



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA NEONATAL

Análisis de la relación entre el desempeño del rol materno y el nivel de confort neonatal, en madres de neonatos hospitalizados en un hospital de segundo nivel de atención del estado de Hidalgo, México.

TESIS

Para obtener el título de
Especialista en Enfermería Neonatal

PRESENTA

L.E. Britny Hernández Ángeles

Directora

Dra. Juana Maygualidia Aguilar Gutiérrez

Codirector(a)

Dr. José Arias Rico

Comité tutorial

Mtra. Olga Rocío Flores Chávez

Mtro. Cristian Amaury Revoreda Montes

Pachuca de Soto, Hgo., México., febrero de 2026



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA NEONATAL

TESIS

Análisis de la relación entre el desempeño del rol materno y el nivel de confort neonatal, en madres de neonatos hospitalizados en un hospital de segundo nivel de atención del estado de Hidalgo, México.

Para obtener el título de

Especialista en Enfermería Neonatal

Presenta

L.E. Britny Hernández Ángeles

Pachuca, Hgo, febrero 2026

“Amor, Orden y Progreso”

Sinodales

Presidente Dr. José Arias Rico

Secretario Dra. Juana Maygualidia Aguilar Gutiérrez

Vocal 1 Mtra. Olga Rocío Flores Chávez

Vocal 2 Dr. Itallo Carvalho Gomes

Vocal 3 Mtro. Cristian Amaury Revoreda Montes

Suplente 1 Mtra. Diana Laura Molina Avilez

Suplente 2. Mtra. Ma. Elba Morales Vargas

Ex Hacienda la Concepción S/N. Pachuca, Hgo. Cp. 42160, Teléfono 7717172000 ext. 4323



Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo
Instituto de Ciencias de la Salud
School of Medical Sciences
Área Académica de Enfermería
Department of Nursing

Of.Núm. 036
Asunto: Autorización de Impresión

Mtra. Ojuky del Rocío Islas Maldonado
Directora de Administración Escolar
PRESENTE.

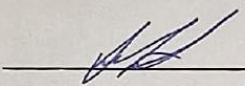
El Comité tutorial del PROYECTO TERMINAL del programa educativo de posgrado titulado "Análisis de la relación entre el desempeño del rol materno y el nivel de confort neonatal, en madres de neonatos hospitalizados en un hospital de segundo nivel de atención del estado de Hidalgo, México.", realizado por la sustentante L.E. BRITNY HERNÁNDEZ ÁNGELES con número de cuenta 286532, perteneciente al programa de ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA NEONATAL, una vez revisado, analizado y evaluado el documento recepcional de acuerdo a lo estipulado en el Artículo 110 del Reglamento de Estudios de Posgrado, tiene a bien extender la presente:

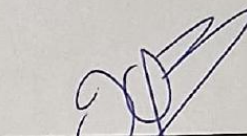
AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN

Por lo que la sustentante deberá cumplir los requisitos del Reglamento de Estudios de Posgrado y con el establecido en el proceso del grado vigente.

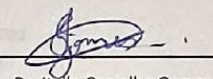
Atentamente
"Amor, Orden y Progreso"
San Agustín Tlaxiaca, Hidalgo a 03 de febrero de 2026.

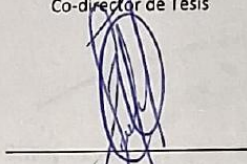
El Comité Tutorial


Dra. Juana Maygualidia Aguilar Gutiérrez
Director de Tesis


Dr. José Arias Rico
Co-director de Tesis


Mtra. Olga Rocío Flores Chávez
Miembro del comité


Dr. Itallo Carvalho Gomes
Miembro del comité


Mtro. Cristian Amaury Revoreda Montes
Miembro del comité



Circuito ex-Hacienda La Concepción s/n
Carretera Pachuca Actopan, San Agustín
Tlaxiaca, Hidalgo, México. C.P. 42160
Teléfono: 52 (771) 71 720 00 Ext. 41525, 41526
enfermeria@uaeh.edu.mx

Índice

Abstract	9
Capítulo I. Introducción	12
1.1 Planteamiento del Problema.....	14
1.1.1 Justificación	15
1.2 Pregunta de investigación	16
1.3 Objetivo general.....	17
1.3.1 Objetivos Específicos.....	17
1.3.2 Hipótesis.....	17
1.4 Marco Teórico Conceptual.....	18
1.4.1 La adopción del rol materno	20
1.4.2 El modelo de adopción del rol materno	23
1.4.3 El embarazo en la adolescencia	24
1.4.4 El confort neonatal	25
1.4.5 Confort neonatal y la adopción del rol materno.....	26
1.5 Estudios Relacionados	27
1.6 Operacionalización de las variables.....	29
Capítulo II. Metodología.....	30
2.1 Diseño del estudio.....	30

2.2 Población de estudio	30
2.3 Muestreo y muestra	30
2.4 Criterios de selección	30
2.4.1 Criterios de inclusión	30
2.4.2 Criterios de Exclusión	30
2.4.3 Criterios de eliminación	31
2.5 Instrumento de recolección de datos	31
2.5.1 Escala de Adopción del Rol Materno	32
2.5.2 Instrumento de Medición de Confort Neonatal	33
2.5.3 Confiabilidad del instrumento	34
2.5.4 Conclusión de la validación	35
2.6 Procedimiento de recolección de datos	35
2.7 Consideraciones éticas	37
2.7.1 Declaración de Helsinki	37
2.7.2 Comité de Ética	38
2.7.3 Riesgo, costo y beneficio	38
2.7.4 Consentimiento informado	39
2.8 Plan de análisis estadístico	40
Capítulo III. Resultados	41
3.1 Características Biológicas	41

3.1.1 Características sociodemográficas de la muestra.....	41
3.1.2 Resultados del rol materno.....	42
3.1.3 Resultados del confort neonatal	44
3.1.3.1 Grado de confort neonatal.....	45
3.2. Prueba de normalidad.....	47
3.2.1 Análisis de correlación entre rol materno y confort neonatal	49
3.2.3 Decisión inferencial	50
Capítulo IV Discusión.....	51
4.1 Discusión.....	51
4.2 Conclusión	54
4.3 Limitaciones.....	56
Apéndice A	57
Apéndice B.....	58
Apéndice C.....	59
Apéndice D	60
Apéndice E.....	61
Apéndice F	62
Referencias.....	67

Tablas y figuras

Tabla 1	<i>Etapas que conducen a la identidad del rol materno</i>	21
Tabla 2	<i>Estudios relacionados (1/2)</i>	27
Tabla 2	<i>Estudios relacionados (2/2)</i>	28
Tabla 3	<i>Operacionalización de variables</i>	29
Tabla 4	<i>Variables de caracterización</i>	41
Tabla 5	<i>Análisis descriptivo</i>	42
Tabla 6	<i>Pruebas de normalidad</i>	48
Tabla 7	<i>Análisis de significancia estadística entre rol materno y confort neonatal</i>	48
Tabla 8	<i>Análisis de correlación entre el rol materno y el confort neonatal</i>	49
Figura 1	<i>Factores que influyen en la adopción del rol materno</i>	22
Figura 2	<i>Modelo de adopción del rol materno</i>	24
Figura 3	<i>Constructo microsistema</i>	43
Figura 4	<i>Constructo mesosistema</i>	44
Figura 5	<i>Constructo macrosistema</i>	44
Figura 6	<i>Grado de confort neonatal</i>	45
Figura 7	<i>Confort neonatal por dimensiones</i>	46
Figura 8	<i>Rol materno y confort neonatal</i>	47

Agradecimientos

Agradezco a las autoridades del hospital de segundo nivel del estado de Hidalgo por la autorización para la aplicación del instrumento de evaluación, en especial a mis compañeros de guardia a la Dra. Ana Karen Méndez Salinas, al Dr. Javier Garzón Martínez, al Dr. Alejandro Narváez Callejas, gracias por su disposición, colaboración, por compartir su tiempo, experiencias y conocimientos.

A los profesionales y docentes que me brindaron su apoyo, guía y conocimientos, su ayuda fue fundamental en este proceso, agradezco a la Dra. Juana Maygualida Aguilar Gutiérrez, coordinadora del postgrado en neonatología de la UAEH, por su respaldo profesional para concluir este proyecto.

Así mismo agradezco infinitamente al Dr. José Arias Rico, por impulsarme y estar siempre pendiente de mis dudas y necesidades, y a Miguel Álvarez mi más sincero agradecimiento por su guía, paciencia y apoyo incondicional a lo largo de este proceso. Su conocimiento, orientación y exigencia académica fueron fundamentales para poder culminar satisfactoriamente este proceso.

Dedicatoria

A mi hija Valentina, eres la luz de mi vida y motivo de mi mayor esfuerzo. Gracias por tu paciencia, tus sonrisas que iluminaron mis días más agotadores y por recordarme, con tu ternura, la importancia de seguir adelante. Este logro también es tuyo, porque sin tu amor y comprensión, este camino habría sido mucho más difícil; Por cada abrazo que me llenó de fuerzas y por cada llamada que me regalabas estando a distancia, todos los momentos compartidos que me recordaron lo esencial de la vida, gracias, eres mi inspiración más grande y mi motor para alcanzar cada meta.

A mi esposo Adolfo, mi compañero de vida y mi mayor apoyo en este camino. Gracias por estar a mi lado en cada momento, por tu paciencia y por tu gran entrega a esta pequeña familia, por todos los momentos en que me apoyaste para poder entregar mis tareas, por hacerte cargo de todo mientras yo cumplía mis sueños, gracias por decir siempre sí a todos mis anhelos.

A mis padres Guillermo y Fidela, quienes con su amor, apoyo incondicional y valores me han guiado en cada paso de mi vida, han brindado todas las herramientas para poder ser la enfermera que siempre anhele, por siempre estar ahí cuando más los necesito, a mis Hermanos Kendy y Brayan quienes con su apoyo incondicional siempre confiaron en mí, quisiera ser un ejemplo para ustedes. Gracias por estar siempre a mi lado, por alentarme en los momentos difíciles, este logro también es suyo.

Resumen

La adopción del rol materno en madres adolescentes representa un proceso esencial para el bienestar integral del recién nacido, particularmente en el contexto hospitalario, donde el neonato depende en gran medida de los cuidados maternos y del acompañamiento del personal de enfermería. El confort neonatal constituye un indicador relevante del estado fisiológico y emocional del recién nacido, y puede verse influido por la calidad del vínculo, la atención y las conductas de cuidado que la madre logra desarrollar. Por ello, el presente estudio tuvo como propósito analizar la relación entre el nivel que alcanzan las madres adolescentes primíparas en la adopción del rol materno y el nivel de confort neonatal de sus hijos, en una unidad de segundo nivel de atención ubicada en el estado de Hidalgo, México. Se realizó un estudio de enfoque cuantitativo, de tipo relacional y de corte transversal, en el que participaron 32 madres adolescentes primíparas junto con sus respectivos neonatos, seleccionados mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia. Para la recolección de los datos se emplearon la Escala de Adopción del Rol Materno y la Escala de Confort Neonatal, y el análisis estadístico incluyó pruebas de normalidad y correlación. En los resultados se encontró una correlación negativa moderada entre la adopción del rol materno y la escala de confort neonatal ($r_s = -0.59$), lo que indica que a mayores niveles de adopción del rol materno se asocian menores puntajes de confort en los neonatos. Estos hallazgos ponen de manifiesto la relevancia de fortalecer el rol materno en madres adolescentes como un factor protector del bienestar neonatal, y subrayan la necesidad de implementar estrategias de enfermería orientadas al acompañamiento, la educación y el apoyo emocional durante el periodo neonatal.

Palabras clave: Rol materno, confort neonatal, madres adolescentes, enfermería neonatal.

Abstract

The adoption of the maternal role in adolescent mothers is an essential process for the overall well-being of the newborn, particularly in the hospital setting, where the neonate largely depend on maternal care and the support provided by nursing staff. Neonatal comfort is a relevant indicator of the newborn's physiological and emotional state and may be influenced by the quality of bonding, attention, and caregiving behaviors developed by the mother. Therefore, the aim of this study was to analyze the relationship between the level of maternal role adoption achieved by primiparous adolescent mothers and the level of neonatal comfort of their infants in a secondary-level healthcare unit located in the state of Hidalgo, Mexico. A quantitative, relational, cross-sectional study was conducted with a sample of thirty-two primiparous adolescent mothers and their respective neonates, selected through no probabilistic convenience sampling. Data was collected using the Maternal Role Adoption Scale and the Neonatal Comfort Scale. Statistical analysis included normality tests and correlation analysis. The results showed a moderate negative correlation between maternal role adoption and neonatal comfort scores ($r_s = -0.59$), indicating that higher levels of maternal role adoption were associated with lower neonatal comfort scores. These findings highlight the importance of strengthening the maternal role in adolescent mothers as a protective factor for neonatal well-being and emphasize the need to implement nursing strategies focused on accompaniment, education, and emotional support during the neonatal period.

Capítulo I. Introducción

La maternidad constituye una de las transiciones más significativas en la vida de una mujer, al implicar cambios profundos en las dimensiones emocionales, sociales y físicas. Este proceso adquiere particular complejidad cuando ocurre durante la adolescencia, una etapa del desarrollo caracterizada por la construcción de la identidad, la dependencia social y la consolidación de proyectos de vida. En este contexto, la adopción del rol materno representa un desafío que puede verse influido por múltiples factores individuales, familiares y socioculturales, especialmente en madres adolescentes primíparas.

Desde la perspectiva de la enfermería neonatal, la adopción del rol materno es un proceso fundamental, ya que se relaciona con la capacidad de la madre para responder de manera sensible y oportuna a las necesidades de su recién nacido. La teoría de la adopción del rol materno propuesta por Mercer plantea que la maternidad no es un evento inmediato, sino un proceso progresivo en el que la mujer desarrolla confianza, habilidades y seguridad a través de la interacción continua con su hijo, el apoyo del entorno y el acompañamiento del personal de salud (Mercer, 2004).

Por otra parte, el confort neonatal se reconoce como un indicador relevante del bienestar fisiológico y emocional del recién nacido. Este concepto abarca la estabilidad conductual, la ausencia de dolor o estrés y la adecuada adaptación al entorno, elementos que pueden verse favorecidos por prácticas de cuidado sensibles y por un vínculo materno positivo (Vázquez, 2022).

En el periodo neonatal, especialmente durante la hospitalización, el recién nacido depende en gran medida de la presencia y participación de la madre, así como del apoyo brindado por el equipo de enfermería. Diversos estudios han señalado que las madres adolescentes pueden enfrentar mayores dificultades en la adopción del rol materno, asociadas a la inmadurez emocional, el

limitado apoyo social y las condiciones socioeconómicas desfavorables (Ortiz et al., 2024; Garrido & Marchán, 2024).

Estas condiciones podrían influir en la forma en que la madre asume el cuidado de su hijo y, en consecuencia, en el nivel de confort que experimenta el neonato. Sin embargo, cuando las madres adolescentes reciben acompañamiento adecuado y oportunidades para involucrarse activamente en el cuidado neonatal, es posible observar una adaptación favorable al rol materno.

En México, el embarazo adolescente continúa representando un problema de salud pública, con mayor incidencia en contextos de vulnerabilidad social. A pesar de los avances en la atención neonatal, persisten desafíos relacionados con el fortalecimiento del rol materno y la promoción del bienestar neonatal, particularmente en unidades hospitalarias de segundo nivel de atención (OMS, 2024).

En el estado de Hidalgo, existe una limitada evidencia científica que explore la relación entre la adopción del rol materno en madres adolescentes primíparas y el confort neonatal en el ámbito hospitalario, ante este panorama, el presente estudio se planteó analizar la relación entre el nivel de adopción del rol materno y el nivel de confort neonatal en madres adolescentes primíparas atendidas en una unidad de segundo nivel de atención del estado de Hidalgo, México. La generación de evidencia en este campo permite aportar conocimientos relevantes para la práctica de la enfermería neonatal, así como orientar estrategias de acompañamiento, educación y apoyo dirigidas al binomio madre–neonato, con el fin de favorecer una atención más humanizada y centrada en las necesidades reales de esta población.

1.1 Planteamiento del Problema

La transición a la maternidad constituye un proceso complejo que implica cambios emocionales, sociales y físicos en la mujer. En particular, en madres adolescentes, este proceso se ve afectado por diversos factores que pueden dificultar la plena adopción del rol materno, desde la perspectiva de enfermería este aspecto es fundamental para garantizar prácticas de cuidado efectivas y promover el bienestar tanto de la madre como del recién nacido (Raile, 2025).

A nivel mundial, la supervivencia del recién nacido se ha convertido en el desafío más crítico de la salud infantil. A finales de 2025 y principios de 2026, la tasa de mortalidad neonatal se estima en 17 muertes por cada 1,000 nacidos vivos (OMS, 2026). Mientras la mortalidad infantil general disminuye, el riesgo en los primeros 28 días de vida se estanca, concentrando casi el 50% de las muertes en menores de cinco años (UNICEF, 2025).

En la población adolescente, la maternidad representa un desafío adicional, ya que ocurre en una etapa del desarrollo aun en proceso de consolidación. Datos nacionales, mencionan que las adolescentes quienes aportan el 15.6% de la natalidad, esta incidencia es notable con mayor frecuencia en zonas de alta marginación y comunidades rurales (INEGI 2023).

La maternidad temprana suele asociarse con condiciones de vulnerabilidad como bajo nivel educativo, escasos recursos socioeconómicos estos factores que pueden inferir en la adopción del rol materno, y en consecuencia verse afectado el cuidado neonatal, estas condiciones influyen directamente en la capacidad de la madre para responder adecuadamente a las necesidades de su recién nacido, impactando en su bienestar y nivel de confort (Garrido y Marchán, 2024).

Diversos estudios muestran que la adopción del rol materno en madres adolescentes tiene diferentes niveles, siendo frecuente que un alto porcentaje del 78.1% presenten bajos o medios

niveles en su proceso de apropiación, lo cual puede repercutir en el cuidado inadecuado del neonato (Ortiz et al., 2024).

El confort neonatal, más allá de la supervivencia, es el estado en que el recién nacido experimenta bienestar fisiológico y emocional, es un indicador neonatal que está estrechamente ligado al vínculo con la madre y a la calidad del cuidado (Vázquez, 2022).

En Hidalgo, la tasa de fecundidad en menores de 19 años es de 17 de cada 100 según (Secretaría de Salud de Hidalgo [SSH], 2023), mientras que la mortalidad neonatal oscila entre el 60 % de las defunciones infantiles. En instituciones de segundo nivel de atención como lo es el Hospital de Cruz Roja Pachuca Sur, se ha observado que, en madres adolescentes primíparas, debido a factores como la inmadurez emocional, escaso apoyo familiar y deficiencias en la educación sobre cuidados al recién nacido, enfrentan dificultades en adoptar plenamente su rol materno, impactando directamente en la salud y confort de los recién nacidos (Vélez, 2023).

Existe un vacío informativo en el contexto hospitalario del estado de Hidalgo respecto a la maternidad adolescente y el confort neonatal. Al desconocer la dinámica específica de las madres primíparas en el segundo nivel de atención, resulta difícil implementar estrategias que logren potenciar la calidad del cuidado y lograr el vínculo con su recién nacido.

1.1.1 Justificación

La adopción del rol materno en madres adolescentes es fundamental para garantizar prácticas de cuidado adecuadas y promover el bienestar tanto del recién nacido como de la madre. Este proceso influye directamente en el nivel de confort neonatal, que es un indicador clave del estado de salud físico y emocional del recién nacido. La Teoría del Rol Materno de Ramona Mercer (2004), señala que el fortalecimiento afectivo, el apoyo social y la confianza son elementos

esenciales en la consolidación del rol materno, los cuales, si se carecen, pueden dificultar el establecimiento de vínculos afectivos sólidos y contribuir a prácticas de cuidado inadecuadas.

Dentro de las unidades de salud en Hidalgo, la transición al rol materno en adolescentes se ve obstaculizada por una combinación de inmadurez emocional, redes de apoyo frágiles y una formación insuficiente en cuidados del recién nacido.

Este escenario repercute de forma directa en el confort neonatal, la escasez de investigaciones locales que vinculen la adopción de este rol con el bienestar del neonato impide el diseño de intervenciones clínicas adaptadas a las necesidades reales de estas madres. Por tanto, esta investigación busca aportar evidencia que permita diseñar estrategias de enfermería y políticas públicas enfocadas en fortalecer el rol materno en madres adolescentes, para optimizar el confort y la salud de los neonatos desde etapas tempranas.

Por lo anterior, el presente estudio aporta evidencia empírica local al analizar la relación entre el desempeño del rol materno y el nivel de confort neonatal en madres adolescentes de neonatos hospitalizados en un hospital de segundo nivel de atención del estado de Hidalgo, México. Sus resultados permitirán identificar áreas críticas de intervención, fortalecer la práctica clínica de enfermería neonatal y contribuir al diseño de estrategias educativas y de acompañamiento dirigidas a este grupo vulnerable.

Asimismo, ofrece un sustento científico para la toma de decisiones en enfermería, favoreciendo el desarrollo de cuidados centrados en la diada madre–recién nacido y promoviendo políticas institucionales orientadas al fortalecimiento del rol materno como un elemento clave para optimizar el confort y la salud neonatal desde etapas tempranas.

1.2 Pregunta de investigación

¿Cuál es la relación entre el nivel de adopción del rol materno y el nivel de confort neonatal en madres adolescentes primíparas atendidas en una unidad de segundo nivel de atención?

1.3 Objetivo general

Medir la fuerza de la relación existente entre la adopción del Rol Materno y el nivel de confort neonatal en madres adolescentes primíparas.

1.3.1 Objetivos Específicos

- Describir el nivel de adopción del rol materno en madres adolescentes primíparas de un hospital de segundo nivel de atención.
- Describir el nivel de confort neonatal en los recién nacidos de madres adolescentes primíparas.
- Establecer la existencia y la magnitud de la relación estadística entre la adopción del rol materno y el nivel de confort neonatal mediante análisis correlacional.
- Describir las características sociodemográficas de las madres adolescentes primíparas participantes en el estudio, considerando la edad, el nivel de escolaridad, el estado civil y la ocupación.

1.3.2 Hipótesis

H1. Existe relación significativa entre el nivel de adopción del rol materno y el nivel del confort neonatal en madres adolescentes primíparas atendidas en un hospital de segundo nivel de atención.

H0. No existe relación significativa entre el nivel de adopción del rol materno y el nivel del confort neonatal en madres adolescentes primíparas atendidas en un hospital de segundo nivel de atención.

1.4 Marco Teórico Conceptual

La adopción del rol materno y su relación con el bienestar del recién nacido es un proceso complejo que involucra dimensiones emocionales, sociales y físicas. Para profundizar en este fenómeno, resulta indispensable recurrir a marcos teóricos que vinculen la construcción de la identidad materna con el bienestar del recién nacido.

La propuesta de Ramona Mercer (2004) sobre la Adopción del Rol Materno es fundamental, plantea la maternidad como una evolución constante, donde la mujer transita desde la preparación inicial y el aprendizaje formal del cuidado hasta lograr la plena interiorización de su identidad como madre. Desde la práctica de enfermería neonatal, la propuesta de Mercer permite comprender como la interacción afectiva, el apoyo social y la confianza son esenciales para que la madre pueda adoptar de manera efectiva su rol, lo cual se traduce en cuidados más sensibles y adaptados a las necesidades del neonato, favoreciendo así su confort y bienestar.

A esto se suma, la *Teoría del Sistema Ecológico* de Bronfenbrenner (1979) ya que desde una perspectiva integral, describe cómo diferentes niveles del entorno iniciando con microsistema, mesosistema y macrosistema, inciden en el desarrollo de la madre y en las prácticas de cuidado neonatal. Esta teoría enfatiza como influye el contexto familiar, social y cultural en la adopción del rol materno, un factor crítico especialmente relevantes en madres adolescentes, quienes enfrentan desafíos relacionados con apoyo, situación socioeconómica y nivel educativo.

Bajo la perspectiva de Katharine Kolcaba y su teoría más relevante es el *Modelo de Confort* (2003), que define el confort como un estado de bienestar físico, psicológico y social que permite al individuo desarrollarse integralmente. Desde esta perspectiva, el confort neonatal se entiende como un estado que puede ser promovido por prácticas de cuidado que apoyen el bienestar fisiológico y

emocional del recién nacido, lo cual está estrechamente vinculado a la calidad del rol materno adoptado por la madre.

Estas teorías, en conjunto, proporcionan un marco comprensivo para analizar cómo la evolución en la adopción del rol materno puede influir en el nivel de confort neonatal, especialmente en madres adolescentes, donde factores como la inmadurez emocional, la falta de apoyo y las condiciones sociales adversas, pueden dificultar este proceso y, en consecuencia, afectar la salud y el desarrollo de los neonatos.

Mercer replanteó su modelo para destacar que la identidad materna es un proceso en constante desarrollo. Ser madre altera todas las dimensiones de la vida de una mujer, obligándola a transitar por un aprendizaje continuo que no termina con el nacimiento.

Ser madre es más que únicamente asumir el rol, es una evolución continua e infinita. Esta evidencia empírica llevó a Mercer a replantear la nomenclatura de su modelo, más allá de simples nombres, los nuevos términos buscan reflejar con mayor precisión el proceso dinámico mediante el cual una mujer construye y consolida su identidad materna realizando los siguientes cambios en los nombres de las etapas que conducen a la identidad del rol materno como:

- Compromiso y preparación (embarazo).
- Conocimiento, práctica y recuperación física (primeras 2 semanas).
- Normalización (segunda semana a 4 meses). El proceso de adaptación a una nueva normalidad puede iniciar poco después del nacimiento; sin embargo, se consolida cuando la madre comienza a reconocer y comprender las señales y conductas de su bebé.
- Integración de la identidad materna (aproximadamente, 4 meses).

Esta etapa marca la consolidación de la identidad materna. Al descifrar las necesidades de su hijo, la mujer adquiere una competencia técnica y emocional que le permite ejercer su rol con naturalidad, fortaleciendo el lazo afectivo desde un lugar de seguridad personal.

A través de esta evolutiva se podría relacionar con una nueva normalidad en sus relaciones y con su familia. La adolescente experimenta una transformación de sí misma al convertirse en madre, a medida que ella misma se expande para incorporar una nueva identidad, y asumir la responsabilidad de su recién nacido y el entorno de su neonato (Naranjo, 2023).

Noguera y Alvarado como se citó en (Vélez, 2023) señalan que el embarazo en la adolescencia presenta repercusiones sociales significativas, siendo un grupo poblacional sensible con deficiente apoyo social o familiar, bajo nivel socioeconómico y educativo, tensión emocional, sentimientos de tristeza y desesperanza, discriminación, vergüenza, baja autoestima, limitación en el proyecto de vida, imposibilidad de constitución de una familia estable, estos factores que afectan su calidad de vida y la del neonato además de contribuir a elevar los índices de morbilidad materna – neonatal, por inasistencia y mala adherencia a los servicios de salud, al igual que por una menor disposición en la mujer en el auto cuidado durante proceso posparto y cuidado que se brindan al recién nacido.

1.4.1 La adopción del rol materno

Este proceso no constituye una transición simple ni inmediata, sino un proceso dinámico y progresivo, que comienza en la concepción y se consolida durante el primer año de vida del recién nacido. Durante este periodo de tiempo, la madre no solo aprende a ejecutar cuidados, sino que desarrolla una sensibilidad especial para interpretar las necesidades fisiológicas básicas como una respiración adecuada, termorregulación eficaz, el sueño y descanso, así como la alimentación y

eliminación, necesidades de seguridad y protección, orientadas a prevenir riesgos y proporcionar un entorno estable y seguro.

De igual forma la madre reconoce la importancia atender necesidades emocionales y afectivas del recién nacido, mediante el contacto físico, también incluye las necesidades de estimulación y desarrollo ya que favorecen el crecimiento neurológico del neonato. Al obtener esta capacidad le permite actuar con seguridad, sabiendo exactamente el cómo y el porqué de cada acción, transformando el cuidado técnico en un vínculo de gratificación mutua (Velia et al, 2024).

La adopción del rol materno es un proceso que sigue cuatro estadios, estos han sido adaptados a partir de la investigación de Thornton y Nardi como se citó en (Oyola , 2023), y se presentan a continuación (ver tabla 1).

Tabla 1

Etapas que conducen a la identidad del rol materno

Etapa	Descripción
Anticipatoria	Comienza durante la gestación e implica los primeros cambios sociales y psicológicos asociados al embarazo. En esta etapa, la mujer comienza a familiarizarse con las expectativas del rol materno y a establecer un vínculo inicial.
Formal	Da inicio con el nacimiento del niño y se caracteriza por el aprendizaje progresivo del rol materno y su puesta en práctica. Durante este periodo, las conductas de la madre se ven influenciadas por las expectativas sociales establecidas por su entorno, como la familia y el personal de salud, quienes orientan inicialmente su forma de cuidar al recién nacido.
Informal	La madre comienza a confiar en su propio criterio, dejando de lado los manuales o las expectativas externas. Es aquí donde adapta la maternidad a su propia esencia: toma sus experiencias pasadas y sus metas a futuro para moldear un estilo de crianza que realmente encaje con quién es ella y cómo quiere vivir
Personal	En este punto, la maternidad deja de ser un aprendizaje para convertirse en una vivencia interna. La mujer experimenta una verdadera sintonía con su rol, sintiéndose capaz y segura de cada decisión. Es el momento en que alcanza la plenitud del rol materno, logrando un equilibrio entre sus necesidades y las de su bebé

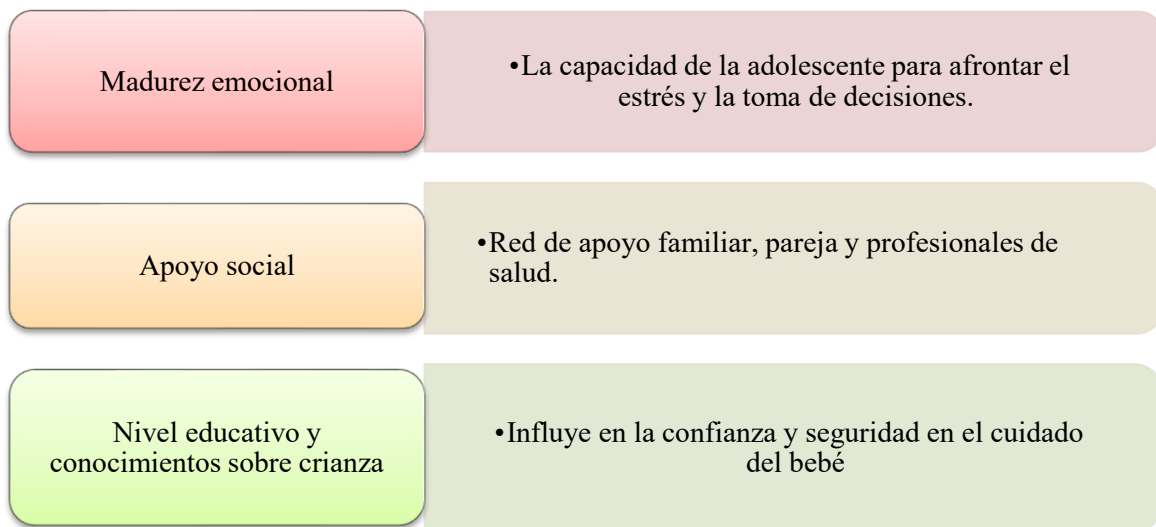
Nota. Elaboración propia, adaptado de Integración de la práctica “Convertirse en madre” de (Oyola , 2023).

Incluso existen una serie de factores que influyen de manera directa o indirecta en la adopción del rol materno, los cuales se agrupan en tres dimensiones fundamentales. Estas dimensiones pueden fungir como indicadores en la comprensión del proceso de construcción del rol materno, ya que integran aspectos personales, familiares y contextuales que intervienen en la forma en que la madre asume y ejerce el cuidado de su hijo.

El análisis de dichas dimensiones permite identificar fortalezas y áreas de oportunidad que inciden en la calidad del cuidado materno, así como en el bienestar y desarrollo del recién nacido, particularmente en el caso de madres adolescentes primíparas (ver figura 1).

Figura 1

Factores que influyen en la adopción del rol materno



Nota. Elaboración propia, tomando datos de “*embarazo en la adolescencia*” (OMS, 2024).

1.4.2 El modelo de adopción del rol materno

El modelo que representa la adopción del rol materno de Ramona Mercer establece que la relación madre- hijo y los factores que influyen en el desarrollo del neonato, se basa en la teoría de los sistemas ecológicos de Bronfenbrenner, destacando cómo diferentes niveles de influencia:

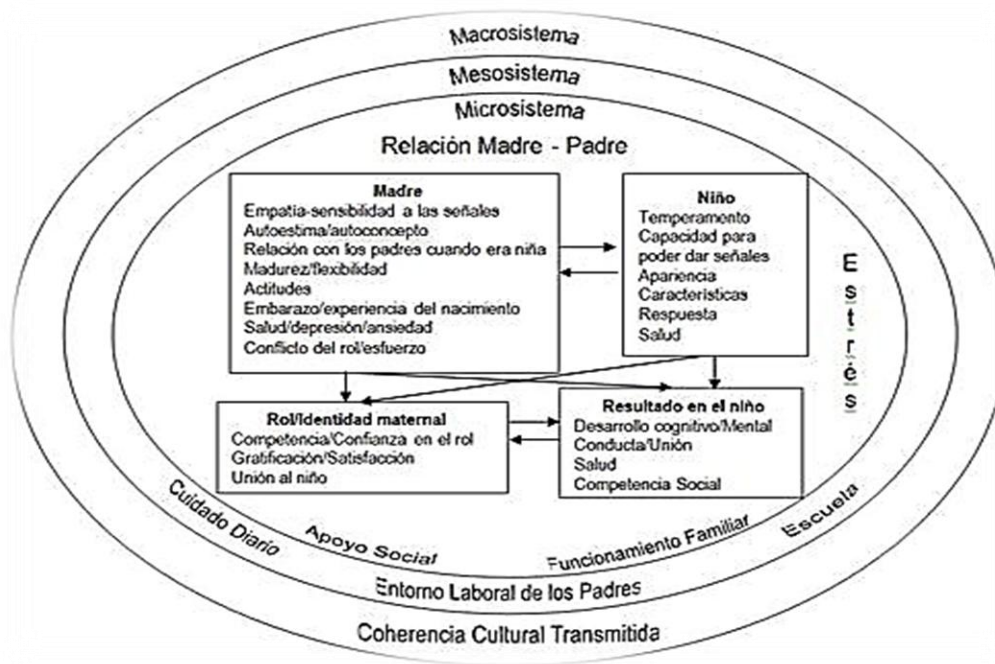
- El microsistema es el entorno inmediato, la relación padre- madre y su interacción directa con el neonato, incluye el núcleo familiar y factores relacionados con el funcionamiento del mismo, dentro de las características de la madre, destaca aspectos psicológicos como empatía, autoestima, experiencias previas, su salud mental y actitudes y referente a él neonato el temperamento, el estado de salud, la capacidad de comunicación y respuesta a estímulos (Logan, 2025).
- El mesosistema hace referencia a cómo la madre se relaciona con entornos como el hospital, la escuela, su comunidad o los lugares de religiosos de la comunidad. Una comunicación efectiva entre la familia y el sistema de salud favorece a mejorar los cuidados además de facilitar la toma de decisiones adecuadas en beneficio del recién nacido (Bronfenbrenner & Morris, 2006).
- El macrosistema involucra las leyes, las políticas de salud pública y los estigmas sociales sobre la maternidad temprana, hace referencia a los prototipos, en una cultura en particular o transmitida, en el caso de las madres adolescentes adquiere especial relevancia, ya que las normas sociales los estigmas culturales y desigualdades socioeconómicas pueden generar barreras adicionales para la adopción del rol (Cárdenas W, 2020).

Además de mencionar que el modelo de adopción de Mercer incluye los círculos concéntricos de los sistemas microsistema, mesosistema y macrosistema, nos permite ver a la madre adolescente no como un paciente individual, sino como el centro de múltiples círculos de influencia.

Aunque la estructura de círculos concéntricos pertenece originalmente a Bronfenbrenner, es Mercer quien le da un sentido humano y clínico al aplicarlo a la Identidad Maternal. El esquema nos muestra el producto final de un sistema que ha logrado fortalecer la competencia y confianza de la madre en su propio rol (ver figura 2).

Figura 2

Modelo de adopción del rol materno



Nota. Tomada de Sistemas ecológicos de Bronfenbrenner (Raile, 2025).

1.4.3 El embarazo en la adolescencia

La adolescencia constituye la conversión hacia la vida adulta, siendo la fase de la vida que va desde la niñez a la edad adulta; la Organización Mundial de la Salud (OMS), define la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, normalmente se divide en dos fases: la primera es la adolescencia temprana de los 12 a 14 años, y la segunda hace referencia a la adolescencia tardía la cual se distribuye de 15 a 19 años.

Es considerado por dicha organización, así como por la literatura, como un embarazo de riesgo, debido a las repercusiones que tiene sobre la salud de la madre y de su recién nacido, además de las secuelas psicológicas y sociales

Desde una perspectiva clínica, el embarazo en edades tempranas se define como un estado de alta complejidad. Esto se debe a la competencia de nutrientes entre un organismo materno que aún no ha completado su crecimiento óseo y un feto en desarrollo. Esta lucha biológica incrementa la probabilidad de complicaciones graves como la preeclampsia y la anemia, además de condicionar la salud del recién nacido mediante el bajo peso y la prematurez. Por lo tanto, el riesgo no es solo una categoría estadística, sino una realidad fisiológica que compromete el bienestar de dos generaciones. Es un desafío mundial que frena el desarrollo social y económico de las poblaciones más vulnerables (Garduño et al., 2024).

1.4.4 El confort neonatal

Se refiere al estado de bienestar físico y emocional del recién nacido, determinado por la ausencia de dolor, estrés o malestar. Factores como la alimentación, la temperatura, la postura y el contacto materno influye en este bienestar. La evaluación del confort neonatal es fundamental en las primeras etapas de vida, ya que una respuesta adecuada a las necesidades del neonato favorece su estabilidad fisiológica y emocional (Bosch et al., 2020).

El confort del neonato está influenciado por múltiples factores, y condiciones médicas, como son la prematuridad, el bajo peso al nacer, patologías congénitas, las condiciones de su entorno, si existe demasiado ruido, si hay iluminación y temperatura adecuada. Los cuidados de enfermería dirigidos a la posición y el confort del recién nacido prematuro son esenciales (Rodríguez et al., 2025).

1.4.5 Confort neonatal y la adopción del rol materno

Están estrechamente relacionados, especialmente cuando se trata de madres adolescentes primíparas cuyos recién nacidos se encuentran hospitalizados. La integración de los aportes teóricos de Ramona Mercer, Urie Bronfenbrenner y Katharine Kolcaba permite comprender este vínculo desde una visión integral, centrada no solo en el cuidado físico del neonato, sino también en el acompañamiento emocional y social de la madre (Alligood, 2018; Mercer, 2018).

Desde la visión de Bronfenbrenner, se reconoce que la madre adolescente no enfrenta sola la transición al rol materno; su experiencia está inevitablemente mediada por la calidad del apoyo que recibe en el hospital y en su hogar. Cuando el sistema de salud ofrece contención emocional, información clara y un acompañamiento constante, se favorece la confianza materna.

Este soporte sistémico es el que permite que la joven madre, como propone Mercer (2018), logre superar el miedo y la incertidumbre para participar activamente en el cuidado y protección de su hijo.

El confort neonatal deja de ser una meta clínica puramente física para transformarse en una experiencia multidimensional. Como bien señala Kolcaba (2021), el bienestar del recién nacido abarca dimensiones, que solo pueden ser plenamente satisfechas a través del vínculo. Una madre que se siente segura en su identidad y respaldada por su entorno, es capaz de transmitir esa calma mediante el contacto piel a piel, el arrullo y la atención sensible.

Es en este punto de encuentro donde el rol materno y el confort neonatal se fusionan: la seguridad emocional de la madre se convierte en la estabilidad fisiológica del recién nacido, consolidando así un círculo de bienestar que es, en esencia, el corazón del cuidado (Alligood, 2018; Kolcaba, 2021).

1.5 Estudios Relacionados

Tabla 2

Estudios relacionados (1/2)

Título del estudio	Bibliografía	Material y métodos	Resultados
<i>Maternal role attainment in mothers with term neonates: Concept analysis and definition</i>	Rafii, F., et al. (2020). <i>Maternal role attainment in mothers with term neonates: Concept analysis and definition</i> . Nursing Open, 7(5), 1437–1446. https://doi.org/10.1002/nop2.532	Estudio de análisis conceptual basado en la revisión sistemática de literatura científica. Se analizaron artículos relacionados con la adopción del rol materno en madres de recién nacidos a término.	El estudio identifica que la adopción del rol materno es un proceso dinámico influido por la interacción madre–hijo, el apoyo social y el contexto de atención en salud. Los autores destacan que una adecuada adopción del rol materno se asocia con prácticas de cuidado más sensibles y con el bienestar del binomio madre–hijo.
<i>The experiences of mothers in a neonatal unit and their adaptation to motherhood</i>	Gibson, C. (2021). <i>The experiences of mothers in a neonatal unit and their adaptation to motherhood</i> . SAGE Open, 11(2), 1–10. https://doi.org/10.1177/21582440211023170	Estudio cualitativo de tipo fenomenológico, realizado mediante entrevistas en profundidad a madres con recién nacidos hospitalizados en unidades neonatales.	Las madres describieron dificultades en la adaptación al rol materno durante la hospitalización del recién nacido. Se identificó que el apoyo del personal de salud y la participación activa en el cuidado del neonato se relacionan con una mejor adaptación materna y con percepciones positivas del bienestar del recién nacido.
<i>Adopción del rol materno en madres primigestas de acuerdo con el tipo de familia</i>	Suárez et al. (2020), en Teziutlán, Puebla (México). https://enfispo.es/servicio/articulo?codigo=7582492	Estudio descriptivo de corte transversal, realizado en una población de 726 mujeres primigestas. Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia.	El 28.6% de las mujeres que alcanzaron niveles óptimos de adopción del rol materno se ubicaron en los rangos de edad extremos, específicamente adolescencia y adultez madura. Predominaron amas de casa con escolaridad básica y vínculos de pareja estables mayores a cuatro años. Se identificó que el apoyo de la familia de origen, particularmente en estructuras familiares extensas, actúa como un factor facilitador para la adecuada interiorización del rol materno.
<i>Determinar qué porcentaje de madres primíparas adoptan el rol materno y que porcentaje no en madres primíparas de 15 a 19 años</i>	“Revista Científica Multidisciplinar de la Ciudad de México” (2024). https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/10296/15118	Estudio cuantitativo, descriptivo, no experimental y transversal. La muestra estuvo conformada por 100 adolescentes que acudían a controles prenatales en una institución de salud.	El 51% de las participantes logró consolidar un vínculo con su hijo mediante formas de comunicación sencillas. Este proceso se vio favorecido por una red de apoyo familiar sólida en el 82% de los casos. Sin embargo, el 30% manifestó no sentirse preparada para enfrentar las expectativas sociales asociadas al rol materno.
<i>Efectividad de una intervención educativa en el nivel de conocimiento y la práctica sobre lactancia materna en gestantes y puérperas que asisten al Hospital III Goyeneche, noviembre, Arequipa – 2022</i>	Alarcon et al, (2022), en Perú https://repositorio.uconn.edu.pe/handle/20.500.12920/12420	Estudio cuasi experimental con nivel explicativo. Se emplearon técnicas de exposición educativa y cuestionarios, utilizando como instrumentos un módulo educativo y fichas de recolección de datos.	Inicialmente, más del 60% de las participantes presentó un nivel de conocimiento regular. Posterior a la intervención educativa, se observó un incremento significativo, alcanzando un nivel alto de conocimiento en el 85.61% de las madres evaluadas.

Nota. Elaboración propia

Tabla 3*Estudios relacionados (2/2)*

Título del estudio	Bibliografía	Material y métodos	Resultados
<i>Teoría de la adopción materna para el cuidado del prematuro en la instancia domiciliaria</i>	Ortiz y Cusme (2023), en Brasil. https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/56633/41538	Estudio cualitativo, descriptivo y transversal, desarrollado mediante un enfoque inductivo-deductivo en un tiempo y espacio determinados.	Las madres primigestas manifestaron que el cuidado del recién nacido es una responsabilidad compartida entre la madre, la pareja y la familia. Se destacó la importancia de la interacción afectiva para favorecer el desarrollo motriz, la alimentación y otros cuidados del neonato.
<i>Cuidados de enfermería orientados hacia el confort del neonato en las Unidades de Cuidados Intensivos neonatales (UCIN) y su influencia en ellos</i>	Barrera M. (2022) En España https://www.ciberindex.com/index.php/lc/article/view/e14280/e14280	Revisión sistemática de la literatura basada en la evidencia científica sobre cuidados de enfermería orientados al confort del neonato prematuro.	Los cuidados de enfermería dirigidos al confort neonatal en las UCIN contribuyeron de manera significativa a la mejora del desarrollo general del neonato y al aumento de su expectativa de vida.
<i>Cuidados de enfermería en el posicionamiento y confort del recién nacido prematuro</i>	Colorado (2025). Ecuador. https://health.iberojournals.com/index.php/IBEROJHR/article/view/789	Investigación documental de tipo revisión sistemática, con una muestra de 42 artículos científicos seleccionados conforme a criterios de inclusión y exclusión.	Se evidenció la importancia de una atención neonatal especializada, humanizada y adaptada a las necesidades individuales del recién nacido. El posicionamiento y la comodidad se identificaron como ejes centrales del cuidado neonatal, con impacto directo en la calidad de vida futura del neonato.
Cuidados de Confort Neonatal del Centro Médico Irving de la Universidad de Columbia	Wool y Parravicini (2020). Universidad de Columbia, Nueva York. https://www.frontiersin.org/journals/pediatrics/articles/10.3389/fped.2023.1258285/full	Revisión sistemática de literatura científica.	Se destacó que, tras el nacimiento, es necesario contar con habilidades específicas de enfermería para atender tanto las necesidades del neonato como las psicoemocionales y médicas de la madre, siendo fundamental el trabajo interdisciplinario durante el embarazo y el posparto.
Seguridad en el Proceso de Administración de aspectos percibidos por las madres primíparas y como favorecieron la adopción de su nuevo rol materno	Revista Cubana de Salud Pública (2020). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662019000400007	Estudio cualitativo basado en el análisis de contenido según Bardin, realizado en una Clínica Materno Infantil en Bucaramanga, Colombia.	Las madres primíparas describieron un proceso gradual de aprendizaje en las actividades propias de la maternidad. El apoyo social y la orientación profesional fueron identificados como factores clave que favorecen la adopción del nuevo rol materno.

Nota. Elaboración propia

A partir de la revisión de los estudios relacionados, se observa que la mayoría de las investigaciones se han centrado en describir la adopción del rol materno o el confort neonatal de manera independiente. Sin embargo, a pesar de la evidencia existente, se identifica una carencia de estudios que analicen simultáneamente la relación entre la adopción del rol materno y el nivel de confort neonatal, particularmente en madres adolescentes primíparas y en el contexto hospitalario de

segundo nivel de atención. Asimismo, la limitada producción científica en el ámbito local dificulta la comprensión integral de esta relación en escenarios específicos como el estado de Hidalgo.

1.6 Operacionalización de las variables

Tabla 4

Operacionalización de variables

Variable asociativa	Indicadores	Valores finales de medición	Tipo de Variable
Adopción del rol materno	Puntuación total del instrumento de Marchan y Garrido (54 reactivos con escala tipo Likert de 4 puntos). Evalúa tres constructos derivados de la teoría del rol materno	Bajo (1.00- 1.9) Medio (2.00 -2.99) Alto (3.00 – 4.00)	Cuantitativa (ordinal)
Microsistema	Aceptación del bebé (ítems 1-3, 5, 9, 16, 25, 31, 33, 42) Contacto con el rol de madre (ítems 8, 26, 27, 48, 49, 50) Estimulación del bebé (ítems 11, 13, 14, 30, 38, 41, 53) Expresiones maternas de afecto hacia el bebé (ítems 18- 21, 29) Bienestar del bebé (ítems 6, 15, 23, 51) Preocupación y protección del bebé (ítems 24, 35, 43, 44, 47)	Bajo (1.00- 1.9) Medio (2.00 -2.99) Alto (3.00 – 4.00)	Cuantitativa (ordinal)
Mesosistema	Interacción con la pareja respecto al bebé (ítems 12, 28, 40, 52, 54) Interacción con la familia de origen respecto al bebé (ítems 10, 36, 45, 46)	Bajo (1.00- 1.9) Medio (2.00 -2.99) Alto (3.00 – 4.00)	Cuantitativa (ordinal)
Macrosistema	Cuidados del bebé (ítems 4, 7, 22, 34) Conocimiento y cultura relacionados con el bebé (ítems 17, 32, 37, 39).	Bajo (1.00- 1.9) Medio (2.00 -2.99) Alto (3.00 – 4.00)	Cuantitativa (ordinal)
Confort neonatal	Puntuación total de la escala de confort neonatal (7 parámetros: alerta, agitación, respuesta respiratoria, llanto, movimientos físicos, tono muscular, tensión facial).	Bajo (1.00- 1.9) Medio (2.00 -2.99) Alto (3.00 – 4.00)	Cuantitativa (ordinal)
Variable supervisión	Indicadores	Valores finales de medición	Tipo de variable
Edad	Edad cronológica en años cumplidos de la madre adolescente.	Valor numérico (años)	Cuantitativa (continua)
Escolaridad	Nivel máximo educativo formal alcanzado.	Primaria Secundaria Preparatoria	Cualitativa (ordinal)
Estado civil	Condición marital o de unión legal.	Unión libre Casada Soltera Viuda Divorciada	Cualitativa (nominal)
Ocupación	Actividad principal realizada al momento del estudio	Estudia Trabaja Hogar Otro	Cualitativa (nominal)

Nota. Elaboración propia, tomando datos del instrumento Variables sociodemográficas de supervisión y variables asociativas derivadas de la teoría de Ramona Mercer (adopción del rol materno) y de Kolcaba (confort neonatal)

Capítulo II. Metodología

2.1 Diseño del estudio

Este estudio tiene un diseño cuantitativo, relacional y transversal.

2.2 Población de estudio

La población estuvo conformada por madres adolescentes primíparas atendidas en la institución mencionada durante el período de recolección de datos.

2.3 Muestreo y muestra

La muestra fue seleccionada mediante un muestreo no probabilístico y por conveniencia, incluyendo aquellas madres jóvenes que cumplieran con los criterios de inclusión y que estaban en condiciones de participar voluntariamente; el estudio fue conformado por 32 madres primíparas adolescentes.

2.4 Criterios de selección

2.4.1 Criterios de inclusión

- Mujeres adolescentes en edad de 13 a 19 años.
- Madres primíparas.
- Que asistan a las instalaciones de la Cruz Roja Pachuca Sur durante el período de estudio.
- Que manifiesten su deseo de participar en el estudio y firmen el consentimiento informado.
- Neonatos hijos de estas madres primíparas.
- Neonatos sanos y de ambos sexos.

2.4.2 Criterios de Exclusión

- Mujeres con condiciones de salud que impidan su participación en el estudio (por ejemplo, complicaciones médicas graves).

- Mujeres con patologías psicosociales que afecten la recolección de datos o su disposición para participar.
- Mujeres con trastornos cognitivos que limiten su capacidad para responder los instrumentos de evaluación.
- Mujeres con déficits sensoriales graves (auditivos, visuales) que dificulten la comprensión de las instrucciones.
- Mujeres con problemas de comprensión del idioma que puedan afectar su participación adecuada en el estudio.
- Neonatos con patologías o malformaciones congénitas que puedan afectar su confort neonatal.
- Neonatos con condiciones que requieran cuidados especializados en unidades de cuidado intensivo

2.4.3 Criterios de eliminación

- Mujeres que decidan retirar su voluntad de participación en cualquier momento del estudio.
- Instrumentos incompletos o no contestados adecuadamente, que impidan el análisis de los datos.
- Neonatos que presenten complicaciones o condiciones que impidan su evaluación de confort neonatal o que requieran atención especializada no prevista en el estudio.

2.5 Instrumento de recolección de datos

Para llevar a cabo esta investigación, se seleccionaron dos instrumentos de medición validados y confiables que permiten evaluar de manera precisa los aspectos centrales del estudio: la

adopción del rol materno en madres adolescentes y el nivel de confort neonatal en los recién nacidos.

2.5.1 Escala de Adopción del Rol Materno

El primero de estos instrumentos es la *Escala de Adopción del Rol Materno (ARM)*, herramienta diseñada por Garrido y Marchán (2011) y adaptada con éxito al entorno mexicano por Santos et al. (2021). Compuesta por 54 ítems distribuidos en 10 dimensiones que evalúan los constructos del microsistema, mesosistema y macrosistema, y permite medir el nivel de Adopción del rol materno en madres adolescentes. La confiabilidad de este instrumento en la población mexicana ha sido demostrada con un alfa de Cronbach de 0.824, indicando una alta consistencia interna y seguridad en sus resultados.

Descripción del instrumento: La *Escala de Adopción del Rol Materno (ARM)* fue desarrollada originalmente por Garrido y Marchán en 2011 para medir cómo las madres adoptan su rol materno. En 2021, Santos et al. adaptaron esta escala al contexto mexicano, realizando un proceso de validación y fiabilidad que incluyó análisis semántico y estadístico.

El formato de respuesta es con base en una escala tipo Likert con los siguientes valores: 1=Totalmente en Desacuerdo (TD); 2=Desacuerdo (D); 3=De Acuerdo (A) y 4=Totalmente de Acuerdo (TA). El puntaje mínimo es 54 y el máximo es 216. El nivel de adopción del rol materno puede ser bajo (54 a 108 puntos), medio (109 a 162 puntos) o alto (163 a 216 puntos)

Estructura y componentes: La escala consta de 54 reactivos distribuidos en 10 dimensiones que evalúan tres constructos fundamentales:

- Microsistema (entorno cercano, incluyendo interacción con la familia y soporte social).
- Mesosistema (interacciones con la pareja y la familia de origen).

- Macrosistema (cuidado del bebé y conocimientos culturales relacionados con el cuidado neonatal).

Proceso de validación:

- Se llevó a cabo validación semántica y de contenido con 10 jueces expertos.
- La prueba piloto fue realizada en 30 madres adolescentes.
- La versión final se aplicó a una muestra de 90 madres adolescentes de entre 10 y 19 años, manteniendo la estructura del instrumento original.

Valor de confiabilidad: La fiabilidad de la escala queda respaldada por los hallazgos de Santos et al. (2021), quienes reportaron un coeficiente Alfa de Cronbach de 0.824. Este valor no solo confirma una robusta consistencia interna, sino que garantiza que el instrumento es capaz de capturar con precisión y homogeneidad de la adopción del rol materno en madres adolescentes mexicanas.

La Escala de Adopción del Rol Materno se compone de ítems con opciones de respuesta tipo Likert, a los cuales se les asigna un valor numérico de acuerdo con la alternativa seleccionada. El puntaje total del instrumento se obtiene mediante la suma de los valores asignados a cada uno de los ítems, lo que permite identificar el nivel global de adopción del rol materno. En este sentido, a mayor puntaje obtenido, mayor es el nivel de adopción del rol materno. Dado que las respuestas corresponden a una escala ordinal, el análisis de la relación entre variables se realizó mediante estadística no paramétrica, utilizando la correlación de Spearman.

2.5.2 Instrumento de Medición de Confort Neonatal

El segundo instrumento utilizado en este estudio es la Escala de Confort Neonatal, que fue diseñada para evaluar el nivel de bienestar fisiológico y emocional en recién nacidos. Esta permite

identificar fenómenos de malestar o confort en los neonatos, aportando datos objetivos sobre su estado y facilitando la toma de decisiones clínicas y de cuidado.

Este instrumento fue adaptado y validado para su uso en contextos pediátricos y neonatales, y cuenta con un índice de confiabilidad alto, reflejado en un alfa de Cronbach de 0.89, según estudios de validación realizados en diferentes unidades de cuidados intensivos pediátricos y neonatales.

La solidez de la Escala de Confort Neonatal reside en su proceso de validación por juicio de expertos, quienes ratificaron que los ítems capturan con precisión las dimensiones críticas del bienestar en el recién nacido. Este instrumento se sustenta en el trabajo de Bosch et al. (2020), cuya adaptación transcultural de la *COMFORT Behavior Scale* garantiza que la medición no solo sea clínicamente objetiva, sino también culturalmente pertinente para el entorno neonatal y pediátrico actual.

En su estudio, obtuvieron un alfa de Cronbach de 0.89, lo que sustenta la alta confiabilidad del instrumento en poblaciones similares, estos instrumentos se muestran en el (Apéndice C y D).

2.5.3 Confiabilidad del instrumento

Para determinar la confiabilidad de los instrumentos utilizados en el presente estudio se aplicó la prueba de consistencia interna mediante el coeficiente Alfa de Cronbach, siguiendo las recomendaciones metodológicas descritas por el Dr. José Supo, este coeficiente permite estimar el grado de homogeneidad de los ítems que componen la escala psicométrica, considerando valores aceptados iguales o superiores a 0.70, lo que indica una adecuada estabilidad de las mediciones (Streiner, 2023).

VARIABLES: mide 7 parámetros y cada uno de ellos tiene valores que van desde 1 a 5 puntos; por lo tanto, la puntuación máxima nos estaría hablando de dolor extremo y la mínima de 7 puntos indican control adecuado del dolor

2.5.4 Conclusión de la validación

Los resultados obtenidos en la prueba de confiabilidad confirman la solidez psicométrica de los instrumentos, dado que ambos instrumentos muestran una fiabilidad alta y son adecuados para medir constructos propuestos en esta población, se concluye su pertinencia metodológica.

2.6 Procedimiento de recolección de datos

La recolección de datos se realizó del 4 de marzo al 1 de diciembre de 2024 en la institución de salud Cruz Roja, delegación Pachuca Sur, ubicada en carretera Actopan-México, km 84, Fraccionamiento La Herradura, Pachuca de Soto, Hidalgo, México.

La aplicación de los instrumentos se realizó de manera individual durante la estancia hospitalaria de las madres adolescentes. El tiempo aproximado para la aplicación de la Escala de Adopción del Rol Materno fue de 20 a 25 minutos, considerando la lectura de los reactivos y aclaración de dudas. Por su parte, la evaluación del confort neonatal se llevó a cabo mediante observación directa y no intrusiva por parte de la aplacadora, con una duración aproximada de 5 minutos por neonato, lo que permitió registrar de forma objetiva su estado fisiológico y conductual en el momento de la valoración. En conjunto, el proceso completo de recolección de datos tuvo una duración aproximada de 30 minutos por binomio madre-neonato.

1. La investigadora principal fue la única responsable de coordinar y ejecutar todo el proceso de recolección de datos.

2. Antes de iniciar, se explicó de manera clara y detallada el objetivo del estudio a las madres adolescentes participantes, brindando información suficiente sobre los procedimientos y el uso de los datos.
3. Priorizando el respeto a la autonomía de las madres se firmó el consentimiento informado, asegurando que participaran de manera voluntaria y sin coerción.
4. Con el objetivo de minimizar sesgos de interpretación y estandarizar la recolección de datos, la investigadora principal brindó un acompañamiento directo durante la aplicación de los cuestionarios. Este proceso no solo permitió aclarar tecnicismos en tiempo real, sino que garantizó que cada madre comprendiera plenamente la intención de los reactivos, asegurando así la validez y fidelidad de la información recolectada.
5. Se aplicaron los cuestionarios para evaluar el nivel de adopción del rol materno, que incluían escala Likert de 54 reactivos distribuidos en diferentes dimensiones según la teoría de Mercer.
6. Para valorar el nivel de confort neonatal, se aplicó una técnica de observación no intrusiva mediante un instrumento estandarizado. Al realizarse este proceso de forma paralela a la encuesta materna, se logró documentar el estado clínico y emocional del neonato en un momento de interacción real, proporcionando datos precisos sobre su capacidad de adaptación y bienestar bajo el cuidado de su madre.
7. Se implementó un protocolo de confidencialidad basado en la codificación de cada encuesta para salvaguardar el anonimato de las madres y sus hijos. Toda la información obtenida fue almacenada de forma segura bajo la supervisión directa de

la investigadora, asegurando que los datos personales nunca sean revelados y que los resultados se utilicen exclusivamente con fines científicos y de investigación.

8. Se garantizó un ambiente cómodo y ético para las participantes durante todo el proceso, facilitando la recolección de la información de manera efectiva y ética.

2.7 Consideraciones éticas

2.7.1 Declaración de Helsinki

1. La Asociación Médica Mundial (AMM) ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables.

2. La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico con la fórmula “velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente”, y el Código Internacional de Ética Médica afirma que: “El médico debe considerar lo mejor para el paciente cuando preste atención médica”.

3. El progreso de los cuidados de salud se basa en la investigación que, en último término, debe incluir estudios en seres humanos.

4. El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones probadas deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.

5. La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales

6. Aunque el objetivo principal de la investigación médica es generar nuevos conocimientos, este objetivo nunca debe tener primacía sobre los derechos y los intereses de la persona que participa en la investigación,

7. En la investigación de salud, el deber del personal sanitario es proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación. La responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en un médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.

2.7.2 Comité de Ética

El presente estudio fue sometido a evaluación y aprobado por el Comité de Ética en Investigación de Cruz Roja Pachuca Sur, cumpliendo con los principios éticos (Apéndice A).

2.7.3 Riesgo, costo y beneficio

8. Toda investigación médica en seres humanos debe ser precedido de una cuidadosa comparación de los riesgos y los costos para las personas y los grupos que participan en la investigación, en comparación con los beneficios previsibles para ellos y para otras personas o grupos afectados por la enfermedad que se investiga.

9. Se deben implementar medidas para reducir al mínimo los riesgos, según la Norma Oficial Mexicana (NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos en Mexico).

10. La investigación médica en un grupo vulnerable sólo se justifica si la investigación responde a las necesidades o prioridades de salud de este grupo y la investigación no puede

realizarse en un grupo no vulnerable. Además, este grupo podrá beneficiarse de los conocimientos, prácticas o intervenciones derivadas de la investigación. Requisitos científicos y protocolo de investigación.

11. La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de información pertinentes, así como en experimentos de laboratorio correctamente realizados y en animales, cuando sea oportuno.

12. El proyecto y el método de todo estudio en seres humanos deben describirse claramente y ser justificados en un protocolo de investigación.

2.7.4 Consentimiento informado

1. La madre participante recibe toda la información necesaria acerca del estudio, incluyendo sus objetivos, métodos, posibles beneficios, riesgos y la duración estimada de la participación (aproximadamente 30 minutos).
2. Se le explica que su participación es voluntaria y que puede retirarse en cualquier momento sin que esto afecte su atención médica ni la del neonato.
3. Con el fin de salvaguardar la privacidad del binomio madre-hijo, se garantiza el manejo estrictamente confidencial de toda la información recolectada.
4. Se informa que no se le aplicarán procedimientos invasivos ni ningún riesgo físico asociado a su participación.
5. Se ha establecido un espacio abierto para que la madre exprese cualquier duda o inquietud que surja durante el proceso. La investigadora se compromete a brindar respuestas claras y completas en un lenguaje accesible, garantizando que la participante se sienta escuchada y plenamente informada.

6. Si acepta participar, firma el consentimiento, demostrando que comprende toda la información y que su participación es voluntaria.
7. En caso de no querer participar, puede optar por no hacerlo sin que esto afecte sus derechos o atención (Apéndice E).

2.8 Plan de análisis estadístico

Para el procesamiento de los datos, se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 25. Se realizó una descripción sociodemográfica de la muestra, en la cual las variables cuantitativas se analizaron mediante medidas de tendencia central (media y mediana), dispersión (desviación estándar y rango) y las variables cualitativas mediante frecuencias absolutas y porcentajes.

Para determinar la distribución de las variables, se aplicó la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk. Después de corroborar que el nivel de adopción del rol materno (escala del instrumento) presentó una distribución compatible con la normalidad, se utilizó la correlación de Pearson para analizar la relación entre esta variable y el nivel de confort neonatal.

Debido a la naturaleza ordinal de las variables, derivadas de escalas tipo Likert, y a la falta de normalidad en la distribución del confort neonatal, se utilizó la correlación de Spearman. El análisis se realizó a partir de los puntajes totales de los instrumentos, los cuales reflejan de manera global el nivel de adopción del rol materno y el nivel de confort neonatal.

Sin embargo, el nivel de confort neonatal no cumplió con el supuesto de normalidad ($p < 0.05$ en Shapiro-Wilk), para evaluar la relación entre el nivel de adopción del rol materno y el confort neonatal, se empleó la prueba no paramétrica de Spearman (coeficiente rho), ya que no requiere distribución normal y es adecuada para variables ordinales o de intervalo que no cumplen el supuesto de normalidad.

Capítulo III. Resultados

3.1 Características Biológicas

3.1.1 Características sociodemográficas de la muestra

La muestra estuvo conformada por 32 madres adolescentes, cuyas edades oscilaron entre 13 y 19 años, con una media de 16.5 años ($\sigma/DE = 1.16$), lo que corresponde a etapas media y tardía de la adolescencia. En relación con el nivel de escolaridad, este se ubicó entre primaria incompleta y preparatoria concluida, con una media de 3.5 ($\sigma/DE = 1.41$), predominando estudios de nivel secundaria y bachillerato.

Respecto al estado civil, la mayoría de las participantes se encontró entre las categorías de soltera y unión libre, con una media de 2.03 ($\sigma/DE = 0.97$), lo que refleja la ausencia predominante de un vínculo matrimonial formal. En cuanto a la ocupación, esta se concentró principalmente entre estudiante y ama de casa, con una media de 2.25 ($\sigma/DE = 0.88$), indicando que la mayoría de las madres no cuenta con empleo formal y depende del apoyo familiar para el cuidado del recién nacido (ver tabla 4).

Tabla 5

Variables de caracterización

Variable	Media	σ/DE	Min–Max
Edad	16.50	1.16	13 -19
Nivel de escolaridad	3.50	1.41	1-6
Estado civil	2.03	0.97	1-3
Ocupación	2.25	0.88	1-3

Nota. La edad se expresa en años cumplidos. El nivel de escolaridad fue codificado de la siguiente manera: 1 = primaria incompleta, 2 = primaria completa, 3 = secundaria incompleta, 4 = secundaria completa, 5 = preparatoria incompleta y 6 = preparatoria concluida. El estado civil se codificó como 1 = soltera, 2 = unión libre y 3 = casada. La ocupación se clasificó como 1 = estudiante, 2 = ama de casa y 3 = empleo formal. DE = desviación estándar.

En relación con el rol materno total, se obtuvo una media de 163.46, una mediana de 164.00 y una desviación estándar de 17.53, evidenciando una variabilidad moderada en los puntajes. El rango alcanzó un valor de 68 puntos, lo que refleja heterogeneidad entre las participantes.

En cuanto al confort neonatal, se obtuvo una media de 1.96 y una mediana de 2.00, lo que indica que la mayoría de los recién nacidos se ubicó en niveles cercanos al confort adecuado, de acuerdo con la escala utilizada. La desviación estándar de 0.69 muestra una baja variabilidad en los puntajes, lo que sugiere que el estado de confort fue relativamente homogéneo entre los neonatos evaluados.

El rango de 2.00 señala que, aunque existen diferencias en el nivel de confort, estas se mantienen dentro de un margen reducido (ver tabla 5).

Tabla 6

Análisis descriptivo

Variable	Media	Mediana	σ/DE	Rango
Rol materno total	163.46	164.00	17.53	68.00
Confort neonatal	1.96	2.00	0.69	2.00

Notas. Elaboración propia, tomado datos del instrumento: Escala Adopción del Rol Materno en madres adolescentes mexicanas y escala de CONFORT neonatal.

3.1.2 Resultados del rol materno

Este fue evaluado considerando los sistemas ecológicos propuestos en el instrumento Escala de adopción del Rol Materno en madres adolescentes mexicanas, bajo la teoría de Ramona Mercecer; este consta de tres constructos: microsistema, mesosistema y macrosistema.

Los resultados mostraron medias predominantemente moderadas a favorables en las distintas dimensiones; En el microsistema, las dimensiones de bienestar del bebé y preocupación y

protección del bebé presentaron las medias más altas, lo que indica que las madres adolescentes priorizan el cuidado, la seguridad y la atención de las necesidades básicas del recién nacido.

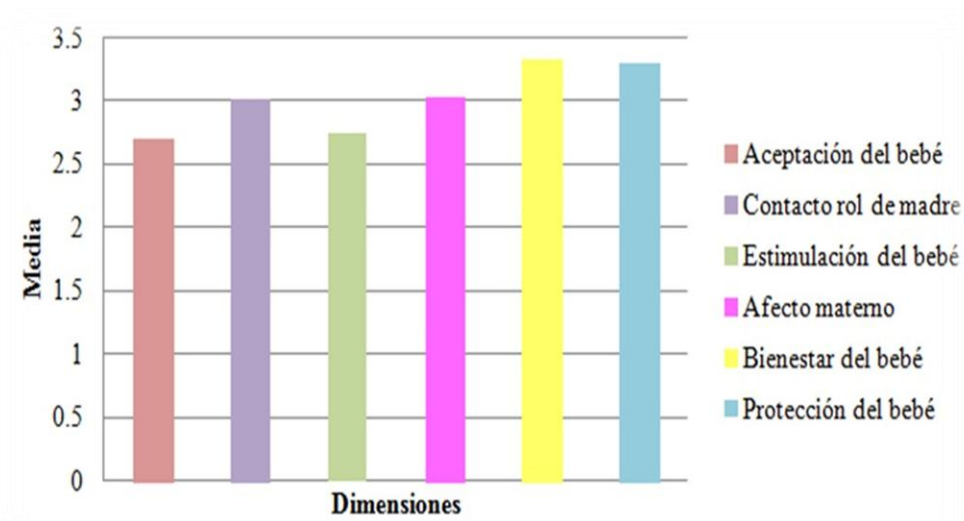
La aceptación del bebé y la estimulación del bebé mostraron medias ligeramente menores, sugiriendo áreas susceptibles de fortalecimiento.

El mesosistema evidenció una mayor interacción con la familia de origen en comparación con la interacción con la pareja, lo que resalta el papel de la familia como principal red de apoyo para las madres adolescentes.

En el macrosistema, las dimensiones relacionadas con cuidados del bebé y conocimiento y cultura presentaron medias superiores a 3, lo que refleja prácticas y creencias relativamente favorables en el contexto sociocultural (ver figuras 3,4 y5).

Figura 3

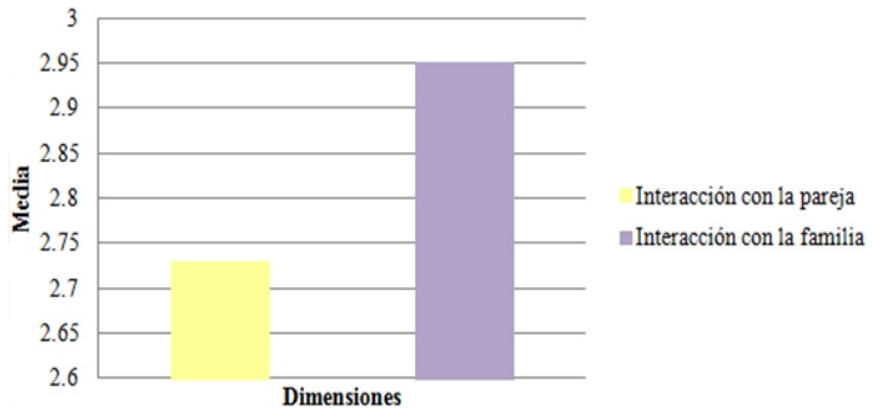
Constructo microsistema



Notas. Elaboración propia, tomado datos del instrumento: Escala Adopción del Rol Materno en madres adolescentes mexicanas.

Figura 4

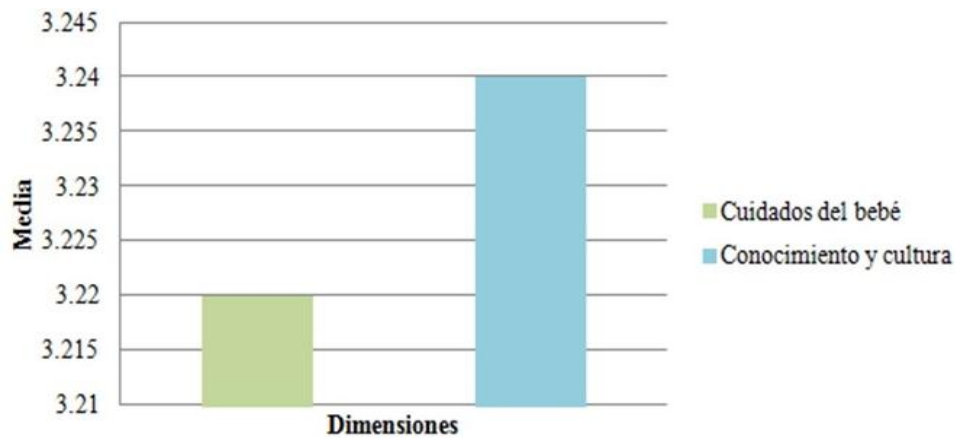
Constructo mesosistema



Notas. Elaboración propia, tomado datos del instrumento: Escala Adopción del Rol Materno en madres adolescentes mexicanas.

Figura 5

Constructo macrosistema



Notas. Elaboración propia, tomado datos del instrumento: Escala Adopción del Rol Materno en madres adolescentes mexicanas.

3.1.3 Resultados del confort neonatal

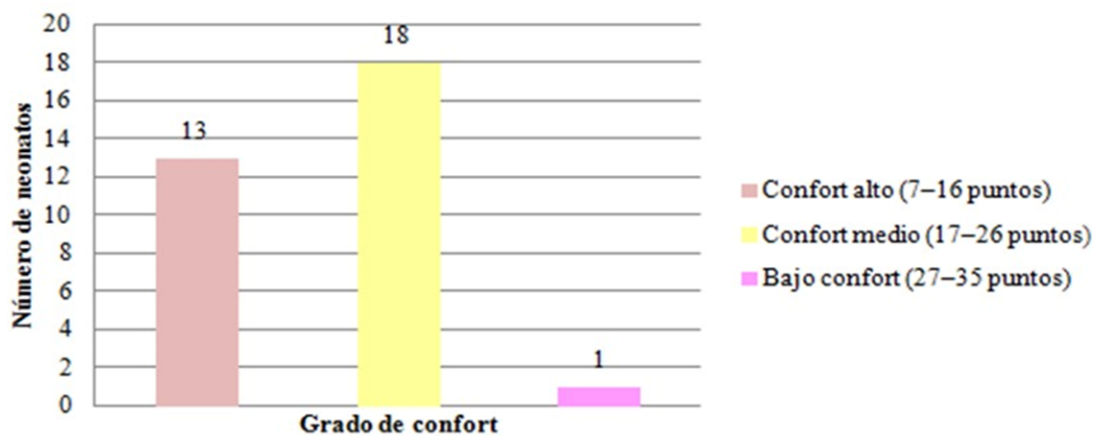
El confort neonatal fue evaluado mediante la escala COMFORT, utilizando los ítems 58 al 64, correspondientes a las dimensiones de alerta, agitación, respuesta respiratoria, llanto, movimientos físicos, tono muscular y tensión facial.

3.1.3.1 Grado de confort neonatal

De acuerdo con la clasificación de la escala COMFORT:

Figura 6

Grado de confort neonatal



Notas. Elaboración propia, tomado datos del instrumento: escala de CONFORT neonatal

3.1.3.2 Confort neonatal por dimensiones

Se observa que la dimensión de alerta presenta la media más alta, lo que indica que los recién nacidos se encontraban mayormente despiertos y atentos durante la valoración. La agitación y el tono muscular muestran medias intermedias, lo que sugiere una respuesta conductual y motora generalmente estable.

Por otro lado, la respuesta respiratoria presenta la media más baja, lo que refleja una respiración predominantemente tranquila y sin signos evidentes de dificultad respiratoria.

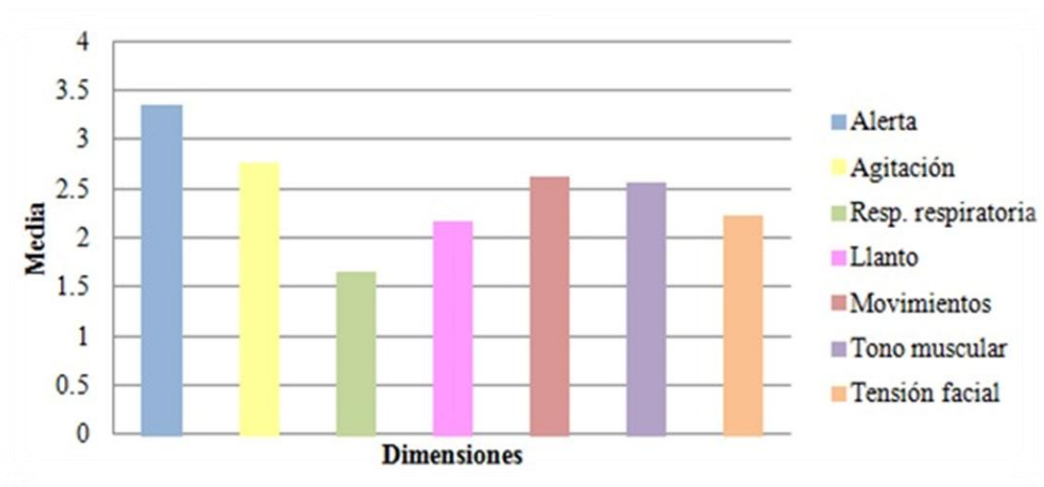
Las dimensiones de llanto, movimientos físicos y tensión facial se mantienen en niveles moderados, indicando que las manifestaciones de incomodidad fueron ocasionales y no predominantes.

En conjunto, los resultados evidencian que los neonatos evaluados presentaron un estado de confort neonatal mayormente adecuado, con estabilidad en los indicadores fisiológicos y conductuales, y sin alteraciones significativas en las dimensiones evaluadas

El análisis por dimensiones mostró medias homogéneas entre los distintos indicadores, lo que sugiere estabilidad conductual y fisiológica en los neonatos evaluados. No se identificaron dimensiones con puntajes marcadamente elevados que indicaran alteraciones significativas del confort (ver figura 7).

Figura 7

Confort neonatal por dimensiones



Notas. Elaboración propia, tomado datos del instrumento: escala de CONFORT neonatal

3.1.3.3 Rol materno y confort neonatal

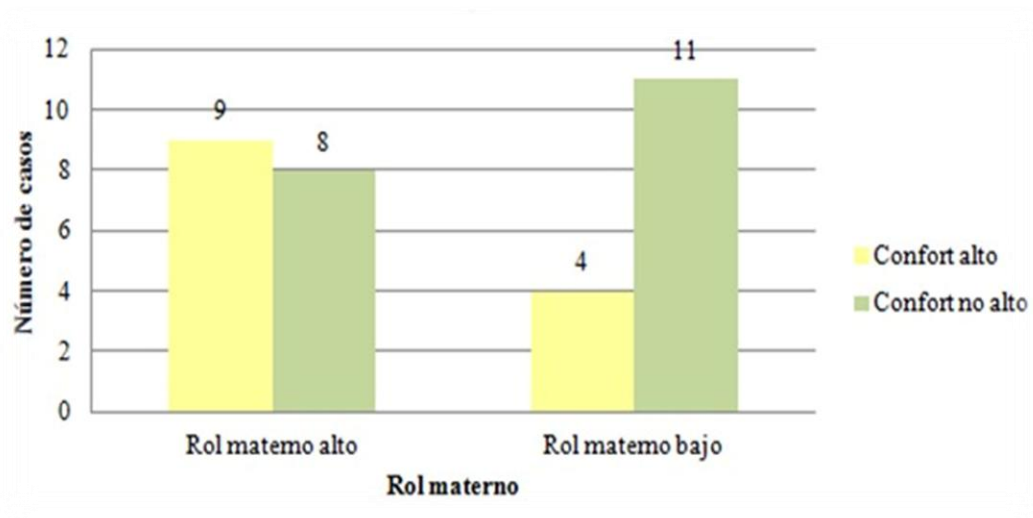
Distribución de los neonatos según el nivel de rol materno y el grado de confort neonatal. Se observa que en el grupo de madres con rol materno alto predomina un mayor número de neonatos con confort alto, en comparación con aquellos que presentan confort no alto. Sin embargo, en el

grupo de madres con rol materno bajo se identifica un mayor número de neonatos con confort no alto.

Estos resultados sugieren que un mayor nivel de adopción del rol materno se asocia con mejores niveles de confort neonatal, evidenciando una tendencia favorable del bienestar del recién nacido cuando la madre presenta un rol materno fortalecido (ver figura 8).

Figura 8

Rol materno y confort neonatal



Notas. Elaboración propia, tomado datos del instrumento: Escala Adopción del Rol Materno en madres adolescentes mexicanas y escala de CONFORT neonatal

3.2. Prueba de normalidad

Para verificar la distribución de las variables, se aplicó la prueba de normalidad de Shapiro–Wilk. Los resultados indicaron que el rol materno total presentó una distribución compatible con la normalidad ($p > 0.05$), mientras que el confort neonatal no cumplió con dicho supuesto ($p < 0.05$).

En consecuencia, se empleó una prueba no paramétrica para evaluar la relación entre ambas variables (ver tabla 6).

Tabla 7

Pruebas de normalidad

Variable	K-S	p-valor	Interpretación
Rol materno total	0.100	0.810	Distribución normal
Confort neonatal	0.260	0.010	Distribución no normal

Nota. Al menos una variable (confort neonatal) no cumple normalidad, Por lo tanto, se justifica usar una correlación no paramétrica.

Análisis de significancia estadística

Se aplicó la prueba de chi cuadrada y, debido a frecuencias esperadas menores a cinco, la prueba exacta de Fisher. Ninguna de las pruebas mostró una asociación estadísticamente significativa ($p > 0.05$). A partir de los hallazgos encontrados, el odds ratio (OR = 3.09) indicó una tendencia a mayor probabilidad de confort alto en neonatos de madres con rol materno alto (ver tabla 7). Un Odds Ratio de 3.09, sugiere que los recién nacidos de madres con una mayor adopción del rol materno tienen aproximadamente tres veces más probabilidad de presentar niveles más altos de confort neonatal. No obstante, al no identificarse significancia estadística en la prueba de asociación con un p valor de 0.250 esto se considera como una tendencia y no como una asociación concluyente.

Tabla 8

Análisis de significancia estadística entre rol materno y confort neonatal

Prueba estadística	Estadístico	Valor p	Interpretación
Chi cuadrada de Pearson	$\chi^2 = 1.32$	0.250	No se encontró asociación estadísticamente significativa
Prueba exacta de Fisher	OR = 3.09		

Nota. El Odds Ratio es mayor que 1, como en este caso (OR = 3.09), indica que existe una mayor probabilidad del evento en el grupo expuesto en comparación con el grupo no expuesto.

3.2.1 Análisis de correlación entre rol materno y confort neonatal

El análisis de correlación de Spearman evidenció una correlación negativa moderada y estadísticamente significativa entre el rol materno y el confort neonatal. El valor negativo del coeficiente ($r_s = -0.57$) indica una relación inversa entre ambas variables; es decir, a medida que aumenta la adopción del rol materno, disminuye el puntaje del confort neonatal. Esta relación inversa se explica por la forma en que fue construida la escala de confort neonatal, en la cual los valores más bajos representan un mayor nivel de confort, mientras que los valores más altos indican menor confort o mayor malestar. Por lo tanto, la disminución del puntaje de confort neonatal refleja una mejor condición de confort en el recién nacido (ver tabla 8).

Tabla 9

Análisis de correlación entre el rol materno y el confort neonatal

Variab analizadas	Prueba estadística	Coficiente de correlación (ρ)	Valor p	Interpretación
Rol materno – confort neonatal	Correlación de Spearman	-0.57	< 0.001	Correlación negativa moderada, estadísticamente significativa.

Nota. La correlación de Spearman fue seleccionada tras identificar, mediante la prueba de normalidad, que la variable confort neonatal no presenta una distribución normal. En consecuencia, se utilizó un análisis no paramétrico, el cual resulta más adecuado para evaluar la relación entre variables ordinales y/o con distribución no normal, garantizando la validez de los resultados obtenidos.

Los resultados muestran que las madres adolescentes presentan un ejercicio del rol materno predominantemente moderado a alto, acompañado de niveles de confort neonatal mayormente favorables. La correlación significativa identificada sugiere que un mejor desempeño del rol materno se asocia con mayores niveles de confort en el recién nacido, resaltando la importancia del cuidado materno en el bienestar neonatal.

Desde una perspectiva empírica, estos resultados sugieren que las madres adolescentes con mayores niveles de adopción del rol materno tienden a tener neonatos con mejores circunstancias de confort, lo cual ampara la relevancia del rol materno como un factor asociado al bienestar neonatal.

La significancia estadística observada ($p < 0.001$) permite descartar que esta asociación sea producto del azar, confirmando la existencia de una relación consistente entre ambas variables en la población estudiada.

Estos resultados apoyan la hipótesis planteada y destacan la relevancia de promover estrategias educativas y de acompañamiento dirigidas a potenciar las competencias maternas, en especial en madres adolescentes como un factor que contribuye al confort.

3.2.3 Decisión inferencial

Contraste de hipótesis

La hipótesis de investigación planteó que existe una relación significativa entre el nivel de adopción del rol materno y el nivel de confort neonatal en madres adolescentes primíparas atendidas en la Cruz Roja Pachuca Sur. En contraste, la hipótesis nula estableció que no existe relación significativa entre ambas variables. Para el análisis estadístico se estableció un nivel de significancia de $\alpha = 0.05$.

Previo al análisis inferencial, se realizó la prueba de normalidad, observándose que las variables no presentaron una distribución normal. En consecuencia, se utilizó la correlación de Spearman para analizar la relación entre el puntaje total del rol materno y el puntaje total del confort neonatal, al tratarse de una prueba no paramétrica adecuada a la naturaleza de los datos.

La regla de decisión estableció que, si el valor de p era menor o igual a 0.05, se rechazaría la hipótesis nula y se aceptaría la hipótesis de investigación; en caso contrario, no se rechazaría la hipótesis nula.

Los resultados del análisis mostraron una correlación negativa moderada entre el rol materno y el confort neonatal ($r_s = -0.59$), con un valor $p < 0.001$, el cual es inferior al nivel de significancia establecido. En virtud de estos resultados, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación, concluyéndose que existe una relación estadísticamente significativa entre el nivel de adopción del rol materno y el nivel de confort neonatal en madres adolescentes primíparas atendidas en la Cruz Roja Pachuca Sur.

Dado que $p < 0.05$, se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis de investigación (H_1).

Capítulo IV Discusión

4.1 Discusión

Los resultados del presente estudio evidencian la existencia de una relación estadísticamente significativa entre la adopción del rol materno y el confort neonatal en madres adolescentes primíparas, lo que permitió rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis de investigación. La correlación de Spearman mostró una relación negativa moderada ($r_s = -0.59$; $p < 0.001$), indicando que, a medida que aumenta el nivel de adopción del rol materno, disminuye el puntaje de confort neonatal. Este hallazgo adquiere relevancia al considerar que la escala utilizada evalúa el confort neonatal de manera inversa, donde los puntajes más bajos representan un mayor nivel de confort; por lo tanto, la disminución del puntaje refleja una mejor condición de bienestar fisiológico y emocional del recién nacido.

Desde el marco teórico de Mercer, la adopción del rol materno es concebida como un proceso dinámico, progresivo y adaptativo, en el que la madre integra conductas, actitudes y responsabilidades orientadas al cuidado del hijo. De acuerdo con esta teoría, el logro del rol materno se fortalece mediante la interacción continua madre-hijo, la sensibilidad materna y la capacidad de

responder adecuadamente a las necesidades del recién nacido. Por lo tanto, los resultados obtenidos respaldan el planteamiento de Mercer, al evidenciar que una mayor consolidación del rol materno se asocia con mejores condiciones de confort neonatal.

Asimismo, Mercer señala que las madres adolescentes pueden experimentar mayores desafíos en la adopción del rol materno debido a factores personales, emocionales y contextuales. No obstante, cuando cuentan con apoyo profesional y oportunidades para participar activamente en el cuidado del neonato, pueden desarrollar conductas maternas eficaces que favorecen el bienestar del recién nacido. Este planteamiento teórico resulta congruente con los hallazgos del estudio, ya que las madres con mayor adopción del rol materno presentaron neonatos con mayores niveles de confort, lo que sugiere un proceso de adaptación materna más efectivo.

Los resultados también concuerdan con lo reportado por Ortiz y Cusme (2023), quienes destacan que la interacción afectiva y el acompañamiento familiar favorecen el desarrollo integral del neonato y fortalecen el ejercicio del rol materno. Aunque su estudio se desarrolló en un contexto domiciliario y con un enfoque cualitativo, sus hallazgos respaldan el supuesto de Mercer de que el rol materno no se limita a la ejecución de cuidados físicos, sino que implica una relación emocional que se asocia directamente en el bienestar del recién nacido.

Por otra parte, la evidencia presentada por Barrera (2022) y Colorado (2025) resalta la importancia del confort neonatal como un componente central del cuidado humanizado, particularmente en contextos hospitalarios. Si bien estos estudios se enfocan principalmente en las intervenciones de enfermería, sus resultados refuerzan el enfoque de Mercer al reconocer que el entorno, el apoyo profesional y la participación de la madre influye de manera directa en el bienestar del neonato. El personal de enfermería desempeña un papel fundamental como facilitador del proceso de adopción del rol materno, especialmente en madres adolescentes primíparas.

De manera complementaria, el Odds Ratio obtenido ($OR = 3.09$) indica que los recién nacidos de madres con mayor adopción del rol materno presentan aproximadamente tres veces más probabilidad de experimentar un mayor confort neonatal. Aunque este resultado no alcanzó significancia estadística, sugiere una tendencia positiva que refuerza los hallazgos del análisis correlacional y resulta consistente con el planteamiento teórico de Mercer, quien sostiene que el fortalecimiento del rol materno tiene repercusiones positivas en el bienestar del hijo.

Finalmente, el presente estudio confirma la pertinencia de la Teoría de la Adopción del Rol Materno de Mercer como marco explicativo de la relación entre el rol materno y el confort neonatal en madres adolescentes primíparas. Asimismo, destacan la necesidad de implementar intervenciones de enfermería orientadas al acompañamiento, la educación y el apoyo emocional de las madres adolescentes, con el fin de favorecer una adecuada adopción del rol materno y contribuir al bienestar integral del recién nacido.

Los hallazgos del presente estudio evidencian una relación de magnitud moderada entre la adopción del rol materno y el confort neonatal, lo cual resulta consistente con investigaciones previas que han señalado asociaciones relevantes entre el desempeño materno y el bienestar del recién nacido. Estudios como los de Ortiz y Cusme (2023) y Rafii et al. (2020) reportan que una mayor apropiación del rol materno se asocia con prácticas de cuidado más sensibles y con mejores condiciones de bienestar en el binomio madre-hijo, lo que coincide con la tendencia observada en esta investigación.

De manera similar, investigaciones enfocadas en la participación materna durante la hospitalización neonatal describen relaciones de magnitud comparable, donde el involucramiento activo de la madre se asocia con indicadores favorables de estabilidad y confort en el recién nacido

(Skene, 2012; Gibson, 2021). Aunque dichos estudios no analizan directamente el rol materno y el confort neonatal como variables correlacionadas, sus resultados respaldan la relevancia del cuidado materno como elemento asociado al bienestar neonatal.

En conjunto, la magnitud de la relación identificada en este estudio se encuentra en concordancia con la literatura existente, lo que refuerza la pertinencia de analizar el rol materno como un factor relevante dentro del cuidado neonatal, particularmente en madres adolescentes primíparas.

4.2 Conclusión

Con base en los resultados obtenidos en el presente estudio, se concluye que el objetivo general fue cumplido, al identificarse la fuerza y dirección de la relación entre la adopción del rol materno y el confort neonatal en madres adolescentes primíparas atendidas en la Cruz Roja Pachuca Sur.

En relación con el primer objetivo específico, se concluye que las madres adolescentes presentaron un nivel de adopción del rol materno predominantemente moderado a alto, destacando las dimensiones relacionadas con el bienestar y la protección del recién nacido. Estos hallazgos sugieren que, a pesar de la etapa de desarrollo en la que se encuentran las participantes, existe una disposición significativa hacia el cuidado materno. No obstante, se identifican áreas susceptibles de fortalecimiento, particularmente en la aceptación plena del rol materno y en la estimulación temprana del neonato.

Respecto al segundo objetivo específico, se concluye que la mayoría de los recién nacidos evaluados presentó niveles de confort neonatal medio y alto, con una proporción mínima de bajo confort. Este resultado indica que, en general, los neonatos se encontraban en condiciones favorables de bienestar fisiológico y conductual durante el periodo de evaluación.

En cuanto al tercer objetivo específico, el análisis correlacional mediante la prueba de Spearman permitió establecer la existencia de una relación estadísticamente significativa, negativa y de magnitud moderada entre la adopción del rol materno y el confort neonatal. La correlación negativa observada indica que, a mayor nivel de adopción del rol materno, menor es el puntaje en la escala de confort neonatal, lo cual corresponde a mejores niveles de confort en el recién nacido, de acuerdo con la estructura del instrumento utilizado.

Si bien el análisis categórico mediante la prueba de chi cuadrada y la prueba exacta de Fisher no mostró significancia estadística, lo cual puede atribuirse al tamaño reducido de la muestra y a la baja frecuencia de neonatos con confort alterado, el análisis correlacional permitió confirmar la relación planteada en la hipótesis de investigación. En consecuencia, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación, concluyendo que existe una relación significativa entre la adopción del rol materno y el confort neonatal.

El presente estudio aporta a la práctica de la enfermería neonatóloga evidencia que respalda su rol como profesional clave en la valoración integral del binomio madre–neonato. Al identificar la asociación entre la adopción del rol materno y el nivel de confort neonatal, se fortalece la función de la enfermera neonatóloga no solo como proveedora de cuidados especializados al recién nacido, sino también como agente activo en el acompañamiento y fortalecimiento de las competencias maternas, particularmente en madres adolescentes primíparas.

Asimismo, los resultados del estudio sustentan la incorporación sistemática de la valoración del rol materno y del confort neonatal como parte del proceso de atención de enfermería, lo que permite orientar intervenciones educativas, preventivas y de apoyo emocional basadas en las necesidades reales de la madre y del neonato. De esta manera, la enfermera neonatóloga contribuye

a promover un cuidado humanizado, centrado en la familia y enfocado en la mejora del bienestar y la calidad de vida del recién nacido durante el periodo de hospitalización.

4.3 Limitaciones

El presente estudio presenta algunas limitaciones que deben considerarse para una adecuada interpretación de los resultados. En primer lugar, el tamaño reducido de la muestra limita la generalización de los hallazgos a otras poblaciones de madres adolescentes. Esta situación pudo influir en la ausencia de significancia estadística en los análisis categóricos, como la prueba de chi cuadrada y la prueba exacta de Fisher.

Asimismo, la investigación se llevó a cabo en una sola institución de salud, específicamente en la Cruz Roja Pachuca Sur, lo que restringe la extrapolación de los resultados a otros contextos hospitalarios o comunitarios con características distintas.

Otra limitación se relaciona con el diseño transversal del estudio, el cual permite identificar asociaciones entre las variables en un momento específico, pero no posibilita establecer relaciones causales ni evaluar la evolución del rol materno o del confort neonatal a lo largo del tiempo.

Adicionalmente, la adopción del rol materno fue evaluada mediante un instrumento de autorreporte, por lo que las respuestas pueden estar influenciadas por la percepción subjetiva de las participantes o por el deseo de emitir respuestas socialmente aceptables.

Finalmente, la baja frecuencia de neonatos con niveles bajos de confort limitó la aplicación de pruebas inferenciales más robustas en el análisis categórico, lo que hizo necesario complementar el análisis con pruebas no paramétricas, como la correlación de Spearman, más acordes con la naturaleza de los datos.

Apéndice A

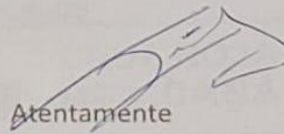
Pachuca de soto Hidalgo a 26 de febrero 2024

ASUNTO: solicitud de campo para recolección de datos de investigación

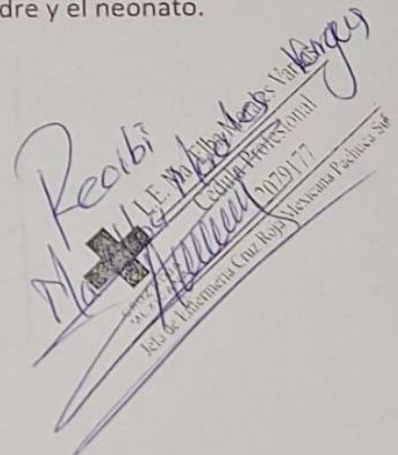
**Comité de ética
Cruz Roja Pachuca Sur**

Sirva este conducto para enviarle a usted un cordial saludo y al mismo tiempo de manera respetuosa, me permito dirigirme a usted a fin de solicitar su apoyo para aplicar encuestas como parte del protocolo de investigación titulado "Importancia del Rol Materno y su relación con el Confort Neonatal con base en la Teoría de Ramona Mercer en un Hospital de 2° Nivel del Estado de Hidalgo, México".

Es importante mencionar que el proyecto, tiene como fundamento ético el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de investigación para la salud. Garantizando el anonimato de la información recolectada, respetando los derechos humanos de la madre y el neonato.


Atentamente

L.E. Britny Hernández Ángeles


Recebi
L.E. Britny Hernández Ángeles
Cédula Profesional
2019/177
Instituto de Investigación Cruz Roja Mexicana Pachuca Sur

Apéndice B



**CRUZ ROJA MEXICANA PACHUCA SUR
COMITÉ DE ÉTICA E INVESTIGACIÓN**

Pachuca de soto Hidalgo a 01 de Marzo 2024

ASUNTO: protocolo de investigación

L.E. Britny Hernández Ángeles
Presente:

En respuesta a su solicitud de oficio con fecha de 26 de febrero 2024, en la cual solicita la aplicación de encuestas a las madres adolescentes y a su neonato en esta unidad hospitalaria me es bien informarle que el comité de ética, no tiene ningún inconveniente para que usted lleve a cabo dicho protocolo, así mismo al termino de dicha investigación deberá realizar entrega de dichos resultados al departamento de enseñanza e investigación de esta unidad.

Sin otro particular, le envió un cordial saludo.



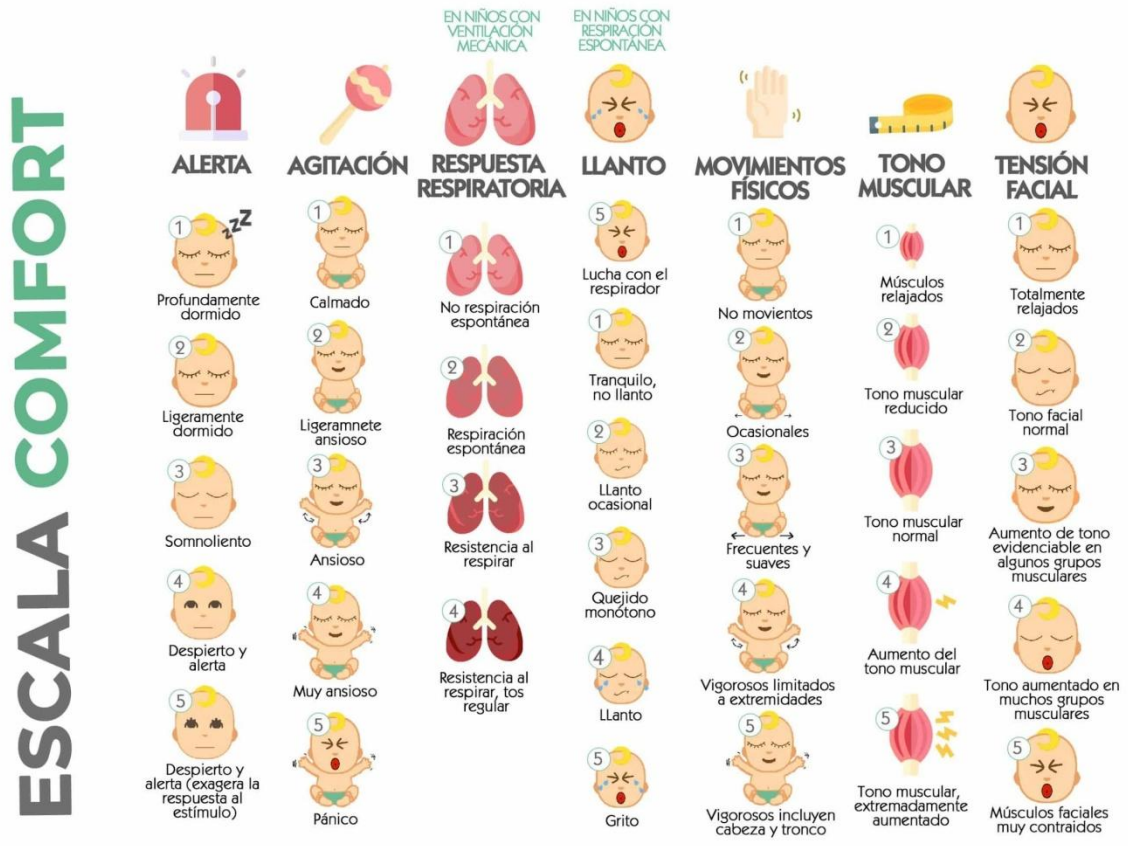
Apéndice C

Instrumento de evaluación para la Adopción del Rol Materno

Escala de Adopción al Rol Materno en madres adolescentes mexicanas					
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 respuesta son las siguientes: TD=Totalmente en desacuerdo. D=Desacuerdo. A=De Acuerdo. TA=Totalmente de Acuerdo.					
		TD	D	A	TA
1	Prefiero no darle pecho a mi bebé para cuidar la apariencia de mis senos.				
2	Imito los balbuceos y sonidos que hace mi bebé.				
3	Estoy dispuesta a cambiar el pañal a mi bebé cada vez que sea necesario.				
4	Leo información referente a los cuidados y temas relacionados con mi bebé.				
5	Me cuesta aceptar a mi bebé.				
6	Cuando mi bebé llora dejo lo que estoy haciendo y voy a atenderlo.				
7	Pienso que darle pecho a mi bebé debería ser sustituido 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 (o la persona que me ayuda) 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 embarazada pensaba con entusiasmo en el momento en que tendría a mi bebé en brazos dándole pecho.				
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 él aprenda algo nuevo.				
20	Cuando doy pecho a mi bebé me gusta hablarle.				
21	Me gusta mirar detenidamente a mi bebé para conocerlo mejor.				
22	Me hubiera gustado que mi bebé fuera del sexo opuesto al que nació.				
23	El momento de juego con mi bebé es indispensable en mi rutina diaria.				
24	La salud de mi bebé para mí es muy importante.				
25	Para mí, dar el pecho a mi bebé es más una obligación que una actividad agradable.				
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.				
28	Mi pareja (o la persona que me ayuda) me recuerda cuando mi bebé debe recibir sus vacunas y asistir al control del niño sano.				
29	Prefiero que alguien de mi familia se encargue de alimentar a mi bebé.				
30	Mientras doy el pecho a mi bebé me gusta acariciarlo.				
31	Cuando le hago cosquillas 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 redes sociales de cómo cuidar a mi bebé.				
35	Llevo a vacunar a mi bebé en la fecha programada.				
36	Sé que cuento con el apoyo de mi familia para el cuidado de mi bebé.				
37	Prefiero que mi hijo tome biberón a darle el pecho.				
38	Trato de que mi bebé acaricie mi rostro.				
39	Tengo la seguridad de que seré una buena madre.				
40	Mi pareja (o la persona que me ayuda) y yo compartimos los cuidados del bebé.				
41	Cuido que mi bebé utilice ropa adecuada a la estación del año para evitar que se enferme o le salgan ronchitas por el sudor.				
42	Creo que dar el pecho a mi hijo nos une emocionalmente.				
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 en que crio a mi bebé es muy parecida a como me criaron a mí.				
46	Mi familia me aconseja sobre la crianza de mi bebé.				
47	Me preocupo porque alrededor de mi bebé no existan objetos que puedan causarle daño.				
48	Trato de ocultar que soy madre 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 (o la persona que me ayuda) es capaz de hacerse cargo de mi bebé cuando yo no lo puedo hacer.				
53	Practico con mi bebé ejercicios que le puedan ayudar a su desarrollo.				
54	Diariamente mi pareja (o la persona que me ayuda) busca saber cómo está el bebé y coordinarnos acerca de cómo satisfacer sus necesidades.				

(Santos et al., 2021)

Apéndice D



(Laura Porras, 2021)

Apéndice E.

Consentimiento Informado

Título del estudio: Analizar la relación entre el desempeño del rol materno y el nivel de confort neonatal, en madres de neonatos hospitalizados en un hospital de segundo nivel de atención del estado de Hidalgo, México.

Investigadora responsable: Britny Hernández Ángeles.

Institución: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

Se me ha explicado que el objetivo de esta investigación es conocer la relación entre la adopción del rol materno y el nivel de confort en recién nacidos de madres adolescentes primíparas. La información obtenida se utilizará únicamente con fines académicos y de investigación, resguardando la confidencialidad de los datos.

Si acepto participar, se me realizará un cuestionario y se observará a mí recién nacido mediante una escala de confort neonatal, sin aplicar procedimientos invasivos. La participación no implica riesgos físicos, y la duración estimada de la valoración será de aproximadamente 30 minutos.

No se prevé ningún riesgo físico; sin embargo, algunas preguntas pueden generar incomodidad emocional. En tal caso, puedo decidir no responder o retirarme del estudio, no hay beneficios económicos; sin embargo, la información obtenida podría contribuir a mejorar la atención y confort de recién nacidos en el futuro.

Confidencialidad: Mi información personal y la de mi hijo(a) será tratada de manera confidencial. Los datos se registrarán con un código y no se publicará ningún nombre ni información que permita identificarme.

Voluntariedad: Entiendo que mi participación es voluntaria. Puedo retirarme del estudio en cualquier momento sin afectar mi atención médica o la de mi hijo(a).

Consentimiento: He leído y comprendido la información anterior. He tenido oportunidad de hacer preguntas y todas fueron respondidas a mi satisfacción. Con mi firma, acepto participar en el estudio.

Nombre y firma de la madre participante: _____

Apéndice F

Instrumento aplicado

Analizar la relación entre el desempeño del rol materno y el nivel de confort neonatal, en madres de neonatos hospitalizados en un hospital de segundo nivel de atención del estado de Hidalgo, México.

Instrucciones:

Lee con atención cada una de las preguntas y selecciona la opción que mejor refleje su nivel de acuerdo

1. ¿Qué edad tiene? _____

2. ¿Qué nivel de escolaridad tiene? _____

3. Estado civil

4. Ocupación

5. ¿Con quién vives en la actualidad?

6. ¿Quién ayuda en el cuidado del recién nacido?

7. Prefiero no darle pecho a mi bebé para cuidar la apariencia de mis senos.

Marca solo un óvalo.

- totalmente en desacuerdo
 desacuerdo
 de acuerdo
 totalmente de acuerdo

8. Límite los balbuceos y sonidos que hace mi bebé.

Marca solo un óvalo.

- totalmente en desacuerdo
 desacuerdo
 de acuerdo
 totalmente de acuerdo

9. Estoy dispuesta a cambiar el pañal a mi bebé cada vez que sea necesario.

Marca solo un óvalo.

- totalmente en desacuerdo
 desacuerdo
 de acuerdo
 totalmente de acuerdo

10. Leo información referente a los cuidados y temas relacionados con mi bebé.

Marca solo un óvalo.

- totalmente en desacuerdo

- desacuerdo
 de acuerdo
 totalmente de acuerdo

11. Me cuesta aceptar a mi bebé.
Marca solo un óvalo.

- totalmente en desacuerdo
 desacuerdo
 de acuerdo
 totalmente de acuerdo

12. Cuando mi bebé llora dejo lo que estoy haciendo y voy a atenderlo.
Marca solo un óvalo.

- totalmente en desacuerdo
 desacuerdo
 de acuerdo
 totalmente de acuerdo

13. Pienso que darle pecho a mi bebé debería ser sustituido por la alimentación en biberón.

Marca solo un óvalo.

- totalmente en desacuerdo
 desacuerdo
 de acuerdo
 totalmente de acuerdo

14. Me cuesta decir que soy madre.
Marca solo un óvalo.

- totalmente en desacuerdo
 desacuerdo
 de acuerdo
 totalmente de acuerdo

15. Me siento capaz de salir adelante con mi bebé.
Marca solo un óvalo.

- totalmente en desacuerdo
 desacuerdo
 de acuerdo
 totalmente de acuerdo

16. Mi familia está contenta con el nacimiento de mi bebé.
Marca solo un óvalo.

- totalmente en desacuerdo
 desacuerdo
 de acuerdo
 totalmente de acuerdo

17. Le doy objetos a mi bebé para que los pueda tocar y aprenda a manipularlos.

Marca solo un óvalo.

- totalmente en desacuerdo
 desacuerdo
 de acuerdo
 totalmente de acuerdo

18. Mi pareja y yo (o la persona que me ayuda) siempre estamos poniéndonos al tanto de las cosas que le pasan al bebé.

Marca solo un óvalo.

- totalmente en desacuerdo
 desacuerdo
 de acuerdo
 totalmente de acuerdo

19. Cuando mi bebé llora le hablo con voz muy baja y susurrando palabras tranquilizadoras.

Marca solo un óvalo.

- totalmente en desacuerdo
 desacuerdo
 de acuerdo
 totalmente de acuerdo

20. Prefiero ser yo quien se encargue del baño de mi bebé.

Marca solo un óvalo.

Marca solo un óvalo.

- totalmente en desacuerdo
 desacuerdo
 de acuerdo
 totalmente de acuerdo

21. Cuando estaba embarazada pensaba con entusiasmo en el momento en que tendría a mi bebé en brazos dándole pecho.

Marca solo un óvalo.

- totalmente en desacuerdo
 desacuerdo
 de acuerdo
 totalmente de acuerdo

22. Pienso que el control del niño sano no es necesario para mi bebé.

Marca solo un óvalo.

- totalmente en desacuerdo
 desacuerdo
 de acuerdo
 totalmente de acuerdo

23. El personal de salud me ha enseñado cuidados que debo tener con mi bebé.

Marca solo un óvalo.

- totalmente en desacuerdo
 desacuerdo
 de acuerdo
 totalmente de acuerdo

24. Cuando le hablo a mi bebé lo hago con palabras cariñosas.

Marca solo un óvalo.

- totalmente en desacuerdo
 desacuerdo
 de acuerdo
 totalmente de acuerdo

25. Cuando juego con mi hijo me gusta que él aprenda algo nuevo.

Marca solo un óvalo.

- totalmente en desacuerdo
 desacuerdo
 de acuerdo
 totalmente de acuerdo

26. Cuando doy pecho a mi bebé me gusta hablarle.

Marca solo un óvalo.

- totalmente en desacuerdo
 desacuerdo
 de acuerdo
 totalmente de acuerdo

27. Me gusta mirar detenidamente a mi bebé para conocerlo mejor.

Marca solo un óvalo.

- totalmente en desacuerdo
 desacuerdo
 de acuerdo
 totalmente de acuerdo

28. Me hubiera gustado que mi bebé fuera del sexo opuesto al que nació.

Marca solo un óvalo.

- totalmente en desacuerdo
 desacuerdo
 de acuerdo
 totalmente de acuerdo

29. El momento de juego con mi bebé es indispensable en mi rutina diaria.

Marca solo un óvalo.

- totalmente en desacuerdo

- desacuerdo
- de acuerdo
- totalmente de acuerdo

30. La salud de mi bebé para mí es muy importante.

Marca solo un óvalo.

- totalmente en desacuerdo
- desacuerdo
- de acuerdo
- totalmente de acuerdo

31. Para mí, dar el pecho a mi bebé es más una obligación que una actividad agradable.

Marca solo un óvalo.

- totalmente en desacuerdo
- desacuerdo
- de acuerdo
- totalmente de acuerdo

32. Cuando mi bebé responde a mis llamados, caricias u órdenes, yo lo abrazo o felicito.

Marca solo un óvalo.

- totalmente en desacuerdo
- desacuerdo
- de acuerdo
- totalmente de acuerdo

33. Me agrada masajear la espalda de mi bebé con mucha delicadeza.

Marca solo un óvalo.

- totalmente en desacuerdo
- desacuerdo
- de acuerdo
- totalmente de acuerdo

34. Mi pareja (o la persona que me ayuda) me recuerda cuando mi bebé debe recibir sus vacunas y asistir al control del niño sano.

Marca solo un óvalo.

- totalmente en desacuerdo
- desacuerdo
- de acuerdo
- totalmente de acuerdo

35. Prefiero que alguien de mi familia se encargue de alimentar a mi bebé.

Marca solo un óvalo.

- totalmente en desacuerdo
- desacuerdo
- de acuerdo
- totalmente de acuerdo

36. Mientras doy el pecho a mi bebé me gusta acariciarlo.

Marca solo un óvalo.

- totalmente en desacuerdo
- desacuerdo
- de acuerdo
- totalmente de acuerdo

37. Cuando le hago cosquillas a mi bebé observo una respuesta de alegría en él.

Marca solo un óvalo.

- totalmente en desacuerdo
- desacuerdo
- de acuerdo
- totalmente de acuerdo

38. Cuando voy a un lugar público hago valer mis beneficios por ser madre y estar con mi hijo en brazos.

Marca solo un óvalo.

- totalmente en desacuerdo
- desacuerdo
- de acuerdo
- totalmente de acuerdo

39. Aunque tenga muchas actividades que realizar, siempre me doy tiempo para cuidar a mi bebé.

Marca solo un óvalo.

- totalmente en desacuerdo
- desacuerdo
- de acuerdo
- totalmente de acuerdo

40. Constantemente me informo por redes sociales de cómo cuidar a mi bebé.

Marca solo un óvalo.

- totalmente en desacuerdo
- desacuerdo
- de acuerdo
- totalmente de acuerdo

41. Llevo a vacunar a mi bebé en la fecha programada.

Marca solo un óvalo.

- totalmente en desacuerdo
- desacuerdo
- de acuerdo
- totalmente de acuerdo

42. Sé que cuento con el apoyo de mi familia para el cuidado de mi bebé.

Marca solo un óvalo.

- totalmente en desacuerdo
- desacuerdo
- de acuerdo
- totalmente de acuerdo

43. Prefiero que mi hijo tome biberón a darle el pecho.
Marca solo un óvalo.

- totalmente en desacuerdo
- desacuerdo
- de acuerdo
- totalmente de acuerdo

44. Trato de que mi bebé acaricie mi rostro.
Marca solo un óvalo.

- totalmente en desacuerdo
- desacuerdo
- de acuerdo
- totalmente de acuerdo

45. Tengo la seguridad de que seré una buena madre.
Marca solo un óvalo.

- totalmente en desacuerdo
- desacuerdo
- de acuerdo
- totalmente de acuerdo

46. Mi pareja (o la persona que me ayuda) y yo compartimos los cuidados del bebé.
Marca solo un óvalo.

- totalmente en desacuerdo
- desacuerdo
- de acuerdo
- totalmente de acuerdo

47. Cuido que mi bebé utilice ropa adecuada a la estación del año para evitar que se enferme o le salgan ronchitas por el sudor.
Marca solo un óvalo.

- totalmente en desacuerdo
- desacuerdo
- de acuerdo
- totalmente de acuerdo

48. Creo que dar el pecho a mi hijo nos une emocionalmente.
Marca solo un óvalo.

- totalmente en desacuerdo
- desacuerdo
- de acuerdo
- totalmente de acuerdo

49. Me alegra mucho que mi hijo haya nacido sano.
Marca solo un óvalo.

- totalmente en desacuerdo
- desacuerdo
- de acuerdo
- totalmente de acuerdo

50. Cada vez que mi bebé llora me preocupo por saber qué es lo que necesita.
Marca solo un óvalo.

- totalmente en desacuerdo
- desacuerdo
- de acuerdo
- totalmente de acuerdo

51. La forma en que crio a mi bebé es muy parecida a como me criaron a mí.
Marca solo un óvalo.

- totalmente en desacuerdo
- desacuerdo
- de acuerdo
- totalmente de acuerdo

52. Mi familia me aconseja sobre la crianza de mi bebé.
Marca solo un óvalo.

- totalmente en desacuerdo
- desacuerdo
- de acuerdo
- totalmente de acuerdo

53. Me preocupo porque alrededor de mi bebé no existan objetos que puedan causarle daño.
Marca solo un óvalo.

- totalmente en desacuerdo
- desacuerdo
- de acuerdo
- totalmente de acuerdo

54. Trato de ocultar que soy madre porque me avergüenza.
Marca solo un óvalo.

- totalmente en desacuerdo
- desacuerdo
- de acuerdo
- totalmente de acuerdo

55. Creo que otro familiar cuida a mi bebé mejor que yo.
Marca solo un óvalo.

- totalmente en desacuerdo
- desacuerdo
- de acuerdo
- totalmente de acuerdo

56. Terceras personas se encargan de la crianza de mi bebé.
Marca solo un óvalo.

- totalmente en desacuerdo
- desacuerdo
- de acuerdo
- totalmente de acuerdo

57. Si voy por la calle y alguien estomuda cerca, lo primero que hago es cubrir a mi bebé.

Marca solo un óvalo.

- totalmente en desacuerdo
- desacuerdo
- de acuerdo
- totalmente de acuerdo

58. Mi pareja (o la persona que me ayuda) es capaz de hacerse cargo de mi bebé cuando yo no lo puedo hacer.

Marca solo un óvalo.

- totalmente en desacuerdo
- desacuerdo
- de acuerdo
- totalmente de acuerdo

59. Practico con mi bebé ejercicios que le puedan ayudar a su desarrollo.

Marca solo un óvalo.

- totalmente en desacuerdo
- desacuerdo
- de acuerdo
- totalmente de acuerdo

60. Diariamente mi pareja (o la persona que me ayuda) busca saber cómo está el bebé y coordinarnos acerca de cómo satisfacer sus necesidades

Marca solo un óvalo.

- totalmente en desacuerdo
- desacuerdo
- de acuerdo
- totalmente de acuerdo

A partir de esta sección lo realiza la licenciada en enfermería

61. Estado de alerta

- profundamente dormido
- ligeramente dormido
- somnoliento
- despierto y alerta
- despierto y alerta (exagera la respuesta al estímulo)

62. Agitación

- calmado
- ligeramente ansioso
- ansioso

- muy ansioso
- pánico

63. Respuesta respiratoria

- no respiración espontánea
- respiración espontánea
- resistencia al respirar
- resistencia al respirar, tos regular

64. Llanto

- lucha con el respirador
- tranquilo no llanto
- llanto ocasional
- quejido monótono
- llanto
- grito

65. movimientos físicos

- no movimientos
- ocasionales
- frecuentes y suaves
- vigorosos limitados a extremidades
- vigorosos incluyen cabeza y tronco

65. tono facial del bebé

- músculos relajados
- tono muscular reducido
- tono muscular normal
- aumento del tono muscular
- tono muscular extremadamente aumentado

66. tensión facial

- totalmente relajados
- tono facial normal
- llanto ocasional
- aumento del tono evidenciable en algunos grupos musculares
- tono aumentado en muchos grupos musculares

Referencias

- Abdalá, A., & García Morales, J. (2024). Embarazo adolescente: Sus causas y repercusiones en la diada. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 55, 223–230.
- Asociación Española de Pediatría. (2023, 3 de febrero). Aseo en el recién nacido.
<https://enfamilia.aeped.es/edades-etapas/aseo-en-recien-nacido>
- Bosch, A., Alomar, A., Vargas, L., & González, M. (2020). Adaptación transcultural y características de la versión española de la escala COMFORT Behavior Scale en el paciente crítico pediátrico. *Medicina Intensiva*, 44(5), 295–302.
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (2006). The bioecological model of human development. En R. M. Lerner (Ed.), *Handbook of child psychology* (6th ed., Vol. 1, pp. 793–828). Wiley.
- Carpio, W. M. (2019). Interacción madre–recién nacido prematuro durante la hospitalización [Tesis de especialidad, Universidad Peruana Unión].
<https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12840/2882>
- Colorado, L. R. (2025). Cuidados de enfermería en el posicionamiento y confort del recién nacido prematuro. *Revista Iberoamericana de Investigación en Ciencias de la Salud*, 6(1), 171–179.
- Crhuaricra-Sánchez, J. P. (2024). Cuidados de enfermería orientados hacia el confort neonatal [Tesis]. Universidad Peruana Cayetano Heredia.
<https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/4573>
- Cárdenas, M. B. W. (2020). Contribuciones epistemológicas para disminuir la brecha teoría-práctica de enfermería. *Ciencia y Cuidado*, 17(2), 112–122.
- Gibson, C. (2021). The experiences of mothers in a neonatal unit and their adaptation to motherhood. *SAGE Open*, 11(2), 1–10. <https://doi.org/10.1177/21582440211023170>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2022, 10 de octubre). Estadísticas a propósito del Día Internacional de la Niña.

https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2022/EAP_DiaNina22.pdf

Instituto Nacional de Perinatología. (2020–2024). Programa Institucional del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes. INPer.

Instituto Nacional de Salud Pública. (2023, 17 de septiembre). ¡No! Niñas madres.

<https://www.insp.mx/avisos/no-ninas-madres>

Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice*. Springer Publishing Company.

Martins, A. G., & Sousa, P. P. (2022). *Comfort: Contribución teórica a la enfermería*. *Cogitare Enfermagem*, 27, 1–8.

NOM-007-SSA2-2016. (2016, 7 de abril). Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio. Diario Oficial de la Federación.

https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289

Organización Mundial de la Salud. (2024). Embarazo en la adolescencia.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>

Ortiz-Félix, E., & Flores-Peña, Y. (2016). Model maternal role in infant feeding: Middle-range theory. *Index de Enfermería*, 25(2), 95–99.

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962016000200009

Rafii, F., Hajinejad, F., Haghani, H., & Ghaffari, F. (2020). Maternal role attainment in mothers with term neonates: Concept analysis and definition. *Nursing Open*, 7(5), 1437–1446.

<https://doi.org/10.1002/nop2.532>

Raile, M. (2025). *Modelos y teorías en enfermería*. Elsevier.

- Rodríguez, R., Pérez, L., & Martínez, A. (2025). Cuidados de enfermería en el posicionamiento y confort del recién nacido prematuro. *IBERO Journal of Health Research*.
<https://health.iberojournals.com/index.php/IBEROJHR/article/view/789>
- Sampieri, R. H. (2023). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill.
- Santos-Ramírez, M., & Pérez-Salgado, P. (2021). Validez y confiabilidad de la Escala de Adopción al Rol Materno en madres adolescentes mexicanas. *Enfermería Universitaria*, 18(1), 69–80.
<https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2021.1.880>
- Sociedad Iberoamericana de Neonatología. (2021). Termorregulación en el recién nacido.
https://fundanest.org.ar/wp-content/uploads/2016/08/consenso_termoreg.pdf
- UNFPA. (2023). Guía para la atención integral de niñas y adolescentes madres.
<https://mexico.unfpa.org/es/publications>
- UNFPA. (2024). Embarazo en adolescentes. <https://mexico.unfpa.org/es/topics/embarazo-en-adolescentes-0>
- Wool, C., & Parravicini, E. (2020). The neonatal comfort care program: Origin and growth over 10 years. *Journal of Perinatology*, 40, 112–120.