, manifestando durante sus interacciones más signos de calidez emocional, Asimismo se muestra que las madres

adolescentes tienen niveles más bajos en sensibilidad positiva y más altos en sensibilidad negativa, ello implica que suelen ser estas madres quienes menos señales identifican o las que parecen responder de un modo menos competente a las demandas y señales que sus bebés emiten durante la situación de comida. Asimismo, suelen estimular en menor medida el desarrollo lingüístico de sus bebés. (13)

A NIVEL NACIONAL

AGUILAR ALARCON, Sheyla (2013) – Lima. Perfil de la madre adolescente primípara en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza de Lima 2013. Este estudio buscó determinar el perfil de la adolescente puérpera atendida en el servicio de puerperio de un hospital nacional de Lima, en relación a las condiciones personales, condiciones de la salud sexual y reproductiva, condiciones familiares, sociales y económicas; y necesidades relacionadas al cuidado de su hijo y su autocuidado. Se trabajó con una muestra conformada por 57 adolescentes puérperas primíparas que cumplieron los criterios de selección. La recolección de datos se realizó con un cuestionario elaborado por las investigadoras, el cual fue sometido a pruebas de validez y confiabilidad. Los resultados que se hallaron fueron que la adolescente puérpera se encuentra entre 18 y 19 años de edad, con secundaria incompleta, y desean seguir estudiando. El inicio de las relaciones sexuales se da en la adolescencia tardía de 15 a 19 años, no usaron métodos anticonceptivos antes del embarazo. El 19,3% presentó complicaciones y el 12,3% presentó un aborto previo. Son amas de casa en su mayoría, viven con sus parejas, confían más en la pareja, antecedente de ser hija de madre adolescente. Tienen diversas necesidades sobre el cuidado del recién nacido y su autocuidado. Asimismo se concluyó que según el perfil identificado existen condiciones personales, familiares y sociales, siendo fundamental el soporte familiar y de enfermería para el afrontamiento de esta nueva etapa, por lo que se debe tener en cuenta las necesidades para su autocuidado y el de su hijo (14)

CARRILLO ZERPA, Grecia; QUISPE CIEZA, Cinthya (2012) - La Libertad. Relación entre factores psicosociales y nivel del vínculo afectivo en madres primíparas y sus recién nacidos a término, Hospital Belén Trujillo – 2012. En este estudio tuvo como finalidad encontrar la relación entre los factores psicosociales y el nivel de vínculo afectivo en madres primíparas con sus recién nacidos a término, la muestra estuvo constituida por 151 madres primíparas, para la recolección de los datos se aplicaron 2 instrumentos: el primero para recolectar información sobre los factores psicosociales y test de autoestima y el segundo para indagar sobre el vínculo afectivo en madres primíparas y recién nacidos a término. Los resultados muestran que el 34% de las madres primíparas tienen edades comprendidas en el intervalo de 15 a 19 años, el 66% trabaja dentro del hogar, el 50% cuenta con la secundaria como grado de instrucción, el 46% es conviviente y el 54% presenta autoestima baja; al contrastar estos resultados se evidenció que la mayoría de madres son adolescentes, desarrollan sus actividades dentro del hogar, la mitad ha logrado terminar la secundaria, casi la mitad son convivientes y la mayoría presenta autoestima baja, asimismo de éstas, la mayoría presenta un vínculo afectivo inadecuado con su recién nacido, y se concluyó estadísticamente que estos factores psicosociales son los que en gran parte influyen en el comportamiento de estas madres. (15)

HAYA DE LA TORRE CASTRO, María. (2009) – Lima. Tipo de estudio exploratorio. Las características de la interacción madre – bebé y el conocimiento sobre el desarrollo del niño en un grupo de madres adolescentes y sus bebés Lima – Perú. El objetivo principal de esta investigación fue explorar la relación entre el conocimiento del desarrollo del niño y la calidad de la interacción madre – bebé. Se trabajó con treinta madres adolescentes primigestas y sus bebés, se analizó la conducta de interacción desarrollada entre ambos, encontrándose que las madres de los bebés del grupo de siete a doce meses de edad presentaron una mayor cantidad de conductas de interacción que las madres de los bebés del grupo de cero a seis meses. Asimismo en esta investigación se observó que en las diadas de los bebés que se encontraban en el primer semestre de vida la función de la interacción más empleada fue la visual. Le siguieron la verbal y la corporal (16)

2.2. BASES EPISTEMICAS

En la antigüedad, la palabra "maternidad" no existía ni en griego ni en latín; aunque la función materna estaba muy presente en las mitologías, no era un objeto de atención serio ni para los médicos ni para los filósofos. En las sociedades rurales y artesanales de la antigüedad y la baja edad media, la prioridad se ubicaba en la renovación de los grupos sociales, de manera que para compensar la elevada mortalidad, se parían muchos hijos pero el papel nutricional de la madre era primordial y orientaba todas sus actividades

En el siglo XII la aparición del término maternitas fue acompañada de la invención del paternitas por parte de los clérigos que lo utilizaron para caracterizar la función de la Iglesia, como si tuvieran necesidad de reconocer una dimensión espiritual de la maternidad sin dejar de despreciar la maternidad carnal de Eva. El papel educativo de la madre comenzó a tomar forma, estrechamente determinada por la iglesia. En la industrialización, la maternidad espiritual y la carnal parecen aproximarse, comenzando a formularse un modelo terrenal de la "buena madre", siempre sumisa al padre pero valorizada por la crianza a los hijos. La salud del cuerpo comenzó a ser tan importante como la salud espiritual, y comienza a construirse la idea del amor maternal como un elemento indispensable para el recién nacido y se va perfilando como un valor de la civilización al mismo tiempo que como código de buena conducta. La relación afectiva suple ahora la función nutricional y tiñe toda la función educativa; vemos así que en esta época la función materna absorbe la individualidad de la mujer, al mismo tiempo que se perfila la separación de los roles de la madre y del padre en relación con las tareas de educación y manutención de la prole.

La historia de las mujeres situó de una manera distinta a la maternidad, poniendo en el centro la experiencia de las madres, ligada al estatus social de la maternidad e inscrita en el cuerpo de las mujeres.

La maternidad debe venir acompañada de la crianza física y emocional para los hijos, este rol es para la madre una experiencia emocional y psicológica profunda. La exigencia de entrega, tolerancia y amor incansable,

Badinter (1980) afirma que el amor maternal no es innato, sino que se va adquiriendo en el transcurso de los días pasados junto a la criatura y a partir de los cuidados que se le brindan. Estudiando las practicas maternas en Francia en los siglos XII al XX. Badinter contradice la creencia de que la maternidad y el amor que la acompaña están inscritas desde siempre en la naturaleza femenina, así como que las mujeres estén hechas para ser madres e incluso. "buenas" madres. La autora se apoya en la afirmación de que el ser humano, en este caso, las mujeres, son seres históricos, y los únicos seres que tienen la capacidad de simbolizar, lo cual los distingue de la esfera propiamente animal. Concluye que aunque el amor maternal pueda existir desde el origen de los tiempos, no es posible afirmar que exista en todas las madres necesariamente ni incluso que la especie sobreviva gracias a este amor. Más aún: no es el amor lo que determina que una mujer "cumpla" con sus "deberes maternas", sino la moral, los valores sociales o religiosos, confundidos con el deseo nada transparente de la madre.

En Europa también se desarrollaron abundantes trabajos que tuvieron como marco las distintas escuelas del campo psicoanalítico (kristeva 1980: Cixous, 1981: Irigaray, 1981: Ferro, 1991) y que también participaron en producir nuevas explicaciones de la estructuración subjetiva y de la vida emocional de las mujeres. Es importante resaltar que a partir de la difusión masiva del discurso psicoanalítico, el amor materno pudo entonces percibirse como ambivalente, frecuentemente abusivo, asfixiante castrante, la glorificación de la maternidad comienza a perder peso.

La Adolescencia

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 10 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años. (17)

Tipos de adolescencia

Adolescencia temprana (10 a 13 años):

Biológicamente, es el período peri-puberal, 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.

Adolescencia media (14 a 16 años):

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 apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda

Adolescencia tardía (17a 19 años): 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. (18)

"La palabra adolescencia deriva de la voz latina *adolescere* que significa crecer o desarrollarse hacia la madurez. Sociológicamente, la adolescencia es un periodo de transición que media entre la niñez dependiente y la edad adulta y autónoma" (Muuss, 1984) (19)

En cada una de las etapas se presentan cambios tanto en el aspecto fisiológico (estimulación y funcionamiento de los órganos por hormonas, femeninas y masculinas), cambios estructurales anatómicos y modificación en el perfil psicológico y de la personalidad que conducen hacia la madurez del adulto y requiere de gran atención, sin embargo la condición de la adolescencia no es uniforme, debido a que se trata de un proceso psicosocial vinculado a la pubertad; por ello se trata de un proceso que varía de persona a persona, de familia a familia.

El comienzo de dicha etapa viene marcado por la aparición de la pubertad (momento en que se produce la maduración sexual) pero debemos diferenciarla de esta ya que la adolescencia va más allá del mismo desarrollo fisiológico.

En esta etapa se abre a los adolescentes 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 (20)

El perfil psicológico generalmente es transitorio y cambiante es emocionalmente inestable. El desarrollo de la personalidad dependerá en gran medida de los aspectos hereditarios, de la estructura y experiencias en la etapa infantil preescolar y escolar y de las condiciones sociales, familiares y ambientales en el que se desenvuelva el adolescente, ya que no solamente son los otros los que deben modificar el concepto de la persona que conocían para poder captar la nueva identidad del individuo, sino que el adolescente mismo debe ajustar su psiquismo para poder lidiar con los cambios notables que se dan durante esta etapa y así modificar la imagen que tenía de sí mismo. Es por ello que la adolescencia es una etapa de cambios no solamente a nivel biológico, sino también a nivel psicológico y social. Se convierte entonces en un ciclo crítico en el desarrollo de un ser humano, puesto que implica una transición entre dejar de ser niño y adaptarse a la adultez (Castillo, 2007). (21)

Erikson (1968), caracterizó a la adolescencia como una etapa de crisis en la que el individuo debe establecer un sentido de identidad personal. Planteó una serie de

conflictos que el adolescente debería resolver para poder lograr una identidad firme y así no tener que cuestionarla constantemente. Entre ellos, se encuentran el lograr una perspectiva temporal y no permanecer en la confusión en el tiempo; consolidar una polarización sexual y superar la confusión bisexual; por último, desarrollar un compromiso ideológico y no estancarse en una confusión de valores.

Durante la adolescencia se modifica la identidad en general, haciendo que el individuo se centre en sí mismo o pase por una etapa egocéntrica en la cual también sus conflictos emocionales y su energía libidinal se dirigirían a su sí mismo, teniendo como representante nuclear el cuerpo.

A pesar de que la adolescencia ha sido caracterizada como una etapa en el ciclo vital, dentro de ella existen distintas subetapas del desarrollo, en las cuales los individuos muestran diferencias en cuanto a madurez física, psicológica y social.

Por último, se entiende que la adolescencia como el periodo crucial del ciclo vital en que los individuos toman una nueva dirección en su desarrollo, alcanzan su madurez sexual, se apoyan en los recursos psicológicos y sociales que obtuvieron en su crecimiento previo, asumen para sí las funciones que les permiten elaborar su identidad y plantearse un proyecto de vida propio (16)

Maternidad en la Adolescencia

El maternaje de las mujeres es de profunda importancia para la estructura familiar.

Convertirse en madre es siempre un acontecimiento significativo. Pero ser madre durante la adolescencia es una experiencia especialmente impactante y difícil pues exige cumplir con un rol para el que no se está preparada. Ya que en la mayoría de los casos, los embarazos a esta edad no son planeados, ni son resultado de un proyecto, tampoco es algo que se haya buscado. Simplemente es un suceso que cambiara radicalmente la vida de la adolescente. (22)

Ya que aunque el hijo termine siendo aceptado, representara una dificultad para su madre, ya sea en la escuela, misma que probablemente tendrá que abandonar, así como en su grupo de amigos pues la nueva responsabilidad le impedirá seguir saliendo, llevar la vida que llevaba anteriormente y hacer lo que chicos de su edad harían de otro lado, una de las paradojas que atraviesa la vida de cada adolescente: la imagen de su cuerpo permanentemente erotizado y mercantilizado por la misma sociedad, que a su vez, le niega el derecho a la información, apropiación y manejo de su sexualidad, al poder para ejercer el autocontrol y tomar decisiones sobre sí misma, rechazándola y estigmatizándola por las consecuencias que esto acarrea (23)

De esta forma, la adolescente muchas veces deposita sus frustraciones en su hijo, las cuales suelen ser expresadas en maltrato y abandono.

Según Galloti (2000), la adolescente se encuentra ante la posibilidad del aborto, la adopción, ser madre soltera o casarse. La decisión que ella tome depende del apoyo de su pareja, su familia y en caso de optar por tener a su hijo, se presentan varias consecuencias, dependiendo de si la adolescente va a ser madre soltera o va a casarse.

No todas las adolescentes tienen las mismas reacciones emocionales, algunas rechazan al bebé o lo pueden querer a pesar de la preocupación y el miedo. (24)

Está claro que el papel de los padres se extiende mucho más allá del momento del parto e implica no solo los cuidados físicos encaminados a la supervivencia del hijo, sino que también en ellos recae la responsabilidad de organizar el contexto familiar de manera que favorezca un desarrollo óptimo de sus hijos.

Por otra parte, el hecho de embarazarse no supone la adquisición de habilidades que permitan desempeñar el papel social que se otorga a los progenitores, comportándose estos como corresponde a su grado de madurez psíquica. Una adolescente que se embaraza, se comportara como corresponde a su edad psíquica, y al momento vital en el que se encuentre y no modificara sustancialmente su desarrollo ni su maduración por el hecho de estar convirtiéndose en madre.

El embarazo en la adolescente es una crisis que se superpone a la crisis de la adolescencia. Comprende profundos cambios somáticos y psicosociales, con incremento de la emotividad y acentuación de conflictos no resueltos anteriormente. Será por tanto una crisis vital que se agregue a la crisis de valores e intereses de la adolescencia. (25)

El convertirse en madre es un proceso complejo y en ocasiones difícil, precisando de un tiempo para llevarse a cabo y unas estrategias que poner en marcha. Las adolescentes que acceden a la maternidad carecen habitualmente de ambos factores, ya que la llegada de su hijo implica una ruptura con las expectativas de futuro propias, con la historia de vida familiar o, al menos con los planes a corto – medio plazo. A ello se une, generalmente, un bajo estrato social y un deficiente nivel educativo, que complica aún más dicha transición.

Casi en su totalidad, como se ha expuesto anteriormente, el embarazo en la adolescencia no es planificado, por lo que la joven puede adoptar diferentes actitudes que dependerán de su historia personal, del contexto familiar y social pero, principalmente de la etapa de la adolescencia en que se encuentre.

En la adolescencia temprana, con menos de 14 años, el impacto del embarazo se suma al del desarrollo puberal, exacerbándose los temores por los dolores del parto, y preocupándose más por sus necesidades personales que por lo que supone el embarazo como un hecho que las transformara en madres, con todo lo que comporta. Si, como muchas veces ocurre, es un embarazo por abuso sexual, la situación se complica mucho más. Se vuelven muy dependientes de su propia madre, sin lugar para una pareja aunque ella exista realmente. No identifican a su hijo como un ser independiente de ellas y no asumen su crianza, la que queda a cargo de los abuelos.

En la adolescencia media, entre los 14 y 16 años, como ya tiene establecida la identidad de género, el embarazo se relaciona con la expresión del erotismo, manifestado en la vestimenta que suelen usar, mostrando su abdomen gestante en el

límite del exhibicionismo. Es muy común que "dramaticen" la experiencia corporal y emocional, haciéndola sentirse posesiva del feto, utilizado como "poderoso instrumento" que le afirme su independencia de los padres. Frecuentemente oscilan entre la euforia y la depresión. Temen los dolores del parto pero también temen por la salud del hijo, adoptando actitudes de autocuidado hacia su salud y la de su hijo. Con buen apoyo familiar y del equipo de salud podrían desempeñar un rol maternal, siendo muy importante para ellas la presencia de un compañero. Si el padre del bebe la abandona, es frecuente que inmediatamente constituya otra pareja aun durante el embarazo.

En la adolescencia tardía, a partir de los 18 años, es frecuente que el embarazo sea el elemento que faltaba para consolidar su identidad y formalizar una pareja jugando, muchas de ellas, el papel de madre joven.

En resumen, la actitud de una adolescente frente a la maternidad y la crianza de su hijo, estará muy influenciada por la etapa de su vida en que se encuentra y con seguridad, necesitara mucha ayuda del equipo de salud, abordando el tema desde un ángulo interdisciplinario durante todo el proceso, incluso el seguimiento y crianza de su hijo durante sus primeros años de vida.

En sí la maternidad implica cambios en nuestra identidad como mujeres, el tener un hijo cambia muchos aspectos de nuestra vida, debido a que el ser mamá será nuestra nueva identidad para siempre.

La maternidad se puede vivir de muchas formas, hay algunas mujeres para las cuales la maternidad es algo maravilloso y la viven de forma placentera pero para algunas otras el ser madres se vuelve una carga y esto debe venir acompañada de la crianza física y emocional para los hijos, este rol es para la madre una experiencia emocional y psicológica profunda. La exigencia de entrega, tolerancia y amor incansable, es un ideal que la propia sociedad a impuesto así como también ha contribuido a una sociedad de doble moral en la cual se exigen unas cosas mientras que otras tantas se

mantienen ocultas, como lo es la educación sexual, el derecho a la información y la apertura sexual así como la falta de vínculos afectivos y el nivel de cercanía de redes sociales (mamá, papá, hermanos, tíos, amigas, novio, etc...) indispensables para la adolescente.

El miedo a estar sola es una causa principal para que la adolescente esté vulnerable a tener un embarazo precoz. Ya que la adolescente se siente sola y por tal motivo busca sentirse estimada e importante para alguien.

Convertirse en madre es una experiencia que la mayoría de las mujeres afrontan en algún momento de su vida y, se considera una actividad propia del periodo adulto, aunque es evidente que no siempre se accede a ella en dicho periodo, pudiendo tener lugar en la adolescencia. Sin duda, constituye una compleja transición evolutiva que, aun cuando se afronta durante la adultez puede resultar difícil, ya que implica adoptar un nuevo papel, con todos los cambios y modificaciones que ello conlleva, si además de esa transición de la maternidad se afronta al mismo tiempo otros cambios propios de la adolescencia, es posible que el proceso de convertirse en madre se vuelva complejo y difícil. (26) En la cual cuando es una maternidad temprana tiene profundos efectos en el desarrollo y bienestar psicológico de las adolescentes, ya que principalmente en esta etapa existen cambios fisiológicos y psíquicos, constituyendo un hecho que va más allá del instinto, de la ley natural, de la esfera individual; se trata más bien de un fenómeno con acepciones distintas de acuerdo con el momento histórico, con el contexto socioeconómico y cultural. Es así como precisamente en los actuales momentos, el embarazo en la adolescencia adquiere las dimensiones de "problema" y por ende la maternidad adecuada que se realiza con el cuidado que le brinda la madre adolescente a su bebe, ya que para las madres adolescentes, la experiencia precoz de la maternidad puede establecer expectativas inconscientes sobre relaciones educativas que permitan a las madres "sintonizar" con sus lactantes.

Entonces partiríamos de que no todas las adolescentes tienen las mismas necesidades ni se embarazan o enfrentan la maternidad en las mismas condiciones, ya que para

algunas mujeres para las cuales la maternidad es algo maravilloso y la viven de forma placentera pero para algunas otras el ser madres se vuelve una carga.

En si la maternidad implica cambios en nuestra identidad como mujeres, el tener un hijo cambia muchos aspectos de nuestra vida, debido a que el ser mamá será nuestra nueva identidad para siempre, lo que incluye la crianza física y emocional para los hijos, este rol es para la mujer una experiencia emocional y psicológica profunda, más aun para las adolescentes en quienes existirá una confusión de roles, afecto y confianza, ya que se trataría de la expresión contradictoria de pasar de jugar con muñecas que no responden y son solo depositarias de las emociones de la niña – adolescente a tener un muñeco real que responde activamente a los de la joven adolescente.

La evidencia encontrada hasta el momento sugiere que algunos de los efectos psicológicos negativos hallados en las madres adolescentes y sus hijos se transmiten por medio de otros factores asociados con la crianza durante edades maternas tempranas, como pueden ser la falta de madurez emocional necesaria para actuar como madres responsables, desventajas económicas y educacionales o desintegración de la pareja, además por lo general, las hijas de madres adolescentes tienden a ser madres adolescentes también.

❖ AUTOESTIMA

La autoestima es la forma en la que cada ser se valora y por ende confía en sí mismo; por esto su importancia es crucial en la toma de decisiones de cada individuo. (27)

Por otro lado, Calero (2000) citado en López (2009) la autoestima es: "el núcleo de la personalidad que garantiza la proyección hacia el futuro de la persona, ayuda a superar las 22 dificultades que se presenta en la vida, condiciona el aprendizaje, compromete la responsabilidad y da seguridad y confianza en sí mismo."

La autoestima es el sentimiento de aceptación y aprecio hacia sí mismo que va unido al sentimiento de competencia y valía personal. El concepto que se tiene de sí mismo o

autoconcepto, no es algo heredado si no aprendido del entorno, mediante la valoración que el ser humano hace de su propio comportamiento y de la asimilación e interiorización de la opinión de los demás. La importancia de la autoestima radica en que impulsa la persona a actuar, a seguir adelante y la motiva a buscar sus objetivos. Se ha encontrado que la autoestima influye en muchos aspectos de la problemática social actual, entre ellos, se ha demostrado que los embarazos en adolescentes son en gran parte consecuencia de una autoestima baja, de ahí nace la necesidad de intervención en un nivel profundo y psicológico, y no sólo la exclusiva y repetitiva intervención en educación basada en la enseñanza de los métodos de planificación familiar y la salud sexual y reproductiva.

De la misma manera que vemos nuestra imagen reflejada en un espejo y nos vemos satisfechos o insatisfechos, de la misma manera, a través de nuestra imaginación, podemos apreciar la imagen que los demás se pueden hacer de nosotros mismos acerca de nuestra apariencia física, nuestra minusvalía, nuestros modales, nuestras aspiraciones o nuestros sentimientos. De alguna manera nuestro concepto está formado sobre lo que pensamos que los demás piensan de nosotros. Son las reacciones de los demás, el "yo-reflejado" de Cooley (1902). Todas, o casi todas, las valoraciones de nuestro autoconcepto se van a formar a partir de todo aquello que las personas significativas de nuestro entorno dicen que es digno de valor y de estima. De esta manera podemos apreciar que la primera fuente de autoestima son los padres del niño. Y por dos razones: primero, porque ellos son los primeros en transmitir una educación y unos valores a una persona que no sabe valorar ni tiene opción para poder captarlos. Y segundo porque, desde el punto de vista del niño, los padres se convierten, a través de la afectividad esencialmente, como el elemento significativo y medular para formar la estructura del sí mismo

Formación de la autoestima:

Desde el momento mismo en que somos concebidos, cuando el vínculo entre nuestros padres se consuma y las células sexuales masculina y femenina se funden para originarnos, ya comienza la carga de mensajes que recibimos, primero de manera

energética y luego psicológica. Debido a que los pensamientos y emociones son manifestaciones de energía y en el organismo se presentan en forma de reacciones eléctricas y químicas, cada vez que una mujer embarazada piensa o siente algo con respecto al niño en formación, su cerebro produce una serie de químicos que se esparcen por todo su cuerpo y que la criatura recibe y graba en su naciente sistema nervioso, sin tener la suficiente consciencia como para comprender o rechazar lo que recibe a través de un lenguaje químico intraorgánico.

El hecho de que alguno de los progenitores, por ejemplo, asuma como un problema la llegada del niño, es captado por éste emocionalmente, y su efecto formará parte del archivo inconsciente del pequeño y tendrá repercusiones más adelante, cuando reaccione de diferentes formas y no logre comprender las causas generadoras de sus conflictos. Igualmente, cuando ya se ha producido el alumbramiento, todo estímulo externo influirá en el recién nacido y le irá creando una impresión emocional que influirá sus comportamientos futuros. Los padres y otras figuras de autoridad, serán piezas claves para el desarrollo de la Autoestima del niño, quien dependiendo de los mensajes recibidos, reflejará como espejo lo que piensan de él y se asumirá como un ser apto, sano, atractivo, inteligente, valioso, capaz, digno, respetado, amado y apoyado o, por el contrario, como alguien enfermo, feo, ignorante, desvalorizado, incapaz, indigno, irrespetado, odiado y abandonado. La forma como nos tratan define la forma como nos trataremos, porque esa es la que consideraremos como la más normal.

Con la llegada de la pubertad y la adolescencia, se da la bienvenida a la sexualidad y a la necesidad del joven de encontrarse a sí mismo. Se inicia la llamada "brecha generacional" y el tránsito hacia una mayor definición de la personalidad. Esta etapa es crucial ya que en ella surgen con fuerza la competencia y el deseo de ser mejor que los demás. El joven experimenta una gran necesidad de aprobación por parte de su grupo cercano y aprende a dirigirse hacia quienes lo aplauden y a huir de quienes lo pitan. Desarrolla, con tal de ser querido, conductas muy específicas que se generalizarán hacia la vida adulta. El ingreso al mundo laboral complica el asunto de la formación y manifestación de la Autoestima, ya que en ese contexto se nos mide por lo que

hacemos y no por lo que somos. Si produces, te quedas y si no te vas. Esa es la medida cuando de dinero se trata.

Finalmente en la pareja y el matrimonio se expresa mucho de lo aprendido en los años precedentes: grabaciones, condicionamientos, tradiciones; lo que fue vertido en el molde durante muchos años y que hemos llegado a creer que somos. En este tiempo, formamos parte de una sociedad uniformada en la que muchos han renunciado a expresar su originalidad y tienen ideas fijas de las cosas, que casi siempre siguen aunque no les funcionen. La inconsciencia y falta de comprensión de lo que ocurre, induce a culpar, a resentir, a atacar, a agredir a los demás, a quienes se ve "como malos que no nos comprenden". Para entonces, ya hemos construido una imagen de nosotros (autoimagen), puesto que habremos aprendido una forma de funcionar, y llevamos como marca en la piel de vaca, el sello de lo que creemos que podemos o no ser, hacer y tener. (28)

Importancia de la autoestima

La autoestima es importante porque la valoración de sí mismo es la fuente de la salud mental. La autoestima es la idea que se tiene de sí mismo, es cuanto uno se valora y cuán importante piensa que es. La autoestima, entendida como una actitud positiva de la persona hacia sí misma, es fundamenta en el crecimiento armónico de la salud humana. Autoestima, acarreado valoración hacia uno mismo, viene a ser, el sistema inmunitario de la vida psíquica. La presencia de la autoestima asegura recursos y los potencia, en la vida personal, para hacer frente a los conflictos, enfermedades, desafíos de la vida. La ausencia de autoestima, o su leve intensidad en la persona, acompaña generalmente a una amplia gama de trastornos psicológicos de origen neurótico que dificultan el desarrollo de la vida personal, individual y social. (29)

Componentes de la Autoestima

Según Alcántara (1993), la autoestima tiene tres componentes: cognitivo, afectivo y conativo. El componente cognitivo, indica idea, opinión, creencia, percepción y procesamiento de la información nos referimos al autoconcepto definido como opinión que se tiene de la propia personalidad y sobre la conducta. Aquí entra en juego tres

conceptos: auto esquema, autoconcepto y autoimagen. El componente afectivo, es la valoración positiva o negativa que un sujeto tiene sobre su persona implica un sentimiento de lo favorable y desfavorable. Es el juicio de valor sobre nuestras cualidades personales, es la respuesta de nuestra sensibilidad y emotividad ante los valores y contravalores. El componente conativo o conductual, significa tensión y decisión de actuar, de llevar a la práctica un comportamiento coherente (29)

Por otro lado Según Robert Reasoner, existen cinco componentes en la construcción de la autoestima: estos componentes son:

- Seguridad
- Autoconcepto
- Pertenencia
- Misión
- Aptitud o capacidad

Seguridad: Un joven que se desenvuelve en un ambiente de seguridad es una persona segura de sí misma, capaz de manejar cambios de una forma flexible y espontánea y sabiendo que a su alrededor hay personas que lo acompañan con las que puede contar. Es el factor en el cual creemos reconocer más fácilmente nuestro nivel de autoestima.

Si alguien se siente seguro de sí mismo y lo demuestra en su comportamiento y relaciones da la impresión de que tiene todos los problemas resueltos. En esa perspectiva la persona debe sentirse seguro y cómodo consigo mismo, en los distintos contextos.

Autoconcepto: Cuando una persona posee un real y adecuado autoconcepto, entiende cuáles son sus roles y deberes, tiene un fuerte sentido de individualidad, se siente adecuado y sabe aceptar elogios; comprende claramente, cuáles son fortalezas y cuáles son sus debilidades y las acepta seguro de autoconcepto; es la forma cómo nos percibimos a nosotros mismos como persona. La formación de nuestro autoconcepto empieza a delinearse, desde el nacimiento, en conformidad con la forma como nos

percibían y nos trataban nuestros padres. Desde estas primeras imágenes y reacciones anímicas se desarrollan sucesivamente distintas facetas del autoconcepto, en conformidad con los distintos contextos vivenciales y situaciones de refuerzo positivo o negativo que hayamos recibido.

Pertenencia: Se refiere al grado en el cual una persona se encuentra, efectivamente relacionada con otras personas tales como su familia, compañeros y amigos. Una persona que expresa conexión con otros se siente aceptado por ellos, no sólo busca amigos, sino que los sabe mantener, puede compartir y ser empático con las necesidades de otros. Se siente cómodo en el grupo y está listo a interactuar, consigue la aceptación a los demás, demuestra características sociales positivas, y está dispuesto a compartir sus conocimientos y emociones cuando puede ser de utilidad propia y/o de otros.

Misión: Se refiere a la persona que sabe fijarse metas reales y alcanzables; y trazar un plan para alcanzarlas. Una persona que posea un sentido de misión, es una persona con iniciativa, que es capaz de asumir sus responsabilidades, que sabe buscar soluciones a sus problemas y que se evalúa a sí mismo en cuanto a sus logros anteriores.

Aptitud o capacidad: Es la capacidad de sentirse apto y tener la iniciativa para tomar riesgos y compartir ideas y opiniones. Esta sensación proviene de logros y éxitos previos, que el individuo califica como significativos e importantes. Una persona con aptitud o capacidad está conciente de sus puntos fuertes, así como de sus puntos débiles percibiendo los errores como oportunidades para aprender más. (30)

Dimensiones de la Autoestima.

Haeussler y Milicic (1996) considera a las dimensiones o áreas que son muy significativas:

Dimensión física.- se refiere al hecho de sentirse atractivo (a) físicamente, no condicionado por estereotipos estéticos, ni prejuicios raciales o genéricos.

Dimensión afectiva.- se refiere al sentimiento de ser aceptado y querido por los demás.

Dimensión social.- es sentirse capaz de enfrentar con éxito diferentes situaciones sociales y el sentimiento de pertenecer a un grupo o comunidad

Dimensión académica.- es la autovaloración de las capacidades intelectuales, como sentirse inteligente, creativo y constante

Dimensión ética depende de la forma en que el niño interioriza los valores y las normas, y de cómo se ha sentido frente a los adultos cuando las ha trasgredido o ha sido sancionado (31)

Clasificación de la autoestima:

Los distintos niveles de autoestima determinan nuestro comportamiento ante problemas u otro tipo de situaciones, visto desde este enfoque podemos concluir que el estado de nuestra autoestima influye en nuestro quehacer diario. Podemos clasificar la autoestima en:

Baja Autoestima: Todos tenemos en el interior sentimientos no resueltos, aunque no siempre seamos conscientes de estos. Los sentimientos ocultos de dolor suelen convertirse en enojo, y con el tiempo volvemos el enojo contra nosotros mismos, dando así lugar a la depresión. Estos sentimientos pueden asumir muchas formas: odiarnos a nosotros mismos, ataques de ansiedad, repentinos cambios de humor, culpas, reacciones exageradas, hipersensibilidad, encontrar el lado negativo en situaciones positivas o sentirse impotentes y autodestructivos. Cuando una persona no logra ser auténtica se le originan los mayores sufrimientos, tales como, enfermedades psicológicas, la depresión, las neurosis y ciertos rasgos que pueden no llegar a ser patológicos pero crean una serie de insatisfacciones y situaciones de dolor, como por

ejemplo, timidez, vergüenza, temores, trastornos psicossomáticos. La autoestima es importante porque es nuestra manera de percibirnos y valorarnos como así también moldea nuestras vidas. Una persona que no tiene confianza en sí misma, ni en sus propias posibilidades, puede que sea por experiencias que así se lo han hecho sentir o por mensajes de confirmación o desconfirmación que son transmitidos por personas importantes en la vida de ésta, que la alientan o la denigran. Otra de las causas por las cuales las personas llegan a desvalorizarse, es por la comparación con los demás, destacando de éstos las virtudes en las que son superiores, por ejemplo: sienten que no llegan a los rendimientos que otros alcanzan; creen que su existencia no tiene una finalidad, un sentido y se sienten incapaces de otorgárselo; sus seres significativos los descalifican y la existencia se reduce a la de un ser casi sin ser. No llegan a comprender que todas las personas son diferentes, únicas e irrepetibles, por lo que se consideran menos que los demás. La Autoestima baja es un sentimiento de inferioridad y de incapacidad personal, de inseguridad, de dudas con respecto a uno mismo, también de culpa, por miedo a vivir con plenitud. Existe la sensación que todo no alcance, y es muy común que haya poco aprovechamiento de los estudios o del trabajo. Puede ir acompañado de inmadurez afectiva.

Actitudes o Posturas habituales que indican Autoestima Baja

- Autocrítica dura y excesiva que la mantiene en un estado de insatisfacción consigo misma.
- Hipersensibilidad a la crítica, por la que se siente exageradamente atacada/o, herida/
- Indecisión crónica, no por falta de información, sino por miedo exagerado a equivocarse.
- Deseo innecesario por complacer, por el que no se atreve a decir NO, por miedo a desagradar y a perder la buena opinión del peticionario.
- Perfeccionismo, autoexigencia esclavizadora de hacer "perfectamente" todo lo que intenta, que conduce a un desmoronamiento interior cuando las cosas no salen con la perfección exigida.
- Culpabilidad neurótica, por la que se acusa y se condena por conductas que no siempre son objetivamente malas, exagera la magnitud de sus errores y delitos y/o los lamenta indefinidamente, sin llegar nunca a perdonarse por completo.

- Hostilidad flotante, irritabilidad a flor de piel, siempre a punto de estallar aún por cosas de poca importancia, propia del supercrítico a quién todo le sienta mal, todo le disgusta, todo le decepciona, nada le satisface.
- Tendencias defensivas, un negativo generalizado todo lo ve negro: su vida, su futuro y, sobre todo, su sí mismo y una inapetencia generalizada del gozo de vivir y de la vida misma.

Alta Autoestima: Alguien con una buena autoestima no necesita competir, no se compara, no envidia, no se justifica por todo lo que hace, no actúa como si "pidiera perdón por existir", no cree que está molestando o haciendo perder el tiempo a otros, se da cuenta de que los demás tienen sus propios problemas en lugar de echarse la culpa "por ocasionar molestias". La autoestima positiva no es competitiva ni comparativa. Está constituida por dos importantes sentimientos: la capacidad (de que se es capaz) y el valor (de que se tiene cualidades). Esta actitud deriva en la confianza, el respeto y el aprecio que una persona pueda tener de sí misma.

Actitudes o Posturas habituales que indican Autoestima Alta

- Estar orgulloso de sus logros.
- Actuar con independencia.
- Asumir responsabilidades.
- Aceptar las frustraciones.
- Estar siempre dispuesto a la acción.
- Afrontar nuevos retos.
- Sentirse capaz de influir en otros.
- Mostrar amplitud de emociones y sentimientos.

Factores que influyen en la autoestima:

- Afectivo: El desarrollo de la autoestima dependerá del tipo de relaciones que se establezcan a lo largo de la existencia de la persona, para lo cual es esencial que la persona se encuentre en un clima de afecto y amor, no solo en el hogar, sino en todo el ambiente que le toque desenvolverse en el transcurso de su vida. Los hogares con autoestima elevada se caracterizan por el ambiente de la franqueza, confianza y el

respeto por la originalidad de cada uno de sus miembros, hay libertad de expresión y sin temor a sentirse ridículo.

- Confianza: Es la base para la seguridad de toda persona, sin ella todo el crecimiento posterior será más vulnerable. La confianza se construye de diversas maneras. "Evitando los mensajes mezclados (que consisten en la contradicción del lenguaje corporal con el verbal, ya que genera confusión, inseguridad y enseña a desconfiar) evitar mensajes suaves para cubrir sentimientos fuertes". La confianza fomenta el amor y el respeto dando a las personas la seguridad para enfrentar a los demás en forma abierta y sincera.

- El no enjuiciamiento: Para educar al otro no se debe ser juez, el hecho de ser juzgado constantemente y en exceso crea a una persona extremadamente autocrítica, insegura y descontenta consigo misma, los juicios negativos pueden llevar a dudar de las habilidades o capacidades y por ende influir directamente en el desarrollo de una baja autoestima. Esto no quiere decir que no se debe expresar los sentimientos con respeto al otro, sino que se debe enjuiciar a la conducta no a la persona.

- Necesidad de sentirse apreciado: Todo ser humano necesita sentirse aceptado tal cual es, sentirse valorado, querido como ser único y especial, esto favorece a que la persona se conozca y quiera a sí misma, el trato respetuoso hacia el otro manifiesta nuestro aprecio.

- La empatía: Para desarrollar la seguridad de una persona es muy importante que esta se sienta comprendida. Una forma de comprensión es la empatía que consiste en penetrar en el mundo del otro, ponerse en su lugar, Comprendiendo sus sentimientos, la persona empática no está para coincidir ni discrepar, sino para comprender sin juicios, no trata de modificar los sentimientos del otro.

- Ambiente Social Es importante en cuanto la autoestima está determinada por la opinión que la persona siente que tienen los demás de él, el concepto de sí mismo ya viene moldeado por las experiencias familiares, si la persona es valorada en el ámbito social aumentará su autoestima positiva y desarrollará su propia identidad.

❖ INTERRELACIÓN MADRE – NIÑO

El vínculo madre – hijo comienza a desarrollarse durante el embarazo, mucho antes del nacimiento ya que parece que el feto no solo reacciona a los cambios del metabolismo o las infecciones sino también reacciona a las vivencias y emociones de la madre. Es por ello que la capacidad de establecer relaciones o vínculos afectivos con las personas del entorno, es un aspecto propio del desarrollo humano que se inicia en las primeras etapas de la vida. Desde su nacimiento, el bebé mantiene una interacción especial con las personas más próximas, principalmente con las responsables de sus cuidados. La forma como cada persona experimenta estas vinculaciones es la base para la formación de su sistema relacional a lo largo de su vida.

Para la madre y el recién nacido, después del nacimiento comienza una interacción recíproca, durante un periodo llamado por Klaus y Kennell "periodo materno sensitivo" con el cual inicia el apego.

Durante este periodo sensitivo se desarrolla el apego progresivo que se explica por las interacciones recíprocas entre la madre y su hijo en los primeros momentos de relación. El recién nacido viene preparado para esta interacción, ya que normalmente éstos duermen la mayor parte del tiempo en los primeros meses de vida, pero al nacer, al cabo de 3 – 5 minutos comienza un estado de alerta muy significativo de alrededor de 40 – 60 minutos que es el más largo del primer mes de vida, es durante este estado de alerta donde el recién nacido está genéticamente preparado para una interacción.

Hoy sabemos que durante este periodo sensitivo o de alerta es donde se produce el primer proceso de apego que luego se va reforzando en los días sucesivos hasta constituir el mayor lazo afectivo de la humanidad, la relación madre – hijo. Es por ello que actualmente inmediatamente después del alumbramiento aun en sala de partos, se le entrega el bebé a la madre para iniciar ese proceso de apego.

Luego, durante el puerperio inmediato, lo ideal es no separar a la madre de su hijo, sino permitir que se quede junto a ella, para reforzar el contacto visual y constante y por ende el vínculo que se inicia desde el momento del parto.

Según Bowlby la relación del niño con su madre es el nexo más importante que tiene lugar durante la primera infancia.

Sin embargo, se considera que la calidad del apego va a depender de lo que cada una de las partes involucradas aporte a la relación, así como de la influencia directa que cada una de ellas ejerce sobre la otra.

Según Levine y Cols, y Bavo, las características de la interacción madre adolescente – bebe tienen que ver con la capacidad para establecer un vínculo adecuado entre ambos, alterándose la interacción produciendo brusquedad en los movimientos así como dificultad en la interpretación y lectura de los actos del bebe, ante esto no es extraño que aparezcan disfunciones en la expresión de los cuidados y en la relación con él.

El apego

Sigmund Freud designó el apego como la necesidad de contacto y de búsqueda de la madre como objeto amoroso.

El apego se define por los comportamientos de reclamo y acercamiento a la figura de protección, cuando el niño se encuentra en una situación de inseguridad, cansancio, malestar, peligro, etc. Estos comportamientos tienen su correlación cognitiva – afectiva conocido como vínculo, que Bowlby describe como Modelo Interno de Funcionamiento. Este modelo interno es lo que determina las percepciones de los niños sobre el ambiente, sobre sí mismos y sobre la figura del cuidador. Así, se puede decir que, el apego es una expresión comportamental y observable del vínculo, y este es un constructo mental interno. (32)

La teoría del apego hace énfasis en que el establecimiento de la relación afectiva es un proceso interactivo y continuo entre las respuestas o señales del bebé y las respuestas o señales maternas, esta interacción del niño con la madre puede valorarse desde la etapa de recién nacido.

Cuando la interacción del niño con la madre es correcta, ésta capta las señales del pequeño y adapta sus conductas a las necesidades del niño, debido a ello es importante detectar oportunamente alteraciones tales como la incapacidad del neonato para responder a estímulos humanos, la falta de contacto a través de la mirada o la adaptación del cuerpo del niño al regazo de la madre que pueden indicarnos la existencia de un apego inadecuado.

Una situación que permite valorar con relativa facilidad la calidad de interacción del recién nacido es el amamantamiento inicial. (33)

Cuando el proceso de vinculación se produce de forma satisfactoria y saludable, se percibe una representación mental de apego seguro, lo que proporciona el desarrollo de características personales, tales como: autoestima, empatía, y competencia social. Además de esto, el sentimiento de seguridad en las relaciones favorece la cohesión y el mantenimiento del vínculo, pues en caso contrario la relación puede ser vulnerable frente a situaciones de riesgo a partir de esto, se deduce la importancia de la constitución de al menos un vínculo positivo entre el niño y su madre.

Elementos del Apego

En términos más concretos, el apego puede observarse a través de ciertos elementos que se producen en la interacción entre los padres y el bebé. Estos elementos forman el apego.

Los principales elementos suelen ser:

El contacto físico: es decir, el contacto piel a piel que los padres hacen con el niño, para calmarlo, estimularlo, o simplemente con un fin de juego. En general, este contacto se expresa a través de caricias y palmoteos. La evidencia científica ha mostrado que un contacto físico constante, regular y positivo (cariñoso) suele tener importantes beneficios para el desarrollo integral del niño.

Contacto visual: es decir, el juego de miradas que se produce entre los padres y el niño. La mirada, al igual que el contacto físico, puede calmar o estimular al bebé, y una mirada cálida, afectiva y que se adapte a los estados del bebé, suele ser muy beneficiosa para su desarrollo.

Vocalizaciones: es decir, todos aquellos cantos, palabras, balbuceos, comentarios, etc., que se emiten en la interacción con el bebé. Estas vocalizaciones suelen ser una vía muy útil para calmar o estimular al bebé, y ayuda a que éste se sienta vinculado con sus padres.

Sostén: se observa como la madre carga a su bebé durante la lactancia y lo protege.

Todos los elementos anteriores se envuelven en un "tono afectivo" que implica el estado emocional de los padres al cuidar al niño. Es decir, que una madre puede hacer contacto físico, visual y vocalizar, pero si lo hace en un afecto de rabia, no van a tener el efecto positivo esperado.

La interrelación entre las representaciones de apego en madres adolescentes y las relaciones de apego con sus niños de doce meses de edad confirman predicciones teóricas que relacionan las representaciones maternas autónomas y la seguridad en el apego del niño. Se encontraron fuertes asociaciones entre la madre que desplegaba interacciones insensibles y desconectadas, representaciones de apego no resueltas en la madre y desorganización en la relación de apego entre ésta y el niño (Bailey et. al., 2007). (33)

Desde que el bebé está en el vientre, la madre empieza a relacionarse con él, siente sus movimientos, sus pataditas, le habla y comienza a pensar y a crearse imágenes sobre él, posteriormente cuando el bebé nace, la madre tendrá la necesidad tenerlo en sus brazos, de contemplarlo, acariciarlo, mecerlo y protegerlo.

Desde su nacimiento, el bebé mantiene una interacción especial con las personas más próximas, principalmente con las responsables de sus cuidados. La forma como cada

persona experimenta estas vinculaciones es la base para la formación de su sistema relacional a lo largo de su vida.

El contacto corporal, el intercambio de miradas y sonrisas entre la madre y el bebé y todas las expresiones de afecto entre ambos son las que irán formando el vínculo madre-hijo.

Sin embargo la inmadurez de la adolescencia y la dificultad para la vinculación afectiva dificulta una relación espontánea con el bebé y la interacción se ve alterada: brusquedad en los movimientos y en las actitudes de la madre adolescente, dificultad en la interpretación y lectura de los actos del bebé.

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.

2.3. BASES CULTURALES

Mediante las investigaciones que se han realizado se ha podido identificar la problemática por la que atraviesa la madre adolescente y su recién nacido, interviniendo de manera eficaz como profesional de salud a nivel físico, pero la adolescente también atraviesa un desequilibrio emocional, que puede afectar su desarrollo como madre y por ende el de su bebé, para lo cual el profesional de enfermería debe intervenir enfatizando su atención en los cambios psicológicos que atraviesan estas madres y que pueden dificultar el fortalecimiento del vínculo afectivo entre ambos.

2.4. BASES CIENTIFICAS

“TEORIA DE LA ADOPCION DEL ROL MATERNAL”

RAMONA MERCER

Ramona Mercer basa su teoría de la adopción del rol maternal en los siguientes factores:

- Adopción del rol maternal.
- Edad materna
- Percepción de la experiencia del nacimiento
- Separación materna infantil precoz
- Autoestima
- Concepto de si mismo
- Flexibilidad
- Estrés.
- Apoyo social.
- Apoyo emocional.
- Apoyo informativo.
- Apoyo físico.
- Apoyo de valoración.
- Relación padre - madre.

Afirmaciones teóricas

El entorno inmediato donde se produce la adopción del rol maternal es el microsistema, que incluye la familia y los factores como el funcionamiento familiar, las relaciones entre la madre y el padre, el apoyo social y el estrés.

Las variables del microsistema interaccionan con una o más de las otras variables que afectan al rol maternal. El niño como individuo está incluido en el sistema familiar. La

familia está considerado como un sistema semi cerrado que mantiene los límites y el control sobre el intercambio en el sistema familiar y los otros sistemas sociales.

El microsistema es la parte más influyente en la adopción del rol maternal, también se recalca la importancia del padre en la adopción del rol, ya que este ayuda a difuminar la tensión en la dualidad madre – niño. La adopción del rol maternal se consigue en el microsistema por medio de las interacciones con el padre, madre y niño.

El mesosistema agrupa, influye y delimita el microsistema.

La unidad madre – hijo no se incluye en el meso sistema, pero el meso sistema puede determinar parcialmente lo que le ocurre al rol maternal en el desarrollo y al niño.

Incluye al resto de la familia, la escuela, el trabajo, la iglesia y otras entidades que se encuentren en la comunidad más inmediata de la madre.

El microsistema hace referencia a los principios generales que existen en una cultura en particular o en la coherencia cultural transmitida. El macro sistema incluye las influencias sociales, políticas y culturales sobre los otros dos sistemas. El entorno del cuidado de la salud y el impacto del actual sistema de cuidado de la salud de la adopción maternal origina el macro sistema.

La teorista Ramona Mercer aplicada al binomio madre e hijo, se orienta en la búsqueda de nuevos espacios en la practica pre – profesional rompiendo paradigmas en cuanto a cuidado enfermero se refiere, llegando a convertirse en el pilar de la labor de enfermería y le ofrece al estudiante la oportunidad de validar y confrontar en la practica desde cualquiera de los campos de acción seleccionados aplicando el método científico en enfermería.

Ramona Mercer con su teoría Adopción del Rol Maternal, propone la necesidad de que los profesionales de enfermería tengan en cuenta el entorno familiar, la escuela, el trabajo, la iglesia y otras entidades de la comunidad como elementos importantes en la adopción de este rol. El cual es entendido como un proceso interactivo y evolutivo que se produce durante cierto periodo de tiempo, en el cual la madre involucra una

transformación dinámica y una evolución de la persona – mujer en comparación de lo que implica el logro del rol maternal 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 del mismo igualmente hay desplazamiento hacia el estado personal en el cual la madre experimenta una sensación de armonía, intimidad y competencia constituyendo el punto final de la adopción del rol maternal, es decir la identidad materna.

La adopción del rol maternal es un proceso que sigue cuatro estadios de adquisiciones del rol.

ESTADIOS DE LA ADQUISICION 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 del 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

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

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.

Las características y conductas tanto de la madre como del niño pueden influir tanto en el rol maternal y 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 auto concepto, la relación con sus padres, la madurez, la flexibilidad, la actitud, el embarazo y la experiencia del nacimiento, la salud, la depresión y el conflicto 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.

Principales Supuestos

Enfermería

Ramona Mercer considera que enfermeras son los profesionales de salud que mantienen una interacción mas continuada e intensa con las mujeres durante su ciclo de maternidad.

Son las responsables d promover la salud de las familias y de los niños y los primeros desarrollando y compartiendo las estrategias de valoración para sus pacientes.

Persona

Ramona Mercer considera que la identidad o el yo es independiente de los roles que se ejecutan. Por medio de la individualización de la maternidad, una mujer puede aumentar su propia conciencia como persona, de este modo extrapola su identidad a partir de la dualidad madre – niño.

El núcleo evoluciona a partir de un contexto cultural y determina como las situaciones se definen y se conforman. Los conceptos de autoestima y confianza en sí mismo son importantes para la adopción del rol maternal.

La madre como persona se considera una identidad independiente, pero con interacción con el niño, el padre u otra persona significativa. Ella influye y se deja influir por los demás.

Salud

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.

Entorno

Este modelo ilustra el entorno ecológico donde se desarrolla la adopción del rol materno.

El desarrollo de un rol – persona no puede considerarse independiente del entorno. Existe una adaptación mutua entre la persona en desarrollo y las propiedades cambiantes de los ambientes inmediatos, las relaciones entre los ambientes y los contextos más grandes en los que se incluye los ambientes. El entorno puede considerarse como una organización encajada de sistema.

El modelo de Mercer muestra una organización de la madre y el niño dentro del microsistema, el meso sistema y el macro sistema. Por ejemplo el estrés ambiental influye tanto en el rol de la madre como la del padre y en el desarrollo del niño, en el

modelo de Mercer, indica que los factores ambientales como el apoyo social, el estrés y el funcionamiento de la familia y los factores ambientales como el trabajo, la escuela y el cuidado diario influyen sobre la adopción del rol.

2.5. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Salud: La salud mental abarca una amplia gama de actividades directa o indirectamente relacionadas con el componente de bienestar mental incluido en la definición de salud que da la OMS: «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades».

Enfermería en salud materna infantil: La enfermería materna infantil tiene como objetivo principal prevenir la presencia de cualquier tipo de complicaciones o de enfermedades que puedan alterar el normal ciclo reproductivo, embarazo y nacimiento de la criatura. Así es entonces que esta rama de la enfermería se debe ocupar no sólo de la madre sino también del niño desde antes de que este nazca, es decir, desde el momento en que comienza a desarrollarse dentro del vientre de su madre.

Adolescente: Periodo de transición que media entre la niñez dependiente y la edad adulta y autónoma.

Puerperio: es el período que inmediatamente sigue al parto y que se extiende el tiempo necesario (usualmente 6-8 semanas) o 40 días para que el cuerpo materno.

Primípara: En el ser humano, una mujer se denomina primípara cuando tiene un hijo por primera vez.

Apego: El apego es el cariño, la estima y el afecto que un individuo siente por otra persona o por una determinada cosa que puede ser un objeto, un bien, entre otros. En el campo del desarrollo infantil, el apego se refiere a un vínculo específico y especial que se forma entre madre-infante o cuidador primario-infante.

Vínculo: es una unión, relación o atadura de una persona o cosa con otra. Por lo tanto, dos personas u objetos vinculados están unidos, encadenados, emparentados o atados, ya sea de forma física o simbólica.

III.- VARIABLES E HIPÓTESIS.

3.1. VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

En la investigación se tomaron dos variables cuantitativas:

Variable 1: Nivel de Autoestima

Variable 2: Interrelación madre – recién nacido.

3.2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA DE MEDIDA
NIVEL DE AUTOESTIMA	Autovaloración de uno mismo, de la propia personalidad, de las actitudes y de las habilidades, que son los aspectos que constituyen la base de la identidad personal.	Es el nivel de aceptación y aprecio que tiene la madre a sí misma; el conjunto de creencias, cualidades, capacidades, modos de sentir o de pensar que la madre se atribuye.	FISICA	Acéptación de su apariencia física	ALTA
			AFECTIVA	Expresión de sentimientos	
			SOCIAL	Pertenecer a un grupo	BAJA
			ACADEMICA	Reconocimiento de aciertos y errores	
			ETICA	Afrontamiento de retos Autovaloración de capacidades intelectuales Sentimiento de atención de sus valores.	

INTERRELACIÓN MADRE-RECIÉN NACIDO	<p>Es una interacción recíproca que existe entre el recién nacido y su madre y consolida con el tiempo el vínculo afectivo</p>	<p>Son todas las conductas táctiles que involucran a la díada, desde caricias ya sean iniciados por la madre o por el bebé y las respuestas que se dan entre ambos.</p>	<p>CORPORAL</p>	<p>Proximidad</p>	<p>Adecuada Inadecuada</p>
		<p>Son verbalizaciones que realiza la madre con el bebé tomando en cuenta todo lo que dice, cómo lo dice, y en qué tono lo dice; así también las respuestas del bebé.</p>	<p>VERBAL</p>	<p>Vocalización de la madre Respuesta al estímulo</p>	<p>Adecuada Inadecuada</p>
		<p>Se fija en los comportamientos visuales entre la díada. Desde la mirada espontánea, quién busca la mirada, cómo se responden a esas miradas, la ausencia de miradas, hasta la mirada mutua entre ambos.</p>	<p>VISUAL</p>	<p>Reciprocidad</p>	<p>Adecuada Inadecuada</p>

3.3. HIPOTESIS

HIPÓTESIS GENERAL

H1: El nivel de autoestima influye significativamente en la interrelación de la madre - Recién Nacido en madres adolescentes primíparas del servicio de Puerperio del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao 2015.

H0: El nivel de autoestima no influye en la interrelación madre - Recién Nacido en madres adolescentes primíparas del servicio de Puerperio del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao 2015.

IV. METODOLOGIA

4.1. TIPO DE INVESTIGACION

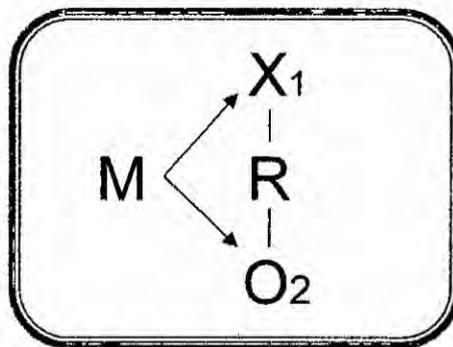
La investigación fue de tipo descriptivo, correlacional de corte transversal.

Los datos descriptivos se obtuvieron del contacto directo de las investigadoras con las madres adolescentes y por medio de una guía de observación.

De acuerdo a su finalidad la investigación fue de tipo correlacional pues permitió evaluar la relación entre las variables de estudio, siendo también una investigación de corte transversal ya que los datos fueron recolectados en un solo espacio y tiempo, con el propósito de describir las variables en un momento dado.

4.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El presente estudio tuvo un Diseño no experimental, ya que no se manipularon las variables, estuvo diseñado de la siguiente manera:



En este esquema M es la muestra en la que se realizó el estudio (madres adolescentes) y los subíndices X₁ O₂ son las variables (Nivel de Autoestima e interrelación madre - recién nacido) donde O nos indicó si hay o no una adecuada interrelación entre la madre adolescente y el recién nacido por medio de la observación y R fue la relación que existe entre ambas variables.

4.3. POBLACION Y MUESTRA

4.3.1. Población

Para la selección de la población se hizo una estimación de las madres adolescentes mediante un seguimiento de los registros de altas, donde encontramos que la cantidad de madres adolescentes que fueron hospitalizadas en el servicio de puerperio durante los meses de Abril, Mayo y Junio del 2015, que fue un promedio de 40 madres, dicha cantidad fue tomada como población.

Al momento de realizar la recolección de datos se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de Inclusión:

- Madres entre las edades de 10 a 19 años que están hospitalizadas en el servicio de puerperio y que aceptaron voluntariamente participar en la investigación.
- Madres adolescentes primíparas.
- Madres adolescentes en alojamiento conjunto con su recién nacido.

Criterios de Exclusión:

- Madres adolescentes que no aceptaron voluntariamente participar en la investigación.
- Madres adolescentes que se encontraban en condición de alta.
- Madres adolescentes que no se encontraban con su bebe en el momento de la recolección de datos.
- Madres adolescentes víctima de violencia

4.3.2. Muestra

Tipo de muestreo

Se realizó un muestreo probabilístico aleatorio simple para seleccionar el tamaño de la muestra a partir de las 40 madres que fueron nuestra población.

Tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra fue calculado mediante la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 pqN}{e^2(N-1) + Z^2 pq}$$

Dónde:

N = Población: 40 madres adolescentes del servicio de Puerperio.

Z = Nivel de confianza al 95 % equivalente a la constante 1.96.

P = Proporción esperada de la característica a evaluar: 50%

q = Complemento de P: 50%

E = Error de precisión: 5%

Aplicando la formula indicada se obtuvo:

$$n = \frac{(1.96)^2(0.5)(0.5)(40)}{(0.05)^2(40 - 1) + (1.96)^2(0.5)(0.5)}$$

$$n = \frac{(3.8416)(0.25)(40)}{(0.0025)(39) + (3.8416)(0.25)}$$

Realizando los cálculos el tamaño de la muestra es:

$$n = 36.31$$

Redondeando:

$$n = 36$$

La muestra estuvo conformada por 36 madres adolescentes hospitalizadas en el servicio Puerperio del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión 2015.

4.4. TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos se utilizará como técnica la encuesta, que permitirá obtener información sobre hechos, opiniones y actitudes de las personas que conforman la unidad de estudio, y la observación que se usará para obtener información de las conductas realizadas durante la interrelación madre – recién nacido.

Así mismo se usarán dos instrumentos para recolección de datos, un cuestionario y una guía de observación.

Cuestionario

El cuestionario que se usará será el test de autoestima de Coopermith y Roosenberg modificado por las autoras y contará con los siguientes criterios: se detalla el objetivo de la investigación y se recalca su confidencialidad. Así mismo consta de las siguientes partes: introducción, instrucciones y el contenido propiamente dicho compuesto de 15 ítems entre los cuales se formularon enunciados de opciones múltiples. Cada pregunta tuvo una valoración máxima 3 puntos. (Ver Anexo 6).

Respecto a los aspectos éticos, se tomaron en cuenta los principios de autonomía, ya que se respetó la decisión de la adolescente de participar o no en el estudio, responsabilidad para el manejo de datos por parte de las investigadoras y confidencialidad de la información obtenida.

Además previo a la aplicación del cuestionario se proporcionó un formato de consentimiento informado a cada madre adolescente, el cual fue firmado por las propias adolescentes en caso de que fueran mayores de edad (ver Anexo 4), de lo contrario, en menores de edad se hizo uso de otro consentimiento informado que fue firmado por algún familiar o apoderado (ver Anexo 3).

Guía de observación

Este instrumento utilizado fue una adaptación de la pauta de Evaluación relacional madre- recién nacido, elaborada por Kimelman en el 2007, el cual constó de 4 áreas y consideró el área verbal, visual, corporal y de sostén, mediante ello se evaluó la interrelación de las madres adolescentes con su recién nacido las cuales fueron observadas tres veces al día, aproximadamente durante 20 a 25 minutos cada vez. Las respuestas usadas en esta guía fueron respuestas de modo dicotómico cuyas alternativas tuvieron como puntaje Si = 2, NO =1. (Ver Anexo 7)

Las categorías de las dimensiones de la autoestima y la variable de interrelación madre recién nacido fueron establecidas mediante la mediana

SEGÚN LA FRECUENCIA ESTADÍSTICA MEDIANA SE DETERMINÓ

- Autoestima alta (38 - 43) y autoestima baja (30 - 37)
- Interrelación adecuada (13 - 16) e inadecuada (9 - 12)

4.4.1 Validez de los instrumentos

La validez del contenido de ambos instrumentos se realizó mediante el juicio de 11 expertos quienes analizaron cuidadosamente los ítems propuestos, y cuyas opiniones como también recomendaciones sirvieron para mejorar el instrumento. Para el análisis de la concordancia entre los jueces expertos se hizo uso de la prueba binomial cuyo valor de validez debe ser mayor de 75% (Ver Anexo 8).

4.4.2 Confiabilidad de los instrumentos

La confiabilidad del instrumento se determinó a través de la aplicación de una prueba piloto que se realizó en una población similar a la del estudio siendo analizada por el Alpha de Crombach cuyo resultado fue > 0.70 .

4.5. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Para la recolección de datos se solicitó la autorización del director general del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, además se coordinó con la Jefa del servicio de Puerperio quien nos brindó las facilidades para el desarrollo de la investigación.

Tomando en cuenta el respeto a la autonomía de las pacientes, se explicó brevemente los objetivos del estudio y se consiguió la aceptación voluntaria de participación por parte de las adolescentes en la investigación. Se hizo uso de dos tipos de consentimiento informado, uno de ellos para menores de edad, el cual fue firmado por algún familiar o apoderado, y otro para adolescentes mayores de edad, firmado por ellas mismas debido a que son consideradas personas legales.

Luego de ello, se aplicó el cuestionario a las adolescentes y se observó tanto a la madre como al recién nacido, haciendo uso de la guía de observación, durante 20 a 25 minutos en tres distintos momentos durante su estancia hospitalaria.

4.6. PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO Y ANÁLISIS DE DATOS

Después de haber recolectado los datos, éstos fueron procesados haciendo uso de la estadística descriptiva, a través del paquete estadístico de Excel 2007, previa elaboración de libro de códigos y de la tabla matriz, que contenía todos los datos obtenidos. Los resultados fueron organizados y presentados haciendo uso de cuadros y gráficos para su análisis e interpretación.

Luego, a partir de la matriz, se creó una base de datos haciendo uso del programa estadístico SPSS 23 donde se aplicó la prueba de significancia Chi – Cuadrado (X^2) para determinar la dependencia entre las variables de estudio. (Ver Anexo 7)

V.- RESULTADOS

CUADRO 5.1

**EDADES DE MADRES ADOLESCENTES PRIMIPARAS DEL SERVICIO DE
PUERPERIO DEL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN CALLAO,
OCTUBRE 2015**

EDADES	N°	%
10 a 14 años	8	22%
15 a 19 años	28	78%
TOTAL	36	100.0%

Del cuadro 5.1 se obtiene que del total de madres adolescentes encuestadas la mayor parte representada por un 78 % se encuentra entre las edades de 15 a 19 años, lo cual corresponde a la adolescencia tardía, asimismo el 22% tiene una edad entre 10 a 14 años encontrándose en la etapa de la adolescencia temprana.

GRAFICO 5.1

EDADES DE LAS MADRES ADOLESCENTES



CUADRO 5.2

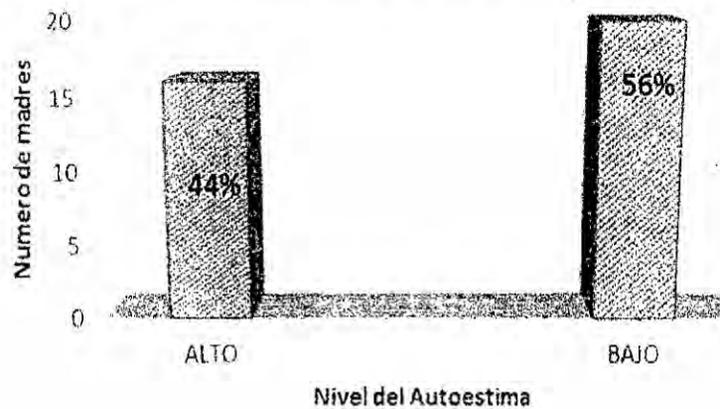
**NIVEL DE AUTOESTIMA EN MADRES ADOLESCENTES PRIMIPARAS DEL
SERVICIO DE PUERPERIO DEL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES
CARRIÓN CALLAO, OCTUBRE 2015**

NIVEL DE AUTOESTIMA	N	%
ALTO	16	44%
BAJO	20	56%
TOTAL	36	100.0%

En el cuadro 5.2 se puede evidenciar que del 100% de madres adolescentes encuestadas, un 56 % posee una autoestima baja, a comparación con un 44% que posee una autoestima alta.

GRAFICO 5.2

**NIVELES DE AUTOESTIMA EN
MADRES ADOLESCENTES**



CUADRO 5.3

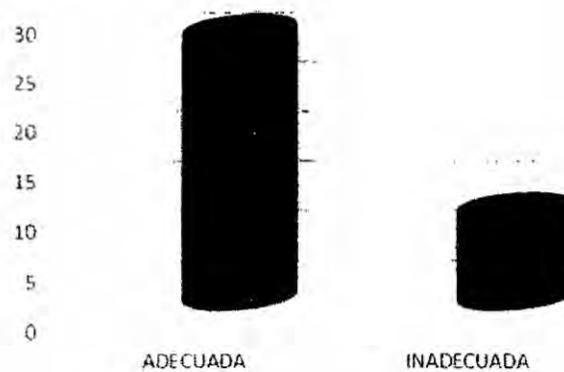
**INTERRELACIÓN EN EL AREA CORPORAL ENTRE LAS MADRES
ADOLESCENTES PRIMIPARAS Y SU RECIEN NACIDO DEL SERVICIO DE
PUERPERIO DEL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN CALLAO,
OCTUBRE 2015**

INTERRELACION AREA CORPORAL	N	%
ADECUADA	27	75%
INADECUADA	9	25%
TOTAL	36	100.0%

GRÁFICO 5.3

Del cuadro 5.3 se obtiene que del total de madres adolescentes observadas, la mayoría con un 75% tiene una adecuada interrelación con su recién nacido en el área corporal.

Interrelación madre - recién nacido AREA CORPORAL



CUADRO 5.4

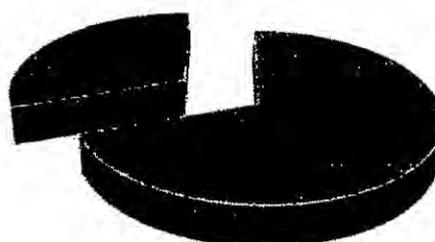
INTERRELACIÓN EN EL AREA VISUAL ENTRE LAS MADRES ADOLESCENTES PRIMIPARAS Y SU RECIEN NACIDO DEL SERVICIO DE PUERPERIO DEL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN CALLAO, OCTUBRE 2015

INTERRELACION AREA VISUAL	N	%
ADECUADA	25	69%
INADECUADA	11	31%
TOTAL	36	100.0%

Del total de madres adolescentes observadas podemos evidenciar que la mayoría de ellas tiene una adecuada interrelación con su recién nacido en lo que respecta al área visual, esto se vio representado en un 69%,

GRAFICO 5.4

Interrelación madre - recién nacido
AREA VISUAL



▪ ADECUADA ▪ INADECUADA

CUADRO 5.5

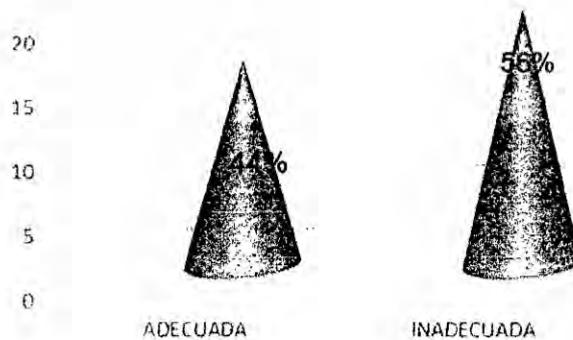
INTERRELACIÓN EN EL AREA VERBAL ENTRE LAS MADRES ADOLESCENTES PRIMIPARAS YSU RECIEN NACIDO DEL SERVICIO DE PUERPERIO DEL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN CALLAO, OCTUBRE 2015

INTERRELACION AREA VERBAL	N	%
ADECUADA	16	44%
INADECUADA	20	56%
TOTAL	36	100.0%

Del cuadro 5.5 observamos que el mayor porcentaje lo representan las madres adolescentes que tienen una interrelación inadecuada con su bebé en el área verbal con un 56%.

GRAFICO 5.5

Interrelacion madre - recién nacido
AREA VERBAL



CUADRO 5.6

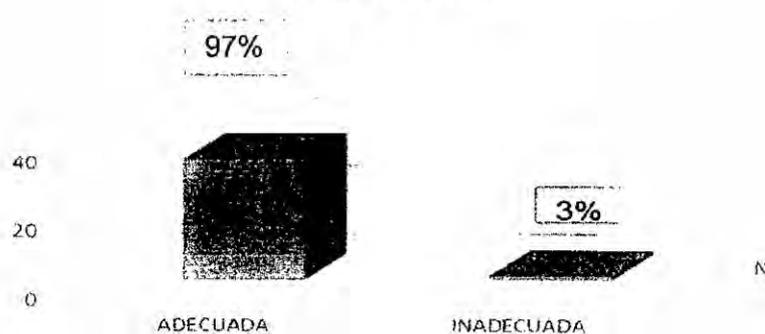
**INTERRELACIÓN EN EL AREA DE SOSTÉN ENTRE LAS MADRES
ADOLESCENTES PRIMIPARAS YSU RECIEN NACIDO DEL SERVICIO DE
PUERPERIO DEL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN CALLAO,
OCTUBRE 2015**

INTERRELACION AREA SOSTEN	N	%
ADECUADA	35	97%
INADECUADA	1	3%
TOTAL	36	100.0%

En el cuadro 5.6 se encuentra que el 97% de todas las madres adolescentes observadas tienen una adecuada interrelación con su recién nacido en el área de sostén.

GRAFICO 5.6

Interrelacion madre - recién nacido
AREA SOSTÉN



CUADRO 5.7

**INTERRELACIÓN TOTAL ENTRE LAS MADRES ADOLESCENTES PRIMIPARAS
Y SU RECIEN NACIDO DEL SERVICIO DE PUERPERIO DEL HOSPITAL
NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN CALLAO, OCTUBRE 2015**

INTERRELACION MADRE - RECIEN NACIDO	N	%
ADECUADA	17	47%
INADECUADA	19	53%
TOTAL	36	100.0%

En el cuadro 5.7 se observó que del total de madres adolescentes, en cuanto a la interrelación con su recién nacido, predomina una interrelación inadecuada con el 53% y un 47% con una mala interrelación.

GRAFICO 5.7

**INTERRELACIÓN MADRE - RECIEN
NACIDO**



CUADRO 5.8**INFLUENCIA DEL NIVEL DE AUTOESTIMA EN LA INTERRELACIÓN MADRE –
RECIEN NACIDO DEL SERVICIO DE PUERPERIO DEL HOSPITAL NACIONAL
DANIEL ALCIDES CARRIÓN CALLAO, OCTUBRE 2015**

AUTOESTIMA	INTERRELACIÓN MADRE - RECIEN NACIDO				TOTAL	
	ADECUADA		INADECUADA			
	N	%	N	%	N	%
ALTO	13	36%	3	8%	16	44%
BAJO	4	11%	16	45%	20	56%
TOTAL	21	47%	15	53%	36	100%

Del cuadro 5.8 se obtuvo que la mayoría de madres adolescentes representado en un 56% tienen un nivel de autoestima bajo, de las cuales el 45% mantienen una interrelación inadecuada con su recién nacido. Por otro lado, del 44% de madres adolescentes con autoestima alta, la mayoría tiene una interrelación adecuada con su bebé evidenciado en un 36%.

Así mismo como el valor del estadístico de χ^2 a nivel de significancia de 0.05, el valor de p fue menor de 0.05; se concluye que se rechaza la hipótesis de independencia (H_0) y por lo tanto asumir que el nivel de autoestima influye significativamente sobre la interrelación madre – recién nacido. (Ver Anexo 7)

GRAFICO 5.8



VI.- DISCUSIÓN DE RESULTADOS

6.1. CONTRASTACION DE HIPÓTESIS CON LOS RESULTADOS

A partir de los resultados encontrados en el estudio se ha podido determinar que el nivel de autoestima influye significativamente en la interrelación de la madre con el recién nacido, ya que se encontró un nivel de significancia menor a 0.05 comprobándose la siguiente hipótesis:

H1: El nivel de autoestima influye significativamente en la interrelación madre - Recién Nacido en madres adolescentes primíparas hospitalizadas en el servicio de Puerperio del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao Octubre - 2015.

6.2. CONTRASTACION DE RESULTADOS CON OTROS ESTUDIOS SIMILARES

Como características generales de la muestra, se encontró que la edad del 77.8% de madres encuestadas fluctúa entre los 15 y 19 años, lo cual según la OMS fue considerado como la etapa de adolescencia tardía. Este hallazgo concuerda con la investigación realizada por Sheyla Aguilar Alarcón, titulada Perfil de la madre adolescente primípara en el servicio de puerperio en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza de Lima (2013) donde se evidencia que de las madres adolescentes hospitalizadas en su servicio de puerperio la mayoría (70%) fluctúan entre estas edades (15-19 años), reforzándose así la idea de que a nivel local ésta es una realidad. (14)

Asimismo se halló durante el análisis de los datos, que del total de las madres adolescentes, el 55.6% tiene una autoestima baja y un 44.4% alta, lo cual puede reafirmar lo estudiado por Guillermo Ceballos y otros en el año 2011 (10) y Lucero Alderete Jimenez (9), ambos en países de Latinoamérica donde presentan a la mayor

parte de madres adolescentes estudiadas como adolescentes con una baja autoestima.

En cuanto a la interrelación de las madres adolescentes con sus recién nacidos, el 52.8%, es decir la mayoría, mantuvo una inadecuada interrelación, lo cual difiere con la opinión de Soledad Paola Y Otros. (2009) que en su estudio indica que las madres entre 17 y 20 años, obtuvieron un apego seguro hacia sus hijos, y tienen mayor probabilidad de estar en condiciones de ofrecer experiencias apropiadas para el desarrollo de sus hijos que las madres con una edad superior. (12). Sin embargo, se concuerda con otro estudio realizado posteriormente por la autora Flores Emily (2012), quien halló un deficiente contacto mantenido entre también madres adolescentes y sus bebés (11). Lo cual puede llevarnos a inferir que el ser madre adolescente o adulta no determina un adecuado o inadecuado vínculo madre-recién nacido, sino que por otra parte, debe existir algún otro factor que interviene en esta interrelación, ya que también existe un porcentaje que no pasa desapercibido (44%) de madres que mantienen una adecuada interrelación con su recién nacido.

Al seguir analizando la interrelación madre – recién nacido, se consideró 4 áreas de las cuales según los datos del estudio prevaleció el área verbal, presentando un 56% de madres que no le hablan a su bebé, concordando con Flores, Emily y otros (2012) que indica que se evidenció un deficiente vínculo en adolescentes teniendo pocas manifestaciones de afecto, diálogo y adecuado cuidado hacia el recién nacido (11). A su vez, se concuerda con la investigación de Sanchez Hidalgo e Hidalgo Garcia (2008), quienes además de afirmar que las madres adolescentes se caracterizan por crear un clima frío o moderadamente frío durante la interacción de comida, también nos dice que éstas suelen estimular en menor medida el desarrollo lingüístico de sus bebés que las madres adultas. (13)

Por otro lado, discrepando con Haya de la Torre Castro, María. (2009) quien afirmó en su estudio que la interacción más empleada entre madre y bebé durante el primer semestre de vida fue la visual, siguiéndole la verbal y la corporal (16)

Otro de nuestros hallazgos fue la cantidad de madres adolescentes con autoestima baja que mantienen una interrelación inadecuada con su recién nacido, siendo un porcentaje bastante alto (el 45% del total) al igual que las madres con autoestima alta que mantienen una adecuada interrelación, representadas en un 36%, estos datos afirmando la opinión de Ceballos, Guillermo y otros (2011) que sostiene que las madres adolescentes que no tienen estima de sí, constituyen un gran problema tanto para ellas como para el bebé porque no se estaría fomentando un ajuste saludable de su estado emocional. (10). Así como también con lo expresado por Carrillo Zerpa Grecia y Quispe Cieza Cinthya en el año 2012 que indicaron que los factores psicosociales (dentro de ellos el autoestima de las madres) están relacionados con el vínculo afectivo que éstas crean o mantienen con sus recién nacidos a término. (15)

VII.- CONCLUSIONES

Las conclusiones a las que se llegó fueron:

- ❖ La mayor parte de madres adolescentes hospitalizadas en el servicio de puerperio se encuentra entre las edades de 15 a 19 años, lo cual corresponde a la adolescencia tardía.
 - ❖ El nivel de autoestima en las madres adolescentes primíparas que se encontraban en el servicio de Puerperio en su mayoría era bajo.
 - ❖ La interrelación madre - recién nacido en sus niveles corporal, visual y de sostén fueron adecuados en la mayor parte de madres adolescentes, diferenciándose del nivel verbal en el que se encontró inadecuado.
 - ❖ La mayoría de madres adolescentes primíparas mantienen una interrelación inadecuada con su recién nacido.
- En cuanto a la hipótesis general se determinó:

El nivel de autoestima influye significativamente en la interrelación madre - recién nacido, ya que se evidenció un nivel de significancia (Chi cuadrado) $p < 0.05$, aceptando la hipótesis alterna y rechazando la hipótesis nula.

VIII.- RECOMENDACIONES

Las recomendaciones derivadas del estudio son:

A la institución, se recomienda tomar en cuenta la información actualizada obtenida en este estudio e implementar estrategias que favorezcan la estabilidad emocional de la madre adolescente durante su estancia hospitalaria para favorecer el fortalecimiento del vínculo afectivo entre el binomio.

Al profesional de enfermería, identificar el nivel de autoestima de las puérperas, priorizando a las madres adolescente que pueden influir en la interrelación de cada paciente con su bebé y actuar de manera oportuna con estrategias que permitan fomentar el vínculo entre la madre adolescente y su recién nacido

A los profesionales de enfermería, incrementar la atención a nivel psicológico, considerando la etapa de la adolescencia un grupo de riesgo.

Plantear programas estratégicos que potencien el vínculo de la madre con su recién nacido, para así fortalecer el apego y favorecer su continuidad.

A los profesionales de la salud, realizar investigaciones acerca de como interviene el nivel de autoestima y otros con la interrelación madre – recién nacido, con el fin de mejorar la salud y bienestar de ambos.

A los docentes de nuestra facultad, incentivar y facilitar la realización de trabajos de investigación a los alumnos, ya que esto promueve una formación holística del futuro profesional

IX.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. SORIANO DE ALENCAR, EUNICE Y OTROS. Revista de Psicología. 2009; Vol. XXVII (1): 0254-9247.
2. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, Embarazo en adolescentes; un problema culturalmente complejo. Boletín de la Organización Mundial de la Salud. 2009; Vol. (87): 405 – 484.
3. SERVICIO DE NOTICIAS DE LA MUJER DE LATINOAMERICA Y EL CARIBE SEMLAC, América Latina: preocupa el incremento del embarazo adolescente. Revista Colombiana de Enfermería. 2010; Vol. 7 (7): 151-160.
4. VALDIVIA, Maruzzella. Factores Psicológicos asociados a la maternidad adolescente en menores de 15 años. Revista de Psicología. 2003, Vol. XII (2): 85-109.
5. HIDALGO GARCÍA, María Victoria; SÁNCHEZ HIDALGO, José. Madres adultas y madres adolescentes: Un análisis comparativo de las interacciones que mantienen con sus bebés. Revista Chilena. 2002; Vol. 20: 217-226.
6. FRODI, A., GROLNICK, W., BRIDGES, L. & BERKO, J. Infants of adolescent and adult mothers: two indices of socioemotional development Adolescence. 1992; Vol. 63(3): 50 -738.
7. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA E INFORMÁTICA (INEI). **Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES)**. Perú. 2011.
8. ALDERETE JIMENEZ, LUCERO. Autoestima y depresión en adolescentes embarazadas. Revista de Enfermería. 2012; Vol. 20 (2). 41 – 45.

9. CEBALLOS, Guillermo Y Otros. Nivel de autoestima en adolescentes embarazadas en la comuna 5 de Santa Marta. *Revista de Psicología*. 2011; Vol. 3 (1): 1 – 10.
10. FLORES, Emily. Y Otros. Factores que influncian el vínculo afectivo en adolescentes primigestas entre 15 a 19 años, usuarias del cesfam la unión, sept-nov 2012. [Tesis Pregrado] Chile. Universidad Austral de Chile, 2012.
11. SOLEDAD, Paola Y Otros. Relación entre los tipos de apego según escala Massie Campbell y el perfil socio-demográfico de las madres pertenecientes al centro de salud familiar rural niebla; Enero- agosto del 2008. [Tesis Pregrado] Chile. Universidad Austral de Chile, 2009.
12. SANCHEZ, Hidalgo, HIDALGO GARCIA, María Victoria. Madres adultas y madres adolescentes. Un análisis comparativo de las interacciones que mantienen con sus bebés. *Revista de Psicología*. 2008; Vol. 20(2): 233 – 251.
13. AGUILAR ALARCON, Sheyla. Perfil de la madre adolescente primípara, en el servicio de puerperio de un Hospital Nacional de Lima. *Revista de Enfermería Herediana*. 2014; Vol. 7(2): 162-169.
14. CARRILLO ZERPA, Grecia; QUISPE CIEZA, Cinthya. Relación entre factores psicosociales y el nivel del vínculo afectivo en madres primíparas y sus recién nacidos a término, Hospital Belén de Trujillo 2012. [Tesis Pregrado] Trujillo. Universidad Privada Antenor Orrego. 2013.
15. HAYA DE LA TORRE CASTRO, María. Las características de la interacción madre – bebé y el conocimiento sobre el desarrollo del niño en un grupo de madres adolescentes y sus bebés Lima – Perú. [Tesis Pregrado] Lima. Pontificia Universidad Católica del Perú. 2009.

16. Pio G, Ramiro M, Nina Z. Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años en América Latina y el Caribe. Lima – Perú: Editorial Prom5ex. 2011 Pág. 14
17. Álvarez G. Estudio cualitativo de Autoestima y Autoconcepto en Adolescentes Embarazadas [Tesis Pregrado]. Morelia Michoacan. Universidad Michoacana De San Nicolás De Hidalgo. 2009
18. PELAEZ M. Adolescencia y juventud. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2004. Vol. 30 (2): 125.
19. Carlos Vásquez Contreras. Alexitimia y Autolesiones en un grupo de escolares de Lima Metropolitana [Tesis Pregrado]. Lima – Perú. Universidad Católica del Perú. 2009.
20. María. R. Estudio descriptivo, de Representaciones de Apego en madres adolescentes de nivel Socioeconómico bajo. [Tesis Pregrado]. Lima – Perú. Universidad Católica del Perú. 2009
21. KRAUSOPFF, Dina. Adolescencia y Educación. 2da Edición. Costa Rica. Fondo De Población De Las Naciones Unidas. 2001
22. GUTIERREZ, Roció. Maternidad adolescente: construyendo nuevos destinos. 1era ed. Lima. PROPOLI. 2006.
23. Carlos R, Gabriel G, Miguel G. Atención al Adolescente. 4a ed. Santander. Editorial Publican. 2008.
24. BRANDEN, Nathaniel. La autoestima de la mujer. 1a ed. Madrid – España. Paidós - ISBN. 1999.

25. GONZALEZ, Norma; LOPEZ FUENTES, Arratia. La autoestima. 1a ed. México. Consejo Nacional para la Enseñanza en Investigación en Psicología. 2008.
26. Harry Doula. Problemas de la adolescencia: guía práctica para el profesorado y la familia. 3a ed. Asturias. Narcea. 2004
27. TOLEDO, Virginia y otros. Adolescencia tiempo de decisiones. Centro de medicina productiva y desarrollo integral del adolescente. 3a ed. Chile. Editorial mediterráneo. 1998.
28. UNICEF. Adolescencia; una etapa fundamental. 3a ed. Nueva York. UNICEF NY. 2002.
29. OBLITAS GUADALUPE, Luis. Psicología de la Salud. 3a ed. México. Cengage Learning Editores. 2006.
30. MITJAVILLA GARCIA, Merce. Vínculo afectivo y estrés en la maternidad adolescente: un estudio con metodología combinada. [Tesis Doctoral]. Barcelona. Universidad Autónoma de Barcelona. 2007
31. PARRA CHACHAIMA, Ana María. Factores Biosociales que influyen en el nivel de apego de la madre con el recién nacido. [Tesis Segunda Especialidad]. Huancayo. Universidad Nacional de Trujillo. 2011.
32. FERNANDEZ GALINDO, Marian. Teoría del Apego y psicoanálisis. Convergencia clínica. Revista de Psicología. 2002. Vol. 5 (2): 5 – 34.
33. REY DE CASTRO ALARCO, María. Representaciones de Apego. [Tesis Pregrado]. Lima – Perú. Pontificia Universidad Católica del Perú. 2009.

Páginas Electrónicas

1. PsicologiayEmpresa.com, Factores Psicológicos que determinan el Comportamiento. Psicología y Empresa. 2011. Disponible en: <http://psicologiayempresa.com/factores-psicologicos-determinan-comportamiento-consumidor.html>

1. kozyo.blogspot.pe, Toma de decisiones en los adolescentes. Kozyo. Org. 2009. Disponible en: <http://kozyo.blogspot.com/2009/05/toma-de-decisiones-en-los-adolescentes.html>

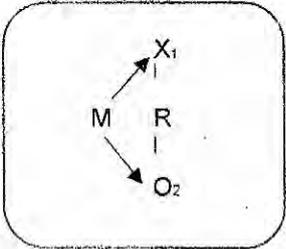
ANEXOS

ANEXO 01

MATRIZ DE CONSISTENCIA DEL PROYECTO

"NIVEL DE AUTOESTIMA Y LA INTERRELACIÓN MADRE – RECIÉN NACIDO EN MADRES ADOLESCENTES PRIMÍPARAS DEL SERVICIO DE PUERPERIO DEL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN DEL CALLAO 2015"

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	OPERACIONALIZACION DE VARIABLES			METODOLOGIA
			VARIABLES	DIMENSION	INDICADORES	
¿De qué manera influye el nivel de autoestima en la interrelación madre – recién nacido en madres adolescentes primíparas del servicio de Puerperio del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao - 2015?	OBJETIVO GENERAL • Determinar la influencia del nivel de autoestima en la interrelación madre – recién nacido en madres adolescentes primíparas del servicio de Puerperio del Hospital Nacional	HIPOTESIS ALTERNA H1: El nivel de autoestima influye significativamente en la interrelación madre - Recién Nacido en madres adolescentes	VARIABLES	DIMENSION	INDICADORES	Tipo de investigación El presente estudio de investigación es de tipo cuantitativo, descriptivo, correlacional de corte transversal.
			VARIABLE 1 Nivel de Autoestima	<ul style="list-style-type: none"> • Física • Afectiva 	Aceptación de su apariencia física Expresión de sentimientos Pertenecer a un	

<p>PROBLEMAS ESPECIFICOS</p> <p>¿Cuál es el nivel de autoestima de las madres adolescentes primíparas del servicio de puerperio del hospital nacional Daniel Alcides Carrion?</p> <p>¿Cómo es la interrelación madre – recién nacido que tienen las madres adolescentes primíparas del servicio de puerperio del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión?</p>	<p>Daniel Alcides Carrión del Callao – 2015.</p> <p>OBJETIVOS ESPECIFICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar el nivel de autoestima en las Madres Adolescentes primíparas • Conocer la interrelación madre – recién nacido. • Describir la influencia del nivel de autoestima en la interrelación madre – recién nacido 	<p>primíparas del servicio de Puerperio del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao 2015.</p> <p>HIPOTESIS NULA</p> <p>H0: El nivel de autoestima no influye significativamente en la interrelación madre - Recién Nacido en madres adolescentes primíparas del</p>	<p>VARIABLE 2</p> <p>Interrelación madre – recién</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Social • Académica • Ética ✓ Corporal 	<p>grupo</p> <p>Reconocimiento de aciertos y errores</p> <p>Afrontamiento de retos</p> <p>Autovaloración de capacidades intelectuales</p> <p>Sentimiento de atención de sus valores.</p> <p>Proximidad</p>	<p>Diseño de investigación</p>  <p>Población</p> <p>Para la selección de la población haremos un seguimiento de los registros de altas, donde encontramos que la cantidad de madres adolescentes que fueron hospitalizadas en el servicio de puerperio durante los meses de junio, julio y agosto del 2015, que fue un promedio de 40 madres,</p>
---	--	---	--	--	--	--

						<p>opiniones y actitudes de las personas que conforman la unidad de estudio, y la observación que se usará para obtener información de las conductas realizadas durante la interrelación madre – recién nacido.</p> <p>Plan de análisis e interpretación de datos</p> <p>Se realizara mediante el programa estadístico SPSS de versión 21.0 para luego ejecutar las operaciones respectivas.</p>
--	--	--	--	--	--	---

ANEXO 02

Consentimiento Informado

“NIVEL DE AUTOESTIMA Y LA INTERRELACIÓN MADRE- RECIÉN NACIDO EN MADRES ADOLESCENTES PRIMÍPARAS DEL SERVICIO DE PUERPERIO DEL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION DEL CALLAO EN EL MES DE OCTUBRE DEL 2015”

El estudio de investigación cuyo objetivo general es determinar la influencia del nivel de autoestima en la interrelación madre – recién nacido en madres adolescentes hospitalizadas en el servicio de Puerperio del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión - Callao 2015, se realizara con el fin de proporcionar conocimientos al profesional de enfermería para brindar una mejor atención de acuerdo a las necesidades del adolescente en esta nueva etapa, y lograr así una excelente relación con sus bebés desde el primer momento.

Se cuenta con la autorización de la jefa del servicio para la realización de este trabajo y solicitamos su colaboración autorizando su participación, mediante el presente formato.

Es importante recalcar que el nombre de la adolescente no quedará registrado en ninguna parte de los resultados del estudio, porque la información será manejada como grupo, **manteniendo el secreto de quien hizo cada respuesta mediante los instrumentos de recolección de datos seleccionados.** Mil gracias por su ayuda.

Yo _____, responsable directo de la señorita _____, de ____ años de edad, manifiesto que se ha obtenido sus asentimiento y otorgo de manera voluntaria mi permiso para que se le incluya como sujeto de estudio en el Proyecto de Investigación “Nivel de autoestima y la interrelación madre- recién nacido en madres adolescentes primíparas del servicio de puerperio del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao en el mes de octubre del 2015”, luego de haber conocido y comprendido en su totalidad la información de dicho proyecto.

Callao, ____ de _____ del 2015

Firma y DNI del responsable _____

Parentesco con el participante _____

ANEXO 03

Consentimiento Informado

“NIVEL DE AUTOESTIMA Y LA INTERRELACIÓN MADRE- RECIÉN NACIDO EN MADRES ADOLESCENTES PRIMÍPARAS DEL SERVICIO DE PUERPERIO DEL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION DEL CALLAO EN EL MES DE OCTUBRE DEL 2015”

El estudio de investigación cuyo objetivo general es determinar la influencia del Nivel de Autoestima en la interrelación madre – recién nacido en madres adolescentes primíparas hospitalizadas en el servicio de puerperio del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao en el mes de Octubre del 2015, se realizara con el fin de proporcionar conocimientos al profesional de enfermería para brindar una mejor atención de acuerdo a las necesidades del adolescente en esta nueva etapa, y lograr así una excelente relación con sus bebés desde el primer momento.

Se cuenta con la autorización de la jefa del servicio para la realización de este trabajo y solicitamos su colaboración autorizando su participación, mediante el presente formato.

Es importante recalcar que el nombre de la adolescente no quedará registrado en ninguna parte de los resultados del estudio, porque la información será manejada como grupo, **manteniendo el secreto de quien hizo cada respuesta mediante los instrumentos de recolección de datos seleccionados.** Mil gracias por su ayuda.

Yo _____ con DNI _____ Autorizo mi participación en la investigación sobre : **“NIVEL DE AUTOESTIMA Y LA INTERRELACIÓN MADRE- RECIÉN NACIDO EN MADRES ADOLESCENTES PRIMÍPARAS DEL SERVICIO DE PUERPERIO DEL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION DEL CALLAO EN EL MES DE OCTUBRE DEL 2015”**. Manifiesto y certifico por medio de mi firma, luego de haber conocido y comprendido en su totalidad la información de dicho proyecto.

Callao, ___ de _____ del 2015

.....
Firma del participante

ANEXO 04

CUESTIONARIO

I. Presentación

Buenos días, somos bachilleres de Enfermería de la Universidad Nacional de Callao. En esta oportunidad estamos realizando un trabajo de investigación titulado "NIVEL DE AUTOESTIMA Y LA INTERRELACIÓN MADRE - RECIÉN NACIDO EN MADRES ADOLESCENTES PRIMÍPARAS DEL SERVICIO DE PUERPERIO DEL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN DEL CALLAO EN EL MES DE OCTUBRE DEL 2015" Los datos que usted brinde en este cuestionario serán utilizados con fines de estudio y de carácter anónimo y confidencial. Esperando obtener sus respuestas con veracidad, agradecemos anticipadamente su valiosa colaboración.

II. Instrucciones

Lea detenidamente y con atención las preguntas que a continuación se le presenta, luego según sea su opinión marque con un aspa "X" la respuesta que estime conveniente. Recuerda que tu sinceridad es muy importante, no hay respuesta mala ni buena, asegúrate de contestar todas.

Datos generales:

Edad:

- 10 - 12 ()
- 13 - 15 ()
- 15 - 17 ()
- 18 - 19 ()

III. Datos específicos:

	Nunca	A veces	Siempre
1. Me siento satisfecha conmigo misma.			
2. Siento que soy una chica con buenos valores			
3. Me cuesta exponer mis ideas			
4. Frecuentemente prefiero estar sola			
5. Me siento capaz de cuidar a mi bebé			
6. Me siento poco atractiva			
7. Me siento feliz con mi nuevo rol de madre			
8. Siento que no me toman en cuenta.			
9. Siento que hice todo mal.			
10. Cuando me equivoco, me siento mal conmigo misma.			
11. Me relaciono bien con la mayoría de las personas			
12. Tomo decisiones y las cumplo			
13. Pienso que las personas no confían en mí.			
14. me gustaría cambiar alguna parte de mi cuerpo			
15.- Me siento valorada por quienes me rodean			

Gracias por su colaboración

Donde se considerará:

Para los ítems: 1, 5, 7, 11, 12, 15

- Siempre: 3
- A veces: 2
- Nunca: 1

Para los ítems: 2,3, 4, 6, 8, 9, 10, 13

- Siempre: 1
- A veces: 2
- Nunca: 3

ANEXO 05

**GUIA DE OBSERVACION DE LA FORMACION DEL VÍNCULO AFECTIVO EN
MADRES PRIMIPARAS Y RECIEN NACIDOS A TERMINO**

Instrucciones: Cotejas las actitudes propuestas en cada ítem y colocar la puntuación
(SI= 2 NO = 1)

Donde se considerará:

Interrelación Adecuada: un puntaje de 6 a 8 puntos

Interrelación Inadecuada: un puntaje de 4 a 5 puntos

Fecha de Observación		1°	2°	3°	
Hora de Observación					TOTAL
CORPORAL:		Si/No	Si/No	Si/No	
La madre acaricia a su recién nacido					
La madre abraza a su recién nacido espontáneamente					
VERBAL:					
La madre le habla de forma cariñosa a su bebé					
La madre realiza algún sonido vocal para llamar la atención del bebé.					
VISUAL:					
La madre busca que el bebé la mire					
La madre mira de forma cariñosa al bebé					
SOSTEN:					
La madre sostiene al bebé para calmarlo cuando el bebé llora					
La madre sostiene al bebé de forma relajada.					

CRITERIOS DE EVALUACION DE LA GUIA DE OBSERVACION

CORPORAL:

- Ítem N° 1: La madre acaricia a su recién nacido
SI: "Cuando toca o carga a su recién nacido frecuentemente y con afecto"
NO: "cuando la madre no toca al bebé o solo lo deja en la cama"
- Ítem N°2: La madre abraza a su recién nacido espontáneamente
SI: "cuando toca delicadamente y con afecto a su recién nacido en forma espontánea y frecuente."
NO: cuando no acaricia a su recién nacido

VERBAL:

- Ítem N°1: La madre le habla de forma cariñosa a su bebé
SI: "cuando la madre habla a su recién nacido con frases suaves, de cariño y con frecuencia"
NO: "cuando la madre no le habla a su recién nacido"
- Ítem N°2: La madre realiza algún sonido vocal para llamar la atención del bebé.
SI: "Cuando la madre hace algún sonido (arrulla, le canta suavemente) durante el amamantamiento o los cuidados diarios"
NO: "Cuando la madre no produce ningún sonido para su bebé"

VISUAL:

- Ítem N°1: La madre busca que el bebé la mire
SI: "cuando la madre mira a los ojos de su recién nacido con ternura e interés"
NO: "cuando la madre no mira a los ojos de su recién nacido"
- Ítem N°2: La madre mira de forma cariñosa al bebé
SI: "Cuando la madre contempla por plazos cortos o largos a su bebé de forma tierna, mientras el bebé duerme o lo amamanta"
NO: "Cuando la madre no mira para nada a su bebé"

SOSTEN:

- Ítem N°1: La madre sostiene al bebé para calmarlo cuando el bebé llora
SI: "Cuando la mamá trata de proteger a su bebé sosteniéndolo de forma

firme y cariñosa”

NO: “cuando la madre es indiferente a su bebé”

- Ítem N°2: La madre sostiene al bebé de forma relajada.

SI: “Cuando la madre se siente cómoda al cargar a su bebé”

NO: “Cuando la madre no sostiene a su bebé o lo sostiene de forma rígida y obligada”

ANEXO 06

ANÁLISIS DE CONCORDANCIA (PRUEBA BINOMIAL)

Juicio de Expertos

Ítems	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Juez 5	Juez 6	p valor
1	1	1	1	1	1	1	0.015625
2	1	1	1	1	1	1	0.015625
3	1	1	1	1	1	1	0.015625
4	1	1	1	1	1	1	0.015625
5	1	0	1	1	1	1	0.09375
6	1	1	1	1	1	1	0.015625
7	1	1	1	1	1	1	0.015625
8	0	1	1	0	0	0	0.234375
9	0	1	1	0	0	0	0.234375
10	1	1	1	1	1	1	0.015625
11	1	1	1	1	1	1	0.015625

P valor total 0.005681818

1 = Favorable

2 = Desfavorable

$$b = \frac{Ta \times 100}{Ta + Td}$$

Reemplazando:

$$b = \frac{61 \times 100}{66}$$

b = 92.42%

Se observa que en los resultados omitidos por la opinión de los expertos que el valor del P total es menor de 0.05 y la concordancia entre ellos resultó ser de 92.42%, por consiguiente se consideran los instrumentos válidos.

ANEXO 7

PRUEBA DE INDEPENDENCIA (CHI CUADRADO)

Autoestima en la interrelación madre – recién nacido

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	13.380 ^a	1	.000		
Corrección de continuidad ^b	11.035	1	.001		
Razón de verosimilitud	14.337	1	.000		
Prueba exacta de Fisher				.001	.000
Asociación lineal por lineal	13.009	1	.000		
N de casos válidos	36				

*El Chi Cuadrado es prueba de hipótesis que determina si dos variables están relacionadas o no.

ANEXO 8

ANÁLISIS DE CONFIABILIDAD (ALPHA DE CROMBACH)

Cuestionario de Autoestima

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
.693	16

Guía de observación: Interrelación Madre – Recién nacido

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
.721	9

*El Alpha nos permite crear una escala fiable donde los ítems estén muy correlacionados entre sí. Cuanto más se aproxime a su valor máximo 1, mayor es la fiabilidad de la escala.