



**UNIVERSIDAD DEL PAPALOAPAN**  
**LICENCIATURA EN ENFERMERIA**  
**CAMPUS TUXTEPEC**

**“Nivel de Adopción del Rol Materno en Madres Adolescentes según grupo de convivencia, en Primer Nivel de Atención en la Comunidad Arroyo Guacamaya de Villa de Etna, Oaxaca”**

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

**Licenciada en Enfermería**

PRESENTA

**Verónica Naranjo Jarquín**

Directora: ME. Silvia Franco Bárcenas

Revisoras

MRN. Laura Isabel Hernández Arzola

MASE. Dulce Rosario Ortiz Avendaño

SAN JUAN BAUTISTA TUXTEPEC, OAXACA 2022



**UNIVERSIDAD DEL PAPALOAPAN**  
CAMPUS TUXTEPEC

San Juan Bautista Tuxtepec, Oaxaca, a 04 de abril de 2022

**M. EN C. HÉCTOR LÓPEZ ARJONA**  
VICE RECTOR ACADÉMICO  
UNIVERSIDAD DEL PAPALOAPAN

Sirva la presente para informarle que los miembros de la comisión revisora de trabajo de tesis de la pasante de la Licenciatura en Enfermería Verónica Naranjo Jarquín con número de matrícula 13120520, revisaron y aprobaron el trabajo de investigación denominado "*Nivel de adopción de rol materno en madres adolescentes según grupo de convivencia en primer nivel de atención de Arroyo Guacamaya de Villa de Etla, Oaxaca*", mismo que será presentado como prueba escrita del acto de recepción profesional, para obtener el título de Licenciada en Enfermería.

Por lo anterior y de acuerdo con los lineamientos institucionales, se le da trámite legal a la impresión del trabajo presentado.

Sin más por el momento le envío un cordial saludo.

**Atentamente**  
*Terra uberrima, mens aperta*  
*Beu Lo-tama, chi-ji ju*

**M.S.P. Samuel Isai Sebastián Rodríguez**  
Jefe de Carrera de Licenciatura en Enfermería  
Universidad del Papaloapan



c.c.p. M.E. Yesenia Barrientos Ansel - Jefa de servicios escolares  
c.c.p. Verónica Naranjo Jarquín - Subdirectora  
c.c.p. M.E. Silvia Franco Bárcenas - Directora de tesis  
c.c.p. Archivos

*[Handwritten signature]*  
414/22 13:09





# UNIVERSIDAD DEL PAPALOAPAN

## CAMPUS TUXTEPEC

San Juan Bautista Tuxtepec, Oaxaca, a 04 de abril de 2022

Oficio No. JCLE/0077/2022

### M.E. Yesenia Barrientos Arenal

Jefe de Servicios Escolares  
Universidad del Papaloapan

Con base en el dictamen de la **Comisión revisora**, se autoriza la impresión del trabajo de tesis del (la) alumno(a) **Verónica Naranjo Jarquín** titulado "**Nivel de adopción de rol materno en madres adolescentes según grupo de convivencia en primer nivel de atención de Arroyo Guacamaya de Villa de Etla, Oaxaca**". Para ser avalado como trabajo de tesis y presentar el examen profesional para obtener el título de **Licenciado(a) en Enfermería**, toda vez que cumple satisfactoriamente con la reglamentación establecida para tal fin.

El Jurado de Examen Profesional estará compuesto por los siguientes profesores:

- M.R.N. Laura Isabel Hernández Arzola** - Presidenta, Universidad de la Sierra Sur
- M.A.S.E. Dulce Rosario Ortiz García** - Secretaria, Universidad del Papaloapan
- M.A.S.E. Ortencia Vásquez Sánchez** - Vocal, Universidad del Papaloapan
- M.M.M. Luis Uribe Espejo Galicia** - Primer suplente, Universidad del Papaloapan
- Dra. Hermenegilda Moreno Díaz** - Segundo Suplente, Universidad del Papaloapan

Sin más por el momento le envío un cordial saludo.



Atentamente

*Terra uberrima, mens aperta*  
*Bou Lo-tama, chi ji ju*

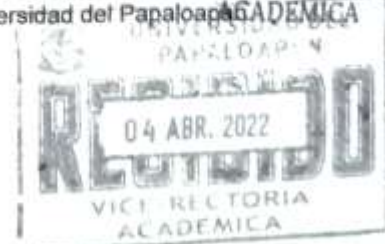
04 ABR. 2022  
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS ESCOLARES CAMPUS TUXTEPEC



**M.S.P. Samuel Isai Sebastián Rodríguez**  
Jefe de Carrera de Licenciatura en Enfermería  
Universidad del Papaloapan

**Vo.Bo. M.C. Héctor López Arjona**  
Vice Rector Académico  
UNIVERSIDAD DEL PAPALOAPAN  
VICE-RECTORIA ACADÉMICA

- c.c.p. Verónica Naranjo Jarquín - Alumno, para su conocimiento.
- c.c.p. M.E. Silvia Franco Bárcenas. Directora de tesis, para su conocimiento.
- c.c.p. Archivo



17-23



**UNIVERSIDAD DEL PAPALOAPAN**  
CAMPUS TUXTEPEC

**ACTA DE REVISIÓN DE TESIS**

En la de San Juan Bautista Tuxtepec, Oaxaca, el día 1 de abril de 2022 se reunieron de manera virtual, los miembros de la Comisión Revisora del protocolo de tesis, designada por la Vice-Rectoría de la Universidad del Papaloapan, con la finalidad de examinar la tesis titulada "Nivel de adopción de rol materno en madres adolescentes según grupo de convivencia en primer nivel de atención de Arroyo Guacamaya de Villa de Etla, Oaxaca" presentado por el(la) alumno(a) Verónica Naranjo Jarquín, con número de matrícula 13120520, de la Licenciatura en Enfermería aspirante al Título de Licenciatura.

Después de intercambiar opiniones, los miembros de la comisión manifestaron que **LA TESIS SATISFACE** los requisitos señalados señalados por las disposiciones reglamentarias vigentes, otorgando su **APROBACIÓN** para que el aspirante pueda proceder con el proceso de titulación.

Tuxtepec, Oaxaca, a 1 de abril de 2022

ATENTAMENTE  
LA COMISIÓN REVISORA

**M.R.N. Laura Isabel Hernández Arzola**  
Universidad de la Sierra Sur  
Presidenta

**M.A.S.E. Dulce Rosario Ortiz García**  
Universidad del Papaloapan  
Secretaría

**M.A.S.E. Ortopeda Vásquez Sánchez**  
Universidad del Papaloapan  
Vocal

**M.E. Silvia Franco Bárcenas**  
Universidad del Papaloapan  
Director de Tesis

## **Hoja de originalidad**

El presente trabajo no ha sido aceptado o empleado para el otorgamiento de título o grado adicional al actual. La tesis es resultado de las investigaciones del autor, excepto donde se indican las fuentes de información consultadas. El autor otorga su consentimiento a la Universidad del Papaloapan para la reproducción del documento con el fin del intercambio bibliotecario siempre y cuando se indique la fuente.

## **Agradecimientos**

Mi reconocimiento para la institución Universidad del Papaloapan por la oportunidad para el desarrollo de la enfermería.

Directora de Tesis Mtra. Silvia Franco Bárcenas, por sus invaluable orientaciones y su calidad humana dedicación, tiempo, paciencia y esfuerzo, durante este largo viaje de investigación.

Revisora de Tesis M.R.N. Laura Isabel Hernández Arzola agradecimiento por su dedicación, esmero y apoyo de supervisión de Tesis.

Revisora de Tesis MASE. Dulce Rosario Ortiz Avendaño agradecimiento por su tiempo y apoyo de supervisión de Tesis.

M.M.M. Luis Uribe Espejo Galicia un gran ser humano, agradecimiento por su dedicación, paciencia y sus sabios conocimientos.

Lic. en Enf. Maribel Alfonsa Orosio Méndez por ser partícipe de este proceso, por tu insistencia y paciencia.

Mtro. Juan Daniel Suárez Máximo, quien da validez al instrumento de la ARM llevado a cabo en esta investigación, por su colaboración en esta investigación.

Dr. Benjamín Cervantes Juárez encargado del Centro de Salud de Arrollo Guacamaya Villa de Etlá Oaxaca, agradecimientos sinceros por darme la oportunidad y extender el espacio para que esta investigación fuese realizada.

A mi grupo de adolescentes por su tiempo y participación incondicional y formar parte de esta investigación.

## **Dedicatoria**

*Con orgullo puedo dar concluida esta etapa, puesto que el camino no fue fácil doy gracias a Dios que hasta el día de hoy me ha permitido mantenerme de pie, con salud y vida, me siento dichosa y agradecida.*

*A mis padres, con cariño y respeto.*

*A mi hermana, que sea un paso a seguir.*

*A mis amigas (o)s, especialmente a ti Maribel.*

***¡Gracias...!***

***Vero***

## Contenido

<i>Resumen</i> .....	11
<i>Abstract</i> .....	12
<i>Introducción</i> .....	13
<i>Planteamiento del problema</i> .....	15
<i>Justificación</i> .....	18
<i>Objetivos</i> .....	20
<i>General</i> .....	20
<i>Específicos</i> .....	20
<i>Marco Teórico</i> .....	21
<i>Diseño de la investigación</i> .....	27
<i>Población</i> .....	27
<i>Tamaño de la muestra</i> .....	27
<i>Criterios de selección</i> .....	27
<i>Procedimiento de medición de variables y recolección de datos</i> .....	28
<i>Instrumento de medición</i> .....	28
<i>Estrategia de análisis</i> .....	33
<i>Aspectos éticos</i> .....	34
<i>Resultados</i> .....	36
<i>Discusión</i> .....	50
<i>Conclusión</i> .....	53
<i>Recomendaciones</i> .....	54
<i>Referencias bibliográficas</i> .....	55
<i>Anexos</i> .....	59
<i>Apéndice A. Cedula Sociodemográficos</i> .....	59
<i>Apéndice B. Consentimiento Informado para adolescente mayor de 18 años</i> .....	60
<i>Apéndice B. Consentimiento Informado adolescente menor de 18 años</i> .....	61
<i>Apéndice B. Consentimiento Informado para el Tutor de la Adolescente</i> .....	62
<i>Anexo C. Instrumento de Medición</i> .....	63

## Índice de figura

<b>Figura 1</b> <i>Teoría de adopción del rol materno</i> .....	22
---	----

## Índice de tablas

<b>Tabla 1</b> <i>Escala de Likert</i> .....	29
<b>Tabla 2</b> <i>Operacionalización de variables</i> .....	30
<b>Tabla 3</b> <i>Variables sociodemográficas</i> .....	37
<b>Tabla 4</b> <i>Coeficiente de confiabilidad del instrumento</i> .....	37
<b>Tabla 5</b> <i>Nivel de rol materno en madres adolescentes primerizas según grupo de convivencia</i> .....	38
<b>Tabla 6</b> <i>Dimensión 2. Aceptación del bebé</i> .....	40
<b>Tabla 7</b> <i>Dimensión 3. Contacto con el rol de madre</i> .....	41
<b>Tabla 8</b> <i>Dimensión 4. Estimulación del bebé</i> .....	42
<b>Tabla 9</b> <i>Dimensión 7. Expresiones maternas de afecto hacia el bebé</i> .....	43
<b>Tabla 10</b> <i>Dimensión 8. Bienestar del bebé</i> .....	44
<b>Tabla 11</b> <i>Dimensión 9. Preocupación y protección del bebé</i> .....	45
<b>Tabla 12</b> <i>Dimensión 1. Interacción con la pareja respecto al bebé</i> .....	46
<b>Tabla 13</b> <i>Dimensión 5. Interacción con la familia de origen respecto al bebé</i> .....	47
<b>Tabla 14</b> <i>Dimensión 6. Cuidados del bebé</i> .....	48
<b>Tabla 15</b> <i>Dimensión 10. Conocimiento y cultura relacionados al bebé</i> .....	49

### Abreviaturas

**ARM:** Adopción del rol materno (de sus siglas en inglés Adoption of the maternal role)

**ENAPEA:** Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes.

**NARM:** Nivel de Adopción del Rol Materno

**OCDE:** Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico.

**ONU:** Organización de las Naciones Unidas (de acuerdo a sus siglas en inglés Organization of the United Nations )

**OMS:** Organización Mundial de la Salud.

**SPSS:** Statistical Package for the Social Sciences (Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales)

## Resumen

**Introducción.** El embarazo da inicio a una nueva etapa de la vida de la mujer, pero mientras para muchas puede ser motivo de gozo, para otras puede significar una molestia que conlleva un desequilibrio emocional y que no favorecerá la relación con su pareja, ni la futura relación con su hijo. El presente trabajo de investigación tiene como finalidad determinar el nivel de adopción del rol materno que presentan las madres adolescentes según grupo de convivencia familiar, basado en el modelo de Mercer R. **Metodología.** Universo conformado por 51 madres adolescentes primerizas de 15 a 19 años de edad de la comunidad Arrollo Guacamaya, el instrumento que se utilizó fue la Escala de Adopción del Rol Materno (ARM) estandarizado y validado para la población mexicana, de los autores Garrido M. y Marchan M. (2011). **Resultado.** Se encontró un Rol Materno alto en el 77.7% de madres adolescentes que viven con su pareja y familia de origen, y 55.0% en las adolescentes que viven con su familia de origen **Conclusión.** La adopción del rol materno en las madres adolescentes primerizas varía significativamente, según grupo de convivencia al que pertenecen. Al encontrar resultados de rol materno alto, proceso interactivo y evolutivo que se produce cuando las madres tienen su transformación persona mujer, la cual hay una aceptación a su nuevo rol; es importante mencionar que no se encontraron roles maternos bajos.

Palabras Clave: embarazo adolescente, rol materno, adopción, tipo de familia. Modelo de adopción de rol materno.

### **Abstract**

Introduction: Pregnancy begins a new stage in a woman's life, but while for many it can be a source of joy, for others it can mean an annoyance that entails an emotional imbalance and that will not favor the relationship with her partner or the future. Relationship with son This research work aims to determine the level of adoption of the maternal role presented by first-time adolescent mothers according to family coexistence group. Methodology: The universe was made up of 51 new mothers between 15 and 19 years of age from the community of Arrollo Guacamaya, the instrument used was the instrument used was the escalation of adoption of the maternal role Maternal Role Adoption scale (ARM) standardized and validated for the Mexican population, from the authors Garrido M. and March M (2011) was used. Result: A high maternal role was found in 77.7% of adolescent mothers who live with their partner and family of origin, 55.0% adolescent girls who live with their family of origin. Conclusion: The adoption of the maternal role in first- time adolescent mothers varies significantly, depending on the coexistence group to which they belong. When finding results of high maternal role, it is deduced that there is an acceptance of their new role, it is important to mention that low maternal roles were not found.

Key words: Adolescent, maternal role, adoption, family.

## Introducción

En México, los alumbramientos de madres adolescentes han aumentado un 11%, las menores de 16 años tienen riesgo de defunción materna cuatro veces más alto que las mujeres de entre 20 y 30 años (Jiménez, *et al.* 2017, p.12).

Según Flores (2012) el embarazo da inicio a una nueva etapa en la vida de la mujer adolescente, para muchas puede significar motivo de gozo, para otras, un desequilibrio emocional y que no favorecerá la relación con su pareja, ni la futura relación con su hijo (p. 169). Las adolescentes al enfrentarse a la maternidad, desafían conflictos evolutivos y de transición de rol que les genera miedo, ansiedad, culpa y enojo (Enríquez, *et al.* 2017, p.10).

Ante esta situación, las adolescentes buscan respuestas relacionadas a la crianza, por lo tanto, es vital una buena interacción familiar para conservar la estabilidad, con el fin de convertirse en una organización fundamentalmente protectora, no obstante, dependiendo de las interacciones que mantienen sus miembros se pueden determinar vínculos adecuados o patógenos que predispongan a sus miembros para desarrollar problemas comportamentales en las diversas etapas del desarrollo humano; se requiere que la familia se adapte y reestructure continuamente (Garrido y Marchán, 2011, p.12).

Cuando surge un embarazo adolescente, éstas tratan de aprender el rol de la maternidad, todavía no alcanzan madurez física y mental, así la familia se ve obligada a la restauración de las funciones de sus miembros, ya que aparecen nuevas necesidades en torno a este binomio; ocurre una movilización inmediata de todos los integrantes para encontrar un nuevo estado de homeostasis familiar (González *et al.* 2009, p. 33).

El sustento teórico de la presente, es la teoría de Ramona Mercer y Ferketich, S. (1995) la cual propone la adopción del rol materno, que se sitúa en tres círculos concéntricos de Bronfenbrenner denominados Microsistema, Mesosistema y Macrosistema, donde la madre se adapta a su hijo, adquiere experiencia en su cuidado y experimenta la gratificación de su papel (Alvarado, *et al.* 2011, p.196). No obstante, los resultados obtenidos de las madres adolescentes que viven con la pareja alcanzan mayor frecuencia dentro de los niveles (alto, medio y bajo), identificando quienes están dentro del grupo de convivencia formado por la pareja y la familia de origen; y quienes se encuentran dentro de la adopción del rol materno de las adolescentes.

Por lo señalado anteriormente el presente estudio tiene por objetivo analizar la adopción

del rol materno entre las madres adolescentes, de cada uno de los grupos de convivencia familiar en la comunidad de Arrollo Guacamaya de villa de Etlá Oaxaca, a través de un estudio cuantitativa de nivel descriptiva, se utilizó el instrumento estandarizado y validado (Escala de Adopción del Rol Materno ARM, de los autores Garrido M. y Marchan M. (2011), que mide de forma cuantitativa el nivel del adopción materno y está integrado por 56 reactivos tipo Likert, para obtener la información sobre la variable de estudio. Tomando como población a 51 madres adolescentes, a quienes se les aplicó con su consentimiento el cuestionario para obtener la información sobre la variable de estudio.

### Planteamiento del problema

Como lo indica la Organización de las Naciones Unidas en México cada día, más de 1000 adolescentes dan a luz, 43 cada hora (ONU (2020) p.1), el 23% inician su vida sexual entre los 12 y 19 años; de estos, 48% no utiliza ningún método anticonceptivo, así ocurren aproximadamente 340 mil nacimientos al año en mujeres menores de 19 años (p.16). Según la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA (2018) (p.3), destaca una tasa de fecundidad de 77 nacimientos por cada mil adolescentes de 15 a 19 años además Garrido y Marchán (2011) informan que el 11% de los adolescentes ya son madres o están gestando (p.20).

Aunado a lo anterior el embarazo y parto son la segunda causa de muerte entre las adolescentes de 15 a 19 años y enfrentan 50% más probabilidades de morbilidad prenatal en las primeras semanas de vida del recién nacido, además presentan una serie de situaciones que ponen en riesgo la salud del neonato, por ejemplo, una mal nutrición, un peso bajo y muchas veces malformaciones congénitas (OMS (2019), p. 1).

Según Rojas y Méndez (2016), explican que el embarazo adolescente ocurre ya sea por presiones externas de la pareja, de los amigos o por curiosidad (p.18). Donde la iniciación y el descubrimiento sexual de la adolescente es prematuro y apresurado, la cual todavía no alcanzan una madurez física y mental (González *et al.* 2009, p.18). Así Loredo *et al.* (2019) menciona que, al enfrentarse a esta realidad, el embarazo adolescente debe ser entendido y atendido como prioritario (p.2).

Las adolescentes pueden estar predispuestas en mayor medida a presentar trastornos del estado de ánimo en relación a las demás condiciones de su salud, como emociones negativas donde no desean tener al bebé, pueden querer quedarse con él o sólo para complacer a otro (s) miembro (s) de la familia, viven aterradas pensando en el futuro, con temor, culpa e incertidumbre, algunas se aíslan para evitar que los demás se percaten del embarazo (Quezada 2011, p.32). Así, Valerio 2016 refiere que estas adolescentes se encuentran con desequilibrio emocional, molestia, que no favorecerá la relación con su pareja ni la futura relación con su hijo, siendo una amenaza para el desarrollo de la joven, un evento desorganizador de la convivencia familiar especialmente con sus padres, mostrando niveles bajos de autonomía personal, conflictos y del mundo interno de las mismas (p.5). es por ello, al convertirse en un obstáculo para el desarrollo del rol maternal, la madre se siente incapacitada para la crianza y a consecuencia afecta el desarrollo de la identidad materna (Sotelo, 2019, p.2).

Garrido y Marcan (2011) refieren que “después del alumbramiento la madre adolescente construye un sistema familiar, donde hay un ambiente de frecuentes relaciones intensas y duraderas con un grado de interdependencia que se visualiza como en exceso de implicación o rechazo, dependiendo de las interacciones que mantienen entre los miembros y pueden determinar vínculos adecuados o patógenos que los predispongan a desarrollar problemas de comportamiento en esta nueva etapa de la vida (p.12).

Desde el punto de vista de Garrido y Marchan (2011) lo primero que enfrentan las adolescentes embarazadas es a su familia de quien dependen, sienten miedo e incertidumbre de comunicarles la noticia a sus padres y su pareja, puesto que serán juzgadas (p.9); Moreno *et al.* (2015) reportó que un 14% de las adolescentes fueron agredidas, siendo los padres los principales agresores, los tipos de violencia se dieron por estrujones, golpes, palmadas y puñetazos (p.18).

Aunado a lo anterior la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) informo que el 45% de mujeres percibe entre uno y dos salarios mínimos, mientras que 10.578% de madres adolescentes no percibe ingresos, las adolescentes que son madres a edad temprana tienen cuatro veces menos probabilidades de conseguir un empleo (p.8), se enfrentan al abandono de sus estudios con niveles de escolaridad trunca y sin experiencia, donde a veces se integran al mercado laboral informal teniendo efectos a largo plazo, situación que limita su desarrollo profesional y su progreso económico y no tienen ayuda para el cuidado de sus hijos, lo que reduce sus oportunidades futuras de obtener un empleo formal, por ello el embarazo les trae dificultades para planear su futuro y las lleva a tomar la decisión de interrumpir su embarazo (p.2).

Brenes (2014) ratifica la dependencia familiar; más del 50% de las madres adolescentes toman la responsabilidad de criar a su hijo con el apoyo de los miembros en la familia de origen o de la familia del padre y lo que crea una confusión en los roles familiares, los abuelos hacen el papel de padres y la madre prácticamente se relaciona como hermana mayor de su hijo (a) (p.6); así mismo, Cancino y Hernández (2015) atribuye que los abuelos asumen el rol activo en la crianza del nieto (a), como consecuencia, la madre queda en un nivel jerárquico inferior respecto a la toma de decisiones, así mismo, la joven adolescente se siente en deuda con sus padres por acogerla con su hijo (a) y se siente paralizada para hacer valer sus derechos de madre (p.76).

Cuando no existe buena comunicación de los padres hacia sus hijas adolescentes, estas se encuentran en una posición de vulnerabilidad, corren el riesgo de caer en el consumo de sustancias lícitas e ilícitas, de acuerdo a Flores (2012) refiere un 38.9% de las adolescentes consumían dos o más drogas, las adolescentes continúan este patrón de consumo durante el embarazo (p.169); la

exposición a sustancias durante el embarazo conduce a riesgos derivados del consumo, como la conducta, mala alimentación, un pobre control prenatal que pone en riesgo el embarazo y aumenta la posibilidad de contagio de enfermedades virales (p.169).

En base a la problemática de este grupo poblacional expuesta, se plantea la siguiente pregunta de investigación ¿cuál es el nivel de adopción del rol materno en madres adolescentes, según grupo de convivencia familiar de la comunidad de Arroyo Guacamaya de Villa de Etila Oaxaca?

### Justificación

Las adolescentes enfrentan miedos y dudas, en ciertos casos enfrentando problemas de salud u otras enfermedades propias del embarazo, al mismo tiempo el no saber reaccionar al momento de la noticia, por la falta de apoyo familiar o su pareja, de un seguimiento del proceso por un médico o la falta de interés en el proceso de gestación y parto. A si mismo desde el ámbito de salud la presente investigación es necesaria para los profesionales del futuro, así reducir los riesgos que enfrentan las madres adolescentes: muerte materna o del bebé, deserción escolar. Aunado a lo anterior, los estudios realizados acerca de presente tema no se encuentran actualizados (Villamizar 2011, p.26).

Miles de adolescentes se embarazan y dan a luz cada año en este país, está demostrado que la construcción de este suceso del embarazo adolescente por parte del Estado y de agencias internacionales, puede diferir de las concepciones de los propios adolescentes y sus familias, es decir en su imaginario muchas jóvenes ven el embarazo, la vida en pareja y familia como algo esperado por el contexto social (Hernández et al. 2014, p.38).

La contribución del personal de enfermería hacia la mujer adolescente es educar y fortalecer en ella la conciencia del valor de la salud, promover la adopción del rol materno incluyente, identificando situaciones o fuentes de apoyo que dificultan el proceso, este abordaje permite un cuidado integral “holístico”, se requiere involucrarlos en acciones que contribuyan para mejorar aspectos de la vida cotidiana, familia y salud, de compromiso y preparación para obtener un conocimiento y práctica, así obtener su integridad materna, autoestima y un autoconcepto de padres (Zambrano 2006, p. 2).

En esencia, la utilidad de la adopción del rol materno en las adolescentes al encontrar la interacción y evolución, donde comprenden las necesidades de su bebé, obteniendo los mejores cuidados, involucra la participación tanto de la madre, el padre y su familia (Vargas, et al. 2020, p. 22); así construir un sistema familiar de enseñanza y aprendizaje que reduzca comportamientos individuales, con el fin de transformar a la familia (Garrido y Marchán, 2011, p.8).

Las madres adolescentes forman parte de un sistema familiar, con normas de interacción determinadas por sus miembros en este ambiente, donde existe un alto grado de interdependencia que puede configurarse como exceso de implicación o de rechazo, afrontando todo lo que demanda ser madre, puesto que aún son niñas y dependen de alguien más (padres, tíos, abuelos o tutores) (Cruz et al. 2011, p.21); por lo que es necesario reconocer que el embarazo adolescente debe incluir

el conocimiento y reconocimiento que ellas dan a su estado y a su situación actual de maternidad donde puedan expresar su sentir ante el embarazo y la consecuente maternidad (Villamizar, 2011, p.26).

De acuerdo a Quezada, et al. 2011, el funcionamiento familiar es un factor determinante en la conservación de la salud (p.6). Es así como se permitirá intensificar la promoción educativa sobre las necesidades de asumir la sexualidad responsable y el acercamiento a los adolescentes, a fin de reducir las tasas de embarazos precoces, garantizando un mejor pronóstico de vida para la madre e hijo y la familia, así como lograr una repercusión positiva en el desarrollo de una nueva etapa (Gálvaez et al. 2016, p. 287).

La formación del equipo multidisciplinario (medico, enfermera, ginecólogo, etc.) es esencial para impulsar su identidad y autonomía, hoy por hoy el embarazo adolescente se debe abordar de forma global, brindándoles soluciones integrales, desde los distintos ámbitos que conforman la sociedad, buscando prioritariamente la participación y el empoderamiento de la población adolescente y sus familias (López 2011, p.12). Así, de no sobreponer los criterios y expresiones de los adultos que creen tener propiedad suficiente para reconocer el sentir de los adolescentes, quienes en esa etapa del ciclo vital se están reconociendo y formando para ser unos futuros adultos y padres constructores de sociedad (Villamizar 2011, p.27).

## Objetivos

### General

Analizar el nivel adopción del Rol Materno de madres adolescentes, en cada uno de los grupos de convivencia familiar de la comunidad de Arroyo Guacamaya de Villa de Etla Oaxaca.

### Específicos

1. Identificar la aceptación del bebé, según grupo de convivencia familiar.
2. Conocer el contacto con el rol de madre de las adolescentes, según grupo de convivencia familiar.
3. Conocer la estimulación del bebé, de las madres adolescentes, según grupo de convivencia familiar.
4. Identificar las expresiones maternas de afecto hacia el bebé de las madres adolescentes según grupo de convivencia familiar.
5. Conocer el bienestar del bebé de las madres adolescentes, según grupo de convivencia familiar.
6. Conocer la preocupación y protección del bebé de las madres adolescentes según grupo de convivencia familiar.
7. Conocer la interacción con la pareja respecto al bebé, según grupo de convivencia.
8. Identificar la interacción con la familia de origen respecto al bebé, según grupo de convivencia.
9. Conocer los cuidados del bebé, de las madres adolescentes que viven que viven con su pareja, según grupo de convivencia familiar.
10. Identificar el conocimiento y cultura relacionados al bebé de las madres adolescentes, según grupo de convivencia familiar.

### Marco Teórico

Mercer (2004) desarrolla su enfoque de la maternidad, considerando la adopción del rol materno como un proceso interactivo y evolutivo, en el cual la madre se va sintiendo vinculada a su hijo adquiere competencias en la realización de los cuidados asociados a su rol, la teoría de Mercer trata de explicar esta adopción de rol materno, situándose como planteamiento general de los sistemas, expone dentro del planteamiento general de los sistemas, la relación de Madre. El centro de la teoría es la transición de la mujer al convertirse en madre, lo que implica un cambio amplio en su espacio vital que requiere un desarrollo continuo; se explica el proceso que enfrenta la mujer para convertirse en madre y las variables que influyen en este proceso desde el embarazo hasta el primer año después del nacimiento del hijo. Convertirse en madre hace referencia a las percepciones de la mujer respecto a su competencia para brindar cuidados al hijo. Al establecer su competencia, la madre anticipa el comportamiento del hijo.

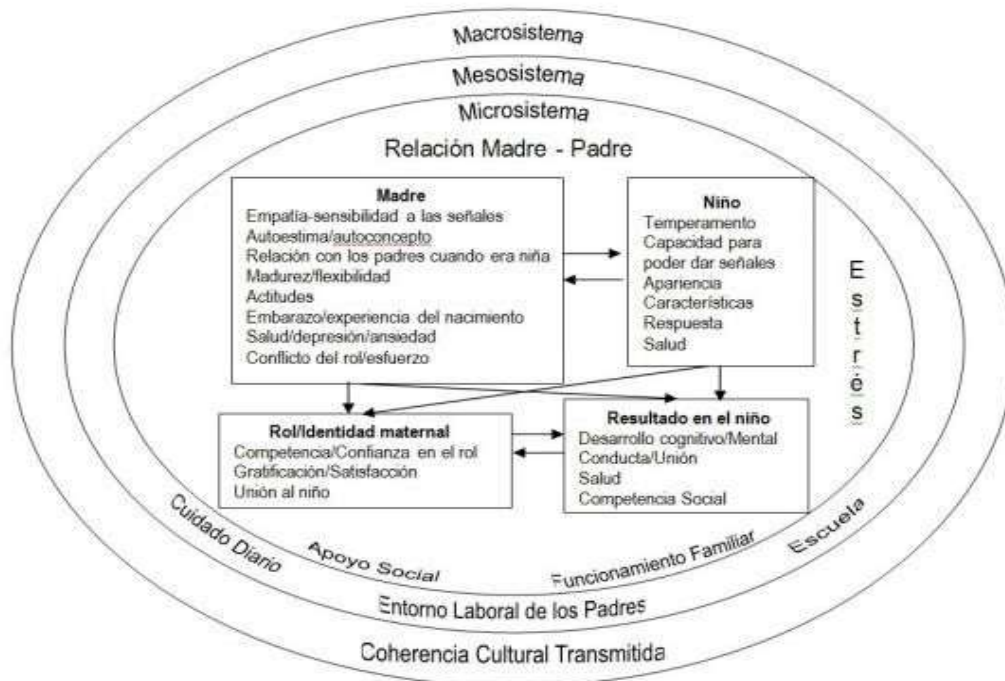
La teoría propone que la adopción del rol materno presenta cuatro etapas: “compromiso y preparación” (empieza durante la gestación e incluye los primeros ajustes sociales y psicológicos al embarazo, la madre aprende las expectativas del rol y su activación y fantasea sobre él), “Conocimiento, práctica y recuperación física” (inicia cuando el niño nace e incluye el aprendizaje del rol y su activación, durante las primeras dos semanas de haber nacido el bebé).” Normalización” (comienza cuando la madre desarrolla maneras de realizar su rol no transmitidas por el sistema social, basándose en experiencias pasadas y objetivos futuros; desde la segunda semana hasta 4 meses de haber nacido el bebé) y la “Integración de la identidad materna” (Cuando la madre interioriza el rol, experimentando un sentimiento de armonía, confianza y competencia) (Mercer, 2004 p. 13).

Al establecer su competencia, la madre anticipa el comportamiento del hijo, sabiendo, cómo, qué, cuándo y por qué se hace algo para o con él con el fin de obtener bienestar del hijo. El cuidado de enfermería debe contribuir identificando junto con la madre situaciones que dificultan o fuentes de apoyo que contribuyen en este proceso, para plantear la adopción del rol materno, cuando la madre logra el apego de su hijo, adquiere experiencia en su cuidado y experimenta la alegría y la gratificación de su papel (Ortiz *et al.*, 2016, p.3).

Los supuestos de la teoría de adopción del rol materno de Mercer (1981), se describen:

1. Un rol materno estable es adquirido en la socialización a lo largo del tiempo y este determina como la madre define y percibe los hechos sobre las respuestas de sus hijos junto con su situación vital a la cual debe responder.
2. Un rol materno estable es influenciado por las características innatas de su personalidad como su temperamento, percepción de sus emociones, además de su nivel de desarrollo.
3. El hijo refleja la competencia de la madre a través de su crecimiento y desarrollo.
4. El hijo recibe la influencia del desempeño del rol e influye a su vez en dicho desempeño.

Las variables del modelo de Mercer se sitúan dentro de tres círculos concéntricos los cuales se interrelacionan entre sí ver *Figura 1*.



*Figura 1 Teoría de adopción del rol materno (Mercer, 1981 p.74).*

Los conceptos principales de la teoría de adopción del rol materno que apoyaron el modelo propuesto se encuentran dentro del microsistema y son: 1. características maternas: a) Empatía-sensibilidad a las señales, b) autoestima/autoconcepto, c) relación con los padres cuando era niña, d) madurez/flexibilidad, e) actitudes respecto a la crianza, f) embarazo/experiencia del nacimiento, g) salud/depresión/ansiedad,

h) conflicto de rol/esfuerzo 2. Características del hijo: a) temperamento y salud, 3. Rol/identidad materna:

a) competencia/confianza en el rol, b) gratificación/satisfacción y c) unión al niño 4. Resultado en el niño:

a) desarrollo cognitivo/mental b) conducta/unión, c) salud d) competencia social (Mercer, 2004 p.32).

Relación padre-madre: es la percepción de la relación de pareja, que incluye sus valores, objetivos y acuerdos entre ambos.

1. Características maternas: proceso interactivo y evolutivo que se produce en cierto tiempo, en el cuál la madre involucra una transformación dinámica y una evolución de la persona- mujer.
  - a) Empatía- Sensibilidad a las señales: es la capacidad materna para reconocer y responder ante la emisión de mensajes del hijo, modificando su conducta y utilizando fuerza, tiempo, ritmo y duración para establecer el tono de la interacción. Este concepto se ha utilizado para explicar problemas respecto a la nutrición que involucra una interacción compleja de dos aspectos importantes: (a) percepción materna de señales de hambre y saciedad del infante y (b) percepción parenteral del peso del hijo.
  - b) Autoestima/autoconcepto: percepción del individuo de como los otros lo ven y la auto aceptación de estas percepciones/percepción general del yo que incluye la satisfacción, la auto aceptación, la autoestima y la coherencia o discrepancia entre la identidad y la identidad ideal.
  - c) Relación con los padres cuando era niña: percepción de la relación que desarrollo en su entorno incluyendo sus valores y educación.
  - d) Madurez/flexibilidad: las actitudes de crianza aumentan el desarrollo, las madres más mayores poseen el potencial para responder de modo menos rígido con respecto a sus hijos y para considerar cada situación según las circunstancias.
  - e) Actitudes respecto a la crianza: son las habilidades maternas para adaptar sus respuestas al infante y pueden ser afectadas por rasgos maternos, estado funcional y autoestima. Se ha identificado actitudes erróneas de los padres que involucran el peso corporal y dieta de los lactantes, son causa del fracaso para lograr la nutrición adecuada en el hijo.

- f) Embarazo/experiencia del nacimiento: estado de la mujer gestante, donde experimenta diferentes cambios físicos en su cuerpo y aprende a mantener contacto con otro ser.
- g) Salud/depresión/ansiedad: son las percepciones maternas de la propia salud anterior, actual y futura, preocupación por la salud, la orientación de la enfermedad y el rechazo del papel de enferma.
- h) Conflicto del rol/esfuerzo: dificultades que la madre puede presentar durante su rol maternal, donde puede causarle frustración e implicar doble esfuerzo en su rol.

Características del hijo: Mercer se refiere como un conjunto de diferencias individuales o rasgos biológicos y comportamentales del hijo, perceptibles a través de la visualización, dentro de estas se encuentran el temperamento (Mercer 2004, p. 4).

- i) Temperamento del hijo: se define como diferencias individuales en reactividad y autorregulación muy propias de cada individuo. La reactividad está presente desde el nacimiento y se define como la activación afectiva incluyendo las evaluaciones de la excitabilidad, umbrales, latencia, intensidad, tiempo de subida y recuperación.

Capacidad para poder dar señales: Las señales de hambre que las madres identifican con mayor frecuencia son el llanto, y la saciedad la separación del pezón. Otros estudios han encontrado que las madres son más propensas a identificar las señales de saciedad, lo que se relaciona con las practicas maternas de alimentación, la cual cuando no responden a las señales del hambre o saciedad del hijo pueden contribuir a la sobre nutrición o. Además, los factores socio-demográficos maternos como mayor edad, escolaridad e ingreso económico, vivir con la pareja y tener menor número de hijos se asocian con mayor sensibilidad materna a las señales de hambre y saciedad (Mercer 2004, p. 7).

- j) Apariencia: característica del niño en el cual manifiesta diferentes rasgos físicos para saciar su necesidad.
- k) Características: diferencias individuales o rasgos biológicos y de comportamiento del niño.
- l) Respuesta: condición de niño que puede valorarse según su edad.

La regulación incluye procesos que modulan la reactividad, como formas rudimentarias de regulación que surgen durante la primera infancia y continúan desarrollándose como las habilidades cognitivas (Mercer 2004, p. 9).

2. Rol/identidad maternal: proceso interactivo y desarrollo que se produce desde la concepción hasta el primer año de vida del hijo donde la madre crea un vínculo con este, aprende las tareas del rol, presta cuidados, expresa placer y gratificación con su nuevo rol.
  - a) Competencia/confianza en el rol: capacidad de la mujer para proporcionar atención experta y sensible sabiendo cómo, qué, cuándo y por qué hace algo por su hijo, fomentando el desarrollo y bienestar del niño.
  - b) Gratificación/satisfacción: satisfacción, alegría, recompensa o el placer que una madre experimenta en la relación con su hijo.
  - c) Unión al niño: elemento de rol parenteral y de la identidad.

Prácticas de la alimentación: se define cuando la madre tiene la capacidad de responder a las señales de hambre y saciedad en base al desarrollo físico y emocional del lactante promoviendo una ingesta autorregulada (Garrido y Marchán 2011, p. 13).

3. El resultado del niño: se define como la ausencia o presencia de enfermedades que pueden provocar la separación de la madre y el hijo e interferir en la adopción del rol materno.
  - a) Desarrollo cognitivo/mental: conductas que provocan una respuesta en el niño.
  - b) Conducta/unión: elemento de rol paternal y de la identidad. La unión se contempla como un proceso en el cual se crea un vínculo afectivo y emocional con un individuo.
  - c) Salud: la primera infancia es una de las etapas más importantes del desarrollo humano, donde el individuo a través de la madre adquiere las herramientas para ser autónomo, independiente y saludable. Sin embargo, la falta materna en los cuidados, podría propiciar que el hijo no alcance el pleno desarrollo físico, mental y social. Lo que puede ser un fuerte predictor para desencadenar problemas de salud-obesidad desde etapas tempranas de su vida.
  - d) Competencia social: la capacidad para mantener buenas relaciones con otras personas.
 

Apoyo social: cantidad de ayuda que se recibe realmente, la satisfacción que produce esa ayuda y las personas que la proporcionan, hay cuatro competencias sociales:

    - Emocional: sentirse amado, cuidado, digno de confianza y comprendido.
    - Informativo: ayuda a solucionar problemas por sí solos ofreciéndole información útil para cada problema y /o situación.
    - Físico: tipo directo de ayuda.

- Valoración: informa a la persona sobre cómo está llevando a cabo su rol. Permite al individuo evaluarse en relación con la realización del rol de los demás.

Funcionamiento familiar: la visión individual y las actividades dentro del núcleo familiar (Mercer, 2004 p.36).

Estrés: sucesos de la vida percibidos de modo positivo y negativo.

Mesosistema: agrupa, influye en lo que ocurre con el rol materno en desarrollo y el niño.

- a) Cuidado diario: cuidados dependientes que son proporcionados por sus padres, parientes o algún cuidador.
- b) Entorno laboral de los padres: relación que hay dentro de sus actividades sin perder el vínculo hacia el niño.
- c) Escuela: mantener la relación de los padres hacia los externos, donde se llevan a cabo estos roles, se mantienen relaciones interpersonales y realizan patrones de actividades.

Macrosistema: incluye las influencias sociales, políticas y culturales sobre los otros dos sistemas.

El entorno de cuidado de la salud y el impacto de actual sistema de cuidado de la salud sobre la adopción del rol maternal origina el macrosistema (Mercer, 2004 p.31).

- a) Coherencia cultural transmitida: relación o prototipos que se relacionan con las culturas en particular.

Dentro de la adopción de rol materno sigue cuatro estadios de adquisición del rol que son los siguientes:

- a) Anticipación empieza durante la gestación e incluye los primeros ajustes sociales y psicológicos al embarazo. La madre aprende las expectativas del rol, fantasea sobre él, establece una relación con el feto que está en el útero y se inicia la adopción del rol.
- b) Formal empieza cuando el niño nace e incluye el aprendizaje del rol y su activación. Las conductas de rol y su activación. 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 identidad del rol se produce cuando la mujer interioriza el rol. La madre experimenta un sentimiento de armonía, confianza y competencia en el modo en que lleva a cabo el rol y alcanza el rol maternal.

## Metodología

### Diseño de la investigación

Se utilizó un diseño observacional- transversal- descriptivo; ya que no modifica ni manipula al fenómeno de estudio; transversal porque mide una o más características en un momento dado, descriptivo; describen variables y las relaciones que se dan de forma natural entre las mismas (Hernández *et al.*, 2014, p.45).

### Población

#### Población-características de los participantes

La población está conformada por madres adolescentes de 15-19 años de edad que tenga un hijo menor a 1 año de edad, que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

### Tamaño de la población

Se procesó todo el nivel de observación del universo, en el cual se determinó la adopción del rol materno en adolescentes de la comunidad de Arrollo Guacamaya.

### Criterios de selección

#### Criterios de inclusión

- Madres adolescentes de 15 a 19 años de edad.
- Madres que asisten a consulta o control de Crecimiento y Desarrollo del niño sano, registradas en la base de datos de la unidad de Arroyo Guacamaya.
- Madres adolescentes que fueron informadas y aceptaron la participación en el estudio.

#### Criterios de exclusión

- Adolescentes que estén enfermas (gripe, fiebre o malestar general, debido a la pandemia de COVID-19).
- Madres adolescentes de 15 a 19 años que tengan hijos mayores de 1 año y día.
- Madres adolescentes que no saben leer o hablar el español.
- Adolescentes que presenten alguna discapacidad mental.
- Madres que no se encuentren en sus domicilios, en 3 ocasiones.
- Adolescentes el cual su tutor no acepté.
- Adolescente que se niegue a participar, aunque el tutor sí.

### **Criterios de eliminación**

- Adolescente que no conteste completo el instrumento.

### **Procedimiento de medición de variables y recolección de datos**

1. Se realizó una prueba piloto al 30% de madres adolescentes independientes de la muestra.
2. Se solicitó autorización al autor del instrumento, para su aplicación.
3. Se solicita vía oficio el acceso a la base de datos de la unidad de salud de Arroyo Guacamaya, para conocer cuantas madres adolescentes tienen registradas, y poder acceder a los datos de sus domicilios.
4. Se presentó el protocolo de investigación al jefe de la unidad de Arroyo Guacamaya.
5. Se espero su autorización, por oficio.
6. Con apoyo del personal o comité de la unidad de Arroyo Guacamaya, se anunció a la comunidad que pasará un personal de salud a sus hogares para aplicar el instrumento.
7. Agendar las citas en los domicilios tomando las medidas sanitarias por el Covid-19, se visitó el domicilio de cada una de las madres adolescentes para que respondieran el instrumento.
8. Quien no se encontraba en sus casas, se les reagendó la cita.
9. Procesamiento y análisis de datos, por medio de la computadora en el programa Statistical Package for the Social Sciencies (SPSS) versión 23 en español y el programa de Excel.

### **Instrumento de medición**

El instrumento de Adopción del Rol Materno (ARM) parte del modelo del marco teórico, basado de la teoría de Ramona Mercer (1981). Suárez et al 2020, p.28, tiene la confiabilidad de Alfa de Cronbach de 0.94, con 56 Ítems, distribuidos en 10 dimensiones donde se engloban los tres entornos de interacción de Mercer, denominados 1.-microsistema, 2.- mesosistema y 3.- macrosistema, a continuación, se mencionan:

1. Entorno Microsistema: con cuatro dimensiones, dimensión II aceptación del bebé, 10 preguntas; dimensión III Contacto con el rol de madre, 6 preguntas; dimensión IV Estimulación del bebé, 7 preguntas; dimensión VII Expresiones maternas de afecto hacia él bebé, 5 preguntas; dimensión VIII Bienestar del bebé, 5 preguntas; dimensión IX Preocupación y protección del bebé, 5 preguntas.
2. Entorno Mesosistema: Con dos dimensiones. Dimensión I interacción con la pareja respecto al bebé, 5 preguntas; dimensión V Interacción con la familia de origen respecto al bebé, 5 preguntas.

3. Entorno Macrosistema: Con dos dimensiones, dimensión VI Cuidados del bebé, 3 preguntas y dimensión X Conocimiento y cultura relacionados al bebé, 4 preguntas.

El instrumento tiene una escala de Likert la cual consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones, ante los cuales se pide la reacción de las participantes. La escala contiene los siguientes criterios: Totalmente en desacuerdo: 1; Desacuerdo: 2; De acuerdo: 3; Totalmente de Acuerdo: 4, donde el valor mínimo es de 56 puntos y el valor máximo de 224 puntos.

La regla de medición para interpretar la escala (tabla 1) es a mayor puntaje más positiva y favorable su nivel de adopción al rol materno y a menor puntaje su nivel de adopción al rol materno será más negativa y desfavorable, los puntajes intermedios expresan una actitud medianamente positiva, neutra o medianamente negativa (Mercer, 2004).

**Tabla 1**  
Escala de Likert

Escala de Likert	
Bajo nivel de adopción	56-112 puntos
Medio nivel de adopción	113-168 puntos
Alto nivel de adopción	169-224 puntos

Tabla 2

## Operacionalización de variables

Operacionalización de variables					
Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítem
Nivel de adopción de rol materno	Acontecimientos vividos que influirán al momento de llevar los cuidados a su hijo con características innatas de su personalidad, el cual constituye un proceso de interacción y desarrollo (Garrido y Marchán 2011, p.13).	Para evaluar dichas dimensiones el instrumento tiene una escala de Likert afirmaciones -Bajo nivel de adopción materno. -Medio nivel de adopción materno y -Alto nivel de adopción del rol materno (Garrido y Marchán 2011, p.13)	<b>1.- Interacción con la pareja respecto al bebé.</b> (El vínculo intenso apego afectivo que se desarrolla entre padres y su bebé, donde favorece la sensación de seguridad y autoestima positiva) (Garrido y Marchán 2011, p.20)	-La pareja siempre está al pendiente del bebé. -Su pareja avisa cuando el bebé recibe vacunas y asiste al control del niño sano. -La pareja se responsabiliza del bebé. -la pareja satisface y coordina las necesidades del bebé.	12, 28, 40, 52, y 54.
			<b>2.Aceptación del bebé.</b> La adolescente adopta su rol materno desde su gestación, una manera madura, con responsabilidad ante la situación (Garrido y Marchán 2011, p.20)	-Cuidar la estética de mis senos. -Imita balbuceos y sonidos de mi bebé. -Dispuesta a cambiar a su bebé cada vez que lo requiera. -Cuesta aceptar a su bebé. -Capaz de salir adelante con su bebé. -El control de niño sano no es necesario para él bebé. -Dar de lactar es más obligación que una actividad agradable. -Respuesta de alegría a los cosquilleos de mi bebé. -Dar de lactar vincula a la madre y su hijo.	1, 2, 3, 5, 9, 16, 25, 31, 33 y 42.
			<b>3.Contacto con el rol de madre.</b> (Proceso interactivo y desarrollo que se produce desde su concepción hasta su primer año de vida mostrando su acercamiento hacia su hijo (a)) (Garrido y Marchán 2011, p.17).	-Cuesta decir que soy madre. -Respuestas afectivas del bebé. -Masajes hacia él bebé. -Vergüenza social por él bebé. -Familiares dan mejor atención al bebé. -Recibe mejor atención externa, que de su madre.	8,26, 27, 48, 49, y 50.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítem
			<b>4. Estimulación del bebé.</b> (Temprana o atención temprana, consiste en proporcionarle al bebé oportunidades de desarrollo físico, intelectual y social para que sus capacidades y habilidades le permitan ser mejor) (Garrido y Marchán 2011, p.18).	-Contacto de objetos. -Evitar llantos. -Aseo personal. -Vínculo de madre a hijo (a). -Ejercicios psicomotores	11, 13, 14, 30, 38, 41 y 53.
			<b>5. Interacción con la familia de origen respecto al bebé.</b> (Comportamientos transaccionales que se pueden observar, aislar y registrar durante la actuación de los miembros familiares) (Garrido y Marchán 2011, p.20)	-La familia expresa alegría. -Apoyo de la familia. -Consejos sobre la crianza del bebé.	10, 36, 45, 46, y 55.
			<b>6. Cuidados del bebé.</b> (Son los cuidados que se les brindan desde el hospital y los que recibirá en casa) (Garrido y Marchán 2011, p.20)	-Orientación acerca de cuidados al bebé. -Hace valer sus derechos como madre. -Seguridad de madre.	17, 32, y 39.
			<b>7. Expresiones materiales de afecto hacia el bebé.</b> (Lazos emocionales que se establece entre la madre y el bebé, es un instinto biológico que se garantiza la supervivencia la replicación y la protección de la especie) (Garrido y Marchán 2011, p.18)	-Vínculo afectivo. -Lactar al bebé por alguien de mi familia.	18, 19, 20, 21 y 29.
			<b>8. Bienestar del bebé.</b> (Después de nacer, el cerebro continúa creciendo y desarrollándose, dentro de los primeros cinco años es muy importante para el desarrollo y bienestar emocional) (Garrido y Marchán 2011, p.19)	-Prioridad a mi bebé. -Emoción al esperar a mi bebé. -Ejercicios para mi bebé. Protección de agentes externos. -Medicamentos básicos.	6, 15, 23, 51 y 56.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítem
			<b>9.Preocupación y protección del bebé.</b> Son cuidados cotidianos que suministran a su bebé mostrándole el vínculo que hay hacia él, como el tacto, contacto ocular etc.) (Garrido y Marchán 2011, p.19)	-Salud. -Vacunas. -Objetos agresivos.	24, 35, 43, 44 y 47.
			<b>10.Conocimiento y cultura relacionados al bebé.</b> (Los conocimientos y creencias sobre la crianza de los hijos)	-Información de cuidados. -Lactancia y fórmula. -Sexo del bebé. -Programas en televisión.	4, 7, 22 y 34.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Ítem
Grupo de convivencia familiar.	Convivir en compañía de otro u otros, coexistencia pacífica y armoniosa de grupos humanos en un mismo espacio (Garrido y Marchán 2011, p.17).	Permitirá determinar si el apoyo de la pareja y el de la familia (paterna o materna), ya sean juntos o separados, son factores que favorecen a que la madre adolescente adopte su rol materno (Garrido y Marchán 2011, p.17).	Adolescentes que viven con su pareja.	12
			Adolescentes que viven con su pareja y familia de Origen.	13
			Adolescentes que viven con su pareja y la Familia de su Pareja.	14
			Adolescentes que viven sólo con la familia de Origen.	15

Nota: Descripción de las diez dimensiones de acuerdo con el instrumento realizado de la adopción del rol materno y al grupo de convivencia.

### **Estrategia de análisis**

Según el objetivo de la investigación se realizó estadística descriptiva, donde se observó la adopción del rol materno en las adolescentes en diez dimensiones, de acuerdo con cuatro grupos de convivencia familiar: 1. Viven con su pareja, 2. Viven con su pareja y familia de origen, 3. Viven con su pareja y familia de la pareja y 4. Vive solo con la familia de origen. Lo cual dará respuesta al objetivo general y los objetivos específicos, se utilizó en el paquete estadístico SPSS versión 23 y el programa de Excel.

### Aspectos éticos

Se acató a lo dispuesto en La Ley General de Salud (2018) y a la Norma Oficial Mexicana 012, (2012) que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. La Ley General de Salud establece la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos correspondientes a investigación en salud, en su título, el marco de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos establece en el artículo 13 que toda investigación que involucre seres humanos como sujeto de estudio deberá ser respetada la dignidad y protección de sus derechos y bienestar.

En el artículo 14 del mismo marco establece que la investigación deberá ajustarse a principios éticos y científicos; en el párrafo VIII del artículo 14 se establece que la investigación podrá llevarse a cabo siempre y cuando se tenga la autorización del titular de la institución y conformidad con los artículos 31, 62, 69, 71, 73 y 88 de este reglamento.

El artículo 58 establece que la Comisión de Ética deberá vigilar que la participación de los sujetos en la investigación afecta su situación laboral y que los resultados del estudio no sean utilizados en perjuicios de los individuos participantes. En relación con estos artículos se busca la participación voluntaria, con previa información verbal y que acepten participar en el estudio, dejando en claro que podrán retirarse en cualquier momento si así lo decidieran, sin que esto causara represalias o alguna sanción en su contra. Título Quinto, Investigación para la Salud, Artículo 100.

Artículo 100.- La investigación en seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases:

- I. Adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica.
- II. Podrá realizarse sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro método idóneo.
- III. Podrá efectuarse sólo cuando exista una razonable seguridad de que no expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto en experimentación.
- IV. Se deberá contar con el consentimiento informado por escrito del sujeto en quien se realizó la investigación, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas para su salud.

- V. Sólo podrá realizarse por profesionales de la salud en instituciones médicas que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes.

Además, la Norma Oficial Mexicana 012 (2012), "Establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos", menciona que toda investigación en salud debe tener como finalidad mejorar acciones que busquen proteger, promover y restaurar la salud del individuo y la sociedad en general. De igual manera se debe buscar la garantía del cuidado de los aspectos éticos, del bienestar e integridad física de la persona que participa en un proyecto o protocolo de investigación y del respeto a su dignidad, la protección de sus derechos, así como el bienestar y conservación de su integridad física, siendo una regla de conducta para todo investigador del área de la salud.

La presente investigación se clasifica como investigación sin riesgo debido a que el estudio no realiza ninguna intervención o modificación intencional en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participaron en el estudio.

## Resultados

El universo estuvo conformado por 51 madres adolescentes primerizas y cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión; con respecto a la edad el rango oscila de los 15 a los 19 años; la edad más frecuente en la población fue de 19 años (25.5%). El 96.1% de las madres adolescentes tiene 1 hijo y el 3.9% dos hijos. Con respecto a la ocupación el 41.2% trabaja y el 39.2% es ama de casa, el 19.6% continúa con su preparación académica. El nivel de escolaridad que alcanzan las madres adolescentes evaluadas, fue de 49.0% bachillerato seguido de 47% nivel secundario. Referente al estado civil el 45.1% son madres solteras, el 36.3% se encuentra en unión libre y el 19.6% casadas; por último, respecto al tipo de familia en que se encuentran las madres adolescentes el 39.2% viven solo con la familia de origen, el 25.5% viven con su pareja, el 17.6% son madres adolescentes que viven con su pareja y familia de origen, también de las que viven con su pareja y familia de la pareja (ver tabla 3. datos sociodemográficos de la comunidad de Arroyo Guacamaya, Villa de Etla).

**Tabla 3***Variables sociodemográficas*

Variable	Categoría	Frecuencia absoluta	Porcentaje (%)
Número de hijos	1 hijo	49	96.1
	2 hijos	2	3.9
Edad	15 años	10	19.6
	16 años	10	19.6
	17 años	9	17.7
	18 años	9	17.6
	19 años	13	25.5
Ocupación	Trabaja	21	41.2
	Estudia	10	19.6
	Ambas	0	0
	Ama de casa	20	39.2
Grado de estudio	Ninguno	1	2.0
	Primaria	1	2.0
	Secundaria	24	47.0
	Bachillerato	25	49.0
Estado civil	Casada	10	19.6
	Unión libre	18	35.3
	Soltera	23	45.1
Tipo de familia	Viven con su pareja	13	25.5
	Viven con su pareja y familia de origen	9	17.6
	Viven con su pareja y familia de la pareja	9	17.6
	Viven solo con la familia de Origen	20	39.2

Nota: Descripción de cada una de las variables de acuerdo con el estudio sociodemográfico

La tabla 4. Para determinar la fiabilidad del instrumento de adopción del rol materno, se analizó a través Coeficiente de Alfa de Cronbach; se muestra la confiabilidad Alfa de Cronbach, fue de 0.83; como indica la literatura se recomienda usar instrumento que presenta un alfa Cronbach mayor o igual a 0.80 (Garrido y Marchán, 2011). En la población estudio se cumple el criterio, por tal motivo se puede inferir un nivel aceptable de fiabilidad del instrumento.

**Tabla 4***Coeficiente de confiabilidad del instrumento*

Escala	N.º de reactivos	Alpha de Cronbach
Nivel de adopción del rol materno en madres adolescentes de 15 a 19 años	56	0.83

Nota: Validez de confiabilidad de acuerdo con la medición de la escala de la adopción del rol materno.

La tabla 5. Nivel del rol materno en las adolescentes primerizas según grupo de convivencia. Según el objetivo general; se analizó el grupo de convivencia y se evidencia que las madres adolescentes primerizas alcanzan con mayor frecuencia un nivel alto en dos tipos de familias, viven con su pareja y familia de origen y viven solo con su familia de origen con un 77.7% y 55.0% respectivamente, por otro lado, se observa que el grupo de convivencia que alcanza un rol materno medio en la adopción del rol materno es para el tipo viven con su pareja y familia de la pareja 66.6%.

**Tabla 5**

*Nivel del rol materno en las adolescentes primerizas según grupo de convivencia*

<b>Familia</b>	<b>Rol</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Viven con su pareja	Medio	6	46.1%
	Alto	7	53.8%
Viven con su pareja y familia de origen	Medio	2	22.2%
	Alto	7	77.7%
Viven con su pareja y familia de la pareja	Medio	6	66.6%
	Alto	3	33.3%
Viven solo con su familia de origen	Medio	9	45.0%
	Alto	11	55.0%
Total		51	

Nota: Nivel del rol materno de cada uno de los grupos de convivencia familiar en la comunidad de Arrollo Guacamaya, de Villa de Etla Oaxaca.

Sistema: Microsistema. (ver tabla 6,7, 8, 9. 10 y 11).

Tabla 6. Dimensión aceptación del bebé hay tres tipos de familias de madres adolescentes están en un nivel medio, viven solo con su pareja 69.2%, viven con su pareja y familia de origen 55.6% y de las que viven solo con su familia de origen 50.0%.

Tabla 7. Dimensión contacto con el rol de madre de las madres adolescentes del tipo de familia que viven con su pareja el 92.3% está en nivel medio, mismo nivel de las que viven solo con la familia de origen el 55.0%.

Tabla 8. Dimensión estimulación del bebé de las madres adolescentes en un nivel alto se encontraron tres tipos de familia, viven solo con su pareja y familia de origen 77.8%, seguido de viven solo con la pareja 69.2% y viven solo con su familia de origen 60.0%.

Tabla 9. Dimensión expresiones maternas de afecto hacia el bebé, las madres adolescentes se encuentran en un nivel alto, del tipo de familia viven con su pareja y familia de origen el 77.8% y los tres tipos de familia restantes están entre el 53.8% y 55.6%.

Tabla 10. Dimensión bienestar del bebé del tipo de familia, viven solo con su pareja 69.2% están en nivel alto, seguido de viven con su familia de origen 50.0%.

Tabla 11. Dimensión preocupación y protección del bebé, del tipo de familia que viven solo con su pareja el 69.2% se encuentra en nivel alto, seguido de viven solo con su familia de origen 65.0%.

Por lo tanto, en el microsistema de adopción del rol materno en madres adolescentes, es alto. Según Mercer (2004) este sistema está establecido en la relación madre e hijo, madre-padre, estrés, apoyo social y el funcionamiento familiar. Los cuales se encuentran descritos en la dimensión dos y tres

**Tabla 6**

Dimensión 2. Aceptación del bebé.

Ítems	Viven solo con su pareja				Viven con su pareja y familia de origen				Viven con su pareja y familia de la pareja				Viven solo con su familia de Origen							
	Medio		Alto		Medio		Alto		Bajo		Medio		Alto		Bajo		Medio		Alto	
	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1.-Prefiero no dar de lactar a mi bebé para cuidar la estética de mis senos.																				
2.-Imito los balbuceos y sonidos que hace mi bebé.																				
3.-Estoy dispuesta a cambiarle el pañal a mi bebé cada vez que éste lo necesite.																				
5.-Me cuesta aceptar a este bebé.																				
9.-Me siento capaz de salir adelante con mi bebé.																				
16.-Pienso que el “control del niño sano “no es necesario para mi bebé.	9	69.2%	4	30.8%	5	55.6%	4	44.4%	0	0.0%	3	33.3%	6	66.7%	0	0.0%	10	50.0%	10	50.0%
25.-Para mi dar de lactar es más una obligación que una actividad agradable.																				
31.-Cuando cosquilleo a mi bebé observo una respuesta de alegría en él.																				
33.-Aunque tenga muchas actividades que realizar, siempre me doy tiempo para cuidar de mi bebé.																				
42.-Creo que dar de lactar une emocionalmente a las madres con sus hijos																				

Nota: Resultados de la aceptación del bebé de acuerdo al grupo de convivencia.

**Tabla 7**

## Dimensión.3 Contacto con el rol de madre

Ítems	Viven solo con su pareja				Viven con su pareja y familia de origen				Viven con su pareja y familia de la pareja				Viven solo con su familia de Origen								
	Medio		Alto		Medio		Alto		Bajo		Medio		Alto		Bajo		Medio		Alto		
	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
.8.-Me cuesta decir que soy madre.																					
26.-Cuando mi bebé responde a mis llamados, caricias u órdenes, yo lo abrazo o felicito.																					
27.-Me agrada masajear la espalda de mi bebé con mucha delicadeza.	12	92.3%	1	7.7%	7	77.8%	2	22.2%	1	11.1%	7	77.8%	1	11.1%	1	5.0%	11	55.0%	8	40.0%	
48.-Trato de ocultar el hecho de que tengo un bebé con mucha delicadeza.																					
49.-Creo que otro familiar cuida a mi bebé mejor que yo.																					
50.-Terceras personas se encargan de la crianza de mi bebé																					

Nota: Resultados contacto con el rol de madre acuerdo al grupo de convivencia.

**Tabla 8**

## Dimensión 4. Estimulación del bebé

Ítems	Viven solo con su pareja				Viven con su pareja y familia de origen				Viven con su pareja y familia de la pareja				Viven solo con su familia de Origen							
	Medio		Alto		Medio		Alto		Bajo	Medio		Alto		Bajo	Medio		Alto			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
11.-Le doy objetos a mi bebé para que los pueda tocar y aprenda a manipularlos.																				
13.-Cuando mi bebé llora, le hablo con voz muy baja y susurrando palabras tranquilizadoras.																				
14.-Prefiero ser yo quien se encargue del baño de mi bebé.																				
30.-Mientras doy de lactar a mi bebé me gusta acariciarlo.	4	30.8%	9	69.2%	2	22.2%	7	77.8%	0	0.0%	5	55.6%	4	44.4%	0	0.0%	8	40.0%	12	60.0%
38.-Trato que mi bebé acaricie mi rostro.																				
41.-Cuido que mi bebé utilice ropa adecuada a la estación para evitar que se enferme o tenga sarpullido.																				
53.-Practico con mi bebé ejercicios que le puedan ayudar a su desarrollo.																				

Nota: Resultados estimulación del bebé de acuerdo al grupo de convivencia.

**Tabla 9**

## Dimensión 7. Expresiones maternas de afecto hacia el bebé

Ítems	Viven solo con su pareja				Viven con su pareja y familia de origen				Viven con su pareja y familia de la pareja				Viven con su familia de Origen							
	Medio		Alto		Medio		Alto		Bajo		Medio		Alto		Bajo		Medio		Alto	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
18.-Cuando le hablo a mi bebé, lo hago con palabras cariñosas.																				
19.-Cuando juego con mi hijo me gusta que el aprenda algo nuevo.																				
20.-Cuando doy de lactar a mi bebé me gusta hablarle.	6	46.2%	7	53.8%	2	22.2%	7	77.8%	0	0.0%	4	44.4%	5	55.6%	0	0.0%	9	45.0%	11	55.0%
21.-Me gusta mirar detenidamente a mi bebé intentando conocerlo.																				
29.-Prefiero que alguien de mi familia se encargue de alimentar a mi bebé.																				

Nota: Resultados expresiones maternas de afecto hacia el bebé de acuerdo al grupo de convivencia.

**Tabla 10**

## Dimensión 8. Bienestar del bebé

Ítems	Viven solo con su pareja				Viven con su pareja y familia de origen				Viven con su pareja y familia de la pareja				Viven con su familia de Origen							
	Medio		Alto		Medio		Alto		Bajo		Medio		Alto		Bajo		Medio		Alto	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
6.-Cuando mi bebé llora dejo lo que estoy haciendo y voy a atenderlo.																				
15.-Cuando estaba gestando pensaba con entusiasmo en el momento en que tendría a mi bebé en brazos dándole de lactar.																				
23.-El momento de juego con mi bebé es indispensable en mi rutina diaria.	4	30.8%	9	69.2%	6	66.7%	3	33.3%	0	0.0%	5	55.6%	4	44.4%	1	5.0%	9	45.0%	10	50.0%
51.-Si voy por la calle y alguien estornuda cerca, lo primero que hago es cubrir a mi bebé.																				
56.-Tengo en casa medicamentos necesarios para lo que requiere mi bebé en caso se enferme.																				

Nota: Resultados bienestar del bebé de acuerdo al grupo de convivencia.

**Tabla 11**

## Dimensión 9. Preocupación y protección del bebé

Ítems	Viven solo con su pareja				Viven con su pareja y familia de origen				Viven con su pareja y familia de la pareja				Viven solo con su familia de Origen								
	Medio		Alto		Medio		Alto		Bajo		Medio		Alto		Bajo		Medio		Alto		
	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
24.-La salud de mi bebé para mi es muy importante.																					
35.-Hago vacunar a mi bebé en la fecha programada.																					
43.-Me alegra mucho que mi hijo haya nacido sano.																					
44.-Cada vez que mi bebé llora me preocupo por saber qué es lo que necesita.	4	30.8%	9	69.2%	5	55.6%	4	44.4%	0	0.0%	6	66.7%	3	33.3%	0	0.0%	7	35.0%	13	65.0%	
47.-Me preocupo por que a su al redor no existan objetos que puedan hacerle daño a mi bebé.																					

Nota: Resultados preocupación y protección del bebé de acuerdo al grupo de convivencia.

Sistema: Mesosistema (ver tabla 12 y 13).

Tabla 12. Dimensión interacción con la pareja respecto al bebé, de la familia viven solo con su pareja y familia de origen 88.9% están en un nivel alto, seguido de 84.6% del tipo de familia viven solo con su pareja.

Tabla 13. Dimensión interacción con la familia de origen respecto al bebé, se encuentran dos tipos de familia en nivel medio, de las que viven solo con su pareja el 61.5%, y viven con su pareja y familia de origen 55.6%. del tipo de familia que viven solo con su familia de origen 60.0% reportan un nivel alto.

Por los resultados reportados predomina el nivel alto; según Mercer (2004) incluye el entorno laboral de los padres, la escuela y los cuidados diarios.

**Tabla 12**

Dimensión 1. Interacción con la pareja respecto al bebe

Ítems	Viven solo con su pareja				Viven con su pareja y familia de origen				Viven con su pareja y familia de la pareja				Viven solo con su familia de Origen							
	Medio		Alto		Medio		Alto		Bajo	Medio		Alto		Bajo	Medio		Alto			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%		
12. Mi pareja y yo siempre estamos poniéndonos al tanto de las cosas que le pasan al bebé.																				
28. Mi pareja me hace recordar cuando nuestro bebé debe recibir sus vacunas y asistir al control del niño sano.																				
40. Mi pareja y yo compartimos los cuidados del bebé.	2	15.4%	11	84.6%	1	11.1%	8	88.9%	0	0.0%	3	33.3%	6	66.7%	1	5.0%	5	25.0%	14	70.0%
52. Mi pareja es capaz de hacerse de nuestro bebé cuando yo no lo puedo hacer.																				
54. Diariamente mi pareja busca saber cómo está el bebé y coordinarnos acerca de cómo satisfacer nuestras necesidades																				

Nota: Resultados interacción con la pareja respecto al bebé de acuerdo al grupo de convivencia.

**Tabla 13**

## Dimensión 5. Interacción con la familia de origen respecto al bebé

Ítems	Viven solo con su pareja				Viven con su pareja y familia de origen				Viven con su pareja y familia de la pareja				Viven solo con su familia de Origen							
	Medio		Alto		Medio		Alto		Bajo		Medio		Alto		Bajo		Medio		Alto	
	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%
10.-Mi familia está contenta con el nacimiento de mi bebé.																				
36.-Se que cuento con el apoyo de mi familia para el cuidado de mi bebé.																				
45.-La forma en que crio a mi bebé es muy parecida a cómo me criaron a mí.	8	61.5%	5	38.5%	5	55.6%	4	44.4%	0	0.0%	5	55.6%	4	44.4%	1	5.0%	7	35.0%	12	60.0%
46.-Mi familia me aconseja sobre la crianza de mi bebé.																				
55.-Las cosas que aprendí sobre el cuidado de mi bebé me las enseñaron las personas que me criaron.																				

Nota: Resultados interacción con la familia de origen respecto al bebé de acuerdo a su grupo de convivencia.

Sistema: Macrosistema (ver tabla 14 y 15).

Tabla 14. Dimensión cuidados del bebé en el tipo de familia se encuentra en nivel medio, viven con su pareja y familia de la pareja 77.8% y en un nivel alto viven con su pareja y familia de origen el 66.7%.

Tabla 15. Dimensión conocimiento y cultura relacionados al bebé, del tipo de familia que viven con su pareja y familia de la pareja el 77.8% está en un nivel medio, de las que viven solo con la familia de origen 60.0% tiene nivel medio.

Estos resultados arrojan un nivel medio el cual incluye las influencias sociales, políticas y culturales descritas en la dimensión seis y diez Mercer (2004).

**Tabla 14**

Dimensión 6. Cuidados del bebé

Ítems	Viven solo con su pareja				Viven con su pareja y familia de origen				Viven con su pareja y familia de la pareja				Viven solo con su familia de Origen							
	Medio		Alto		Medio		Alto		Bajo	Medio		Alto	Bajo	Medio		Alto				
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%		
17.-El personal de salud me ha enseñado cuidados que debo tener con mi bebé.																				
32.-Cuando voy a un lugar público hago valer mis beneficios por ser madre y estar con mi hijo en brazos.	6	46.2%	7	53.8%	3	33.3%	6	66.7%	0	0.0%	7	77.8%	2	22.2%	1	5.0%	10	50.0%	9	45.0%
39.-Tengo la seguridad que seré una buena madre.																				

Nota: Resultados cuidados del bebé de acuerdo a su grupo de convivencia.

**Tabla 15**

## Dimensión 10. Conocimiento y cultura relacionados al bebé

Ítems	Viven solo con su pareja				Viven con su pareja y familia de origen				Viven con su pareja y familia de la pareja				Viven con su familia de Origen							
	Medio		Alto		Medio		Alto		Bajo		Medio		Alto		Bajo		Medio		Alto	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
4.-Leo información referente a los cuidados y temas relacionados a mi bebé.																				
7.-Pienso que la lactancia debería ser sustituida por la alimentación en biberón.																				
22.-Me hubiera gustado que mi bebé sea del sexo opuesto al que nació.	7	53.8%	6	46.2%	5	55.6%	4	44.4%	0	0.0%	7	77.8%	2	22.2%	2	10.0%	12	60.0%	6	30.0%
34.-Constantemente me informo por programas de televisión de cómo cuidar a mi bebé.																				

Nota: Resultados conocimiento y cultura relacionados al bebé de acuerdo a su grupo de convivencia.

## Discusión

### Microsistema

Es donde sucede la adopción del rol materno, el bebé se encuentra dentro de la familia recibiendo e intercambiando amor y cuidados y son los padres, los hermanos y el apoyo social responsable de dicho rol (Mercer (2004). El contexto de la comunidad Arroyo Guacamaya, Villa de Etla Oaxaca, se rige por usos y costumbres, con una valoración alta de apoyo familiar; los resultados de la presente describen la adopción del rol materno de las madres adolescentes y se identificó que varía según el sistema de cada grupo de convivencia; el rol materno que predominó fue alto, al igual que lo encontrado por Terán (2014); López (2011); Moreno, et al (2015) y Cabanillas (2019), sus hallazgos se mostraron que las adolescentes con rol materno alto, son capaces de proporcionar atención experta y sensible, fomentando el desarrollo y bienestar del bebé, las madres adolescentes tienen un conocimiento básico de cómo tener un buen cuidado de su bebé; brindan, el cuidado y atención, creando una unión entre madre e hijo, generando nuevas actividades y por consecuencia sienten gozo, gusto y satisfacción al realizarlo. En el mismo sentido, el papel de la familia es sumamente importante, ya que se trata de la coexistencia pacífica y armoniosa de grupos humanos en un mismo espacio, en los resultados de Martínez (2019) predominó el nivel medio, donde la madre adolescente desarrolla su rol materno incompleto, puesto que sus padres toman las responsabilidades que a la madre adolescente le corresponde.

Mercer citado por Alvarado, *et al.* (2011, p.196) afirma que la madre adolescente con un rol materno alto, se siente vinculada a su hijo, adquiere competencias en la realización de los cuidados a su papel, asociados a su nuevo rol, la madre se adapta a su hijo expresa placer y la gratificación con el rol, además, el amor y apoyo de la pareja como factores predisponentes para hacer posible un cuidado integral del binomio madre-hijo.

El tipo de familia que predominó fue viven con su pareja y familia de origen, resultados iguales a los encontrados por Santander y Torres (2019) en su investigación mencionan que en este tipo de familia se expresa la convivencia en su aceptación más amplia, se trata de un concepto vinculado a la coexistencia pacífica y armoniosa de grupos humanos en un mismo espacio; además para Peña, et al (2015) las madres adolescentes señalaron que son los padres quienes las ayudan referente al cuidado de su hijo, son éstos quienes acogen en sus hogares a sus hijas y al nieto para mantener el vínculo familiar y brindar apoyo continuo en la crianza. Para Mercer citado por Alvarado, *et al.* (2011, p.196) es importante el buen crecimiento y desarrollo del bebé, para que las

adolescentes adopten el rol de madre con ayuda de los familiares más cercanos incluyendo a la pareja, consiguiendo una buena interacción para la madre y el bebé.

En la dimensión interacción con la pareja respecto al bebé, las adolescentes respondieron con un nivel alto, concordando con Guijarro (2015); Villamizar (2011); Suárez, et al (2020); López (2011); Gutiérrez (1997) y Moreno, et al (2015), afirman que existe la apropiación de su rol materno, existiendo transmisión de patrones transgeneracionales de conducta materna, fundamentalmente en el fortalecimiento del vínculo afectivo y la satisfacción de un considerable número de necesidades biológicas de su bebé, según Mercer citada por Alvarado, *et al.* (2011, p.252) la pareja influye en la adopción del rol de un modo que ninguna otra persona puede ejercer.

#### Mesosistema

Unidad donde se agrupan personas del microsistema, de las escuelas, el entorno del trabajo laboral, iglesias y otras asociaciones; en las dimensiones interacción con la pareja y la interacción con la familia de origen respecto al bebé, el nivel que mostraron fue alto; mismo resultado de Ortiz, et al (2016); Quezada y González (2011); Sotelo (2019) y Severiano y Bonilla (2017), infieren en la interacción con la pareja y con la familia, existiendo la manifestación propia de la madre adolescente emergen su experiencia materna, mediante un proceso de razonamiento lógico, busca satisfacer las necesidades sociales y educación en el desarrollo de su bebé. Según Mercer citada por Alvarado, *et al.* (2011, p.135) ocurre una transformación de la joven para cambiar a ser madre, adquiere interacción que influye en lo que ocurre en el rol maternal en desarrollo y el bebé, con los cuidados diarios, en su escuela, el lugar de trabajo y algunas otras entidades que se encuentren cerca de la comunidad inmediata, además Enríquez, Vallejos, López y Méndez (2017) mencionan que la familia y la contribución por parte del cónyuge, son muy importantes para hacer a una mujer capaz de adoptar el rol de madre.

En la dimensión aceptación del bebé las adolescentes indicaron un rol materno alto, mismos resultados en las investigaciones de Cabanillas (2019); Valerio (2016) y Moreno (2015), indican que la aceptación del bebé es oportuna, favorece significativamente la adquisición e identificación del rol materno, puesto que las madres adolescentes brindan cuidados de manera responsable y oportuna, al contrario de Loredó (2017); González (2015) y Gutiérrez (2015) encontraron la aceptación del bebé a nivel medio, afirman que la madre adolescente no toma la responsabilidad del cuidado.

El nivel de estudio de la población de madres adolescentes es básico y media superior, Villalobos, Campero y Suárez (2015), Chacón, et al (2018), Castañeda, et al (2018), y Colmenares (2010), afirman que la maternidad temprana de la adolescente impacta en un rezago importante en su educación; situación preocupante, ya que la educación es el medio para asegurar productividad y equidad social, sin ella no desarrollarán capacidad de innovación y de competitividad.

En la ocupación pocas madres adolescentes primerizas del universo, trabajan, según Quezada y González (2011), refieren que las oportunidades de tener un trabajo remunerado y altamente valorado, disminuyen, esto hará que se vuelvan más propensas a permanecer en condiciones de pobreza y exclusión. Santander y Torres (2019) encontraron que al concebir un embarazo adolescente disminuye las posibilidades de salir adelante, también el empleo de la madre adolescente resulta ser limitado.

#### Macrosistema

Involucra a la cultura, en específico políticas, leyes, normas y sociedad sobre la adopción del papel maternal. En la presente, el conocimiento y cultura relacionados al bebé, obtuvieron un nivel medio, al igual que los resultados de Enríquez (2015), López (2011), Brenes (2014) y Santander (2019) mencionan que la madre adolescente tiene la transformación sociocultural que se da en la sociedad misma alrededor de la familia y el rol como mujer, pues a partir de la concepción donde el significado de la maternidad se encuentra anclado a las representaciones que la mujer han construido históricamente de sí misma a partir de un modelo patriarcal que se han transformado continuamente a épocas modernas, la madre adolescente asume su responsabilidad, enfrenta la situación, donde las madres adolescentes y los bebés influyen en las leyes nacionales respecto a su rol.

Mercer citado por Alvarado, *et al.* (2011, p.186) en su teoría propone que el desarrollo de un rol no puede considerarse independiente del entorno, ya que existe una adaptación mutua entre la persona en desarrollo y las propiedades cambiantes de los ambientes inmediatos.

## Conclusión

Al analizar los resultados se encontró que el rol materno de las madres adolescentes de la comunidad de Arrollo Guacamaya de Villa de Etla Oaxaca, que viven con su familia de origen es alto, se infiere que, en el microsistema, la madre adolescente realiza los cuidados con mayor seguridad, tiene una identidad materna satisfactoria, la cual, la lleva a una visión interiorizada de sí misma como madre, a pesar de no contar con la presencia del conyugue.

En el mesosistema, la interacción con la pareja y con la familia de origen, respecto al bebé fue alto, la madre adolescente encuentra una transformación para cambiar a ser madre, adquiere la aceptación que necesita para realizar las actividades, emerge su experiencia materna con mayor seguridad, mediante un proceso la cual busca satisfacer las necesidades sociales y de educación en el desarrollo de su bebé.

Dentro del macrosistema, de acuerdo al conocimiento y sus culturas relacionados al bebé, con un nivel medio, las madres adolescentes tienen la transformación sociocultural que se da en la sociedad misma, alrededor de la familia y el rol como mujer, estas responsabilidades son múltiples, entre otras de carácter social, económico, cultural y psicológicos.

Bajo la experiencia vivida dentro de esta investigación, las madres adolescentes rebelan un giro radical en su vida, la mayoría se perciben como responsables y maduras, tienen la necesidad de crear proyectos para salir adelante, encuentran motivación en su bebé para hacerlo, de esta manera, establecen el vinculo afectivo con el bebé y contribuye a formar su comportamiento y sus reacciones ante las diferentes situaciones sociales, así, las relaciones de apego son la base que va a posibilitar la confianza y seguridad en sí mismas.

### Recomendaciones

- Investigación en otros grupos sociodemográficos para elegir una muestra con mayor número de adolescentes.
- Realizar estudios basándose en la homogeneidad de las madres adolescentes de acuerdo a cada tipo de convivencia.
- Darle seguimiento a la investigación pero llevando a cabo a estudios comparativos de acuerdo a los grupos de convivencia.
- Continuar el nivel de estudios académicos de las adolescentes, para que de esta manera para promover cambios a fin de facilitar la educación sexual en las escuelas desde temprana edad.
- Futuras investigaciones deberían adaptar o modificar el instrumento de **ARM** que faciliten la evaluación en este campo.
- Promover la investigación acerca de las madres adolescentes en el área urbana.

### Referencias bibliográficas

- Alvarado, L., Guarín, L. y Cañón, W. (2011). Adopción del Rol Maternal de la Teorista Ramona Mercer al Cuidado de Enfermería Binomio madre-hijo: Reporte de caso en la Unidad Materno Infantil. *Revista Cuidarte*, 2(1), 195-201. Universidad de Santander.  
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=359533178015>
- Brenes, A.R. (2014). Convivencia en el contexto familiar: un aprendizaje para construir cultura de paz. *Universidad de Costa Rica*, 14 (1), 1-19.  
[http://www.redalyc.org/articulo.oa?id\\_44729876008](http://www.redalyc.org/articulo.oa?id_44729876008).
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*: Barcelona: paídos.
- Castañeda, N., León, M. L. y Brasil, L. (2018). Embarazo y maternidad: percepciones de las jóvenes en un contexto binacional México- Estados Unidos. *Revista latinoamericana de ciencias sociales, niñez y juventud*, 17(1), pp.327-342.
- Chacón, D., Cortes, A., Álvarez, G. y Sotomayor, Y. (2015). Embarazo en la adolescencia, su repercusión familiar y en la sociedad. *Rev. Cubana de obstetricia y Ginecología*; 41 (1), p. 50-58.
- Colmenares, Z., Montero, L., Rina, R. y González, Z. (2010). Intervención de enfermería durante la clínica prenatal y conocimiento sobre riesgo fisiológico de adolescente embarazada. *Enfermería global*, (18), 9-16.  
[https://doi.Scielo.iscii.es/\(pdf/eg/n18/clinica4.pdf](https://doi.Scielo.iscii.es/(pdf/eg/n18/clinica4.pdf).
- Cancino, M y Hernández, M. (2015). Embarazo en adolescencia: como ocurre en la sociedad actual, *perinatol Reprod. Hum*, 29 (2), 76-82. DOI:  
<https://doi.org/10.1016/j.rprh.2015.05.004>
- Cabanillas, L. (2019). Nivel de conocimiento de las madres adolescentes primíparas en la adopción del rol maternal-Hospital Belen Lambayeque. [Tesis de la universidad señor de Sipán]. Perú.
- Santos, M.L., Pérez, D.M., Lozada, E., Ramírez, N. y Landeros, E. (2021). Validación y confiabilidad de la Escala de Adopción al Rol Materno en madres adolescentes mexicanas. Universidad Nacional Autónoma de México.  
<https://doi.otg/10.22201/eneo.23958421.1.880>

- Durán, M.M. (2007). Teoría de Enfermería ¿Un camino de herradura? Colombia. 7(2),16-173.  
<https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/110/221>  
Doi: ISSN 1657-5997
- Enríquez, M., Vallejos, C., López, M. y Méndez, R. (2017). Embarazo en adolescentes de una comunidad rural de alta marginalidad. Salud pública en México. Pp. 11-18.
- Fairlie, A. y Frisancho, D. (1998). Teoría de las interacciones familiares. Rev de investigación, (1), p. 41-74. [ateneo.unmsm.edu.pe/](http://ateneo.unmsm.edu.pe/)
- Flores, M., Nava, G. y Arenas, L. (2017). Embarazo en la adolescencia en una región de México: un problema de salud pública. Rev. Salud pública, 19(3) pp.374-378.
- Garrido, M.C. y Marchán, M. (2011). Adopción del rol materno en madres adolescentes primerizas según grupo de convivencia. Revista Psicológica, 13 (1), 11-28.
- González, A., González, A., Granados, C., Rosales y Flores. (2017). Embarazo en adolescentes de una comunidad rural de alta marginalidad. Un estudio mixto de caso. Salud Pública México, 59, 11-18. <http://dx.doi.org/10.21149/8410>
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). Metodología de la investigación. Capítulo 3. Proceso de la investigación cuantitativa, p.33-48. ISBN: 978-1-4562-2396-0
- Hernández, M.C. y Espirola, Y.S. (2017). Factores protectores y adopción del rol materno en madres adolescentes, distrito el porvenir. [Tesis de la universidad nacional de Trujillo]. Perú
- IPAS México. (2018). Violencia sexual y embarazo infantil México: un problema de salud pública y derechos humanos. [ipas México.org/wp](http://ipas.mexico.org/wp)
- Jiménez, A., Granados, J. A y Rosales, R.A. (2017). Embarazo en adolescentes de una comunidad rural de alta marginalidad. Un estudio mixto de casa. Salud Pública México, 59 (1), 1-18. <http://dx.doi.org/o.21149/8410>.
- López, R. y Castro, J. (2017). Adolescentes embarazadas: riesgos y consecuencias. [aps.iss.gov.su/sansalvador](http://aps.iss.gov.su/sansalvador).
- López, Y. (2011). Embarazo en la adolescente y su repercusión biopsicosocial sobre el organismo de la madre y su futuro hijo. Revista Cubana, 27 (4), 337-350. ISSN 0864-0319
- Loredo, A., Vargas, E., Casas, A., González, J. y Gutiérrez, C.J. (2015). Embarazo adolescente: sus causas y repercusiones en la diada. Facultad de medicina, Universidad Nacional

- Autónoma de México. Ciudad de México. 21-32. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=71939>
- Mercer, R.T. y Ferketich, S.L. (1995). Experienced and inexperienced mothers' maternal competence during infancy. *18* (4), 333-343. PMID: 7624527  
DOI:10.1002/nur.4770180407
- Moreno, C.M., Mesa, N.P., Pérez, Z. y Vargas, D. P. (2015). Convertirse en madre durante la adolescencia: Activación del rol materno en el control prenatal. *6*(2), 1041-53.  
<https://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v6i2.162>.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico [OCDE]. (2019, 18 de abril). Mejores políticas para una vida mejor. *Oecd. Org/acerca/*
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2021, 16 de mayo). Estrategia mundial para la Salud de la Mujer, el niño y el adolescente.  
[Who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/womendeliver-global-strateg/es/](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/womendeliver-global-strateg/es/).
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2019, 17 de abril). Estrategia mundial para la alimentación del lactante unicef y del niño pequeño. [who.int/iris/bitstream/handle/](https://www.who.int/iris/bitstream/handle/).
- Ortiz, R.E., Cárdenas, V.M. y Flores, Y. (2016). Modelo de rol materno en la alimentación del lactante. [wordpress.com/2012/08/10/lactancia-materna-parte-1](https://wordpress.com/2012/08/10/lactancia-materna-parte-1/)].
- Quezada, C. y González, T. (2011). Relación entre la depresión, estrés y estresores en adolescentes gestantes bajo distintas condiciones de estado civil. *Universidad Autónoma de Nuevo León*, *8*(2), 31-38. ISSN: 07180446.  
[F:/descargas/Dialnet/relaciónEntreDepresiónEstresyEstresoresEnAdolescen-3876631.pdf](https://descargas/Dialnet/relaciónEntreDepresiónEstresyEstresoresEnAdolescen-3876631.pdf).
- Sotelo, G. Y. (2019). Rol Maternal en adolescentes con recién nacidos prematuros en la Unidad de Cuidados Intensivos neonatal de un hospital Nacional. [Tesis de pregrado, Universidad Peruana, Cayetano Heredia]. Archivo digital.  
<https://hdl.handle.net/20.500.12866/6586>
- Severiano, Y. y Bonilla, E. A. (2017). Proyecto de vida y embarazo adolescente: estudio de dos casos. [Tesis de Licenciatura, Universidad Autónoma de la Ciudad de Mexico]. DOI: [adolescenciasema.org/](https://adolescenciasema.org/)
- Suárez, M. J.D., Blázquez, M. M.M.L., García, C.M.L., Tobón, V.O. Murrieta, P.M. (2020). Adopción del rol materno en madres primigestas de acuerdo con el tipo de familia.

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, 23 (8): p. 27-32. DOI:

<https://doi.org/10.35667/Metas-Enf.2020.23.1003081642>.

Valerio, D.S. (2016). Adopción de rol materno en madres Adolescentes Primerizas frente al cuidado del recién nacido en una comunidad rural de Huánuco. [Tesis de Licenciatura, Universidad de Huanuco, Perú]. <http://repositorio.udh.edu.pe/123456789/20/>.

Villamizar, A.P. (2011). Significado de la maternidad para la mujer adolescente. [Tesis de Maestría en Enfermería, Universidad Nacional de Colombia].

<https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/8292>

Zambrano, G.E. (2006). Fundamentos teóricos y prácticos del cuidado de la salud materna perinatal durante la etapa gestacional. Universidad Francisco de Paula Santander.

Facultad de ciencias de la salud, p. 32-47. Doi: <https://doi.org/10.22463/17949831.904>

Zurita Álava SP, Murillo, F.M. y Defaz, G. Y. (2017). Los saberes culturales en la crianza de los hijos. Universidad Técnica de Cotopaxi. Revista Iberoamericana de Pedagogía, 6(6), 97-106. <https://revista.redipe.org/index.php/1/article/view/246>

**Anexos**  
**Apéndice A. Cedula Sociodemográficos**

Iniciales del Nombre:	
Número de Participante:	
Número de Hijos:	Edad:
<b>Ocupación</b>	<b>Grado de Estudio</b>
1. Trabaja <input type="checkbox"/> 2. Estudia <input type="checkbox"/> 3. Ambas <input type="checkbox"/> 4. Ama de casa <input type="checkbox"/>	5. Ninguno <input type="checkbox"/> 6. Primaria <input type="checkbox"/> 7. Secundaria <input type="checkbox"/> 8. bachillerato <input type="checkbox"/>
<b>Estado Civil</b>	<b>Tipo de Familia</b>
9. Casada <input type="checkbox"/> 10. Unión libre <input type="checkbox"/> 11. soltera <input type="checkbox"/>	12. Viven con su pareja <input type="checkbox"/> 13. Viven con su pareja y la familia de origen <input type="checkbox"/> 14. Viven con su pareja y familia <input type="checkbox"/> 15. Que viven con la familia de origen <input type="checkbox"/>



**UNIVERSIDA DEL PAPAŁOAPAN**  
**CAMPUS TUXTEPEC**  
**Licenciatura en Enfermeria**

Fecha: \_\_\_\_\_

**Apéndice B. Consentimiento Informado para adolescente mayor de 18 años**

Acepto participar en la investigación titulada “Nivel de Adopción del Rol Materno en Madres Adolescentes Primerizas Según Grupo de Convivencia en primer nivel de Atención de Arroyo Guacamaya de Villa de Etlá, Oaxaca”, la cual tiene por objetivo describir la Adopción del Rol Materno, se me informo que no corro riesgos y lo que debo hacer después de dar mi consentimiento para participar, si así lo deseo, no existe ningún beneficio personal por participar. Sin embargo, los resultados contribuirán a adopción del rol materno de acuerdo con grupo de convivencia entre madres adolescentes primerizas, así poder aportar como se da la relación de la madre adolescente y su entorno. El instrumento será aplicado al momento, sin afectar las actividades personales o familiares. La información proporcionada por usted, será confidencial, solamente el autor del estudio podrá hacer uso de ella, sin ser revelada. Si los resultados de la investigación fueran publicados, se protegerán los datos de identidad del participante, siendo de esta manera confidencial y anónima. Estoy en pleno conocimiento que la información obtenida del estudio en el cual participaré, será absolutamente confidencial, y que no aparecerá mi nombre ni mis datos personales en libros, revistas y otros medios de publicidad derivada de la investigación ya descrita. La decisión de participar en esta investigación, es absolutamente voluntaria; si no deseo participar en ella, una vez iniciada la investigación, no deseo proseguir colaborando, puedo hacerlo sin problemas. En ambos casos, se me asegura que mi negativa no implicara ninguna consecuencia. He leído el documento, entiendo las declaraciones contenidas en él y la necesidad de hacer constar mi consentimiento, para lo cual lo firmo libre y voluntariamente, recibiendo en el acto copia de este documento ya firmado.

Además, tengo la libertad de retirar el consentimiento en el momento que lo decida y en caso de que no desee participar, obtendré la plena seguridad de que no tendrá ningún perjuicio.

---

**Firma de la Persona que Consiente**  
**(Adolescente mayor de edad)**



**UNIVERSIDAD DEL PAPALOAPAN**  
**CAMPUS TUXTEPEC**  
**Licenciatura en Enfermería**

Fecha: \_\_\_\_\_

**Apéndice B. Consentimiento Informado adolescente menor de 18 años**

Acepto participar en la investigación titulada “Nivel de Adopción del Rol Materno en Madres Adolescentes Primerizas Según Grupo de Convivencia en primer nivel de Atención de Arroyo Guacamaya de Villa de Etla, Oaxaca”, la cual tiene por objetivo describir la Adopción del Rol Materno, se me informo que no corro riesgos y lo que debo hacer después de dar mi consentimiento para participar, si así lo deseo, no existe ningún beneficio personal por participar. Sin embargo, los resultados contribuirán a adopción del rol materno de acuerdo con grupo de convivencia entre madres adolescentes primerizas, así poder aportar como se da la relación de la madre adolescente y su entorno. El instrumento será aplicado al momento, sin afectar las actividades personales o familiares. La información proporcionada por usted, será confidencial, solamente el autor del estudio podrá hacer uso de ella, sin ser revelada. Si los resultados de la investigación fueran publicados, se protegerán los datos de identidad del participante, siendo de esta manera confidencial y anónima. Estoy en pleno conocimiento que la información obtenida del estudio en el cual participaré, será absolutamente confidencial, y que no aparecerá mi nombre ni mis datos personales en libros, revistas y otros medios de publicidad derivada de la investigación ya descrita. La decisión de participar en esta investigación, es absolutamente voluntaria; si no deseo participar en ella, una vez iniciada la investigación, no deseo proseguir colaborando, puedo hacerlo sin problemas. En ambos casos, se me asegura que mi negativa no implicara ninguna consecuencia. He leído el documento, entiendo las declaraciones contenidas en él y la necesidad de hacer constar mi consentimiento, para lo cual lo firmo libre y voluntariamente, recibiendo en el acto copia de este documento ya firmado.

Además, tengo la libertad de retirar el consentimiento en el momento que lo decida y en caso de que no desee participar, obtendré la plena seguridad de que no tendrá ningún perjuicio.

\_\_\_\_\_  
**Firma de la Persona que Consiente**  
**(Adolescente menor de 18 años)**



**UNIVERSIDAD DEL PAPALOAPAN**  
**CAMPUS TUXTEPEC**  
**Licenciatura en Enfermería**

Fecha: \_\_\_\_\_

**Apéndice B. Consentimiento Informado para el Tutor  
de la Adolescente**

Acepto participar en la investigación titulada “Nivel de Adopción del Rol Materno en Madres Adolescentes Primerizas Según Grupo de Convivencia en primer nivel de Atención de Arroyo Guacamaya de Villa de Etla, Oaxaca”, la cual tiene por objetivo describir la Adopción del Rol Materno, se me informo que no corro riesgos y lo que debo hacer después de dar mi consentimiento para participar, si así lo deseo, no existe ningún beneficio personal por participar. Sin embargo, los resultados contribuirán a adopción del rol materno de acuerdo con grupo de convivencia entre madres adolescentes primerizas, así poder aportar como se da la relación de la madre adolescente y su entorno. El instrumento será aplicado al momento, sin afectar las actividades personales o familiares. La información proporcionada por usted, será confidencial, solamente el autor del estudio podrá hacer uso de ella, sin ser revelada. Si los resultados de la investigación fueran publicados, se protegerán los datos de identidad del participante, siendo de esta manera confidencial y anónima. Estoy en pleno conocimiento que la información obtenida del estudio en el cual participaré, será absolutamente confidencial, y que no aparecerá mi nombre ni mis datos personales en libros, revistas y otros medios de publicidad derivada de la investigación ya descrita. La decisión de participar en esta investigación, es absolutamente voluntaria; si no deseo participar en ella, una vez iniciada la investigación, no deseo proseguir colaborando, puedo hacerlo sin problemas. En ambos casos, se me asegura que mi negativa no implicara ninguna consecuencia. He leído el documento, entiendo las declaraciones contenidas en él y la necesidad de hacer constar mi consentimiento, para lo cual lo firmo libre y voluntariamente, recibiendo en el acto copia de este documento ya firmado.

Además, tengo la libertad de retirar el consentimiento en el momento que lo decida y en caso de que no desee participar, obtendré la plena seguridad de que no tendrá ningún perjuicio.

\_\_\_\_\_  
**Firma de la Persona que Consiente**  
**(Tutor)**

**Anexo C. Instrumento de Medición  
Escala de Adopción del Rol Materno (ARM)**

**Garrido, H. & Marchán, C. (2011)**

INSTRUCCIONES: a continuación, encontrará una lista de afirmaciones respecto a su experiencia como madre. Deberá elegir, marcando con un aspa (X), la opción que más se asemeje a su forma de pensar, actuar y sentir. No hay respuestas buenas ni malas. Las opciones de respuestas son las siguientes.

TA (4) = Totalmente de Acuerdo    D (3) = De acuerdo    A (2) = Desacuerdo    TD (1) = Totalmente en desacuerdo

N°	Pregunta	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1	Prefiero no dar de lactar a mi bebé para cuidar la estética de mis senos.				
2	Imito los balbuceos y sonidos que hace mi bebé.				
3	Estoy dispuesta a cambiarle el pañal a mi bebé cada vez que éste lo necesite.				
4	Leo información referente a los cuidados y temas relacionados a mi bebé.				
5	Me cuesta aceptar a este bebé.				
6	Cuando mi bebé llora dejo lo que estoy haciendo y voy a atenderlo.				
7	Pienso que la lactancia debería ser sustituida por la alimentación en biberón.				
8	Me cuesta decir que soy madre.				
9	Me siento capaz de salir adelante con mi bebé.				
10	Mi familia está contenta con el nacimiento de mi bebé.				
11	Le doy objetos a mi bebé para que los pueda tocar y aprenda a manipularlos.				
12	Mi pareja y yo siempre estamos poniéndonos al tanto de las cosas que le pasan al bebé.				
13	Cuando mi bebé llora, le hablo con voz muy baja y susurrando palabras tranquilizadoras.				
14	Prefiero ser yo quien se encargue del baño de mi bebé.				
15	Cuando estaba gestando pensaba con entusiasmo en el momento en que tendría a mi bebé en brazos dándole de lactar.				
16	Pienso que el "control del niño sano" no es necesario para mi bebé.				
17	El personal de salud me ha enseñado cuidados que debo tener con mi bebé.				
18	Cuando le hablo a mi bebé, lo hago con palabras cariñosas.				
19	Cuando juego con mi hijo me gusta que el aprenda algo nuevo.				

N°	Pregunta	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
20	Cuando doy de lactar a mi bebé me gusta hablarle.				
21	Me gusta mirar detenidamente a mi bebé intentando conocerlo.				
22	Me hubiera gustado que mi bebé sea del sexo opuesto al que nació.				
23	El momento de juego con mi bebé para mí es indispensable en mi rutina diaria.				
24	La salud de mi bebé para mí es muy importante.				
25	Para mí dar de lactar es más una obligación que una actividad agradable.				
26	Cuando mi bebé responde a mis llamados, caricias u órdenes, yo lo abrazo o lo felicito.				
27	+Me agrada masajear la espalda de mi bebé con mucha delicadeza.				
28	Mi pareja me hace recordar cuando nuestro bebé de recibir sus vacunas y asistir al control del niño sano.				
29	Prefiero que mi familia se encargue de alimentar a nuestro bebé.				
30	Mientras doy de lactar a mi bebé me gusta acariciarlo.				
31	Cuando cosquilleo a mi bebé observo una respuesta de alegría en él.				
32	Cuando voy a un lugar público hago valer mis beneficios por ser madre y estar con mi hijo en brazos.				
33	Aunque tenga muchas actividades que realizar, siempre me doy tiempo para cuidar a mi bebé.				
34	Constantemente me informo por programas de televisión de cómo cuidar a mi bebé.				
35	Hago vacunar a mi bebé en la fecha programada.				
36	Se que cuento con el apoyo de mi familia para el cuidado de mi bebé.				
37	Prefiero que mi hijo tome biberón a darle de lactar.				
38	Trato que mi bebé acaricie mi rostro.				
39	Tengo la seguridad que seré una buena madre.				
40	Mi pareja y yo compartimos los cuidados del bebé.				
41	Cuido que mi bebé utilice ropa adecuada a la estación para evitar que se enferme o tenga sarpullido.				
42	Creo que dar de lactar une emocionalmente a las madres con sus hijos.				
43	Me alegra mucho que mi hijo haya nacido sano.				
44	Cada vez que mi bebé llora me preocupo por saber qué es lo que necesita.				
45	La forma que crío a mi bebé es muy parecida a como me crearon a mí.				
46	Mi familia me aconseja sobre la crianza de mi bebé.				

N°	Pregunta	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
47	Me preocupo por que a su alrededor no existan objetos que puedan hacerle daño a mi bebé.				
48	Trato de ocultar el hecho de que tengo un bebé porque me avergüenza.				
49	Creo que otro familiar cuida a mi bebé mejor que yo.				
50	Terceras personas se encargan de la crianza de mi bebé.				
51	Si voy por la calle y alguien estornuda cerca, lo primero que hago es cubrir a mi bebé.				
52	Mi pareja es capaz de hacerse cargo de nuestro bebé cuando yo no lo puedo hacer.				
53	Practico con mi bebé ejercicios que le puedan ayudar a su desarrollo.				
54	Diariamente mi pareja busca saber cómo está el bebé y coordinamos acerca de cómo satisfacer sus necesidades.				
55	Las cosas que aprendí sobre el cuidado de mi bebé me las enseñaron las personas que me criaron.				
56	Tengo en casa medicamentos necesarios para lo que requiere mi bebé en caso de que enferme.				

