



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA NEONATAL

TESIS

Nivel de adopción al rol materno al inicio y al final de la etapa neonatal en madres primigestas en un hospital de segundo nivel de atención

Para obtener el título de
Especialista en Enfermería Neonatal

PRESENTA

L.E. Gabriela Hernández Ángeles

Director

Dra. Angélica Saraí Jiménez Osorio

Codirector(a)

Dra. Lizbeth Morales Castillejos

Comité tutorial

Dra. Julieta Angel García

Dr. Diego Estrada Luna

Dr. José Antonio Guerrero Solano

Pachuca de Soto, Hidalgo., México, marzo 2026.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA NEONATAL

Título de la tesis

Nivel de adopción al rol materno al inicio y al final de la etapa neonatal en madres primigestas en un hospital de segundo nivel de atención

Presenta

L.E. Gabriela Hernández Ángeles

A T E N T A M E N T E

Pachuca, Hgo., marzo 2026

“Amor, Orden y Progreso”

Sinodales

Presidente: Dr. Diego Estrada Luna

Secretario: Dra. Lizbeth Morales Castillejos

Vocal 1: Dr. José Antonio Guerrero Solano

Vocal 2: Dra. Julieta Angel Garcia

Vocal 3: Dra. Angélica Saraí Jiménez Osorio

Suplente 1: Dra. Juana Maygualidia Aguilar Gutierrez

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

Of.Núm. 0177
Asunto: Autorización de impresión

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

El Comité tutorial del PROYECTO TERMINAL del programa educativo de posgrado titulado "Nivel de adopción al rol materno al inicio y al final de la etapa neonatal en madres primigestas en un hospital de segundo nivel de atención", realizado por la sustentante **L.E. Gabriela Hernández Ángeles** con número de cuenta 279356, 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 26 de marzo de 2026.


Dra. Angélica Sarai Jiménez Osorio
Director de Tesis


Dra. Julieta Angel García
Miembro del comité

El Comité Tutorial

Dr. Diego Estrada Luna
Miembro del comité


Dra. Lizbeth Morales Castillejos
Co-director de Tesis


Dr. José Antonio Guerrero Solano
Miembro del comité

"Amor, Orden y Progreso"



Circuito ex-Hacienda la Concepción s/n Carretera Pachuca
Actopan, San Agustín Tlaxiaca, Hidalgo, México. C.P.42173
Teléfono: 52(771)7172000 Ext. 41525 y 41526
enfermeria@uaeh.edu.mx

uaeh.edu.mx

Tabla de contenido

Resumen	1
Abstract.....	2
Capítulo 1. Introducción.....	3
1.1. Planteamiento del problema	3
1.2 Pregunta de investigación.....	4
1.3 Objetivo general	5
<i>1.3.1 Objetivos específicos.....</i>	<i>5</i>
1.4 Marco teórico.....	5
1.4.1 Importancia del rol maternal	5
1.4.2 Teoría de Ramona Mercer Adopción del Rol Maternal.....	6
1.4.3 Estadios de la adquisición del rol maternal.....	6
1.5. Marco conceptual	7
1.6 Estudios Relacionados.....	9
1.7 Operacionalización de las variables	11
Capítulo II. Metodología	13
2.1 Diseño del estudio	13
2.2 Población	13
2.3 Muestreo y muestra	13
2.4 Criterios de selección.....	13
2.4.1 Inclusión:.....	13
2.4.2 Exclusión.....	14
2.4.3 Eliminación	14
2.5 Instrumentos de recolección de datos.....	14
2.6 Procedimiento de recolección de datos	16
2.7 Consideraciones éticas.....	17
2.8 Plan de análisis estadístico	18
Capítulo III. Resultados.....	19
3.1 Características generales de la población	19

3.1.1. Estado civil.....	19
3.1.1 Edad de la madre	19
3.2 Pruebas de normalidad.....	19
3.3 Análisis de puntajes por sistema	20
3.4 Nivel de adopción al rol materno.....	21
3.5 Análisis por sistemas	21
3.5.1 Microsistema	21
3.5.2 Mesosistema	22
3.5.3 Macrosistema	22
<i>Dimensiones del macrosistema.....</i>	<i>23</i>
3.6 Relación con los factores socioeconómicos.....	23
3.6.1 Edad de la madre	23
3.6.2 Estado civil.....	24
Capítulo IV. Discusión	25
4.1 Discusión	25
4.2 Implicaciones en la práctica de Enfermería neonatal	27
4.3 Limitaciones y Recomendaciones	28
4.4 Conclusión	28
Anexos.....	33
Anexo 1. Consentimiento Informado.....	33
Anexo 2 carta de asentimiento	37
Anexo 3 Cuestionario de adopción al rol materno	39

Resumen

Introducción

El bienestar del recién nacido depende del cuidado y vínculo afectivo con su madre y entorno, siendo fundamental un trato humanizado hacia la madre primeriza para fortalecer su rol. Convertirse en madre implica cambios importantes que requieren madurez emocional y física. Este estudio busca analizar si la adopción del rol materno cambia durante el periodo neonatal, con el fin de identificar áreas de mejora.

Objetivo

Evaluar el nivel de adopción al rol materno al inicio y al final de la etapa neonatal en madres primigestas en un Hospital de segundo nivel de atención en Huichapan, Hidalgo.

Metodología

Se realizó un estudio cuantitativo, observacional y longitudinal en 30 madres primigestas del Hospital General de Huichapan, mediante muestreo por conveniencia. Se aplicó un cuestionario sobre la adopción del rol materno al inicio y a los 30 días del nacimiento, y los datos se analizaron estadísticamente para identificar cambios y su relación con la edad y el estado civil.

Resultados

Se observó que la mayoría de las madres eran jóvenes y en unión libre. Los resultados mostraron que el nivel de adopción del rol materno fue predominantemente bajo y se mantuvo sin cambios significativos durante el primer mes. Hubo un ligero aumento en el puntaje del microsistema especialmente en el bienestar del bebé.

Conclusión

El nivel de adopción al rol materno es bajo en una muestra de mujeres primigestas de un hospital general regional, mismo que no cambia a través de la etapa neonatal. Esto constituye un área de oportunidad para que el personal de enfermería desarrolle estrategias dirigidas a la adopción al rol materno en mujeres jóvenes, con la finalidad de fortalecerlo para garantizar el bienestar del binomio madre-hijo.

Abstract

Introduction

The well-being of the newborn depends on the care and emotional bond with the mother and their environment, making a humanized approach toward first-time mothers essential to strengthen their maternal role. Becoming a mother involves important changes that require emotional and physical maturity. This study aims to analyze whether the adoption of the maternal role changes during the neonatal period in order to identify areas for improvement.

Objective

To evaluate the level of maternal role adoption at the beginning and at the end of the neonatal stage in primiparous mothers in a secondary-level hospital in Huichapan, Hidalgo.

Methodology

A quantitative, observational, and longitudinal study was conducted with 30 primiparous mothers at the General Hospital of Huichapan, using convenience sampling. A questionnaire on maternal role adoption was applied at the beginning and 30 days after birth, and the data were statistically analyzed to identify changes and their relationship with age and marital status.

Results

Most mothers were young and in free union. The results showed that the level of maternal role adoption was predominantly low and remained without significant changes during the first month. There was a slight increase in the microsystem score, especially in the baby's well-being.

Conclusion

The level of maternal role adoption is low among primiparous women in a regional general hospital and does not change throughout the neonatal stage. This represents an opportunity for nursing staff to develop strategies aimed at strengthening maternal role adoption in young women, in order to ensure the well-being of the mother-child dyad.

Capítulo 1. Introducción

1.1. Planteamiento del problema

De los cuidados proporcionados por la madre, el padre, la familia y las personas que conforman su entorno depende la supervivencia y el bienestar del ser humano. Por ello, el recién nacido requiere atención, alimentación, abrigo y la interacción afectiva a través de la mirada y el tacto de la madre. Estos son fundamentales, ya que fortalecen el vínculo afectivo. En este sentido es importante resaltar la necesidad de un trato humanizado hacia la madre primeriza ya que esto favorece de manera positiva el rol materno. También se debe considerar que en el contexto mundial la edad de las mujeres primerizas se sitúa en un rango de edad aproximado entre los 18-30 años y esto puede favorecer en dos vertientes el apego madre e hijo, es decir de manera positiva o negativa (Herrera Requejo de Ruiz, 2021).

El hecho de convertirse en madre puede significar un evento crucial en la vida de una mujer, y ese “convertirse” significa muchos cambios para ella, algo de inestabilidad y la necesidad de reorganizar su vida, pues tácitamente la mujer asume un compromiso con el ser que ha traído al mundo. De allí, que este proceso sea un desafío para la mujer, que requiere madurez física y mental y de ser posible independencia económica (Gamarra Uceda, 2021).

La teoría de la adopción del rol materno, propuesta por Ramona Mercer, propone que los niños se apegan instintivamente a quien cuida de ellos, con el fin de sobrevivir y para poder desarrollarse física, social y emocionalmente. Plantea que el apego es el proceso mediante el cual el niño establece y mantiene un sentido de seguridad, que se convertirá en la base para las separaciones futuras de su madre y la exploración cognitiva de su entorno (Pérez et al, 2021).

El modelo de la adopción de Ramona Mercer se sitúa en los círculos concéntricos de Bronfenbrenner del microsistema, mesosistema y el macrosistema. Dentro del microsistema encontramos que el padre juega un papel muy importante ya que significa un apoyo para la madre y para el hijo y de aquí en donde parte y el pieza clave el rol que desempeña el padre, referente al mesosistema encontramos que el entorno inmediato es

pieza fundamental en el rol materno, en este encontramos escuela, trabajo entre otros, aquí nos damos cuenta que muchas veces los padres no pueden tener un adecuado rol materno por que el horario de trabajo o la carga de trabajo hacen que su tiempo se lo dediquen a este y al bebe lo dejan a un lado sin poderle dedicar tanto tiempo. El macrosistema se ve afectado por todo aquello que se encuentra en el entorno del recién nacido en donde encontramos situaciones políticas, culturales, condiciones sanitarias. Aquí un claro ejemplo puede ser la escasez de vacunas a la que nos enfrentamos y que los niños no pueden completar esquemas de salud y que a futuro todo esto puede tener consecuencias en donde se pueda ver afectado el desarrollo (Alvarado et al, 2011).

El rol de las enfermeras neonatales es fundamental en el cuidado y apoyo tanto del neonato como de su madre y padre. En este contexto, el rol materno juega un papel crucial en la salud y el desarrollo del recién nacido. Proporciona apoyo emocional y psicológico para ayudar a las madres a enfrentar el estrés, la ansiedad y otros desafíos emocionales asociados con tener un bebé. El rol de las enfermeras neonatales va más allá del cuidado directo del recién nacido y se extiende al apoyo y empoderamiento de las madres en su rol parental. La colaboración efectiva entre las enfermeras neonatales y las madres es esencial para el bienestar integral del neonato y el fortalecimiento de la unidad familiar (Utrilla Rojo et al, 2018).

La adopción al rol materno ha sido ampliamente analizada en diferentes contextos; sin embargo, existe poca información acerca de si esta puede ser modificada en el periodo neonatal, con la finalidad de poder diseñar estrategias que apoyen a su adopción. Por lo anterior, este estudio se diseñó con la finalidad de aplicar un primer cuestionario dentro de las primeras 24 horas del nacimiento y un segundo cuestionario a los 30 días de nacimiento, con la finalidad de analizar si la adopción al rol materno cambia en la etapa neonatal para poder identificar las dimensiones de mayor atención para establecer estrategias dirigidas por el personal de enfermería.

1.2 Pregunta de investigación

¿Cómo se modifica el nivel de adopción del rol materno desde el inicio y al final de la etapa neonatal en madres primigestas en un hospital de segundo nivel de atención?

1.3 Objetivo general

Evaluar el nivel de adopción al rol materno al inicio y al final de la etapa neonatal en madres primigestas en un Hospital de segundo nivel de atención en Huichapan Hidalgo.

1.3.1 Objetivos específicos

1. Describir la adopción al rol materno de acuerdo al microsistema, mesosistema y macrosistema.
2. Analizar si la adopción al rol materno se modifica al comparar el puntaje total del instrumento y el nivel de adopción al rol materno al inicio y al final de la etapa neonatal.
3. Analizar si la edad y el estado civil se relacionan con el nivel de adopción al rol materno al inicio y al final de la etapa neonatal.

1.4 Marco teórico

1.4.1 Importancia del rol maternal

De acuerdo a Guerra Ramírez y Muñoz de Rodríguez (2013), “el apego madre-recién nacido es una relación que tiene efectos profundos en el desarrollo económico, psicológico e intelectual del recién nacido”, lo que quiere decir que tiene mucho que ver la planeación del embarazo, la salud del niño, las expectativas surgidas a partir de la espera de su nacimiento, entre otros. El 85% de las madres primerizas no siguen las indicaciones para cumplir con una adecuada lactancia materna exclusiva. La mujer actual, interactúa al ritmo de una dinámica que le exige una participación activa en diversas áreas de la sociedad generalmente con ausencia de la figura paterna. El monitoreo realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, por sus siglas en inglés) revela que solo el 35% de los recién nacidos reciben lactancia materna exclusiva hasta los cuatro meses.

En el mundo, alrededor de 7000 neonatos diariamente son afectados por la mala alimentación, por la carencia de cuidados por parte de la madre, el 80 % se ven afectados

por razones de insalubridad. En el continente africano, el 37% son menores de 5 años, y, en los países subdesarrollados, mueren 1 de cada 3 por falta de centros de salud, mientras que en el continente europeo, en los países desarrollados, la tasa de afectados es menor, 1 de cada 196 de acuerdo con las estadísticas de la OMS (Herrera Requejo de Ruiz, 2021).

En América latina, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2022) ha registrado aproximadamente 200,000 neonatos afectados antes de cumplir el mes de nacidos. Para disminuir esta situación es necesario establecer medidas más rigurosas para promover la lactancia materna exclusiva y la participación del personal de salud con programas educativos dirigidos a las madres que representan el 78,1% de 15 a 29 años de edad, donde el 41,8% son madres primerizas (Herrera Requejo de Ruiz, 2021). Inclusive, el alto índice de embarazos a nivel nacional está relacionado con el desconocimiento de métodos anticonceptivos, además de la llegada de la menarquia, el inicio de relaciones a temprana edad, los determinantes sociales y el bajo empoderamiento de los padres en la enseñanza de sexualidad.

La pareja y la familia son pilar fundamental en el caminar hacia la adopción materna durante y después de su embarazo, puesto que se ha evidenciado un bajo nivel de apoyo y percepción de un sentimiento de rechazo por su condición, lo cual no es favorece positivamente el adaptarse al nuevo rol, afectando en gran medida el estado mental y físico. Ser madre por primera vez sin importar la edad, genera responsabilidades para responder a su autocuidado y los cuidados y desarrollo del recién nacido. Las madres, están involucradas continuamente para asumir de forma obligatoria nuevas responsabilidades, también empiezan a preocuparse por cómo se verán físicamente, cuáles serán los cambios que el embarazo y la maternidad producirán (Cadena Guerrero, 2022).

1.4.2 Teoría de Ramona Mercer Adopción del Rol Maternal

Ramona Mercer propuso la teoría Adopción del Rol Maternal en 1986, propone la necesidad de que los profesionales de enfermería tengan en cuenta el entorno familiar, así como la escuela, el trabajo, la iglesia y otras entidades de la comunidad, como elementos importantes en la adopción de este rol, entendido como un proceso interactivo y evolutivo que se produce durante cierto periodo de tiempo. La madre experimenta una sensación de

armonía, intimidad y competencia constituyendo el punto final de la adopción del rol maternal, es decir, la identidad materna (Alvarado et al, 2011).

La identidad y el comportamiento maternos evolucionan a medida que cambian la edad, la condición y la situación del niño, de modo que la identidad materna, el comportamiento materno y la calidad de la vida materna y familiar están anclados en la edad o etapa de desarrollo, el sexo, la condición física y el comportamiento del niño

La identidad y el comportamiento maternos se desarrollan conforme cambia la edad, la condición y la situación de su bebé, de tal manera que la identidad, el comportamiento y la calidad de la vida materna y familiar están interrelacionados con la etapa de desarrollo, el sexo, la condición física y el comportamiento del niño. Se han identificado cuatro etapas del proceso de convertirse en madre a partir de informes de investigación de enfermería: (a) compromiso, apego y preparación para un bebé durante el embarazo; (b) familiarización y aumento del apego al bebé, aprendizaje de cómo cuidar al bebé y restauración física durante las primeras semanas después del nacimiento; (c) avanzar hacia una nueva normalidad en los primeros 4 meses; y (d) lograr una identidad materna alrededor de los 4 meses (Mercer, 2004).

En la segunda etapa, la madre se familiariza y aprende a leer las señales de su bebé. Sin embargo, si la recuperación post-parto es complicada, se dificultará la adaptación al rol materno. Esta etapa se suele alcanzar durante las primeras 4 a 6 semanas y la recuperación física puede llevar varios meses, especialmente si la madre tuvo complicaciones durante el embarazo, el parto o ambos. El tiempo necesario para familiarizarse y aprender a cuidar a su bebé se extiende considerablemente si tiene un bebé prematuro pequeño o un bebé con necesidades especiales (Mercer, 2006).

La adaptación del rol materno es un proceso altamente demandante y agotador, que involucra tres constructos identificados por Ramona Mercer: el microsistema, mesosistema y macrosistema (Tabla 1). El acompañamiento es importante, pues la literatura menciona que alrededor la mitad de las madres no reciben cuidados profesionales durante el posparto siendo el momento indicado para intervenir y fortalecer el rol desde un empoderamiento de enfermería (Moreno et al, 2020).

Tabla 1.*Constructos identificados en la Teoría de Adopción del Rol Materno*

Constructo	Características
Microsistema	Es inmediato donde se produce la adopción del rol maternal. Incluye la familia y factores relacionados con el funcionamiento familiar, las relaciones entre la madre y el padre, el apoyo social y el estrés. Destaca la importancia del padre en la adopción del rol, ya que este ayuda a “difuminar la tensión en la dualidad madre–niño”. La adopción del rol maternal se consigue en el microsistema por medio de las interacciones con el padre, la madre y el niño.
Mesosistema	Agrupación, influye e interactúa con las personas en el microsistema. Las interacciones del mesosistema pueden influir en lo que ocurre al rol maternal en desarrollo y el niño. Incluye el cuidado diario, la escuela, el lugar de trabajo y otras entidades que se encuentran en la comunidad más inmediata.
Macrosistema	Incluye las influencias sociales, políticas y culturales sobre los otros dos sistemas. El entorno de cuidado de la salud y el impacto del actual sistema de cuidado de la salud sobre la adopción del rol maternal origina el macrosistema. Las leyes nacionales respecto a las mujeres y a los niños y las prioridades sanitarias que influyen en la adopción del rol maternal.

1.4.3 Estadios de la adquisición del rol maternal

De acuerdo a Alvarado et al (2011), existen 3 estadios de la adquisición del rol maternal:

- **Anticipación:** la cual empieza durante la gestación e incluye los primeros ajustes sociales y psicológicos al embarazo. La madre aprende las expectativas del rol,

fantasea sobre él, establece una relación con el feto que está en el útero y se inicia la adopción del rol.

- Formal: empieza cuando el niño nace e incluye el aprendizaje del rol y su activación. Las conductas de rol se orientan por medio de las expectativas formales y consensuadas de los otros en el sistema social de la madre.
- Informal: empieza cuando la madre desarrolla sus propias maneras de realizar el rol no transmitidas por el sistema social. La mujer hace que el nuevo rol encaje en su estilo de vida basándose en experiencias pasadas y en objetivos futuros.
- Personal: o de identidad de rol se produce cuando la mujer interioriza el rol. La madre experimenta un sentimiento de armonía, confianza y competencia en el modo en que lleva a cabo el rol y alcanza el rol maternal.

No cabe duda del gran impacto que tienen las experiencias de la mujer en su cambio al rol de madre y en cómo esto determina la forma en la que criará y educará a su hijo desde lo aprendido con sus propias vivencias y del cómo se siente con esto, es decir, la manera como ha aprendido a enfrentar sus temores y resolver sus problemas se transmitirá a la nueva generación formando su temperamento siendo este fácil o difícil, relacionado con la capacidad del niño de enviar mensajes a su madre difíciles de interpretar así como el enfatizar el papel esencial de los profesionales de la salud para facilitar el proceso de vinculación madre-hijo (Logan, 2025).

1.5. Marco conceptual

Crianza. Acto y la consecuencia de criar: cuidar, alimentar y educar a un ser vivo, o producir o desarrollar algo. El concepto suele aplicarse a la tarea desarrollada por los padres o tutores de un niño durante los primeros años de su vida (Pérez, 2022).

Diada materna. Se trata de un término con el que se viene a dejar patente la estrecha relación y vinculación afectiva que existe entre una madre y su hijo desde que ella lo lleva en su interior y que se ve acrecentada una vez que el bebé nace (Pérez, 2022).

Familia. Es un grupo de personas unidas por el parentesco. Esta unión se puede conformar por vínculos consanguíneos o por un vínculo constituido y reconocido legal y socialmente, como es el matrimonio o la adopción (Enciclopedia concepto, 2020).

Entorno. Se reconocen las redes de apoyo , el entorno en que se desarrolló la madre, en qué ambiente se gesta esa nueva vida, el apoyo de la pareja (Mercer, 2004).

Identidad materna. Tener una visión interiorizada de sí misma como madre. Reconocerse como madre a sí misma y sobre el rol que va a desempeñar, aceptando en sí la responsabilidad y los cambios que esto conlleva (Mercer, 2004).

Lactancia materna. Es la forma óptima de alimentar a los bebés, ya que proporciona los nutrientes que necesitan de forma equilibrada, al tiempo que protege frente a la morbilidad y la mortalidad debido a enfermedades infecciosas (OPS, 2020).

Microsistema. Entorno donde se adopta el rol maternal. Relación entre la madre y el padre, el apoyo social y el estrés. Ramona indica que la presencia del padre ayuda a “difuminar la tensión en la dualidad madre- niño” (Alvarado et al, 2011).

Mesosistema. Estas interacciones se dan en los diferentes entornos donde se desarrolla el rol maternal, ya sea en la escuela, en el trabajo y en otras entidades de la comunidad (Alvarado et al, 2011).

Macrosistema. Leyes e influencias sociales como lo son las políticas respecto a las mujeres y niños (Alvarado et al, 2011).

Neonato. La palabra neonato es compuesta y se integra de dos partes de diferente origen. “Neo” proviene del latín y significa nuevo, mientras que «nato» es latino, originado en “naus” que quiere decir nacido, usado el vocablo para referirse al ser humano recién nacido y hasta el mes de vida. Designa entonces, a la vida nueva, que requiere muchos cuidados y controles médicos continuos a efectos de diagnosticar tempranamente defectos congénitos o problemas originados en el parto, así como también lograr la adaptación eficaz del nuevo integrante de la comunidad a la vida extra uterina (Fingermann, 2011).

Primigesta o primigravida. Mujer que sólo ha estado embarazada una vez (Instituto Bernabeu, 2006).

Recién nacido. Producto de la concepción desde el nacimiento hasta los 28 días de edad (Secretaría de Gobernación [SEGOB], 2016).

Rol materno. La capacidad de una mujer de forjar prácticas de crianza a la altura de las necesidades del hijo, se conoce como construcción del rol maternal, el cual se desarrolla dentro de un contexto que marca las necesidades de adaptación a ese rol (Mercer, 2004).

1.6 Estudios Relacionados

En un reporte de caso Alvarado et al., (2011), evaluaron la adopción del rol maternal de la teorista Ramona Mercer al cuidado de enfermería binomio madre-hijo: en la unidad materno infantil. Se identificó lo importante que es recalcar el cuidado materno perinatal de la profesión de enfermería que ejerce el rol desde diversos campos de acción y en las diferentes etapas de la procreación.

En 2021, Pérez et al, evaluaron la asociación de la adopción al rol materno con el trimestre de embarazo y la etapa de puerperio en mujeres Veraguenses, mediante un estudio retrospectivo. Los autores identificaron que, durante el estadio anticipatorio, la frecuencia más alta de emociones relacionadas al apego fue la ilusión (29%), en el estadio formal fue la preocupación (34%) y en el estadio personal fue la preocupación (41%). Todas las variables, ocupación (fuera del hogar), estado civil (unida), edad del percentil 75 (26 años y menos), raza (caucásica) y nivel educativo (universitario) se asociaron estadísticamente a la adopción del rol materno. Además, los autores identificaron que el vínculo madre – hijo aparece desde el momento de la gestación, existiendo un mayor apego hacia la maternidad y el amor a la vida que se está formando, aunque el adquirir identidad materna en las primíparas puede ser más difícil. Los autores sugieren que este proceso debe ser acompañado por el profesional de Enfermería, requiriéndose un control holístico del estado de salud fisiológico y emocional materno.

En una investigación cualitativa Gamarra Uceda et al., (2021), evaluaron la adopción del rol materno en madres adolescentes primerizas, con diseño estudio caso, la muestra se obtuvo por saturación y redundancia, los autores identificaron el proceso de adopción del rol materno en el grupo de adolescentes participantes del estudio, el que va desde la negación y el miedo, hasta la confrontación con una realidad concreta en el primer encuentro con su bebé, lo que lleva a asumir con responsabilidad su rol y afrontar sus limitaciones para lo que el apoyo familiar y social resulta muy importante.

Herrera Requejo de Ruiz (2021), evaluó la adopción del rol maternal de las madres primerizas en el cuidado del lactante menor de 1 año de un centro materno infantil de Comas, mediante un enfoque cuantitativo, no experimental. Los autores determinaron que el nivel de adopción del rol maternal de las madres primerizas en el cuidado del lactante menor de 1 año de un Centro Materno Infantil de Comas es bajo, ya que la mayoría de las participantes fueron madres jóvenes, para este estudio se abarcó una edad de 14 a 30 años.

Santos-Díaz et al., (2021) evaluaron la validez y confiabilidad de la Escala de Adopción al Rol Materno en madres adolescentes mexicanas, mediante un análisis estadístico descriptivo e inferencial. Utilizaron un diseño secuencial exploratorio. Los autores identificaron que la escala de ARM de Garrido y Marchan es válida y confiable en madres adolescentes mexicanas. Esta herramienta puede fortalecer las intervenciones de enfermería para mejorar resultados de salud.

Cadena Guerrero et al., (2022) evaluaron la adaptación de rol maternal en madres adolescentes y adultas a partir de la teoría de Ramona Mercer, mediante estudios de revisión de literatura, se realizó búsqueda y análisis que incluya el bienestar de ambos individuos de y de la misma manera su entorno, utilizando diferentes variables, los autores identificaron la importancia de la adopción maternal enfocado en las mujeres púrpuras y gestantes ya sean adolescentes o adultas, basándonos en la teoría de Ramona Mercer, demostrando los aspectos que rodearon a las madres durante su proceso, evidenciando cómo los factores externos juegan un papel importante en la adopción, especialmente el apoyo de la pareja y la familia.

Mediante un enfoque cuantitativo Pino Mejía y Jara Bravo, (2023), evaluaron el rol maternal frente al cuidado del recién nacido en madres adolescentes primerizas púrpuras en un hospital materno infantil de Huánuco. Se trató de un estudio de tipo descriptivo, observacional, prospectivo y transversal en donde se evaluaron a una población censal de 117 madres adolescentes, los autores determinaron que el nivel de rol maternal frente al cuidado del recién nacido fue de nivel medio en una gran proporción de la muestra en estudio.

1.7 Operacionalización de las variables

Para esta investigación sobre la adopción al rol materno, se utilizaron variables cualitativas como es estado edad y estado civil de la madre. La variable dependiente es el rol materno y como variables independientes incluimos la edad y el estado civil (Tabla 2).

Tabla 2

Operacionalización de variables sociodemográficas

Variable	Operacionalización	Tipo	Codificación
Edad	Edad de la madre en la aplicación del primer cuestionario y el segundo cuestionario.	Cuantitativa	Ninguna
Estado civil	Estado civil de la madre en la aplicación del primer cuestionario	Cualitativa	1.Soltero 2.Casado 3. Unión libre

Entendemos como rol materno al proceso interactivo que experimenta la mujer durante el proceso para convertirse en madre por medio del vínculo en la familia materna, afrontando cambios que pueden afectar su estado mental, psicológico y físico, donde el apoyo es importante para fortalecer la confianza, seguridad y responsabilidad para consolidar la identidad materna.

Definición operacional. Para identificar el nivel del rol materno se utilizó el instrumento validado de Garrido y Marchán (2011), en su versión para población mexicana, la cual respeta las mismas características de la estructura original. Consta de 54 reactivos que evalúan tres constructos identificados en la Teoría de Adopción del Rol Materno: microsistema, mesosistema y macrosistema (Tabla 3).

Tabla 3*Dimensiones de acuerdo a cada constructo*

Microsistema	Mesosistema	Macrosistema
Aceptación del bebé Ítems: 1-3, 5, 9, 16, 25, 31, 33, 42	Interacción con la pareja respecto al bebé Ítems: 12, 28, 40, 52, 54	Cuidados del bebé Ítems: 4, 7, 22, 34
Contacto con el rol de madre Ítems: 8, 26, 27, 48, 49, 50	Interacción con la familia de origen respecto al bebé Ítems: 10, 36, 45, 46	Conocimiento y cultura relacionados con el bebé Ítems 17, 32, 37, 39
Estimulación del bebé		
Expresiones maternas de afecto hacia el bebé Ítems: 18- 21, 29		
Bienestar del bebé Ítems 11, 13, 14, 30, 38, 41, 53		
Preocupación y protección del bebé Ítems 24, 35, 43, 44, 47		

Nota. Los ítems pueden observarse en el anexo 2

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 224. El nivel de adopción del rol materno puede ser bajo (54 a 180 puntos), medio (181 a 202 puntos) o alto (203 a 224 puntos). Los 54 reactivos evalúan tres constructos identificados en la Teoría de Adopción del Rol Materno, que se distribuyen en 10 dimensiones.

Capítulo II. Metodología

2.1 Diseño del estudio

El presente estudio es de investigación con enfoque cuantitativo, dado que se analizan las variables de forma descriptiva y relacional. Es de tipo observacional, debido a que no se manipuló ninguna de las variables, únicamente se recolectaron de acuerdo a lo comunicado por las madres incluidas en el estudio. De acuerdo a la recolección de datos y al registrarlos al inicio y al final de la etapa neonatal, se trató de una secuencia longitudinal. En cuanto al análisis es relacional, dado que se analizó si la adopción al rol materno se modifica con el inicio o el final de la etapa neonatal y si esto se relaciona con la edad y el estado civil (Sampieri, 2004).

2.2 Población

La población de interés estuvo conformada por madres primigestas en etapa de puerperio en el Hospital General de Huichapan, Hidalgo, en un periodo comprendido entre marzo y junio de 2024.

2.3 Muestreo y muestra

La muestra seleccionada con base en el número de madres durante la etapa del puerperio, con un muestreo no probabilístico por conveniencia, dado que la población es pequeña en el hospital ($n=30$). El muestreo fue por censo en un periodo comprendido entre el mes de marzo a junio del año 2024.

2.4 Criterios de selección

2.4.1 Inclusión:

- Madres mayores de 16 años en etapa de puerperio cuya atención haya sido en el Hospital General de Huichapan, Hidalgo.
- Madres que sean primigestas de recién nacidos que se encontraron en alojamiento conjunto

- Madres que consintieron en participar en la encuesta mediante firma de consentimiento informado. Las madres menores de edad, sus tutores (parejas) firmaron el consentimiento informado y ellas firmaron el asentimiento informado.

2.4.2 Exclusión

- Madres que sean multigestas
- Madres cuyo recién nacido no se encuentren en la etapa neonatal
- Madres en tratamiento con quimioterapéuticos, madres con VIH, enfermedades autoinmunes (Lupus) o enfermedades mentales que puedan afectar el cuidado.
- Madres consumidoras de drogas, entre ellas heroína, cocaína, anfetaminas y marihuana.

2.4.3 Eliminación

- Madre con retiro voluntarios de la investigación
- Madres que no culminan su participación
- Madres con neonatos que fallezcan durante el levantamiento de las encuestas.

2.5 Instrumentos de recolección de datos

Para evaluar el nivel de adopción al rol materno en madres del Hospital General de Huichapan. Se otorgó consentimiento informado (Anexo 1), asentimiento informado (Anexo 2) y se utilizó un instrumento de Garrido y Marchan en su versión para población mexicana (Santos-Díaz et al, 2021). El instrumento consta de 54 reactivos que evalúan tres constructos identificados en la Teoría de Adopción del Rol Materno, se distribuyen en 10 dimensiones y se desglosan como se muestra en la Tabla 4.

Tabla 4*Dimensiones y preguntas de cada constructo*

Constructo Dimensión Ítems	Ítems/Pregunta
Microsistema Aceptación del bebé	<p>1. Prefiero no darle pecho a mi bebé para cuidar la apariencia de mis senos.</p> <p>2. Imito los balbuceos y sonidos que hace mi bebé.</p> <p>3. Estoy dispuesta a cambiar el pañal a mi bebé cada vez que sea necesario.</p> <p>5. Me cuesta aceptar a mi bebé.</p> <p>9. Me siento capaz de salir adelante con mi bebé.</p> <p>16. Pienso que el <i>control del niño sano</i> no es necesario para mi bebé.</p> <p>25. Para mí, dar el pecho a mi bebé es más una obligación que una actividad agradable.</p> <p>31. Cuando le hago cosquillas a mi bebé observo una respuesta de alegría en él.</p> <p>33. Aunque tenga muchas actividades que realizar, siempre me doy tiempo para cuidar a mi bebé.</p> <p>42. Creo que dar el pecho a mi hijo nos une emocionalmente.</p>
Microsistema Contacto con el rol de madre	<p>8. Me cuesta decir que soy madre.</p> <p>26. Cuando mi bebé responde a mis llamados, caricias u órdenes, yo lo abrazo o felicito.</p> <p>27. Me agrada masajear la espalda de mi bebé con mucha delicadeza.</p> <p>48. Trato de ocultar que soy madre porque me avergüenza.</p> <p>49. Creo que otro familiar cuida a mi bebé mejor que yo.</p> <p>50. Terceras personas se encargan de la crianza de mi bebé.</p>
Microsistema Estimulación del bebé	<p>11. Le doy objetos a mi bebé para que los pueda tocar y aprenda a manipularlos.</p> <p>13. Cuando mi bebé llora, le hablo con voz muy baja y susurrando palabras tranquilizadoras.</p> <p>14. Prefiero ser yo quien se encargue del baño de mi bebé.</p> <p>30. Mientras doy el pecho a mi bebé, me gusta acariciarlo.</p> <p>38. Trato de que mi bebé acaricie mi rostro.</p> <p>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.</p> <p>53. Practico con mi bebé ejercicios que le puedan ayudar a su desarrollo.</p>
Microsistema Expresiones maternas de afecto hacia el bebé	<p>18. Cuando le hablo a mi bebé lo hago con palabras cariñosas.</p> <p>19. Cuando juego con mi hijo me gusta que él aprenda algo nuevo.</p> <p>20. Cuando doy pecho a mi bebé me gusta hablarle.</p> <p>21. Me gusta mirar detenidamente a mi bebé para conocerlo mejor</p> <p>29. Prefiero que alguien de mi familia se encargue de alimentar a mi bebé</p>
Microsistema Bienestar del bebé	<p>6. Cuando mi bebé llora dejo lo que estoy haciendo y voy a atenderlo.</p> <p>15. Cuando estaba embarazada pensaba con entusiasmo en el momento en que tendría a mi bebé en brazos dándole pecho.</p> <p>23. El momento de juego con mi bebé es indispensable en mi rutina diaria.</p> <p>51. Si voy por la calle y alguien estornuda cerca, lo primero que hago es cubrir a mi bebé.</p>
Microsistema	<p>24. La salud de mi bebé para mí es muy importante.</p> <p>35. Llevo a vacunar a mi bebé en la fecha programada.</p>

Preocupación y protección del bebé	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. 47. Me preocupo porque alrededor de mi bebé no existan objetos que puedan causarle daño.
Mesosistema Interacción con la pareja respecto al bebé	12. Mi pareja y yo (o la persona que me ayuda) siempre estamos poniéndonos al tanto de las cosas que le pasan al bebé. 28. Mi pareja (o la persona que me ayuda) me recuerda cuando mi bebé debe recibir sus vacunas y asistir al <i>control del niño sano</i> . 40. Mi pareja (o la persona que me ayuda) y yo compartimos los cuidados del bebé. 52. Mi pareja (o la persona que me ayuda) es capaz de hacerse cargo de mi bebé cuando yo no lo puedo hacer. 54. Diariamente mi pareja (o la persona que me ayuda) busca saber cómo está el bebé y coordinarnos acerca de cómo satisfacer sus necesidades.
Mesosistema Interacción con la familia de origen respecto al bebé	10. Mi familia está contenta con el nacimiento de mi bebé. 36. Sé que cuento con el apoyo de mi familia para el cuidado de mi bebé. 45. La forma en que crio a mi bebés muy parecida a como me criaron a mí. 46. Mi familia me aconseja sobre la crianza de mi bebé.
Macrosistema Cuidados del bebé	4. Leo información referente a los cuidados y temas relacionados con mi bebé. 7. Pienso que darle pecho a mi bebé debería ser sustituido por la alimentación en biberón. 22. Me hubiera gustado que mi bebé fuera del sexo opuesto al que nació. 34. Constantemente me informo por redes sociales de cómo cuidar a mi bebé.
Macrosistema Conocimiento y cultura relacionados con el bebé	17. El personal de salud me ha enseñado cuidados que debo tener con mi bebé. 32. Cuando voy a un lugar público hago valer mis beneficios por ser madre y estar con mi hijo en brazos. 37. Prefiero que mi hijo tome biberón a darle el pecho. 39. Tengo la seguridad de que seré una buena madre.

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 224. El nivel de adopción del rol materno puede ser bajo (54 a 180 puntos), medio (181 a 202 puntos) o alto (203 a 224 puntos). En esta investigación, el instrumento presentó una confiabilidad buena, con un valor de un alfa de Cronbach de 0.885.

2.6 Procedimiento de recolección de datos

Se invitó a participar a las mujeres en etapa de puerperio y que cumplieron con los criterios de inclusión, para que puedan participar de forma voluntaria. Se le proporcionó un consentimiento informado por escrito, en donde se les solicitó que contestaran el

instrumento de Garrido y Marchán, en su versión para población mexicana (Santos-Díaz et al, 2021).

Una vez completados los cuestionarios, se solicitó número de contacto para la aplicación del instrumento a los 30 días de haberse aplicado el primero, o algunos de estos cuestionarios fueron aplicados al acudir a la cita al primer mes de vida de los niños en el servicio de pediatría.

2.7 Consideraciones éticas

Dentro de las consideraciones éticas se incluye que siempre durante la investigación se debe evitar que el sujeto de estudio sufra algún daño o siempre evaluar el riesgo-beneficio de cada estudio a realizar

El presente estudio es una investigación que se considera con riesgo mínimo ya que únicamente se obtendrán datos a través de la aplicación de instrumentos a la mujer durante la etapa de puerperio y donde se pretende conocer el nivel de conocimientos sobre el rol materno y los cuidados que se dan en el primer mes de vida y cómo se lleva a cabo el proceso de lactancia materna que aunque sea un tema que siempre se está promoviendo tiene muchas limitantes ya que la capacitación y orientación no ha sido constante y muchas mujeres dejan la lactancia en forma temprana porque no han recibido una buena educación de la misma.

Al realizar esta investigación se cumple con lo establecido dentro del artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud establece en los artículos 44-48 y 52-55 que la investigación en embarazadas y recién nacidos debe garantizar seguridad máxima, riesgo mínimo y consentimiento informado, priorizando siempre la viabilidad del feto y la salud de la madre, ya que dicha investigación no representa algún daño con consecuencia inmediata o tardía para las personas que participen, inclusive se puede decir que es una investigación sin riesgo, ya que ni se realiza ninguna intervención o modificación intencionada, ya que únicamente se aplicaran los instrumentos para valorar el nivel de conocimientos durante la etapa del puerperio al momento del nacimiento y al mes. El consentimiento informado se puede consultar en el Anexo 1 y el asentimiento informado en el Anexo 2.

2.8 Plan de análisis estadístico

La variable de edad se incluyó como continua y se determinó si tenía distribución normal con la prueba de Shapiro-Wilk. La variable de estado civil se categorizó como se indica en la Tabla 3 (operacionalización de variables) y se describe de acuerdo a las frecuencias y porcentajes de cada categoría.

Se determinó la fiabilidad del instrumento mediante la obtención del Alpha de Cronbach. Del instrumento, se sumaron las puntuaciones de todos los ítems, para así generar la variable de nivel de adopción al rol materno en el periodo al inicio y al final de la etapa neonatal. Para contestar los objetivos específicos, se determinaron los puntajes totales del instrumento aplicado al inicio y al final del periodo neonatal. Asimismo, se calcularon los puntajes de microsistema, mesosistema y macrosistema y comparando mediante una prueba de t de muestras relacionadas.

Se analizaron los puntajes del nivel de adopción al rol materno al inicio y al final de la etapa neonatal y se determinó su distribución con la prueba de Shapiro Wilk. Posteriormente se analizaron las diferencias en los puntajes con una t de muestras relacionadas para el puntaje total, microsistema y macrosistema. Se utilizó su relativa no paramétrica (Wilcoxon) para el mesosistema. Se analizó la relación del puntaje del nivel de adopción al rol materno con la edad mediante una correlación de Pearson y con el estado civil al inicio y al final con un análisis de Kruskal-Wallis. Todos los análisis se realizaron en el programa SPSS versión 25.

Capítulo III. Resultados

3.1 Características generales de la población

3.1.1. Estado civil

En la tabla 3 podemos encontrar que la mayoría de las madres encuestadas se encuentra en unión libre ocupando un porcentaje de 63.3%, el 33.3% indicaron estar solteras, mientras que únicamente el 3.3% están casadas.

Tabla 5

Estado civil

Estado civil	Porcentaje
Unión libre	63.3%
Casada	3.3%
Solteras	33.3%
Total	100%

3.1.1 Edad de la madre

Se observó que la edad mínima de las madres encuestadas fue de 16 años, mientras que la madre con mayor edad tenía 34 años, y en conjunto al analizar todas las edades se obtuvo una media de 22.3 años y una desviación estándar de 5.07.

3.2 Pruebas de normalidad

Se aplicó la prueba de Shapiro–Wilk para determinar la distribución de los puntajes de cada sistema (Ver tabla 5). La mayoría de las variables analizadas presentaron una distribución normal, dado que los valores de Shapiro-Wilk fueron mayores a .050. Esto indica que, para estas variables, se pudo aplicar la prueba t de muestras relacionadas para evaluar las diferencias en los puntajes entre las dos aplicaciones. Sin embargo, el mesosistema no presentó una distribución normal (Significancia bilateral < .050). Por lo tanto, en este caso, se utilizó una prueba no paramétrica (como la prueba de Wilcoxon) para analizar los cambios en esas variables.

Tabla 6*Distribución de los puntajes de cada sistema*

Variable	Significancia	Interpretación
Puntaje total	> 0.05	Distribución gaussiana
Microsistema	> 0.05	Distribución gaussiana
Mesosistema	< 0.05	No gaussiana
Macrosistema	> 0.05	Distribución gaussiana

3.3 Análisis de puntajes por sistema

En la Tabla 6 se observan los puntajes del instrumento en su primera y segunda aplicación, obteniendo un aumento del promedio de los puntajes de 2.6 unidades. El constructo en el que aumentó significativamente el puntaje durante la etapa neonatal fue el microsistema, el cual contiene seis dimensiones: aceptación del bebé, contacto con el rol de madre, estimulación del bebé, expresiones maternas de afecto hacia el bebé, bienestar del bebé, preocupación y protección del bebé.

Tabla 7*Comparación de puntajes de cada sistema*

Variable	1ª Aplicación	2ª Aplicación	Diferencia	p-valor	Prueba aplicada
Puntaje total	161.5 ± 17	164.1 ± 10.8	+2.6	0.145	t de muestras relacionadas
Microsistema	110.7 ± 11.7	113.6 ± 7.3	+2.9	0.039	t de muestras relacionadas
Mesosistema	29.5 ± 4.6	28.8 ± 3.8	-0.7	0.229	Wilcoxon
Macrosistema	21.3 ± 2.9	21.7 ± 2.8	+0.4	0.272	t de muestras relacionadas

Nota. Las letras en negritas del valor p (significancia), indican diferencia significativa.

3.4 Nivel de adopción al rol materno

Referente a la adopción al rol materno, categorizada en niveles, encontramos que la mayoría de las madres encuestadas se encuentra con un nivel de adopción bajo (90%). Mientras que en la segunda aplicación (a los 30 días), se encontró que el nivel de adopción aún se mantuvo bajo en su mayoría, e incluso una participante disminuyó su nivel de adopción al rol materno de medio a bajo (Tabla 8).

Tabla 8

Nivel de adopción al rol materno

Nivel	Rango de puntajes	1ª aplicación	2ª aplicación
Bajo	54-180	27 (90%)	28 (93.3%)
Medio	181 – 202	3 (10%)	2 (6.7%)
Alto	203-224	0%	0%

Prueba aplicada: McNemar. Resultado: No se encontraron cambios estadísticamente significativos entre aplicaciones ($p > 0.05$).

3.5 Análisis por sistemas

3.5.1 *Microsistema*

Dentro de las dimensiones que integran el microsistema encontramos que no existe diferencias significativas entre la primera y segunda aplicación, únicamente en la dimensión de bienestar del bebé, con un aumento de 0.4 unidades de puntaje ($p = 0.039$, Tabla 8). En esta dimensión se encuentran los siguientes ítems: cuando mi bebé llora dejo lo que estoy haciendo y voy a atenderlo; cuando estaba embarazada pensaba con entusiasmo en el momento en que tendría a mi bebé en brazos dándole pecho; el momento de juego con mi bebé es indispensable en mi rutina diaria; si voy por la calle y alguien estornuda cerca, lo primero que hago es cubrir a mi bebé.

Tabla 9

Dimensiones del microsistema

Dimensión	1ª aplicación	2ª aplicación	p-valor	Prueba
Aceptación del bebé	26.9 ± 3.6	27.1 ± 2.6	0.613	t de muestras relacionadas
Contacto con rol materno	13 (10–20)	13.4 (10–18)	0.690	Wilcoxon
Expresiones de afecto	16.2 (10–19)	16.6 (14–20)	0.264	Wilcoxon
Bienestar del bebé	12.8 (7-16)	13.2 (8–16)	0.039	t de muestras relacionadas
Protección del bebé	17.8 (12–20)	18.4 (14–20)	0.810	t de muestras relacionadas

Nota. Las letras en negritas del valor p (significancia), indican diferencia significativa.

3.5.2 Mesosistema

Dentro de las dimensiones que pertenecen al constructo de mesosistema no se encontraron diferencias significativas entre las aplicaciones realizadas en los cuestionarios dentro de la etapa neonatal (Tabla 10).

Tabla 10*Dimensiones del mesosistema*

Dimensión	1ª aplicación	2ª aplicación	p-valor	Prueba	Resultado
Interacción con pareja	16.1 ± 3.3	15.6 ± 2.8	0.330	t de muestras relacionadas	NS
Interacción con familia de origen	13.3 (10–16)	13.2 (8–16)	0.392	Wilcoxon	NS

Nota: No se encontraron diferencias significativas en las dimensiones del mesosistema.

3.5.3 Macrosistema

En el constructo de macrosistema no se encontraron diferencias significativas entre sus dimensiones que corresponden a cuidados del bebé o conocimientos y cultura en las diferentes etapas de aplicación del instrumento (Tabla 11).

Tabla 11

Dimensiones del macrosistema

Dimensión	1ª aplicación	2ª aplicación	p-valor	Prueba
Cuidados del bebé	9.3 ± 1.7	9.6 ± 1.9	0.265	t de muestras relacionadas
Conocimiento y cultura	11.9 ± 1.7	12.0 ± 1.6	0.555	t de muestras relacionadas

Nota: Ninguna de las dimensiones del macrosistema mostró cambios estadísticamente significativos.

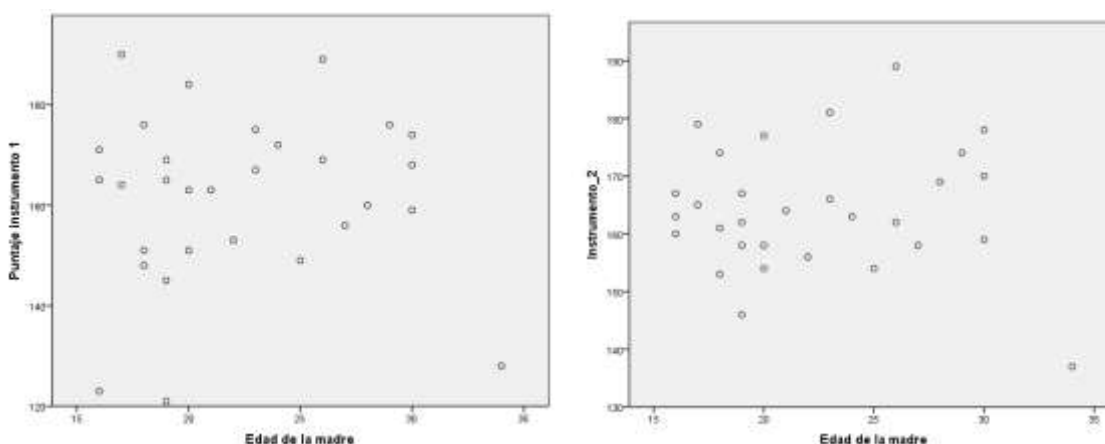
3.6 Relación con los factores socioeconómicos

3.6.1 Edad de la madre

Al analizar si la edad de la madre se asocia con rol materno, tomando la variable de forma continua, no se encontró correlación significativa (Correlación de Pearson $r = 0.033$, $p = 0.86$, Figura 1). Se observa que la edad de la madre no tiene relación con el nivel de adopción materno, en esta encuesta se observó que la mayoría de las madres son jóvenes y que esto no se ha visto que influya en la adopción del rol materno.

Figura 1.

Correlación entre el puntaje del instrumento de adopción al rol materno y la edad de la madre

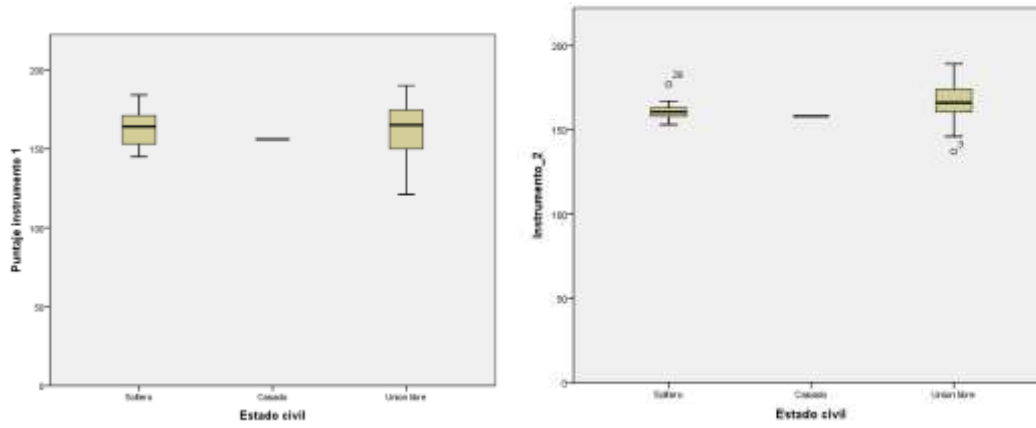


3.6.2 Estado civil

Al analizar el estado civil y el rol materno, no se encontró relación alguna, por lo que son variables independientes que no afectan el tener una buena adopción para el cuidado del recién nacido en la etapa neonatal (Figura 2).

Figura 2

Distribución del puntaje del instrumento de adopción al rol materno de acuerdo al estado civil.



Nota. Significancia > 0.05 , mediante una t de Student, entre solteras versus unión libre.

Capítulo IV. Discusión

4.1 Discusión

El objetivo de este estudio fue evaluar el nivel de adopción al rol materno al inicio y al final de la etapa neonatal en madres primigestas en un Hospital de segundo nivel de atención en Huichapan Hidalgo.

Sin embargo, observamos que el nivel fue bajo en la mayoría de la población en ambas aplicaciones, por lo que no mostró cambios significativos en los niveles de adopción entre la primera y la segunda aplicación. Solo se encontraron cambios significativos en el microsistema total y en la dimensión bienestar del bebé. Los factores sociodemográficos (edad y estado civil) no influyeron en la adopción del rol materno. El nivel bajo de adopción materna podría estar relacionado con falta de información y educación prenatal en las madre o falta de interés por acudir a los programas que se llevan a cabo a lo largo de la etapa de embarazo en este hospital ya que en estos hay muy poca afluencia de mujeres embarazadas

Los resultados del análisis estadístico realizado reflejan que, en general, la percepción y adopción del rol materno durante la etapa neonatal se mantienen estables en la mayoría de las dimensiones evaluadas, con algunas excepciones. Sin embargo, se busca aumentarlo, ya que en nuestra muestra fue bajo el nivel de adopción del rol materno.

En este sentido Sohrabi et al. (2021), reportaron que un programa formativo mejoró la adaptabilidad al rol materno y la autoestima en madres de recién nacidos. Este aumento al rol materno se observó a las dos semanas de haber sido aplicado. Lo interesante sería conocer el efecto de la intervención a largo plazo.

Uno de los hallazgos más relevantes es que únicamente el microsistema mostró un aumento del puntaje, lo cual fue estadísticamente significativo en la dimensión bienestar del bebé, indicando una mejora en el nivel de bienestar percibido por algunas madres en la segunda aplicación. Sin embargo, otras dimensiones del microsistema, como aceptación del bebé, contacto con el rol materno, expresiones de afecto y protección del bebé, no registraron cambios significativos. Esto sugiere que, durante esta etapa, la percepción del bienestar puede ser más susceptible a cambios que otros aspectos del rol materno en el

contexto estudiado, posiblemente por la ventana de tiempo, ya que se ha observado que en estudios donde el análisis de tiempo es más largo existe una mejor adaptación al rol materno, como es el caso de estudio de Song et al., (2020) en donde el análisis duró 12 recopilando los datos de la siguiente manera: el día del ingreso, el día del alta, 4-6 semanas después del parto y 12 semanas después del parto, donde la confianza del rol materno en el grupo experimental aumentó gradualmente con el tiempo. La confianza en el rol materno en el grupo de control también aumentó desde el inicio hasta las 4 a 6 semanas posparto, pero disminuyó abruptamente a las 12 semanas posparto, esto indicó que los resultados indican que el programa de ajuste del rol materno fue eficaz para mejorar la confianza en el rol materno y el éxito de la lactancia materna entre madres primerizas.

Por otro lado, los análisis revelaron que no existieron cambios significativos en las dimensiones del mesosistema y macrosistema, lo que implica que factores sociales y culturales externos, como la interacción con pareja y familia de origen, así como las prácticas relacionadas con los cuidados del bebé, permanecen estables en el tiempo. Esto puede interpretarse como una demostración de la permanencia de ciertas creencias y dinámicas sociales en torno al rol materno en la población estudiada durante la etapa neonatal. Para Forough et al., (2020) el mesosistema, que incluye la comunicación entre familia y los servicios de salud algunas veces puede obstaculizar la adopción al rol materno y el macrosistema se mantiene como un condicionante estructural.

En cuanto a los factores sociodemográficos, no se encontraron correlaciones significativas entre la edad materna o el estado civil y la adopción del rol materno, lo que sugiere que estos aspectos no ejercen un impacto determinante en la percepción o prácticas relacionadas con el rol en esta muestra específica. En los estudios de Khalesis et al (2021), se encontró que factores como la edad materna, educación, apoyo social y programas de apoyo influyen en el grado en el que el rol materno se desarrolla y fortalece en la etapa neonatal. En el caso del presente estudio, no se encontró que estos factores influyeron en que existiera un aumento en la adopción al rol materno, posiblemente porque la población atendida en el hospital, al ser un centro de atención general, pueden no tener diferencias amplias en estos rasgos (edad y estado civil).

Los hallazgos de este estudio permiten plantear importantes consideraciones. Primero que, en ciertos contextos, la adopción del rol materno puede ser relativamente estable en las primeras semanas de vida del bebé, especialmente cuando existen factores culturales que fomentan un rol definido y sólido desde el inicio; y segundo, que los cambios en la percepción y compromiso materno podrían requerir intervenciones específicas o un período de tiempo más extenso para evidenciarse. Song et al.,(2020) implementaron un programa sobre el cuidado del recién nacido, lactancia y consejería familiar en donde se involucra a la pareja, donde la confianza en el rol materno fue aumentando gradualmente con el tiempo al cabo de doce semanas de haber aplicado las intervenciones.

La dimensión donde mas más variaciones se encontraron y mejor adopción se tuvo es en la dimensión de bienestar del bebe en pertenecen los ítems siguiente: cuando mi bebé llora dejo lo que estoy haciendo y voy a atenderlo, cuando estaba embarazada pensaba con entusiasmo en el momento en que tendría a mi bebé en brazos dándole pecho, El momento de juego con mi bebé es indispensable en mi rutina diaria, Si voy por la calle y alguien estornuda cerca, lo primero que hago es cubrir a mi bebé. Todos estos podrían tener una mejor adaptación si se logra un reforzamiento de logros maternos cotidianos como puede ser el aumentar la autoestima materna validando los pequeños logros diarios (“cómo lo calmaste”, “cómo te adaptaste”), otras estrategias podrían ser la capacitación en cuidado del recién nacido: Educación sobre higiene, prevención de enfermedades, seguridad, así como el fortalecimiento del sentido de competencia materna: Mostrar que proteger al bebé también incluye saber cuándo preocuparse y cuándo no, evitando ansiedad excesiva.

4.2 Implicaciones en la práctica de Enfermería neonatal

Es importante tener en cuenta que el nivel de adopción al rol materno es bajo en esta muestra, lo que obliga a establecer intervenciones destinadas a fortalecer el bienestar del bebé, focalizándose en aspectos específicos del microsistema, dado que este fue el único donde se observaron cambios positivos. Además, la estabilidad en otros niveles del sistema social resalta la importancia de considerar las influencias culturales y sociales en el desarrollo del rol materno.

4.3 Limitaciones y Recomendaciones

Es importante considerar que los resultados corresponden a una muestra específica y a un período de tiempo reducido. Sería recomendable ampliar el estudio longitudinalmente y en distintos contextos sociales para confirmar estas tendencias y explorar otros posibles factores que puedan influir en la adopción del rol materno.

Existen intervenciones que pueden estar dirigidas para incrementar el nivel de adopción al rol materno. El nivel de adopción del rol materno reportado en estudios en entornos con mayor intervención o apoyo psicológico indica que la adopción del rol materno puede mejorar significativamente con programas específicos, promoviendo niveles medios o altos de participación

4.4 Conclusión

El nivel de adopción al rol materno es bajo en una muestra de mujeres primigestas de un hospital General regional, mismo que no cambia a través de la etapa neonatal. Esto constituye un área de oportunidad para que el personal de enfermería desarrolle estrategias dirigidas en la adopción al rol materno en mujeres jóvenes, con la finalidad de fortalecerlo para garantizar el bienestar del binomio madre-hijo.

Referencias

- Alvarado, L., Guarín, L., y Cañón-Montañez, W. (2011). Adopción del rol maternal de la teórica Ramona Mercer al cuidado de enfermería binomio madre-hijo: reporte de caso en la Unidad Materno Infantil. *Revista Cuidarte*, 2(1), 195-201. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v2i1.57>
- Cadena Guerrero, B., Durán Cáceres, J. y Mendoza Navarro, L. (2022). Adaptación de Rol materno en madres adolescentes y adultas a partir de la teoría de Ramona Mercer. Universidad Cooperativa de Colombia, Facultad de Ciencias de la Salud, Enfermería, Bucaramanga. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12494/46898>
- Enciclopedia Concepto. (2026, 1 de febrero). *Familia*. Equipo editorial, Etecé. <https://concepto.de/familia/>
- Fingermann, H. (14 de noviembre de 2011). Concepto de neonato. Deconceptos.com. Actualizado el 17 de enero de 2023. <https://deconceptos.com/ciencias-naturales/neonato>
- Forough. (2020). La adopción del rol materno . *CUE*, 15.
- Gamarra Uceda, L. M. (2021). Adopción del rol materno en madres adolescentes primerizas. [Tesis de grado, *Universidad nacional Pedro Ruiz Gallo*]. ALICIA, CONCYTEC.
- Garrido-Hidalgo, MC., Marchán-Coronado, M. (2011). Adopción del rol materno en madres adolescentes primerizas según grupo de convivencia. *Rev. Psicol.* 13(1): 11-28. <https://bit.ly/3uTqu9H>
- Guerra Ramirez, M & Muñoz de Rodríguez, L. (2013). Expresiones y comportamientos de apego madre-recién nacido hospitalizado en Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal. *Enfermería Universitaria*. 10. 84-91. 10.1016/S1665-7063(13)72633-2.

- Herrera Requejo de Ruiz, E. (2021). Adoption of the maternal role of new mothers in the care of infants under 1 year of age in a maternal-child center in Comas, 2020. Universidad Privada Norbert Wiener. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.13053/5399>
- Instituto Bernabeu (2006). Diccionario Ginecológico. Obtenido de: <https://www.institutobernabeu.com/es/diccionario-ginecologico/primigravida/>
- Khalesi, B. (2021). Determinantes de la adaptación del rol materno en madres con neonatos prematuros. *National Center for Biotechnology Information*, 10.
- Logan, R. (07 de 03 de 2025). Ramona Mercer Maternal Role Attainment Theory. Obtenido de Studyingnurse: <https://studyingnurse.com/nursing-theory/ramona-mercero-maternal-role-attainment-theory/>
- Mercer R. T. (2004). Becoming a mother versus maternal role attainment. *Journal of nursing scholarship : an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*, 36(3), 226–232. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2004.04042.x>
- Mercer R. T. (2006). Nursing support of the process of becoming a mother. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing*, 35(5), 649–651. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2006.00086.x>
- Moreno, C., Cruz, A. y Monroy, N. (2020). Convertirse en madre durante la adolescencia: transiciones en el rol materno. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*. 22. 10.11144/Javeriana.ie22.cmda.
- Murad, R. (07 de 07 de 2018). *Profamilia* . Obtenido de Profamilia : <https://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2025/03/2018-Murad-Determinantes-del-embarazo-preprint.pdf>
- OPS. (2020). *Semana Mundial de la Lactancia Materna*. Obtenido de Organización Panamericana de la Salud: <https://www.paho.org/es/campanas/semana->

mundial-lactancia-materna-

2020#:~:text=La%20lactancia%20materna%20mejora%20la%20salud%20de,y%20la%20mortalidad%20debido%20a%20enfermedades%20infecciosas.

Organización Panamericana de la Salud [OPS] (31 de 01 de 2022). *La OPS lanza campaña sobre la importancia del cuidado de los recién nacidos durante los primeros 28 días de vida*. Obtenido de OPS:

<https://www.paho.org/es/noticias/31-1-2022-ops-lanza-campana-sobre-importancia-cuidado-recien-nacidos-durante-primeros-28>

Pérez, J. (2022). *Crianza*. Obtenido de Definición. DE: <https://definicion.de/crianza/>

Pérez, M., Morales, L., Núñez, M., Tevera, Y. y González, I. (2021). Estadios de la adopción del rol materno de la teorista Ramona Mercer: asociación con el trimestre del embarazo y la etapa del puerperio de un grupo de mujeres veraguenses, 2019. *Revista de Iniciación Científica*. 6. 10.33412/rev-ric.v6.0.3132.

Pino Mejia, A.L., y Jara Bravo, R. D. (2023). Rol maternal frente al cuidado del recién nacido en madres adolescentes primerizas puérperas en un Hospital Materno Infantil de Huánuco. Obtenido de: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UNHE_c6b30b1fa42e3b9475b3140ec1a1631b

RUIZ, H. R. (2021). ADOPCIÓN DEL ROL MATERNAL DE LAS MADRES. *UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER*, 55.

Sampieri, H. (2004). Metodología de la Investigación. Obtenido de McGraw-Hill Interamericana. <https://nodo.ugto.mx/wp-content/uploads/2017/03/Metodologia-de-la-Investigacion.pdf>

Santos-Díaz, M.L., Pérez-Calderón, D.M., Lozada-Perezmitre, E., Ramírez-Girón, N., y Landeros-Olvera, E.. (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>

Secretaría de Gobernación [SEGOB]. (07 de 04 de 2016). *NORMA Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y. Obtenido de Diario Oficial :*
<https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/512098/NOM-007-SSA2-2016.pdf>

Sohrabi, M. (2021). El efecto de un programa de entrenamiento sobre la adaptación del rol maternal y la autoestima de madres con bebés prematuros: un estudio cuasi-experimental. *BMC Salud de la Mujer*, 12.

Song. (2020). El impacto de la atención de enfermería basada en la teoría de la transición en el desempeño del rol maternal y la autoeficacia parental en mujeres primíparas: un estudio controlado aleatorizado. *BMC*, 12.

Utrilla Rojo, A.C., Sellán Soto, M. C., Ramos Cruz, A., y Mateo Martínez, G. (2018). La relación enfermera - padres - neonato desde la perspectiva enfermera. *Revista Cubana de Enfermería*, 34(3)
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192018000300009&lng=es&tlng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192018000300009&lng=es&tlng=es)

Anexos

Anexo 1. Consentimiento Informado

Carta de consentimiento informado

Título de proyecto: Medición de la adopción al rol materno durante la etapa neonatal en madres primigestas en hospital de segundo nivel de atención

Nombre del Investigador Principal: Gabriela Hernandez Angeles

Director del proyecto: Angélica Saraí Jiménez Osorio

Introducción/Objetivo del proyecto de investigación

Le invitamos a participar en el presente proyecto de investigación, el cual es desarrollado en el Hospital General de Huichapan en colaboración con la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. El propósito del presente estudio es analizar los factores que pueden apoyarle o ser un impedimento para su etapa inicial como madre en el primer mes de su bebé.

Le invitamos a que participe en este estudio porque cumple con los criterios de ser madre por primera vez, fue atendida en este hospital y su bebe se encuentra entre los 0 a los 28 días de vida. Si Usted decide participar en el estudio, es importante que considere la información presentada en este documento. Siéntase libre de preguntar cualquier asunto que no le quede claro.

Procedimientos:

El presente estudio se realizará en una población de madres primigestas (primera vez) que están por iniciar el rol materno y que en muchas ocasiones se requieren los conocimientos precisos para llevar una lactancia materna exclusiva, los cuidados que debe de tener el recién nacido, el cómo se siente al tener la responsabilidad de cuidar a un bebe y que tan satisfecha se siente en cómo lleva este rol.

Este proyecto contribuirá a que contemos con las herramientas para apoyarle en esta nueva etapa y se sienta fortalecida con su entorno, incluyendo familia, para el adecuado crecimiento de su bebé.

Por eso durante este estudio se aplicará un cuestionario en donde se valorará 3 entornos que rodean al recién nacido como son: la madre, la interacción que se tiene con la pareja y la familia o la comunidad alrededor de ese recién nacido. Este cuestionario consta de 56 preguntas en donde usted contestará si está totalmente de acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo o totalmente en desacuerdo con cada pregunta que vaya contestando

Posteriormente a la aplicación de ese cuestionario se realizará el análisis de que tanto apego existe en las madres y posteriormente a los 28 días se contactará para la realización del cuestionario nuevamente y se pueda conocer si el rol materno ha cambiado, se ha fortalecido o sigue igual al del primer cuestionario.

Su participación consistirá en:

- Para el presente estudio se utilizó el instrumento de Garrido y Marchán en su versión para población mexicana, consta de 56 preguntas
- La entrevista y aplicación de cuestionario dura alrededor de 30 minutos
- La entrevista será realizada durante su estancia en el hospital general durante la etapa del posparto y al egreso del mismo a los 28 días de nacimiento del bebe.
- En cualquier caso, usted podrá interrumpir la entrevista.

Posibles riesgos

La presente investigación no presenta riesgos ya que únicamente consta de la aplicación de cuestionarios.

Posibles beneficios de la participación en el estudio

No hay un beneficio directo por su participación en el estudio, sin embargo, si usted acepta participar, estará colaborando para conocer el nivel de adopción al rol materno y conocer con ello que tanto las madres conocen y aplican los cuidados adecuados y un apego efectivo a un recién nacido.

Confidencialidad de la información

Toda la información que Usted nos proporcione para el estudio será de carácter estrictamente confidencial, será utilizada únicamente por el equipo de investigación del proyecto y no estará disponible para ningún otro propósito. Usted será identificado(a) con un número y no con su nombre. Los resultados de este estudio serán publicados con fines científicos, pero se presentarán de tal manera que no podrá relacionarse con sus datos de identidad personal.

Participación Voluntaria/Retiro

Su participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de negarse a participar o de retirar su participación del mismo en cualquier momento. Su decisión de participar o no en el estudio no implicará ningún tipo de consecuencia o afectará de ninguna manera el trato hacia usted en esta institución.

Costo de la participación y compensación

La participación en el estudio no tendrá costo alguno.

Compensación por la participación

No recibirá pago económico por su participación en este estudio.

Compensación por daño

El presente estudio no presenta daños para los participantes

Protección de datos

El/La investigador/a principal de este estudio, Lic Gabriela Hernandez Angeles/ Dra. Angélica Sará Jiménez Osorio, son responsable del tratamiento y resguardo de los datos personales que nos proporcione. Los datos personales que les solicitaremos serán utilizados exclusivamente para las finalidades expuestas en este documento. Usted puede solicitar la corrección de sus datos o que sus datos se eliminen de nuestras bases o retirar su consentimiento para su uso. En cualquiera de estos casos les pedimos dirigirse al

investigador responsable del proyecto a la siguiente dirección de correo electrónico:
gabyss300493@gmail.com

Respuesta a sus preguntas sobre el estudio

Usted puede hacer preguntas sobre este documento de información o sobre el estudio en cualquier momento. Puede comunicarse con el responsable del estudio, investigador o personal involucrado en el estudio para comentar cualquier pregunta o inquietud. Para obtener respuestas a las preguntas relacionadas con la investigación y para informarse sobre los riesgos asociados con el estudio o para obtener información sobre los procedimientos de investigación, puede comunicarse con L.E. Gabriela Hernandez Angeles con número de teléfono 7711441071 y correo gabyss300493@gmail.com

Si tiene preguntas sobre los derechos de su hijo como sujeto de investigación, puede comunicarse con con L.E. Gabriela Hernandez Angeles con número de teléfono 7711441071

Si usted acepta participar en el estudio, le entregaremos una copia de este documento que le pedimos sea tan amable de firmar.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Este documento ha sido cuidadosa y completamente leído por mí. Tache el recuadro en caso de que así se haya hecho:

- Recibí información sobre los objetivos, la naturaleza del estudio clínico, la información sobre el medicamento, su eficacia y seguridad esperadas, los beneficios y el riesgo de participar en un estudio clínico, sobre mis derechos y responsabilidades.
- Tuve la oportunidad de comentar todas mis preguntas con el investigador que conduce el estudio.
- **Doy mi consentimiento para participar en el estudio:** “Medición de la adopción al rol materno durante la etapa neonatal en madres primigestas en hospital de segundo nivel de atención”
- Me han informado que tengo el derecho de rechazar mi participación en el estudio en cualquier momento sin tener alguna repercusión por ello.
- He recibido una copia firmada y fechada de este documento.

Nombre del participante _____

Firma: _____

Fecha: _____

Nombre del Testigo 1

Firma:

Fecha:

Relación del Testigo 2 con el paciente:

Nombre del Testigo 2:

Firma del testigo 2:

Fecha:

Relación del Testigo 2 con el paciente:

Gabriela Hernandez Angeles

Nombre del Investigador

Teléfono: 7711441071

Anexo 2 carta de asentimiento

Asentimiento informado para madres mayores de 16 años

Título de proyecto: Medición de la adopción al rol materno durante la etapa neonatal en madres primigestas en hospital de segundo nivel de atención

Nombre del Investigador Principal: Gabriela Hernandez Angeles

Director del proyecto: Angélica Saraí Jiménez Osorio

Introducción/Objetivo del proyecto de investigación

Le invitamos a participar en el presente proyecto de investigación, el cual es desarrollado en el Hospital General de Huichapan en colaboración con la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. El propósito del presente estudio es analizar los factores que pueden apoyarle o ser un impedimento para su etapa inicial como madre en el primer mes de su bebé.

Le invitamos a que participe en este estudio porque cumple con los criterios de ser madre por primera vez, fue atendida en este hospital y su bebe se encuentra entre los 0 a los 28 días de vida. Si Usted decide participar en el estudio, es importante que considere la información presentada en este documento. Siéntase libre de preguntar cualquier asunto que no le quede claro.

Procedimientos: En este estudio se aplicará un cuestionario en donde se valorará 3 entornos que rodean al recién nacido como son: la madre, la interacción que se tiene con la pareja y la familia o la comunidad alrededor de ese recién nacido. Este cuestionario consta de 54 preguntas en donde usted contestará si está totalmente de acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo o totalmente en desacuerdo con cada pregunta que vaya contestando

Posteriormente a la aplicación de ese cuestionario se realizará el análisis de que tanto apego existe en las madres y posteriormente a los 28 días se contactará para la realización del cuestionario nuevamente y se pueda conocer si el rol materno ha cambiado, se ha fortalecido o sigue igual al del primer cuestionario.

Posibles riesgos. La presente investigación no presenta riesgos ya que únicamente consta de la aplicación de cuestionarios.

Posibles beneficios de la participación en el estudio. No hay un beneficio directo por su participación en el estudio, sin embargo, si usted acepta participar, estará colaborando para conocer el nivel de adopción al rol materno y conocer con ello que tanto las madres conocen y aplican los cuidados adecuados y un apego efectivo a un recién nacido.

Confidencialidad de la información. Toda la información que Usted nos proporcione para el estudio será de carácter estrictamente confidencial, será utilizada únicamente por el equipo de investigación del proyecto y no estará disponible para ningún otro propósito. Usted será identificado(a) con un número y no con su nombre. Los resultados de este estudio serán

publicados con fines científicos, pero se presentarán de tal manera que no podrá relacionarse con sus datos de identidad personal.

Participación Voluntaria/Retiro. Su participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de negarse a participar o de retirar su participación del mismo en cualquier momento. Su decisión de participar o no en el estudio no implicará ningún tipo de consecuencia o afectará de ninguna manera el trato hacia usted en esta institución.

Costo de la participación y compensación. La participación en el estudio no tendrá costo alguno.

Compensación por la participación. No recibirá pago económico por su participación en este estudio.

Compensación por daño. El presente estudio no presenta daños para los participantes.

Protección de datos. La Lic Gabriela Hernandez Angeles y la Dra. Angélica Saraí Jiménez Osorio, son responsables del tratamiento y resguardo de los datos personales que nos proporcione. Los datos personales que les solicitaremos serán utilizados exclusivamente para las finalidades expuestas en este documento. Usted puede solicitar la corrección de sus datos o que sus datos se eliminen de nuestras bases o retirar su consentimiento para su uso. En cualquiera de estos casos les pedimos dirigirse al investigador responsable del proyecto a la siguiente dirección de correo electrónico: gabyss300493@gmail.com

Respuesta a sus preguntas sobre el estudio

Usted puede hacer preguntas sobre este documento de información o sobre el estudio en cualquier momento. Puede comunicarse con el responsable del estudio, investigador o personal involucrado en el estudio para comentar cualquier pregunta o inquietud. Para obtener respuestas a las preguntas relacionadas con la investigación y para informarse sobre los riesgos asociados con el estudio o para obtener información sobre los procedimientos de investigación, puede comunicarse con L.E. Gabriela Hernandez Angeles con número de teléfono 7711441071 y correo gabyss300493@gmail.com

Si tiene preguntas sobre los derechos de su hijo como sujeto de investigación, puede comunicarse con L.E. Gabriela Hernandez Angeles con número de teléfono 7711441071

Si usted acepta participar en el estudio, le solicitamos que indique su nombre, fecha y firma:

Testigos (nombre, fecha, firma y relación):

Anexo 3 Cuestionario de adopción al rol materno



ESCALA DE ADOPCIÓN DEL ROL MATERNO (Garrido y Marchan, 2011)

Nombre: _____ Edad: _____

Domicilio: _____ Número de teléfono: _____

Escolaridad: _____ Estado Civil: _____ Fecha de nacimiento: _____

Sexo: _____

INSTRUCCIONES: A continuación, encontrará una lista de afirmaciones respecto a su experiencia como madre. Deberá elegir, marcando con una (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. Lamento 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 <i>control del niño sano</i> 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 <i>control del niño sano</i> .				
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 crío 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.				

GRACIAS