

# Nivel de autoeficacia materna en adolescentes de la región noreste de Guanajuato, México

Marisol Ramírez Robles

José Manuel Herrera Paredes

María Mercedes Moreno  
González

Universidad de Guanajuato. Celaya, Guanajuato. México

Universidad de Guanajuato, Departamento de Enfermería y  
Obstetricia. Campus Celaya - Salvatierra

Universidad de Guanajuato. Celaya, Guanajuato, México

**Objetivo:** Describir y analizar el nivel de la Autoeficacia Materna en Adolescentes de un hospital de segundo nivel en el estado de Guanajuato, en México. **Método:** Fue aplicado a madres adolescentes que asistieron a un Hospital Materno en el estado de Guanajuato, se empleó la escala Autoeficacia Parental Materna Percibida ( $\alpha=0.98$ ) que consta de 20 ítems de tipo Likert y cuatro subescalas, así como una cédula de identificación semiestructurada para los datos sociodemográficos, esta última, validada por expertos. Se tuvieron en cuenta las consideraciones éticas. **Resultados principales:** El 72.7% de las madres adolescentes presentaron un nivel de autoeficacia baja, caracterizándose por falta de habilidad y poca experiencia en los cuidados maternos. **Conclusión general:** La autoeficacia materna en adolescentes es baja, dadas las características propias del desarrollo en esta etapa, aunado a la maternidad, algunas madres se enfrentan al nacimiento de un prematuro, que en la mayoría de los casos llega a ser hospitalizado, repercutiendo una vez más en la autoeficacia. Para enfermería, las madres adolescentes presentan un reto para el cuidado, por lo tanto, se identifica la necesidad de describir este fenómeno para poder crear intervenciones educativas basadas en la Autoeficacia materna en adolescentes.

## Abstract

**Objective:** Describe and analyze the level of Maternal Self-efficacy in adolescents from a second level hospital in the state of Guanajuato, in Mexico. **Method:** It was applied to adolescent mothers who attended a Maternity Hospital in the state of Guanajuato, the Perceived Maternal Parental Self-efficacy scale ( $\alpha=0.98$ ) was used, which consists of 20 Likert-type items and four subscales, as well as an identification card semi-structured for sociodemographic data, the latter, validated by experts. Ethical considerations were taken into account. **Main Results:** 72.7% of adolescent mothers presented a low level of self-efficacy, characterized by lack of ability and little experience in maternal care. **Overall Conclusion:** Maternal self-efficacy in adolescents is low, given the characteristics of development at this stage, coupled with motherhood, some mothers face the birth of a premature child, who in most cases ends up being hospitalized, having repercussions once More on self-efficacy. For nursing, adolescent mothers present a challenge for care, therefore, the need to describe this phenomenon is identified in order to create educational interventions based on maternal self-efficacy in adolescents.

**Keywords:** Maternal self-efficacy; Neonatal care; Premature; Parent education; Nursing.

## Introducción

Las conductas de afrontamiento que se presentan frente a las dificultades y el período que estas se van a mantener, son determinadas por la autoeficacia. El fallecimiento de los niños menores de

cinco años ocurre en la etapa neonatal, es mundialmente el principal reto pediátrico <sup>1</sup>. La atención integral en el área hospitalaria, al promover la autoeficacia materna en madres adolescentes, favorece la autoconfianza de la madre y mejora el vínculo del binomio, desarrollando las condiciones favorables de salud del recién nacido, a través de la autoeficacia materna.

La Autoeficacia materna, se refiere a las creencias personales sobre las propias capacidades para lograr ser una buena madre, esto permitirá que se sienta más satisfecha y capaz de hacer lo necesario para perseguir, preservar y lograr una tarea determinada. Ello incluye tener expectativas reales y ser capaz de percibirse a sí misma como competente<sup>1</sup>. Igualmente, al tratarse de madres adolescentes, pueden llegar a requerir un mayor apoyo, dado su propio nivel de madurez, así como la posible falta de conocimientos sobre la prestación de cuidados <sup>2</sup>.

Es importante que la madre conozca y vigile también que el entorno sea lo más amigable posible para favorecer el neurodesarrollo; entre ellos un correcto posicionamiento, lo más parecida a la fetal y control de ruidos. Esto contribuye al desarrollo sensorial y neurológico. El adecuado neurodesarrollo del prematuro una vez dado de alta es un marcador relevante de los cuidados que tuvo en la Unidad Neonatal <sup>3</sup>.

Un prematuro es aquel que nace antes de completar las 37 semanas de gestación. Así mismo, es el principal causante de discapacidades de largo plazo tales como retraso mental, parálisis cerebral, problemas de audición, visión y enfermedades pulmonares crónicas. La tasa global de nacimiento prematuro es considerada severa y en aumento <sup>3</sup>.

Se estima que cada año nacen en el mundo 15 millones de recién nacidos prematuros. Siendo unas las primeras causas de muerte. Según los últimos datos, cerca del 40% de las defunciones mundiales que se producen anualmente, corresponden a niños que se encuentran en el periodo neonatal, comprendido entre el nacimiento y hasta las 46 semanas de edad postmenstrual en el recién nacido prematuro <sup>4</sup>.

Es importante resaltar que en México el embarazo adolescente ha incrementado y con ello el nacimiento de prematuros, es por ello que se considera necesario realizar estudios exploratorios para mejorar la autoeficacia de las madres adolescentes y con ello la sobrevivencia de los prematuros. En México 17 de cada 100 nacimientos provienen de mujeres adolescentes menores de 20 años, de acuerdo con cifras del Censo 2020 del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) <sup>5</sup>. Adicionalmente se estimó un incremento en consecuencia de 21,575 embarazos no deseados en mujeres de 15 a 19 años, con lo que se espera un incremento de prematuros ingresados a la UCIN <sup>6</sup>.

La apreciación de los factores cognitivos asociados con la competencia y la satisfacción de los padres es cada vez más evidente; en particular, las creencias parentales de autoeficacia han surgido como un poderoso predictor directo de prácticas específicas de crianza positiva y un mediador de los efectos de algunos de los correlatos más investigados de la calidad de la crianza. Las creencias parentales de autoeficacia encarnan una estimación del grado en que las madres se perciben a sí mismas como capaces de realizar las diversas tareas asociadas con este papel altamente exigente <sup>7</sup>.

Un estudio refiere que 94.9% de las madres cuentan con una percepción de autoeficacia baja en relación con la lactancia materna, por lo que se sugiere implementar acciones encaminadas a cambiar la actitud de las madres para mejorar la frecuencia y duración de esta práctica <sup>8</sup>.

La literatura muestra que se han realizado estudios para aumentar la participación y el empoderamiento de las madres durante la atención neonatal; sin embargo, reportan la necesidad de brindar cuidados para el involucramiento en el manejo de su hijo, observación e interpretación en el comportamiento, disminución en la separación de la familia y el hogar <sup>9</sup>; por lo que, el objetivo de este estudio fue analizar el nivel de la Autoeficacia Materna en Adolescentes de un hospital de segundo nivel en la región noreste del estado de Guanajuato, en México; apostando a las madres

adolescentes presentan autoeficacia baja, lo cual resulta una detonante para crear avances en la práctica de enfermería para atender este fenómeno.

## Materiales y Método

Se trata de un estudio cuantitativo, transversal, descriptivo; realizado durante el periodo enero 2021 - julio 2022 en un Hospital Materno de la región noreste del estado de Guanajuato en México, perteneciente a la Secretaría de Salud. El universo estuvo conformado por madres adolescentes que dieron a luz un recién nacido, de acuerdo con los datos estadísticos de la secretaría de salud en el periodo agosto 2019 - julio 2020, que se obtuvieron a través de una solicitud por escrito: hubo  $N=1,020$  nacimientos de madres adolescentes<sup>10</sup>, de los cuales 48 fueron prematuros. El tamaño de muestra se estableció de acuerdo con la presencia de prematuros en la región, alcanzando una muestra de 44 madres adolescentes, se llevó a cabo el muestreo que se realizó por conveniencia<sup>11</sup>, esto de acuerdo con la ocurrencia de eventos obstétricos en el Hospital Materno, del mismo modo se incluyó únicamente a quienes cumplieron con los criterios de inclusión: ser madre adolescente entre 12 y 19 años y que desearon participar, con previa aceptación y firma de asentamiento, y, del consentimiento informado que el padre o tutor de la madre adolescente firmó para su autorización en la participación del estudio.

El escenario fue el servicio de gineco obstetricia del Hospital Materno, aquí se captó a las participantes, realizando las entrevistas individualmente. Se aplicaron dos instrumentos para la colecta de los datos: (i) cédula de datos sociodemográficos y (ii) escala Autoeficacia Parental Materna percibida, que consta de 20 ítems de tipo Likert que van desde totalmente desacuerdo (puntuación 1) a totalmente de acuerdo (puntuación 4), siendo la máxima calificación 80 puntos con una autoeficacia alta y la mínima 20 puntos, con autoeficacia baja. Dicha escala muestra un Alfa de Cronbach de 0.98, lo que indica mayor fiabilidad del instrumento<sup>12</sup>.

Estos 20 ítems representan 4 subescalas teorizadas: 1ª Procedimientos de cuidado: que corresponde a las percepciones de las madres sobre su capacidad para realizar sus actividades, y tareas básicas relacionadas con las necesidades básicas, *ejemplo: alimentación y baño*. 2ª Evocar comportamiento: se refiere a las percepciones en su capacidad para evocar un cambio en el comportamiento del bebé, *ejemplo: calmar al bebé*. 3ª Comportamiento de lectura o señalización: Son las percepciones en su capacidad para comprender e identificar cambios en la salud de su bebé, *ejemplo: puedo saber cuándo mi bebé está enfermo* y 4ª Creencias situacionales: creencia de las madres sobre su capacidad para juzgar su interacción general con su bebé, *ejemplo: creer que el bebé responde a su voz*. Para este estudio se llevó a cabo la captura y el análisis de datos en el programa estadístico SPSS v26<sup>13</sup>, se utilizó la estadística descriptiva.

El estudio fue aprobado por un comité de Investigación y bioética, se apoyó en aspectos ético-legales a través del apego de los principios de la Declaración de Helsinki (Beneficencia, Respeto a la Dignidad Humana y la Justicia) de la Asociación Médica Mundial para las investigaciones médicas en seres humanos<sup>14</sup>. Así como del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación<sup>15</sup>.

## Resultados

Se incluyeron a 44 madres adolescentes, con un rango de edad entre 14 a 19 años con una  $=17.32 \pm 1.5$ ; 79.5% se encuentran en unión libre, 56.8% cuenta con una escolaridad de secundaria, 75% tienen ocupación de ama de casa, 90.9% son de religión católica, 54.5% residen en zona urbana y el 52.3% cuentan con comorbilidades (sobrepeso, obesidad, preeclampsia, diabetes gestacional, COVID-19). Se identificaron recién nacidos entre 1 y 7 días de vida, entre 1 y 2 hijos vivos, una adolescente refirió tener un aborto y otra un hijo fallecido; el 65.9% tuvieron parto.

**Tabla 1.** Nivel de autoeficacia materna en adolescentes del Hospital Materno de la región noreste

de Guanajuato, México. Julio 2022

Nivel de autoeficacia materna	<i>f</i>	%
Autoeficacia alta	12	27.3
Autoeficacia baja	32	72.7

Fuente: Escala Autoeficacia Materna Percibida en la Crianza de los Hijos.

En la tabla 1, se observa que el 72.7% de las madres adolescentes cuentan con una autoeficacia baja, caracterizada porque las madres se perciben incapaces de realizar actividades de cuidado al recién nacido; como bañarlo, no considerarse buenas para mantenerlo ocupado; estar en desacuerdo para hacerlo feliz y tranquilizarlo en momentos de irritabilidad; así como percibir no ser buena para identificar señales cuando está cansado y enfermo; y percibirse como no tener buena interacción.

A continuación, se describen las subescalas que componen la Escala de Autoeficacia Materna Percibida en la Crianza de los Hijos.

Para la primera subescala se presenta la tabla 2 muestra que el 59.1% de las madres adolescentes se perciben totalmente desacuerdo para mantener ocupado a su bebé, el 47.7% se percibe en desacuerdo siendo buena alimentando a su bebé, el 43.2% se perciben en desacuerdo cambiando el pañal a su bebé y el 79.5% tiene una percepción de totalmente desacuerdo al bañar a su bebé.

**Tabla 2.** Subescala 1: Procedimientos de cuidado.

Ítem	Totalmente de acuerdo		De acuerdo		En desacuerdo		Totalmente desacuerdo	
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>
Soy buena manteniendo a mi bebé ocupado(a).	1	2.3	8	18.2	9	20.5	<b>26</b>	<b>59.1</b>
Soy buena alimentando a mi bebé.	2	4.5	4	9.1	<b>21</b>	<b>47.7</b>	17	38.6
Soy buena cambiando el pañal a mi bebé.	1	2.3	10	22.7	<b>19</b>	<b>43.2</b>	14	31.8
Soy buena en bañar a mi bebé.	0	0	2	4.5	7	15.9	<b>35</b>	<b>79.5</b>

Fuente: Escala de Autoeficacia Materna Percibida en la crianza de los hijos.

En la tabla 3 se observa que el 38.6% de las madres adolescentes se perciben en desacuerdo para hacer feliz a su bebé, el 47.7% se percibe totalmente desacuerdo haciendo que su bebé se calme cuando está llorando, el 61.4% se percibe en totalmente desacuerdo tranquilizando a su bebé cuando está molesto, el 65.9% tiene una percepción de totalmente desacuerdo para tranquilizar a su bebé cuando está llorando sin parar, el 54.5%, se percibe totalmente desacuerdo en tranquilizar

a su bebé cuando se pone más inquieto y el 43.2% se percibe en totalmente desacuerdo para hacer que su bebé le ponga atención.

**Tabla 3.** Subescala 2: Evocar comportamiento.

Ítem	Totalmente de acuerdo		De acuerdo		En desacuerdo			Totalmente desacuerdo	
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	
Puedo hacer feliz a mi bebé.	8	18.2	11	25	17	38.6	8	18.2	
Puedo hacer que mi bebé se calme cuando está llorando.	2	4.5	7	15.9	14	31.8	21	47.7	
Soy buena tranquilizando a mi bebé cuando está molesto.	0	0	8	18.2	9	20.5	27	61.4	
Soy buena tranquilizando a mi bebé cuando esta irritable.	0	0	6	13.6	8	18.2	30	68.2	
Soy buena tranquilizando a mi bebé cuando está llorando sin parar.	0	0	4	9.1	11	25	29	65.9	
Soy buena tranquilizando a mi bebé cuando se pone más inquieto.	0	0	5	11.4	15	34.1	24	54.5	
Soy buena haciendo que mi bebé me ponga atención.	0	0	8	18.2	17	38.6	19	43.2	

Fuente: Escala de Autoeficacia Materna Percibida en la crianza de los hijos.

En la tabla 4 se observa que el 61.4% de las adolescentes madres se perciben en totalmente

desacuerdo para saber cuándo su bebé está cansado, el 38.6% se percibe en totalmente desacuerdo para controlar a su bebé, el 54.4% se percibe en totalmente desacuerdo para darse cuenta que su bebe está enfermo, el 43.2% tiene una percepción de totalmente desacuerdo para entender las señales de su bebé, el 52.3% se percibe totalmente desacuerdo para entender lo que quiere su bebé, y el 75%, se percibe en totalmente desacuerdo para saber que actividades no le gustan a su bebé.

**Tabla 4.** Subescala 3: Comportamiento de lectura o señalización.

Ítem	Totalmente de acuerdo		De acuerdo		En desacuerdo		Totalmente desacuerdo	
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>
Creo que puedo saber cuándo mi bebé está cansado(a) y necesita dormir.	3	6.8	5	11.4	9	20.5	27	61.4
Creo que puedo controlar a mi bebé.	3	6.8	8	18.2	16	36.4	17	38.6
Me doy cuenta cuándo mi bebé está enfermo.	2	4.5	3	6.8	15	34.1	24	54.4
Puedo entender las señales de mi bebé.	3	6.8	7	15.9	15	34.1	19	43.2
Soy buena para entender lo que quiere mi bebé.	1	2.3	6	13.6	14	31.8	23	52.3
Soy buena para saber qué actividades no le gustan a mi bebé.	0	0	4	9.1	7	15.9	33	75

Fuente: Escala de Autoeficacia Materna Percibida en la crianza de los hijos.

En la tabla 5 se observa que el 43.2% de las madres adolescentes se perciben en desacuerdo para saber que su bebé responde bien a ella, el 38.6% se percibe en totalmente desacuerdo para una buena interacción con su bebé, y el 40.9% se percibe en desacuerdo para demostrar afecto a su bebé.

**Tabla 5.** Subescala 4: Creencias situacionales.

Ítem	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente desacuerdo
------	-----------------------	------------	---------------	-----------------------

		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>
Creo que mi bebé responde bien a mí.	4	9.1	8	18.2	<b>19</b>	<b>43.2</b>	13	29.5
Creo que mi bebé y yo tenemos una buena interacción.	4	9.1	10	22.7	13	29.5	<b>17</b>	<b>38.6</b>
Puedo demostrar afecto a mi bebé.	7	15.9	13	29.5	<b>18</b>	<b>40.9</b>	6	13.6

Fuente: Escala de Autoeficacia Materna Percibida en la crianza de los hijos.

**Tabla 6.** Subescalas de Autoeficacia Materna en Madres adolescentes del Hospital Materno de la región noreste de Guanajuato, México. Julio 2022

Subescala	Valor mínimo	Valor máximo		DE
Procedimientos de cuidado	4	14	6.64	2.283
Evocar comportamiento	7	22	12.03	4.275
Comportamiento de lectura o señalización	6	19	10.05	3.504
Creencias situacionales	3	12	6.64	2.393

Fuente: Escala de Autoeficacia Materna Percibida en la crianza de los hijos.

Subescala “*procedimientos de cuidado*” en Autoeficacia Materna Percibida en la crianza de los hijos. Obtuvo un puntaje máximo de 14 de 16 puntos, con una  $6.64 \pm 2.28$ ; esta dimensión se caracteriza por que el 59.1% de las madres adolescentes se perciben estar totalmente en desacuerdo con ser buena para mantener al recién nacido ocupado, 47.7% refiere estar en desacuerdo con ser buena para alimentar al bebé, 43.2% se percibe con no ser buena para cambiar el pañal y 79.5% está totalmente desacuerdo con ser buena para bañarlo.

Subescala “*evocar comportamientos*”, el puntaje mayor obtenido fue de 22 de 28 puntos, con una  $12.03 \pm 4.27$ ; dentro de las principales características se tiene que el 38.6% de las madres adolescentes se perciben en desacuerdo para hacer feliz a su bebé, el 47.7% se percibe en totalmente desacuerdo haciendo que su bebé se calme como cuando está llorando, el 61.4% se perciben totalmente desacuerdo tranquilizando a su bebé cuando está molesto, el 65.9% tiene una percepción de totalmente desacuerdo para tranquilizar a su bebé cuando está llorando sin parar, el 54.5% de las madres adolescentes se percibe totalmente desacuerdo en tranquilizar a su bebé cuando se pone más inquieto y el 43.2% se perciben totalmente desacuerdo para hacer que su bebé le ponga atención.

Subescala “*comportamiento de lectura o señalización*”, el puntaje obtenido fue de 19 de 24 puntos con una  $10.05 \pm 3.50$ ; el 61.4% de las madres adolescentes se perciben en totalmente desacuerdo para saber cuándo el recién nacido está cansado, el 38.6% se percibe en totalmente desacuerdo

para controlarlo, el 54.4% de las madres adolescentes se percibe en totalmente desacuerdo para darse cuenta que está enfermo, el 43.2% tiene una percepción de totalmente desacuerdo para entender las señales del recién nacido, el 52.3% de las madres adolescentes se percibe totalmente desacuerdo para entender lo que quiere su bebé, y el 75% se percibe en totalmente desacuerdo para saber qué actividades no le gustan a su bebé.

Subescala "Creencia Situacionales", el puntaje obtenido y máximo fue 12 de 12 puntos, con una  $6.64 \pm 2.39$ ; el 43.2% de las madres adolescentes se perciben en desacuerdo para saber que el recién nacido responde bien a ella, el 38.6% se percibe en totalmente desacuerdo para una buena interacción con su bebé, y el 40.9% se percibe en desacuerdo para demostrar afecto.

## Discusión

Al reconocer la baja autoeficacia materna en las adolescentes, se encontró un aporte de gran relevancia en el abordaje de la capacidad que tiene la madre adolescente para llevar a cabo tareas de su rol, que permitirían mejorar el bienestar del binomio. Los embarazos en la adolescencia tienen un impacto negativo en todas las dimensiones de la salud; es decir, física, psicológica, sociocultural, de desarrollo y espiritual <sup>16</sup> extendiéndose la afección de la salud al recién nacido, a través de una malnutrición, partos prematuros, niños con problemas de desarrollo o malformaciones e incluso un 50% de probabilidades de perder la vida durante las primeras semanas de vida <sup>17</sup>. El profesional de enfermería está llamado a fortalecer la autoeficacia materna en las madres adolescentes <sup>18</sup>, con el fin de garantizar un crecimiento, desarrollo y vida plena del recién nacido.

La autoeficacia materna representa un papel importante en la percepción de la madre hacia los cuidados del recién nacido; sin embargo, el 63% de las madres no conocen aspectos generales que deben ser proporcionados a sus hijos, así como el 68% poseen prácticas inadecuadas sobre la interacción madre e hijo <sup>19</sup>, resultados similares a los que se presentan en este estudio en cada una de las subescalas.

Además, esta escala tiene alcance en la satisfacción de las madres, y está inversamente asociado con depresión postparto, estrés y ansiedad. El nivel de autoeficacia materna percibida aumenta con el tiempo tanto en las primíparas como en las múltiparas, apoyando la teoría de Bandura que el cuidado infantil mejora con las experiencias <sup>20</sup>. Sería importante indagar estos resultados en las madres adolescentes.

El profesional de enfermería debería asumir como parte de sus funciones el cuidado de las madres, a través de intervenciones como la comunicación empática y favoreciendo su participación activa, permitiendo que los padres participen activamente en sus cuidados <sup>21</sup>. De tal forma se brindará capacitación a las madres adolescentes para mejorar su autoeficacia en su nuevo rol. Desde hace algunos años se muestran hallazgos que sugieren que las enfermeras y parteras deben ser conscientes de la importancia del apoyo a las madres, en especial a las primerizas para mejorar la autoeficacia y reducir la sintomatología depresiva en el período postparto temprano <sup>22</sup>.

En un estudio en Madrid, España, se concluyó que la autoeficacia de la lactancia materna en la población que se estudió es deficiente, las mujeres primíparas no se sienten capaces de llevar a cabo la alimentación de su bebé <sup>23</sup>. En otro estudio se establece que la autoeficacia afecta a la satisfacción con la crianza y al cuidado con los niños; además que en los procesos salud - enfermedad se comprueba que las madres adolescentes desconocen qué deben valorar, o a dónde deben acudir ante determinadas situaciones <sup>24</sup>.

El profesional de enfermería debe asumir como parte de sus labores el cuidado de las madres, a través de intervenciones como la comunicación empática y favoreciendo su participación activa, lo que permitiría que las madres puedan participar en algunos cuidados de su hijo <sup>25</sup>. La baja



autoeficacia supone un problema no solo para la joven madre, sino también al bebé, a la familia y para los servicios de salud.

Entre las limitaciones del estudio se encuentran el difícil acceso a la comunicación continua con las participantes, para dar seguimiento y apoyo y reforzar la autoeficacia materna, dadas las características de la población, quienes no cuentan con un teléfono para contacto, o el lugar de residencia pertenece a una comunidad aledaña al hospital donde tuvieron su evento obstétrico. Como propuesta, se plantea una investigación basada en intervenciones para mejorar la autoeficacia en cada una de las subescalas descritas.

## Conclusión

En este estudio se reporta que la percepción de autoeficacia materna en adolescentes es baja, dadas las características propias del desarrollo en esta etapa, aunado a la maternidad que algunas adolescentes enfrentan al nacimiento del recién nacido. Ser madre adolescente refleja un impacto a nivel social, económico, político y de salud dadas las necesidades que requieren para la atención del binomio madre e hijo.

Para enfermería las madres adolescentes representan un reto para el cuidado desde la cultura y las condiciones sociales. Por lo tanto, se identifica la necesidad de generar intervenciones de enfermería basadas en la autoeficacia materna de las madres adolescentes, con el fin de generar competencias (conocimientos, habilidades, actitudes y valores) en el cuidado del binomio madre - hijo.

## Referencias

1. FARKAS-K, C. Escala de evaluación parental (EEP): desarrollo, propiedades psicométricas y aplicaciones. *Univ. Psychol.* [online]. 2008 [citado 2021-11-10]. 7(2): 457-467. Disponible en: . ISSN 1657-9267
2. Paine AL, Cannings-John R, Channon S, Lugg-Widger F, Waters CS, Robling M. Assessing the impact of a family nurse-led intervention on young mothers' references to internal states. *Infant Ment Heal J.* 2020 [Acceso 2021-10-18]; 41: 463. Disponible en:
3. Kristoffersen L, Støen R, Rygh H, Sognaes M, Follestad T, Mohn HS, et al. Early skin-to-skin contact or incubator for very preterm infants: study protocol for a randomized controlled trial. [Acceso 10 Jul 2020]. Disponible en:
4. Carter BS, Willis T, Knackstedt A. Neonatal family-centered care in a pandemic. *J Perinatol* [Internet]. 2021 Feb 19 [cited 2021 Mar 7]. Disponible en:
5. Figueras J, Esqué MT, Arroyo L, Bella J, Álvarez R, Carbonell X. Evolución de la atención a domicilio para niños prematuros y de bajo peso de nacimiento desde 2002 hasta 2014. *An Pediatr* [Internet]. 2016 Sep 1 [cited 2021 Jun 28]; 85(3): 134-41. Disponible en:
6. Benzies KM, Aziz K, Shah V, Faris P, Isaranuwatthai W, Scotland J, et al. Effectiveness of Alberta Family Integrated Care on infant length of stay in level II neonatal intensive care units: a cluster randomized controlled trial. *BMC Pediatr* 2020 [Internet]. 2020 Nov 28 [cited 2021 Aug 9]; 20(1): 1-11. Disponible en:
7. Flacking R, Lehtonen L, Thomson G, Axelin A, Ahlqvist S, Moran VH, et al. Closeness and separation in neonatal intensive care. [Acceso 03 Oct 2020]. Disponible en:
8. Organización Mundial de la Salud. Nacimientos prematuros [Internet]. [cited 2021 Aug 6]. Disponible en:
9. Prematuridad y retos. Prevención y manejo. Fascículo INP, CAV. [citado 2020-09-07]. Disponible en:
10. Hernández M. Secretaría de Salud. Hospital Materno Celaya. Departamento de estadística. Febrero 12 2019.
11. Denise P, Chery Beck. Investigación en Enfermería. Fundamentos para el uso de la evidencia en la práctica de la Enfermería. 9ª Edición. 2018. 182-189. 2020 Nov 23.

12. Vargas-Porras C, Roa-Díaz ZM, Barnes C, Adamson-Macedo EN, Ferré-Grau C, De Molina-Fernández MI. Psychometric Properties of the Spanish Version of the Perceived Maternal Parenting Self-efficacy (PMP S-E) Tool for Primiparous Women. *Matern Child Health J.* 2020 May; 24(5): 537-545. [Internet]. 2021 Jul 16. Disponible en:
13. Sampieri R, Fernández C, Baptista P. *Metodología de la Investigación*. 6ª Edición. Mc Graw Hill Education. 264-299. 2021 Jul 23.
14. World Medical Association. Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 2018 [citado 20 Jun 2019]. Disponible en:
15. Secretaría de Salud. Reglamento de la ley general de salud en materia e investigación para la salud. 1984. [citado 20 Jun 2019]. Disponible en:
16. Hinton P., Neuman B. *Blueprint for Use of Nursing Models: Education, Research, Practice & Administration*. Ed: NLN Press. EE.UU. 1996. [Internet]. 2021 May 08. Disponible:
17. Villasís KMA. Actualización de las causas de mortalidad perinatal: la OMS publicó en 2016 el ICE-PM. *Rev Mex Pediatr.* 2016; 83(4): 105-107. [citado 04 May 2020]. Disponible:
18. Kikuchi K, Ansah EK, Okawa S, Enuameh Y, Yasuoka J, Nanishi K et al. Effective linkages of continuum of care for improving neonatal, perinatal, and maternal mortality: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2015; 10(9): e0139288. [citado 2021-05-21], disponible:
19. García C, & Risco de Bocanegra, D. D. Conocimiento y prácticas maternas sobre alimentación complementaria en un centro de salud de Lambayeque, Perú 2021. *ACC CIETNA: Revista De La Escuela De Enfermería* [Internet]. 2022 [citado 2021 Jun 10]; 9(1): 120 - 134. Disponible en:
20. Leahy-Warren P. Maternal parental self-efficacy in the postpartum period. *Midwifery* 27 (2011) 802-810. [citado 14 agosto 2021]. Disponible:
21. Peña-Silva B, Miranda-Iglesias M, Caviedes-Fernández J, Ulloa-Ramírez V, Rementería-Rementería Y, et al. Estrés parental y sus dimensiones en Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal -Pediátrica: Revisión Narrativa. *Acc Cietna: para el cuidado de la salud* [Internet]. 2021; 8(2): 67-84. Disponible en:
22. Leahy-Warren P, McCarthy G, Corcoran P, First-time mothers: social support, maternal parental self-efficacy and postnatal depression. [cited 2022 Aug 11]; Disponible en:
23. Muñoz R, Rodríguez M, Autoeficacia de la lactancia Materna en mujeres primíparas de Madrid. [cited 2022 Dic 20]; Disponible en:
24. Ascunce G, Ruíz Z. Explorando el papel de la autoeficacia parental en el uso de los servicios sanitarios: revisión de la literatura. [citado 21 Mar 2021]. Disponible en:
25. Peña B., García A., Miranda M., Caviedes J., Ulloa V., & Rementería Y. Estrés parental y sus dimensiones en Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal - Pediátrica: Revisión Narrativa. *ACC CIETNA: Revista De La Escuela De Enfermería*, 8(2), 67-84.

## Citas

1. FARKAS-K, C. Escala de evaluación parental (EEP): desarrollo, propiedades psicométricas y aplicaciones. *Univ. Psychol.* [online]. 2008 [citado 2021-11-10]. 7(2): 457-467. Disponible en: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-92672008000200012&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672008000200012&lng=pt&nrm=iso). ISSN 1657-9267
2. Paine AL, Cannings-John R, Channon S, Lugg-Widger F, Waters CS, Robling M. Assessing the impact of a family nurse-led intervention on young mothers' references to internal states. *Infant Ment Heal J.* 2020 [Acceso 2021-10-18]; 41: 463. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32045025/>
3. Kristoffersen L, Støen R, Rygh H, Sognaes M, Follestad T, Mohn HS, et al. Early skin-to-skin contact or incubator for very preterm infants: study protocol for a randomized controlled trial. [Acceso 10 Jul 2020]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27955652/>
4. Carter BS, Willis T, Knackstedt A. Neonatal family-centered care in a pandemic. *J Perinatol* [Internet]. 2021 Feb 19 [cited 2021 Mar 7]. Disponible en:

- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33608627>
5. Figueras J, Esqué MT, Arroyo L, Bella J, Álvarez R, Carbonell X. Evolución de la atención a domicilio para niños prematuros y de bajo peso de nacimiento desde 2002 hasta 2014. *An Pediatr* [Internet]. 2016 Sep 1 [cited 2021 Jun 28]; 85(3): 134-41. Disponible en: <https://www.analesdepediatría.org/es-evolucion-atencion-domicilio-ninos-prematuros-articulo-S1695403316000321>
  6. Benzie KM, Aziz K, Shah V, Faris P, Isaranuwatthai W, Scotland J, et al. Effectiveness of Alberta Family Integrated Care on infant length of stay in level II neonatal intensive care units: a cluster randomized controlled trial. *BMC Pediatr* 2020 [Internet]. 2020 Nov 28 [cited 2021 Aug 9]; 20(1): 1-11. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33246430/>
  7. Flacking R, Lehtonen L, Thomson G, Axelin A, Ahlqvist S, Moran VH, et al. Closeness and separation in neonatal intensive care. [Acceso 03 Oct 2020]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22812674/>
  8. Organización Mundial de la Salud. Nacimientos prematuros [Internet]. [cited 2021 Aug 6]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
  9. Prematuridad y retos. Prevención y manejo. Fascículo INP, CAV. [citado 2020-09-07]. Disponible en: [https://www.pediatría.gob.mx/archivos/fasciculo\\_prematurez.pdf](https://www.pediatría.gob.mx/archivos/fasciculo_prematurez.pdf)
  10. Hernández M. Secretaría de Salud. Hospital Materno Celaya. Departamento de estadística. Febrero 12 2019.
  11. Denise P, Chery Beck. Investigación en Enfermería. Fundamentos para el uso de la evidencia en la práctica de la Enfermería. 9ª Edición. 2018. 182-189. 2020 Nov 23.
  12. Vargas-Porras C, Roa-Díaz ZM, Barnes C, Adamson-Macedo EN, Ferré-Grau C, De Molina-Fernández MI. Psychometric Properties of the Spanish Version of the Perceived Maternal Parenting Self-efficacy (PMP S-E) Tool for Primiparous Women. *Matern Child Health J*. 2020 May; 24(5): 537-545. [Internet]. 2021 Jul 16. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10995-019-02860-y>
  13. Sampieri R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación. 6ª Edición. Mc Graw Hill Education. 264-299. 2021 Jul 23.
  14. World Medical Association. Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 2018 [citado 20 Jun 2019]. Disponible en: <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/>
  15. Secretaría de Salud. Reglamento de la ley general de salud en materia e investigación para la salud. 1984. [citado 20 Jun 2019]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
  16. Hinton P., Neuman B. Blueprint for Use of Nursing Models: Education, Research, Practice & Administration. Ed: NLN Press. EE.UU. 1996. [Internet]. 2021 May 08. Disponible: <https://iucat.iu.edu/iue/1275036>
  17. Villasís KMA. Actualización de las causas de mortalidad perinatal: la OMS publicó en 2016 el ICE-PM. *Rev Mex Pediatr*. 2016; 83(4): 105-107. [citado 04 May 2020]. Disponible: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=68234>
  18. Kikuchi K, Ansah EK, Okawa S, Enameh Y, Yasuoka J, Nanishi K et al. Effective linkages of continuum of care for improving neonatal, perinatal, and maternal mortality: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2015; 10(9): e0139288. [citado 2021-05-21], disponible: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0139288>
  19. García C, & Risco de Bocanegra, D. D. Conocimiento y prácticas maternas sobre alimentación complementaria en un centro de salud de Lambayeque, Perú 2021. *ACC CIETNA: Revista De La Escuela De Enfermería* [Internet]. 2022 [citado 2021 Jun 10]; 9(1): 120 - 134. Disponible en: <https://doi.org/10.35383/cietna.v9i1.744>
  20. Leahy-Warren P. Maternal parental self-efficacy in the postpartum period. *Midwifery* 27 (2011) 802-810. [citado 14 agosto 2021]. Disponible: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20888092/>
  21. Peña-Silva B, Miranda-Iglesias M, Caviedes-Fernández J, Ulloa-Ramírez V, Rementería-Rementería Y, et al. Estrés parental y sus dimensiones en Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal -Pediátrica: Revisión Narrativa. *Acc Cietna: para el cuidado de la salud* [Internet]. 2021; 8(2): 67-84. Disponible en: <https://doi.org/10.35383/cietna.v8i2.611>



22. Leahy-Warren P, McCarthy G, Corcoran P, First-time mothers: social support, maternal parental self-efficacy and postnatal depression. [cited 2022 Aug 11]; Disponible en: [https://www.academia.edu/12310119/First\\_time\\_mothers\\_social\\_support\\_maternal\\_parental\\_self\\_efficiency\\_and\\_postnatal\\_depression](https://www.academia.edu/12310119/First_time_mothers_social_support_maternal_parental_self_efficiency_and_postnatal_depression)
23. Muñoz R, Rodríguez M, Autoeficacia de la lactancia Materna en mujeres primíparas de Madrid. [cited 2022 Dic 20]; Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ech/v6n1/2393-660>
24. Ascunce G, Ruíz Z. Explorando el papel de la autoeficacia parental en el uso de los servicios sanitarios: revisión de la literatura. [citado 21 Mar 2021]. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/05/1223569/254-270.pdf>
25. Peña B., García A., Miranda M., Caviedes J., Ulloa V., & Rementería Y. Estrés parental y sus dimensiones en Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal - Pediátrica: Revisión Narrativa. ACC CIETNA: Revista De La Escuela De Enfermería, 8(2), 67-84. <https://doi.org/10.35383/cietna.v8i2.611>