



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado

Tesis

*“Adopción del Rol Materno y su relación con el Estrés
Parental en madres de recién nacidos prematuros
hospitalizados”*

Presenta:

E. E. P. Jhoanna Berenice Góchez Becerra

Para Obtener el Grado de
Maestra en Enfermería

Octubre, 2025



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado

Tesis
***“Adopción del Rol Materno y su relación con el Estrés
Parental en madres de recién nacidos prematuros
hospitalizados”***

Presenta:

E. E. P. Jhoanna Berenice Góchez Becerra

Para Obtener el Grado de
Maestra en Enfermería

Directora de Tesis:

DCE. Gudelia Nájera Gutiérrez

Octubre, 2025

Tesis: Adopción del Rol Materno y su relación con el Estrés Parental en madres de recién nacidos prematuros hospitalizados.

Número de registro: N°SIEP/BIO/INV/151/2024

Revisores e Integrantes del Jurado de Examen Profesional

DCE. Gudelia Nájera Gutiérrez
Presidente

DCE. María Claudia Morales Rodríguez
Secretario

MCE. Rosa María Teresa Tlalpan Hernández
Vocal 1

MCE. Brenda Reséndiz Maldonado
Vocal 2

DCE. Gudelia Nájera Gutiérrez
Director de Tesis

DCE. Francisco Javier Báez Hernández
Director de la Facultad de Enfermería

ME. Miguel Ángel Zenteno López
**Secretario de Investigación y Estudios de
Posgrado**

Agradecimientos

En primera instancia quiero agradecer a mi madre María del Rayo y mi hermana Karen quienes sin duda han sido un pilar importante para que yo realice mis metas, siempre apoyadme dando aliento y creyendo en mí, así como aguantar mis días malos de estrés y cansancio, siempre estando a mi lado en todo momento, a mis hermanas Brenda y Belén por a pesar de la distancia siempre estar presentes en los momentos importantes, y sin duda alguna a mis pequeños compañeros de desvelos mis hijos gatunos, Cocoa, Kimy, Arthem, Mila, Penny, Binxs, Bastián, Amelie, Penélope, Moira, Cedric siempre aguantándome durante noches largas sin duda alguna una de mis motivación, a mis compañera de camino y de vida Johana Varela quien sin duda a sido un gran apoyo mi mamá postiza, a mis compañeras dé cada una siempre recibí una linda palabra y un apoyo durante estos dos años.

No menos importante a mi asesora de tesis DCE. Gudelia Nájera Gutiérrez siempre creyendo en este trabajo junto conmigo, así como siempre ayudándome a mejorarlo y a creer en este proyecto, así como las MCE. María Claudia, MCE. Rosario Tlalpan y MCE. Brenda Reséndiz quienes siempre con cada observación han contribuido a la mejora de este trabajo, del mismo modo a mi asesora DCE Nora Hernández quien durante mi estancia de investigación a pesar de sus ocupaciones dedico tiempo a contribuir de manera significativa a este trabajo y me ayuda a quererlo aún más.

Gracias a la universidad y a la facultad por haberme formado como profesional desde la licenciatura por lo cual me siento orgullosa de formar parte de esta, me llevo aprendizajes no solo profesionales si no para el día a día.

Dedicatoria

Como todos mis logros en la vida a mi madre María del Rayo quien me ha enseñado siempre a ser fuerte y siempre luchar, mi ejemplo de una gran mujer, todo lo que hago es para ti mamá, a mi hermana Karen siempre mi compañera de vida quien parece mi mamá pequeña me cuida y me procura, siempre ser la tía más amorosa para mis hijos gatunos, a mis hermosos peludos gatunos los grandes amores de mi vida, y sin duda me lo dedico a mí por aguantar las jornadas laborales y escolares juntas por no rendirme aunque hubo muchos momentos en que quise hacerlo, siempre tratando de mejorar para ser la mejor enfermera para mi pacientes neonatos.

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
1.1 Planteamiento del Problema	1
1.1.1 Pregunta de Investigación	7
1.2 Marco Teórico	7
1.2.1 Estructura Conceptual Teórico Empírica	13
1.3 Estudios Relacionados	15
1.4 Definición de Términos.	22
1.4.1 Definición Conceptual	22
1.4.2 Definición Operacional	23
1.5 Objetivo General	23
1.5.1 Objetivos específicos	23
Capítulo II	
Metodología	25
2.1 Diseño	25
2.2 Población	25
2.3 Muestreo y Muestra	25
2.4 Criterios de Selección	25
2.4.1 Inclusión	26
2.4.2 Exclusión	26
2.4.3 Eliminación	26
2.5 Instrumentos	26
2.5.1 Cédula de Datos Generales	26
2.5.2 Escala de Adopción del Rol Materno.	27
2.5.3 Escala de Estrés Parental: UCIN.	28
2.6 Procedimiento	29
2.7 Ética del Estudio	30
2.8 Plan de análisis estadístico	33
Capítulo III	

Resultados	34
3.1 Características sociodemográficas de la población de estudio	34
3.2 Características de los recién nacidos prematuros hospitalizados.	35
3.3 Análisis descriptivo de la variable Adopción del Rol Materno.	36
3.4 Análisis descriptivo de la variable Estrés Parental: Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.	37
3.5 Confiabilidad de Instrumentos.	38
3.6 Prueba de Normalidad	38
3.7 Prueba Estadística No Paramétrica para Correlación Rho de Spearman.	38
3.8 Correlación entre ARM Dimensión Aceptación del Bebé y EP Dimensión Rol Parental	40
3.9 Correlación entre la ARM dimensión Expresiones Maternales de afecto hacia el bebé y Estrés Parental dimensión Rol Parental	41
3.10 Correlación ARM dimensión Preocupación y Protección del Bebé y Estrés Parental dimensión Apariencia, Tratamiento y Comportamiento.	42
Capítulo IV	
4.1 Discusión	43
4.2 Limitaciones	45
4.3 Conclusión	46
4.4 Recomendaciones	46
Referencias	48
Apéndices	
Apéndice A. Carta de Consentimiento Informado	55
Apéndice B. Cedula de Datos Sociodemográficos	58
Apéndice C. Escala de Adopción del Rol Materno.	59
Apéndice D. Escala de Estrés Parental: Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (PSS: NICU)	62

Contenido	Página
Lista de tablas	
Tabla 1. Características sociodemográficas de las madres de recién nacidos prematuros hospitalizados.	35
Tabla 2. Características de los recién nacidos prematuros hospitalizados.	36
Tabla 3. Nivel de Adopción del Rol Materno.	37
Tabla 4. Nivel de Estrés Parental: UCIN	37
Tabla 5. Prueba de Normalidad.	38
Tabla 6. Matriz de correlaciones Escala de Adopción del Rol Materno y Escala de Estrés Parental.	39
Tabla 7. Matriz de correlaciones ARM Microsistema- Dimensión Aceptación del Bebé, Escala de Estrés Parental Dimensión- Rol Parental	40
Tabla 8. Matriz de correlaciones ARM Microsistema- Dimensión Expresiones maternas de afecto hacia el bebé, Escala de Estrés Parental Dimensión- Rol Parental	41
Tabla 9. Matriz de correlaciones ARM Microsistema- Dimensión Preocupación y Protección del bebé, Escala de Estrés Parental Dimensión- Apariencia, Tratamiento y Comportamiento del Bebé.	42
Lista de Figuras	
Figura 1. Modelo de Adopción del Rol Materno, Ramona Mercer (1991)	13
Figura 2. Estructura Conceptual Teórico Empírica	14
Figura 3. Ubicación en la Teoría	21

Resumen

Candidato para el Grado de:	Maestra en Enfermería
Fecha de Graduación:	Mayo 2025
Universidad:	Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad:	Facultad de Enfermería
Título de las Tesis	Adopción del Rol Materno y su relación con el Estrés Parental en madres de recién nacidos prematuros hospitalizados
Número de páginas	65

Introducción: La maternidad es una transición que agrega a la vida de la madre nuevos roles y responsabilidades, después del parto la madre debe encajar en el rol materno en el cual la mujer utiliza sus conocimientos, habilidades y destrezas para adaptarse a los aspectos, físicos, psicológicos y sociales (Shrestha et al., 2018), por lo cual se analizó la relación que existe entre la Adopción del Rol Materno y el Estrés Parental en madres de recién nacidos prematuros hospitalizados, mediante el modelo teórico de Ramona Mercer (1991). **Objetivos:** El objetivo de la presente investigación es determinar si existe un relación entre la Adopción del Rol Materno y el Estrés Parental en madres de recién nacidos prematuros hospitalizados, **Metodología:** Estudio Cuantitativo, Transversal y descriptivo. muestra tipo censal, muestreo por conveniencia, madres que cumplan criterios de inclusión y firmen el consentimiento informado, se aplicó una Cedula de datos sociodemográficos, Escala de Adopción del Rol Materno (Santos et al, 2021) con un Alfa de .82, la Escala de Estrés Parental: UCIN (Domínguez y Cortés, 2019) con un Alfa .94. **Resultados:** Con respecto a los datos sociodemográficos de las madres, edad predominó 18 a 24 años con un 48 %, unión libre con un 42.7%, secundaria con un 48%, Gesta 1 con un 40 %, respecto a la Adopción del Rol Materno la mayor parte de las madres en un nivel Bajo con un 54.7%. Estrés Parental presento un predominio en el nivel Moderadamente estresante 49.3%, en cuanto a la correlación Rho de Sperman tuvo coeficiente de correlación de .359 y una significancia bilateral $p = .002$ indicando que existe una relación entre ambas variables. **Conclusión:** Esta investigación permitió dar respuesta a el objetivo general planteado, dichos hallazgos indica que a medida que el tener a un recién nacido prematuro hospitalizado dificulta la Adopción del Rol Materno, debido a la separación que existe debido a sus condiciones clínicas y del mismo modo incrementa los niveles de Estrés Parental, ya que la hospitalización del recién nacido, sumada a la condición prematurez, representa un desafío importante para las madres.

Palabras Clave: Adopción del Rol Materno, Estrés Parental

Firma del director de Tesis: DCE. Gudelia Nájera Gutiérrez

Capítulo I

Introducción

1.1 Planteamiento del Problema

Las mujeres que han decidido convertirse en madres pasan por un proceso en el cual experimentan múltiples sentimientos y emociones, entre ellos se encuentra el vínculo y el amor por su hijo, ya que convertirse en madre engloba procesos en los que la madre interioriza la adopción del rol materno (Martínez et al. 2022), la maternidad es una transición que agrega a la vida de la madre nuevos roles y responsabilidades, después del parto la madre debe encajar en el rol materno en el cual la mujer utiliza sus conocimientos, habilidades y destrezas para adaptarse a los aspectos, físicos, psicológicos y sociales (Shrestha et al., 2018), debido a que el embarazo puede ser considerado un etapa que genera temor y la ansiedad en la madre, derivados de las preocupaciones que experimenta debido a su cambio de rol generando estrés en la madre, lo cual a su vez incrementa el riesgo de sufrir un parto prematuro y repercute de manera significativa en la salud de la madre y el hijo (León et al., 2023).

De tal manera que durante este proceso de adaptación la madre podría enfrentarse a diversos factores que influyan en su manera de adecuarse a su nuevo rol entre los cuales pueden encontrarse los factores que provocan un nacimiento prematuro, los cuales pueden ser identificados antes del embarazo, en la concepción y durante la gestación, las causas pueden ser fetales, sociales y iatrogénicas (Montero A. et al., 2019).

Las enfermedades maternas pueden ser generales y ginecobstetricas, dentro de las generales se citan las infecciones graves, endocrinopatías, cardiopatías, hepatopatías, nefropatías, tabaquismo en ingestión de otras drogas, anemias y hemoglobinopatías. Dentro de las causas ginecobstetricas se citan la edad materna extrema (adolescente o añosa), multiparidad, alteraciones cervicales, miomas

uterinos, corioamnionitis, placenta previa y hematoma retro placentario. Causas fetales: gemelaridad que representa el 20 % de los nacimientos prematuros, malformaciones congénitas y cromosomopatías, en este mismo sentido se encuentran causas sociales entre las cuales se encuentra el bajo nivel socioeconómico, el bajo ingreso familiar, grado educativo bajo, estado civil soltera y sin empleo y como causas Iatrogénicas se resaltan la inducción precoz del parto o cesáreas electivas por enfermedades maternas generales con mala apreciación de la edad gestacional, la depresión materna, el estrés previo al embarazo, la mala alimentación, la fertilidad asistida y la enfermedad periodontal (Montero A. et al., 2019).

La prematuridad es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023) como el nacimiento que ocurre antes de completarse las 37 semanas o antes de 259 días de gestación, dentro de la prematuridad se distinguen grados, que se establecen en función de las semanas de gestación (SDG) y se clasifican en extremadamente prematuros menores de 28 SDG, muy prematuros entre 28 -31 SDG, moderadamente prematuros de 32 a 36 SDG, en este grupo se encuentran un subgrupo denominado “prematuros tardíos” de 34 a 36 SDG, debido a su estado de prematuridad en los recién nacidos no solo implica una causa importante de muerte, sino también lo es de otros eventos adversos, como son las alteraciones fisiológicas y del neurodesarrollo, complicaciones respiratorias, oftalmológicas, cardíacas, gastrointestinales, metabólicas e inmunológicas entre otras.

La OMS en el año 2023 menciona que nacieron 13.4 millones de niños prematuros a nivel mundial, en México la Secretaría de Salud (SS, 2022), menciona que cada año nacen de forma prematura 200 mil bebés; a su vez la Secretaría de Salud en el año 2019 reporta que la ciudad de Puebla ocupa el lugar 23 en la escala nacional de presencia de prematurez, ya que durante el año 2019 un total de 5 mil 490 nacimientos, 1.040 fueron menores a 37 semanas de gestación.

En este sentido el parto prematuro implica un fuerte impacto no solo en la madres si no también en su entorno familiar, debido a que al tener un recién nacido que requiere de apoyo

médico para sobrevivir y la madre no ha tenido contacto con él, y no se ha iniciado un vínculo entre madre e hijo, lo cual provoca que la madre tenga diversas vivencias durante la hospitalización de su hijo, ya que la adopción al rol materno es un proceso que va evolucionando, durante el periodo que la madre se encuentra separada del recién nacido, en el cual incluyen emociones, experiencias y sentimientos que se adquieren durante la separación (Ortiz, 2023).

A consecuencia de lo antes mencionado las mujeres a menudo muestran inadaptación a su rol, ya que la maternidad representa una transición importante en la vida de una mujer, trayendo consigo la evaluación de la propia capacidad que se tiene para el cuidado de otro ser humano, por lo cual es potencialmente considerado un periodo tanto de estrés como de alegría, dado que implica desafíos que giran en torno al aprendizaje de las tareas del cuidado neonatal así como conocer a su recién nacido (Shrestha et al., 2018).

Algunos autores como Garrido y Marchán (2011) y Rubin (1984) definen la identidad del rol maternal como proceso de unión al niño, por su parte Mercer (1991) define la Adopción del rol materno como “El proceso interactivo y de desarrollo que se produce a lo largo del tiempo en el cual, la madre crea un vínculo con su hijo, aprende las tareas del cuidado del rol y expresa el placer y la gratificación con el rol”, el Modelo teórico propuesto por Mercer en 1991 aborda en distintos contextos para promover la adopción del rol materno desde la gestación hasta el primer año de vida (Núñez et al., 2019).

La literatura señala que la adopción del rol materno puede depender de muchos factores como la familia, pareja, el entorno que las rodea que es un proceso gradual y cambiante en cada una, este rol se desarrolla en mayor amplitud cuando las madres tienen un buen apoyo (Cadena et al., 2022) otro factor importante es la edad, ya que de esta depende el apego, el cual se asocia con las mujeres que ya tienen satisfecho su crecimiento o madurez, sin embargo en las adolescentes puede influir, ya que en ellas no se ha llegado a la satisfacción y a la madurez, en el otro extremo en

las madres añosas se espera encontrar también limitantes para el apego, ya que a pesar de contar con experiencia previa se espera que les facilite adaptarse al cuidado del recién nacido, sin embargo no es así, ya que estas madres suelen ser mujeres multíparas cuyas ocupaciones y la distancia de sus recién nacidos (Núñez et al., 2019).

En este sentido Mercer (1991) refiere que los estadios de adopción del rol se ven modificados por el crecimiento y el desarrollo del niño, ya que la adopción del rol materno puede alcanzarse en un mes o en varios meses, estos estadios se ven influidos por el apoyo social, el estrés, el funcionamiento de la familia y la relación entre la madre y el padre o algún otro familiar, del mismo modo las características y las conductas tanto de la madre como del niño pueden influir en la identidad del rol materno y en el niño, existen diversas características que pueden influir en la adopción del rol materno entre las cuales se encuentran las conductas de la madre, entre ellas la aceptación y contacto con el rol de la madre, estimulación y expresiones maternas de afecto hacia él bebe, bienestar, preocupación y protección del bebe, interacción con la pareja y la familia respecto al bebe, cuidados del bebe, conocimiento y cultura relacionados al niño (Garrido & Marchán, 2011).

Con base a lo antes mencionado Siccha (2019) refiere que la adopción del rol es un proceso que sigue cuatro estadios: Anticipación, el que inicia durante la gestación, en el que la madre aprende las expectativas del rol, fantasea sobre él, establece una relación con el feto y se inicia la adopción del rol; el segundo estadio es el Formal que empieza cuando nace el niño e incluye el aprendizaje del rol y su activación, el Informal en este la madre desarrolla sus propias maneras de realizar el rol no transmitidas por el sistema social y finalmente el Personal que involucra la identidad del rol que se produce cuando la madre interioriza el rol, experimenta un sentimiento de armonía, confianza y alcanza el rol materno.

De acuerdo con Chisag y Urrea (2019) mencionan que existen expresiones y comportamientos desde que el recién nacido ingresa a la sala de hospitalización, entre las que se encuentra la comunicación con el niño mediante la utilización de la voz o melodía, la observación materna, el contacto piel con piel y el apoyo familiar como complemento que brinda a la madre fortaleza para sobrellevar la situación, la cual guían la conducta materna y facilitan el lazo madre e hijo, debido a que las madres suelen presentar dificultades en la relación afectiva durante la hospitalización se ven en la obligación de aprender minuciosamente como cuidar a su hijo y así fortalecer el vínculo entre ellos, fomentado la construcción de un nuevo rol materno.

Dado que todos los recién nacidos prematuros por su inestabilidad fisiológica requiere ser Hospitalizado, esta situación conlleva a una disrupción del vínculo afectivo entre madre e hijo afectando la relación que se desarrollará a lo largo del tiempo entre ambos, en este sentido el impacto emocional que la madre experimenta al no poder interrelacionarse con su hijo recién nacido puede repercutir en forma negativa en la formación del vínculo y el proceso de crianza presentando estrés (Portal, 2020), el estrés presentado en los madres debido a la situación de salud del recién nacido prematuro se denomina estrés parental el cual ha sido definido como una “reacción emocional adversa por parte de los padres debido a las demandas del desempeño de su rol de cuidador de los hijos, de su socialización y crianza (Esteinou, 2006) ya que constituye un proceso en el que los progenitores se sienten desbordados con las demandas de su rol, la sensación de desbordamiento se basa tanto en una autoevaluación de los recursos propios frente a las demandas parentales (Vargas et al., 2021), el estrés parental debe ser considerado en varios niveles: el individual, el relacional (subsistema parental, así como las relaciones individuales padre-hijo y las relaciones padres-hijos), y el nivel más general del sistema familiar, en todos los niveles el estrés no es sólo una respuesta física a estímulos adversos sino también emoción o sentimientos de fuerte ansiedad y presión para cambiar la actual parentalidad no funcional y los comportamientos de los

niños, el estrés parental es el resultado de una variedad de circunstancias que enfrentan los padres en sus conexiones con los hijos el cual crea consecuencias en su relación.

Derivado de todo lo expuesto anteriormente es de vital importancia el estudio de este problema de salud, dado que el cuidado materno perinatal, es en donde la enfermera ejerce un rol fundamental en las diferentes etapas de la vida, del proceso de gestación, trabajo de parto, parto, posparto y estratificación hacia la vida extrauterina de su neonato, el profesional de Enfermería tiene como prioridad brindar cuidados con el vínculo madre-hijo, en aquellas mujeres que aún no están preparadas para poder asumir ese rol, ya que la madre es quien velará por la integridad del hijo, guiándola en su nueva etapa, como lo refiere Vega (2022), el actuar de la enfermera se ve justificado ya que su finalidad es promover el apego madre- hijo y al generarse una separación a consecuencia de la hospitalización del recién nacido, la enfermera puede identificar los factores protectores del apego y así generar intervenciones enfocadas a la mejora del vínculo madre- hijo (Núñez et al., 2019).

Este estudio surge de la importancia de identificar como la Adopción de Rol Materno pudiera verse afectado debido al Estrés Parental, esto derivado de la necesidad de identificar y mejorar el vínculo que existe entre madre-hijo, y familia, para lograr una adquisición adecuada del rol materno y evitar así los factores que pueden generar una deficiencia en la adaptación y provocar estrés en la madre, tomando en cuenta el círculo social en el que de esta madre se desenvuelve en el donde están inmersos pareja, amigos, familia, religión, de tal manera que este favorezca el desarrollo de un ambiente seguro para su hijo, es aquí donde cobra relevancia la actuación de enfermería en el cuidado que le brinda a binomio madre hijo para fortalecer este vínculo y evitar el estrés en la madre, en este sentido la importancia de atender no solo las necesidades del neonato si no también los aspectos psicosociales de las madres, ya que es vital guiar a las madres en la

recuperación del vínculo con el niño y ayudarlos a pasar por ese periodo tan estresante de hospitalización (Siccha, 2019).

1.1.1 Pregunta de Investigación

Derivado de lo antes mencionado surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la relación entre la Adopción de Rol Materno y el Estrés Parental en las madres de recién nacidos prematuros hospitalizados en un hospital de tercer nivel de atención del Estado de Puebla?

1.2 Marco Teórico

El Modelo de Ramona-Mercer se centraba en las conductas y las necesidades de las madres lactantes, madres con enfermedades posparto, madres de niños nacidos con discapacidades y madres adolescentes, derivado de las investigaciones anteriores hicieron que Mercer se interesara por el estudio de las relaciones familiares, el estrés antes del parto en las relaciones familiares y el rol materno y las madres de diferentes edades.

Fuentes Teóricas. La teoría de la Adopción del Rol Materno de Mercer se basa en su amplia investigación sobre el tema a partir de los años sesenta. El estímulo para la investigación y el desarrollo de la teoría proviene de la admiración de Mercer por Reva Rubin, su profesora y tutora en la University of Pittsburgh. Rubin (1977, 1984) quien fue conocida por su trabajo en la definición y descripción de la identidad del rol materno como proceso de unión al niño y de la identidad del rol materno o verse a uno mismo en el rol y sentirse cómodo con él.

El marco y las variables de estudio de Mercer reflejan muchos de los conceptos de Rubín, utilizó en gran medida un planteamiento interactivo con respecto a la teoría de rol, recurriendo a la teoría de Mead (1934) sobre la representación del rol y a la teoría de Turner sobre el núcleo del yo (1978). Se basó en el proceso de adquisición de rol de Thornton y Nardi (1975), así como en el trabajo de Burr et al. (1979). Las teorías del proceso de desarrollo de Werner (1957) también

contribuyeron a la teoría de Mercer. Asimismo, el trabajo de Mercer se basa en la teoría general de sistemas de Von Bertalanffy (1968). Su modelo de logro del rol materno utiliza los conceptos de Bronfenbrenner (1979) de círculos anidados como método de reflejar las influencias ambientales que interaccionan para conseguir el rol materno. El modelo de la Adopción del Rol Materno de Mercer se sitúa en los círculos concéntricos de Bronfenbrenner (1979) del microsistema, el mesosistema y el macrosistema.

El microsistema es el entorno inmediato donde se produce la adopción del rol materno, que incluye factores como el funcionamiento familiar, las relaciones entre la madre y el padre, el apoyo social, el estado económico, los valores familiares y el estrés. Las variables presentes en este entorno inmediato interactúan con una o más variables adicionales para influir sobre la transición hacia la maternidad. El niño como individuo está incluido en el sistema familiar. La familia está considerada como un sistema semicerrado que mantiene los límites y el control sobre el intercambio entre el sistema familiar y los otros sistemas sociales (Mercer, 1990).

El microsistema: En 1995, Mercer amplió los conceptos iniciales y el modelo para destacar 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 Materno se consigue por medio de las interacciones con el padre, la madre y el niño (Mercer, 1995).

El mesosistema: influye e interactúa con las personas en el microsistema. Las interacciones del mesosistema pueden influir en lo que le ocurre al rol materno en desarrollo y al niño, este incluye la guardería, la escuela, el entorno laboral, los lugares de culto y otras entidades de la comunidad más inmediata.

El 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 materno origina el macrosistema (Mercer, 1995).

La Adopción del Rol Materno es un proceso que sigue cuatro estadios de adquisición de rol, en los cuales se encuentra en el primer estadio Anticipación: Es en el cual 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. El segundo estadio es el denominado Formal: empieza cuando el niño nace e incluye el aprendizaje del rol y su activación. El siguiente y tercer estadio es el Informal: empieza cuando la madre desarrolla sus propias maneras de realizar el rol no transmitidas por el sistema social, el cuarto estadio es el Personal: La madre experimenta un sentimiento de armonía, confianza y competencia en el modo en que lleva a cabo el rol, y alcanza el rol materno.

Basado en los conceptos mencionados por Ramona Mercer en su teoría para fines de esta investigación, se utilizarán específicamente solo algunos de los conceptos de esta, los cuales se describen a continuación:

Adopción del rol materno el que es definido por Mercer en 1986 como proceso interactivo y de desarrollo que se produce a lo largo del tiempo en el cual la madre crea un vínculo con su hijo, aprende las tareas de cuidado del rol y expresa el placer y la gratificación con el rol. En 1981 fue definido como "El movimiento hacia el estado personal en el cual la madre experimenta un sentido de armonía, confianza y competencia en la realización del rol es el punto final para la adopción del rol materno: la identidad materna".

Actitudes respecto a la crianza: Son actitudes y creencias maternas sobre la crianza (Mercer, 1986).

Tensión debida al rol: Es el conflicto y la dificultad que una mujer siente cuando debe afrontar la obligación del rol materno (Mercer, 1985).

Gratificación-satisfacción: Mercer (1985) la describe como "la satisfacción, la alegría, la recompensa o el placer que una mujer experimenta cuando interactúa con su hijo y al cumplir las tareas normales relacionadas con la maternidad".

Unión: Se contempla como un proceso en el cual se crea un vínculo afectivo y emocional con un individuo (Mercer, 1990).

Estado de salud del niño: Se relaciona con las enfermedades que pueden comportar la separación de la madre y el niño, y que interfieren en el proceso de unión (Mercer, 1986).

Características del niño: Entre dichas características están el temperamento, la apariencia y el estado de salud del lactante (Mercer, 1981).

Estrés: El estrés lo provocan sucesos de la vida percibidos de modo positivo y negativo, y variables ambientales (Mercer, 1990).

Principales premisas.

Núcleo propio, relativamente estable, adquirido por medio de una socialización a lo largo de la vida, determina cómo una madre define y percibe los sucesos, las percepciones de las respuestas del niño y de los demás con respecto a su maternidad (Mercer, 1986).

Socialización de la madre, su nivel de desarrollo y sus características innatas de personalidad también influyen en las respuestas de conducta (Mercer, 1986).

El compañero del rol de la madre, su hijo, reflejará la competencia de la madre con respecto a su rol por medio del crecimiento y el desarrollo (Mercer, 1986).

El niño está considerado como un compañero activo en el proceso de adopción del rol materno, ya que influye en este rol y se ve afectado por él (Mercer, 1981).

El compañero íntimo del padre o de la madre contribuye a la adopción del rol de un modo que ninguna otra persona puede ejercer (Mercer, 1995).

La identidad materna se desarrolla con la unión materna y cada una de ellas depende de la otra (Mercer, 1995; Rubin, 1977).

Mercer en 1995 define **Enfermería**: "Las enfermeras son los profesionales sanitarios que mantienen una interacción más prolongada e intensa con las mujeres en el ciclo de la maternidad,

son las responsables de promover la salud de familias y niños, y las pioneras desarrollando y compartiendo las estrategias de valoración para esas pacientes”.

Persona Mercer (1985) considera que la identidad o el yo es independiente de los roles que se ejecutan, por medio de la individualización de la maternidad, una mujer puede aumentar su conciencia como persona; de este modo, extrapola su identidad a partir de la dualidad madre-niño (Mercer, 1985). La madre como persona se considera una entidad independiente, pero en interacción con el niño, el padre u otra persona significativa. Ella influye y se deja influir por ambos (Mercer, 1995).

Salud Mercer define el estado de salud como la percepción que la madre y el padre poseen de su salud anterior, actual y futura, la resistencia-susceptibilidad a la enfermedad, la preocupación por la salud, la orientación de la enfermedad y el rechazo del rol de enfermo. El estado de salud del recién nacido es el grado de enfermedad presente y el estado de salud del niño según las creencias de los padres de la salud global (Mercer, 1986).

El estado de salud de la familia se ve perjudicado por el estrés preparto (Mercer, Ferketich et al., 1988; Mercer, May et al., 1986).

La salud también se considera como un objetivo deseable para el niño y está influida por variables tanto maternas como infantiles. Mercer (1995).

Entorno Mercer definió el entorno según la definición de Bronfenbrenner del entorno ecológico, en el que también basó su modelo en él (Mercer, 1995; Mercer, comunicación personal, junio de 2000). Este modelo ilustra el entorno ecológico de interacción en el que se desarrolla la adopción del rol materno. El estrés y el apoyo social del entorno influyen tanto en el rol materno como en el paterno y en el desarrollo del niño.

Los estadios de adopción del rol se ven modificados por el crecimiento y el desarrollo del niño. La identidad del rol materno puede alcanzarse en 1 mes o en varios meses (Mercer, 1995).

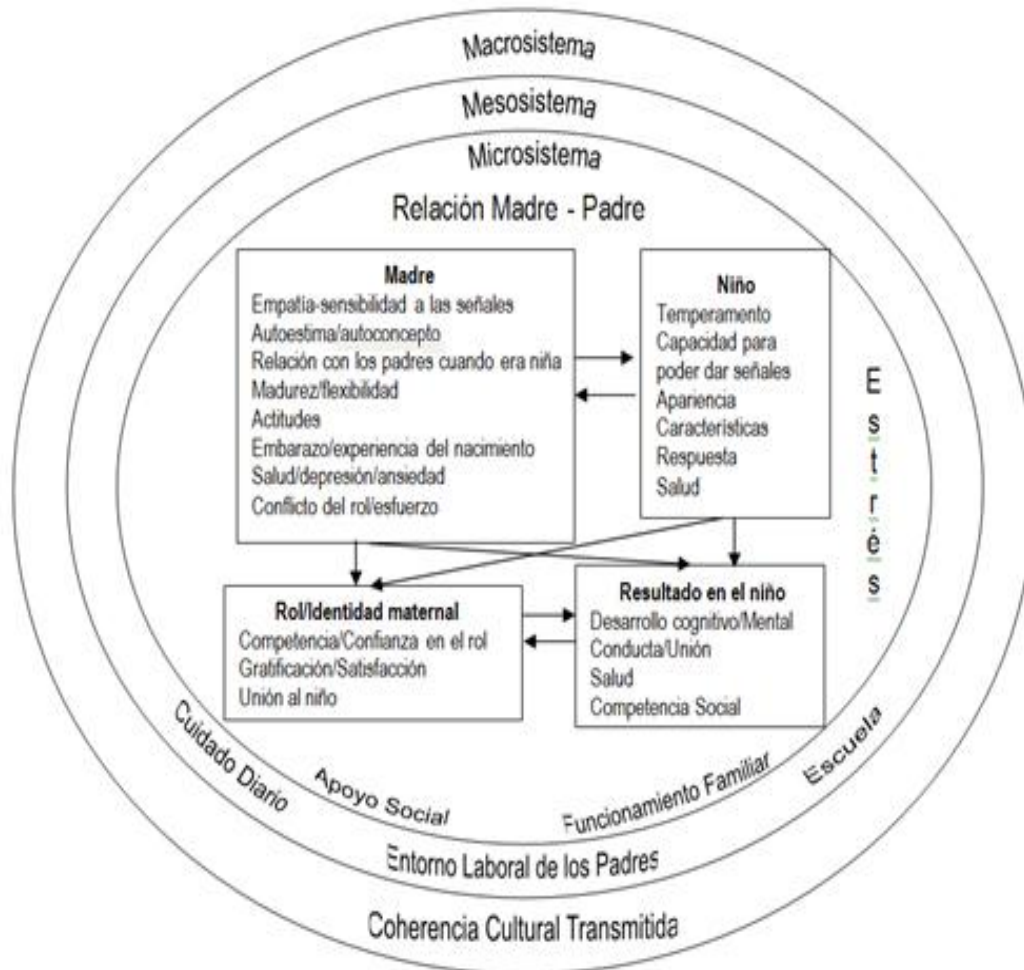
Los estadios se ven influidos por el apoyo social, el estrés, el funcionamiento de la familia y la relación entre la madre y el padre o algún otro familiar. Las características y las conductas tanto de la madre como del niño pueden influir en la identidad del rol materno y el niño, entre las características y conductas maternas incluidas en el modelo de Mercer son la empatía, la sensibilidad a las señales emitidas por el niño, la autoestima y el autoconcepto, la relación con sus padres cuando la madre era niña, la madurez y la flexibilidad, la actitud, el embarazo y la experiencia del nacimiento, la salud, la depresión y el conflicto de rol.

Las características del niño que afectan a la identidad del rol materno son el temperamento, la capacidad para enviar mensajes, la apariencia, las características generales, la respuesta y la salud. Según Mercer: "La etapa de identidad del rol personal se consigue cuando la madre ha integrado el rol en su propio sistema con una congruencia de su rol y del de los demás; está segura de su identidad como madre, está emocionalmente entregada a su hijo y siente armonía, satisfacción y competencia en su rol" (1995).

La teoría de Ramona Mercer ha sido de vital importancia ya que ha sido utilizado de manera constante en la investigación en enfermería, dado a su relevancia para conocer el proceso de adaptación de los padres a un nuevo miembro de la familia, derivado de esto se han recabado estudios previos sobre dicha teoría, como los a continuación presentad

Figura 1.

Modelo de Adopción al Rol Materno, Ramona Mercer (1991).



1.2.1 Estructura Conceptual Teórico Empírica.

Enseguida se muestra cómo se compone la Estructura Conceptual Teórico Empírica relación con las variables de estudio, como se muestra en la figura 2, del mismo modo se muestra la ubicación de las variables en la teoría como se muestra en la figura 3.

Figura 2.

Estructura Conceptual Teórico Empírica

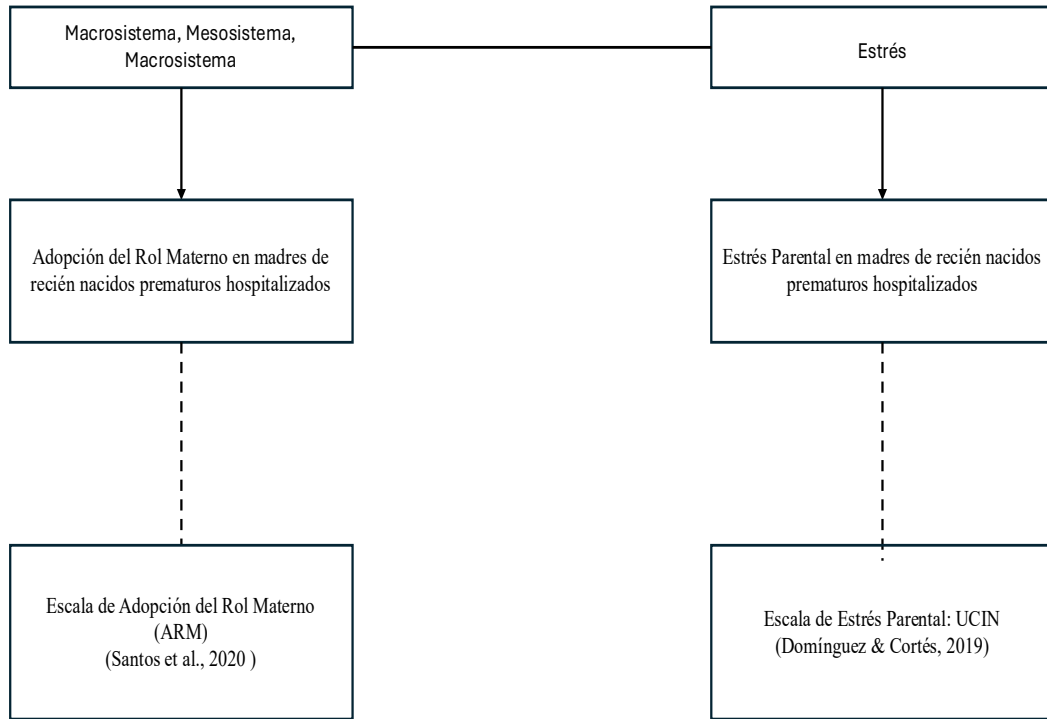
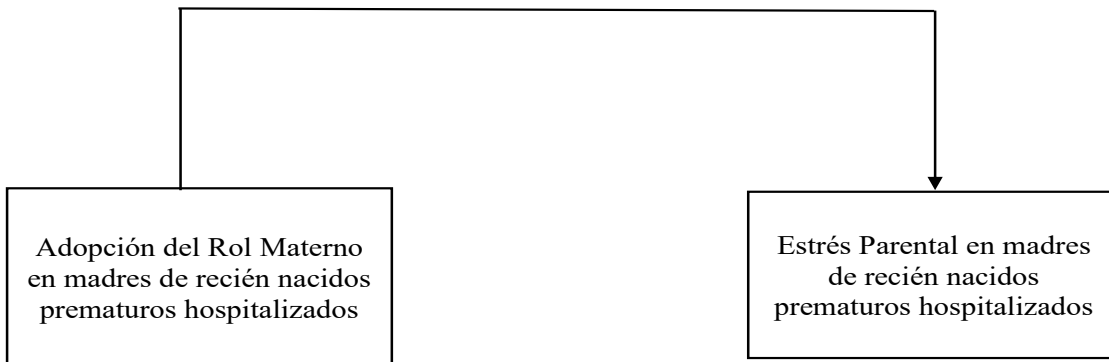


Figura 3.

Ubicación en la Teoría.



1.3 Estudios Relacionados Adopción de Rol Materno.

Siccha (2019) realizó una investigación tipo descriptiva, correlacional con la finalidad de establecer la relación entre el estrés y la adopción del rol materno, para la obtención de información se utilizó dos instrumentos, el primero Escala de medición del nivel de estrés y el segundo Escala de valoración de la adopción del rol materno, en Lima, Perú en una muestra de por 86 madres de recién nacidos prematuros hospitalizados en el servicio de neonatología del Hospital Regional Docente de Trujillo en el 2017, de dicha investigación se obtuvo como resultados demuestran que el nivel de estrés en madres de recién nacidos prematuros fue alto en 8.1%; medio en 77.9 % y bajo en 14 %, en relación a la adopción del Rol materno es bueno en un 76.7 % ; regular en un 16.3 % y malo en 7.0 %, de lo cual se puede concluir que existe relación estadística altamente significativa entre las variables lo que permite verificar que cuando el nivel de estrés es regular la adopción del rol materno es alta.

Pisfil y Solís (2019) realizaron una investigación cualitativa, con el objetivo de caracterizar la experiencia de la madre comienza apego con neonato prematuro hospitalizado, en una muestra de 5 madres de recién nacidos prematuros en la Unidad de Cuidados Intensivos, Chiclayo 2018, mediante los fundamentos teóricos de Jean Watson y Ramona Merced, arrojando las siguientes conclusiones que las madres de neonatos prematuros hospitalizados experimentan sentimientos negativos al inicio de la hospitalización de su hijo por falta del vínculo materno, la madre se va adaptando al ambiente y comienza aceptar la prematurez y las complicaciones de su bebé, además a través del contacto piel a piel la madre experimenta sentimientos que favorecen el vínculo afectivo logrando comunicarse mediante caricias, miradas o la lactancia, las cuales reconfortan a la madre en esta situación crítica.

Rodríguez y Chávez (2019) llevaron a cabo una revisión de literatura en España, con el objetivo de identificar cuáles son los factores de tensión que afectan en mayor o menor medida a los

progenitores de recién nacidos prematuros hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, obteniendo como resultado que la dificultad en el desempeño de su rol maternal-parental era el factor que más les afectaba en el periodo de hospitalización de sus hijos, del mismo modo se observa que hay pocas investigaciones que estudian y profundizan en este tema y en el papel de los enfermeros, así como la importancia de disminuir el estrés; pues esta puede llegar a afectar a la relación que se crea en los primeros momentos de vida entre los padres y sus descendientes.

Chiquilín y Imán (2019) realizaron una investigación cualitativa, con el objetivo de conocer cómo se favorece el vínculo en neonatos con ductus arterioso persistente según la Teoría de Mercer en una muestra de 6 madres y 6 enfermeras, en el Hospital de Chiclayo, la técnica de recolección se realizó mediante la entrevista semiestructurada, dando como conclusión evidenciando las limitaciones para favorecer el vínculo madre-recién nacido, estrategias para fortalecer el vínculo, Brindando educación para la salud, evidenciando emociones madre – hijo durante estadía hospitalaria.

Santander y Torres (2019) realizaron un estudio cuantitativo, descriptivo con el objetivo de determinar el nivel de adopción del rol materno que presentan las madres adolescentes primerizas según grupo de convivencia familiar, en una muestra de 204 madres adolescentes primerizas mediante la Escala de Adopción del Rol Materno en Arequipa, Perú. obteniendo los siguientes resultados el nivel de adopción del rol materno en madres adolescentes primerizas, es de nivel bajo en un 95.1% y medio en un 4.9%, no existiendo diferencias significativas estadísticas según grupo de convivencia familiar, es decir, el nivel sigue siendo bajo en relación con el apoyo familiar, pero según etapas de la adolescencia, existen diferencias significativas sobre todo en el conocimiento y cuidados del bebe, siendo las adolescentes en etapa inicial las que presentan el 100% de nivel bajo en la adopción del rol materno.

Santos et al. (2020) secuencial cuantitativo transversal, con el objetivo de Adecuación de la Escala de Adopción del Rol Materno en contexto mexicano, se aplicó la escala validada en 90 adolescentes, edad de 17.2 ± 1.6 años; la vía de nacimiento fue cesárea en 51.1% de los casos, 70% de las adolescentes se encuentran casadas o en unión libre y más del 90% no tenían trabajo remunerado. 27.8% cuenta con educación básica (primaria y secundaria), 16.7% media superior, 3.3% estudios de nivel superior, el promedio de la variable de adopción al rol materno fue de $78.9 \text{ DE} \pm 0.9$. Las subescalas se comportaron de una manera similar, el microsistema tuvo un promedio de $64.5 \text{ DE} \pm 8.9$; el mesosistema $57.3 \text{ DE} \pm 11.4$ y el macrosistema $69.4 \text{ DE} \pm 10.7$, concluyendo que la Adopción del Rol Materno es un proceso gradual de adaptación influido por las condiciones sociales y educativas de la madre, las cuales repercuten para fomentar y mejorar el proceso o tal vez podrían fungir de forma contraria, además, las funciones ejecutivas en adolescentes mayores de edad están más desarrolladas por los mismos procesos de crecimiento y desarrollo, tales como la toma de decisiones y fijación de metas.

Quispe (2021) realizó una investigación cuantitativa de tipo descriptivo con el objetivo de determinar el nivel del vínculo afectivo de la madre en el recién nacido mediante el instrumento de Ramona Mercer de Adopción del Rol Materno, en el Servicio de Neonatología, Hospital de Emergencias Villa El Salvador, Lima, 2019, en 72 madres, de la cual se obtuvieron los siguientes resultados, el 37.50% de las madres de recién nacidos presentan un nivel regular en la adopción del rol materno, el 33.33% presentan un nivel óptimo y el 29.17% presentan un nivel deficiente, de los resultados arrojados se concluye que el nivel de adopción del rol materno según los resultados más representativos se encuentra en un nivel regular, el nivel de apoyo emocional de la madre del recién nacido se encuentra en un nivel regular, y se refiere que en cuanto a la unión-interacción de la madre con el recién nacido se encuentran en un nivel regular.

Cadena, Duran y Mendoza (2022) realizaron una búsqueda y revisión de literatura en Colombia, con el objetivo de analizar del comportamiento y desarrollo del rol materno en mujeres adolescentes y adultas a partir de la teoría de Ramona Mercer, obteniendo como resultado que la adopción del rol materno puede depender de muchos factores como la familia, pareja, el entorno que las rodea y que es un proceso gradual y cambiante en cada una, este rol se desarrolla en mayor amplitud cuando las madres tienen un buen apoyo.

Layme y Marticorena (2022) realizaron un estudio de tipo cuantitativo, básico, de campo y corte transversal, la técnica fue el cuestionario y la observación documental, se realizó en una muestra de 30 madres de prematuros y 16 enfermeras en Arequipa, Perú; dando como resultado que el nivel de la adopción del rol materno en madres de prematuros alcanza un nivel medio con 46.9%.

Ortiz (2023) realizó una investigación cualitativa, descriptiva transversal en Ambato, Ecuador, con el objetivo de validar la teoría de Ramona Mercer para conocer la relación entre madre e hijo, para de esta forma precautelar el bienestar físico y psicológico del recién nacido, asegurando una excelente calidad de vida, insertándole en la familia y sociedad, sobre todo generar la satisfacción de la progenitora con el cumplimiento eficaz de su nuevo rol, la investigación se realizó en 15 madres de recién nacidos prematuros, de la cual se concluyó que la mayoría de las madres están de acuerdo en que se debe capacitar mediante la lectura sobre temas relacionados al cuidado de hijos prematuros, desarrollando la motricidad, cuidar y bañarlos, lo hizo a su debido tiempo, manteniendo una interacción con su hijo en voz baja y especialmente con cariño, del mismo modo concluyen que la supervivencia de los prematuros nacidos de madres con edad gestacional extrema pone a prueba nuestra capacidad y habilidad para el cuidado de estos niños y sus familias basados en la mejor evidencia científica disponible.

Relacionados al Estrés Parental.

Domínguez & Cortes (2019) realizaron un estudio descriptivo y transversal, con el objetivo de Adaptar y validar la escala de estrés parental unidad de cuidados intensivos neonatales (PSS NICU) para su aplicación en padres y madres mexicanos, en una muestra intencional de 130 padres de recién nacidos prematuros hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, el estrés parental se midió utilizando la de Parental Stressor Scale: Neonatal Intensive Care Unit en padres mexicanos, dando como resultado que la validación de la PSS: NICU en población mexicana, resultó una herramienta válida y confiable para su aplicación en padres mexicanos, en cuanto a los resultados derivados de la aplicación de instrumento validado, el estrés parental total promedio fue de $2.48 \pm .986$, considerado como poco estresante, el factor más relevante fue la alteración del rol parental, en la dimensión de imágenes y sonidos la media se mantuvo en $1.96 \pm .895$; en cambio en apariencia, tratamiento comportamiento del recién nacido el promedio fue de 2.29 ± 1.165 y en el rol parental la media fue de 3.24 ± 1.242 . el factor más asociado con el incremento del nivel de estrés fue la alteración del rol parental.

Silveira et al. (2019) realizaron un estudio comparativo, clínico aleatorizado con el objetivo de conocer el nivel de estrés de madres de recién nacidos prematuros en la hospitalización y después del alta hospitalaria correlacionándolos a los niveles detectados en el análisis del conocimiento materno sobre los cuidados con el prematuro, el estudio se realizó con madres de recién nacidos prematuros hospitalizados en Unidad de Terapia Intensiva Neonatal, divididas en: 15 madres en el Grupo de Intervención-GI (actividades educativas) y 27 madres en el Grupo Control-GC (rutina), se midió el estrés materno por la Escala de estrés parental: UTIN (hospitalización) e índice de estrés parental (después del alta hospitalaria), dando como resultado que los niveles de estrés del GI disminuyeron 2,68 veces en relación con el GC después del alta, pero sin significancia estadística en cuanto al conocimiento materno entre los grupos, para prevenir el estrés después del alta, en madres de prematuros, se deben empoderarlas para cuidar del hijo.

Dávila (2020) realizó una revisión sistemática retrospectiva, que sintetiza estudios relevantes donde se describe que el internamiento de un recién nacido prematuro en una unidad crítica es un evento estresante para la madre, provocando sentimientos de culpa, se analizaron 20 artículos científicos obtenidos de las siguientes bases de datos: Scielo se obtuvo la mayor cantidad de artículos (35%), Medline (20%), Redalyc (20%), Lilacs (15%) y Mendeley con un (10%) de artículos. Concluyendo que el ingreso del recién nacido prematuro en una unidad crítica es un episodio estresante para las madres, que puede generar obstáculo en el vínculo afectivo con su recién nacido, esta condición, unida a los múltiples cambios emocionales por las que acontece en este difícil suceso, puede intervenir de manera negativa en el vínculo madre-recién nacido prematuro.

Por lo que el autor concluye que las madres que tienen un recién nacido pretérmino (RNPT) hospitalizado constituyen una buena oportunidad para realizar intervenciones destinadas a reducir el estrés asociado a esta experiencia, donde se pueden fortalecer las habilidades parentales, aumentar la confianza en sus propios recursos y cambiar las percepciones con respecto a sí mismas y a su bebé que puedan interferir con la formación de un vínculo afectivo adecuado; con esto, a su vez, se puede favorecer el desarrollo de un ambiente seguro para el neonato.

Medel (2021) elaboró un estudio de tipo descriptivo fenomenológico, basado en la experiencia de los individuos, en una muestra conformada por 20 madres de recién nacidos prematuros, mediante la escala de estrés parental: UCIN, con el objetivo de describir los factores estresores más frecuentes que refieren las madres de niños prematuros durante su internación en el servicio de Neonatología Hospital Dr. Horacio Heller, en Neuquén Capital, Argentina, obteniendo como resultados que del total de la muestra lo que provocó elevado estrés en las madres fue tener que hospedarse en el hospital (95%), días de internación (90%), monitores (75%) y procedimiento hacia el neonato (65%).

Saldívar et al. (2022) elaboraron un estudio de tipo no experimental, cuantitativo, descriptivo y transversal con el objetivo de determinar el nivel de estrés y características de los padres de recién nacidos prematuros, mediante la utilización de la escala de estrés parental: UCIN (Parental Stressor Scale: Neonatal Intensive Care Unit; PSS: NICU, por sus siglas en inglés), el cual se realizó con una población comprendida por realizado en 42 padres y madres de recién nacidos prematuros, en Sonora, México, obteniendo los siguientes resultados en cuanto al nivel de estrés parental el nivel alto y muy alto ocupó 52.0%, leve a moderado 48.0%, respecto al nivel de estrés parental según el género en las madres predominó el nivel leve a moderado 54.8% , mientras que en los padres el mayor porcentaje fue el nivel alto y muy alto 72.7%, los resultados obtenidos permiten observar el nivel de estrés parental sobresaliente fue de alto a muy alto con una puntuación 106-175.

Mira et al. (2022) realizaron una investigación aplicada durante la segunda y tercera semana de hospitalización en 85 díadas, aplicando la escala de estrés parental y la Edinburgh postnatal depression scale (EPDS), del mismo modo la interacción madre-hijo fue evaluada y codificada con la Escala de Observación del Vínculo Madre-Bebé Hospitalizados, con el objetivo de evaluar cómo la sintomatología depresiva y la percepción del estrés de las madres de bebés prematuros moderados puede afectar la interacción de la díada, obteniendo como resultado que las madres de bebés prematuros moderados hospitalizados en una unidad de neonatología pueden presentar una importante sintomatología depresiva y ésta se correlaciona con el estrés experimentado por la madre, el estrés parental y el ser pequeño para la edad gestacional evidenciaron una asociación negativa con las interacciones de las díadas, debido a que el tener un bebé prematuro moderado puede impactar la salud mental de las madres y esto a su vez se relaciona con las interacciones que tienen con sus hijos.

Dantur (2023) realizó un estudio de tipo descriptivo, observacional, de corte transversal, en el cual se incluyó a madres y/o padres de recién nacidos prematuros, en una muestra conformada por 63 padres, con el objetivo de Caracterizar el Nivel de Estrés en los padres de bebés prematuros hospitalizados en la UCIN de la división de Neonatología del Hospital J. C. Perrando, en la ciudad de Resistencia-Chaco, Argentina, utilizó la Escala de Estrés Parenteral en UCIN: Parental Stressor Scale: Neonatal Intensive Care (PSS: NICU), arrojando los siguientes resultados, el nivel “Extremadamente estresante” estuvo en un 47 % dado por la dimensión de “Rol Parenteral”, seguido en un 43% por la dimensión “Aspectos y Comportamiento del bebé” y en un 10% por el “Aspecto Visual y Sonoro de UCIN”. En el Rol Parental las características más relevantes fueron: “estar separado de mi bebé” (70%), “no poder tomarlo en brazos cuando yo quiero” (63%), “sentirme impotente e incapaz de proteger a mi bebé del dolor” (56%). En Aspectos y Comportamientos del bebé las características de mayor nivel de estrés fueron: “ver agujas y tubos puestos en mi bebé” (38%), “cuando mi bebé parece tener dolor” (37%) y “tener una máquina o respirador que respira por mi bebé” (33%), en Aspectos Visuales y Sonoros la presencia de “ruidos repentinos de alarmas y monitores” fue en un 28.6% extremadamente estresante.

1.4 Definición de Términos.

1.4.1 Definición Conceptual.

Adopción del Rol Materno: Proceso interactivo y de desarrollo que se produce a lo largo del tiempo en el cual la madre crea un vínculo con su hijo, aprende las tareas de cuidado del rol y expresa el placer y la gratificación con el rol (Mercer, 1991).

Estrés Parental: De acuerdo con Domínguez y Cortés (2019), el ingreso de un recién nacido a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) ha sido identificado por diversos estudios, como un evento estresante para los padres, quienes refieren que existe una pérdida de control sobre

su bebé, pues se ven inmersos en factores estresantes derivados del ambiente de la UCIN, del estado de salud de su hijo y de la separación que existe al momento de la hospitalización.

1.4.2 Definición Operacional.

Adopción del Rol Materno: Nivel de Adopción del rol materno el cual puede ser expresado mediante la aceptación del bebé, el contacto del rol con la madre, las expresiones maternas de afecto hacia el bebé, bienestar del bebe preocupación y protección del bebé, cuidado del bebé, interacción con la pareja y la familia, la que será medida con la Escala de Adopción del Rol Materno elaborada por Ramona Mercer (1991), con un Alpha de Cronbach de .82.

Estrés Parental: Grado de Estrés Parental percibido por las madres ante el ambiente físico de la unidad de cuidados intensivos neonatales, la apariencia, el tratamiento y comportamiento del recién nacidos, percepción de la madre ante la pérdida del vínculo con el recién nacido, mediante el cual se conocerá el grado de estrés que presentan las madres, la que se medirá mediante la Escala de estrés parental: UCIN, la cual obtiene un Alpha de Cronbach de .94.

1.5 Objetivo General.

- Determinar la relación entre la Adopción del Rol Materno y el Estrés Parental en las madres de recién nacidos prematuros hospitalizados, en un hospital de tercer nivel de atención del Estado de Puebla

1.5.1 Objetivos específicos.

- Describir las características sociodemográficas de la población de estudio.
- Describir la Adopción del rol materno de las madres con recién nacidos prematuros hospitalizados.
- Describir el estrés parental de las madres con niños prematuros hospitalizados.

- Analizar la relación que existe entre la adopción del Rol Materno y el Estrés Parental en madres de recién nacidos prematuros hospitalizados.
- Determinar si existe una relación entre la Escala de ARM en la dimensión de Aceptación del Bebé y la Escala de Estrés Parental en la dimensión Rol Parental.
- Determinar si existe una relación entre la Escala de ARM en la dimensión Expresiones maternas de afecto hacia el bebé y la Escala de Estrés Parental en la dimensión de Rol Parental.
- Determinar si existe una relación entre la Escala de ARM en la dimensión Estimulación del bebé y la Escala de Estrés Parental en la dimensión Apariencia, Tratamiento y Comportamiento del bebé.
- Determinar si existe una relación entre la Escala de ARM en la dimensión de Preocupación y Protección del bebé y la Escala de Estrés Parental en la dimensión de Apariencia, Tratamiento y Comportamiento del Bebé.

Capítulo II

Metodología

El presente capítulo aborda el diseño del estudio, población, muestra, muestreo, se incluyen los criterios de inclusión, instrumentos de medición, procedimientos, ética del estudio y el análisis estadístico.

2.1 Diseño del estudio

Se realizará un estudio cuantitativo, descriptivo, correlacional y transversal, de acuerdo con Sampieri (2018), el cual es el adecuado para describir las características, propiedades y correlaciones entre las variables de estudio de las madres de recién nacidos prematuros hospitalizados, en un hospital de tercer nivel.

2.2 Población

La población estará comprendida por madres de recién nacido prematuros de menos de 37 semanas de gestación los cuales se encuentren hospitalizados, sin importar la edad y el número de gesta.

2.3 Muestra y muestreo

El muestreo será no probabilístico, el cual es el adecuado para este estudio de acuerdo con lo descrito por Sampieri en 2018.

La muestra será de tipo censal, en donde se tomarán en consideración todas las madres de recién nacidos prematuros hospitalizados que se puedan captar en dos meses, que cumplan con los criterios de inclusión del presente estudio, para que formen parte de la muestra.

2.4 Criterios de selección

En este apartado se describirán detalladamente los criterios de inclusión, exclusión y eliminación.

2.4.1 Criterios de inclusión

- Madres que tengan recién nacido prematuro de menos de 37 semanas de gestación y estos se encuentren hospitalizados.
- Madres de recién nacidos prematuros sin importar el número de gesta, primigestas o multigestas.
- Madres de recién prematuros sin importar la edad, estado civil, religión.
- Que acepten participar en el estudio previo consentimiento informado.

2.4.2 Criterios de exclusión

- Madres que cuenten con algún diagnóstico previo de ansiedad o depresión.
- Madres que acuden a terapia psicológica.
- Madres que cuenten con alguna patología agregada que ponga en riesgo su vida.

2.4.3 Criterios de eliminación

- Madres que no completen los cuestionarios.
- Madres que decidan abandonar el estudio de investigación.

2.5 Instrumento de medición

Para fines de la siguiente investigación se utilizarán: a) La Escala de Adopción al Rol Materno (Garrido y Merchán, 2011), b) La Escala de Estrés Parental en: UCIN y c) una Cédula de Datos Sociodemográficos.

2.5.1 Cédula de Datos Sociodemográficos.

Cuenta con siete preguntas las cuales se estructuraron en base a lo evidenciado en la literatura consultada, y se encuentran encaminadas a conocer datos sociodemográficos de importancia de la población de estudio, compuesta por la pregunta uno, dos y tres las cuales son

preguntas abiertas, pregunta cuatro y cinco son tipo Likert y preguntas seis y siete de tipo dicotómicas.

2.5.2 Escala de Adopción al Rol Materno.

Dicho instrumento fue validado en contexto mexicano por Santos y colaboradores en el año 2021, el instrumento cuenta con un Alpha de Cronbach de .824, se mide en una escala tipo Likert que va de TD=Totalmente en desacuerdo. D=Desacuerdo. A=De Acuerdo. TA=Totalmente de Acuerdo, en donde el puntaje mínimo es 56 y el máximo es 224. El nivel de adopción del rol materno puede ser bajo (56 a 180 puntos), medio (181 a 202 puntos) o alto (203 a 224 puntos).

El instrumento a utilizar Santos et. al. (2021) en su versión para población mexicana, consta de 54 reactivos que evalúan tres constructos identificados en la Teoría de Adopción del Rol Materno, se distribuyen en 10 dimensiones las cuales se agrupan del siguiente modo:

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, 56); Preocupación y protección del bebé (ítems 24, 35, 43, 44, 47).

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, 55).

Macrosistema: Cuidados del bebé (ítems 4, 7, 22, 34); Conocimiento y cultura relacionados con el bebé (ítems 17, 32, 37, 39).

El instrumento consta de 33 ítems no agrupados, para determinar las dimensiones del instrumento y facilitar su posterior análisis, se desarrolló una estrategia metodológica soportándose en los temas, elementos y componentes de la teoría que permitieron estructurar la relación entre conceptos, en donde se dividen en marco de estímulos, este apartado abarca tipología de los síntomas (ítems 4, 7, 9, 17, 22, 29); coherencia de los hechos que se refiere a la coherencia entre lo

esperado y lo experimentado (ítems 6, 15); familiaridad de los hechos (ítem 28). Capacidad cognitiva que menciona inferencia, ilusión y adaptación (ítems 1, 2, 3, 5, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20, 21, 24, 25, 26, 27, 30) y por último los proveedores o fuentes de la estructura que expresa autoridad con credibilidad y apoyo social (ítems 11, 13, 19, 23, 31, 32, 33).

En la validación realizada por Santos y colaboradores en 2020 con la finalidad de mejorar la comprensión de los resultados del instrumento de ARM, transformaron la variable en índices de cero a cien y se ajustaron los puntos de corte: 0 a 24 ARM muy bajo; 25 a 49 ARM bajo; 50 a 74 ARM alto; 75 a 100 ARM muy alto (Santos et al., 2021).

2.5.3 La Escala de Estrés Parental: UCIN.

Para el análisis de la variable Estrés parental será medida con el instrumento de a Parental Stressor Scale: Neonatal Intensive Care Unit (Escala de Estrés Parental: UCIN), que fue desarrollada por Miles, Funk y Carlson (1993), validada para el contexto mexicano en el año 2019 por Domínguez y Cortés, dicho instrumento tiene la finalidad de medir el grado de estrés de los padres ante factores estresantes durante la hospitalización de su hijo recién nacido; que consta de 26 ítems distribuidos en tres subescalas: Imágenes y sonidos (conformada de 5 ítems); ésta evalúa el estrés percibido por los padres ante el ambiente físico de la unidad, Apariencia, tratamiento y comportamiento del recién nacido (consta de 14 ítems); que evalúan la forma en cómo se comporta el recién nacido con relación al tratamiento y Rol parental (conformada por 7 ítems); evalúa la percepción de las madres y padres ante la pérdida del vínculo con su recién nacido.

Cada una de las subescalas se miden en una escala tipo Likert, en donde la puntuación 1 se refiere a no estresante, 2 poco estresante, 3 moderadamente estresante, 4 muy estresante y 5 extremadamente estresante, el instrumento cuenta con un Alpha de Cronbach de .94 (Domínguez y Cortés, 2019).

2.6 Procedimiento

En primera instancia se contó con la autorización por parte del comité de Bioseguridad y Bioética e Investigación de estudios de Posgrado de la Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.

Posteriormente se realizó la solicitud de autorización en el área de enseñanza de la institución de salud en donde se realizó }esta investigación, una vez otorgado el permiso para la realización de la misma, se seleccionó la muestra para este estudio la cual se verifico cumpliera con los criterios de inclusión previamente descritos, se pidió apoyo de parte del personal de salud para obtener la población de estudio que cumplió con las características antes descritas, posteriormente se dio la bienvenida y se agradeció la participación a los sujetos de estudio seleccionados, se les otorgo y explico de manera detallada el consentimiento informado, se hizo hincapié en el objetivo de esta investigación, y se les comento a las participantes que podían retirarse de esta investigación en el momento en que lo deseen si fuera el caso , del mismo modo se les hizo saber que sus datos son confidenciales y no se manejara su nombre en ningún momento, por lo que se les asigno un número de folio; sé les explico que los cuestionarios serán por cinco años resguardados por el investigador y que los resultados de dicha investigación se harán de su conocimiento si ellos si así lo desean.

Posteriormente se procedió a la aplicación de los instrumentos en primera instancia se aplicó la Cédula de datos sociodemográficos, en segunda instancia, para la variable dependiente de Adopción del Rol Materno la que será medida con la Escala de Adopción al Rol Materno de Santos y colaboradores (2021) la cual consta de 54 ítems, la cual para fines de esta investigación se les aplico a manera de encuesta sin perder de vista en todo momento la confidencialidad de las respuestas y respetar la privacidad de las participantes, del mismo modo se aplicó el instrumento

para la medición de la variable independiente de Estrés Parental la cual consta de 26 ítems misma que se aplicó mediante el mismo método a manera de encuesta.

Se busco que dichos instrumentos se apliquen en un ambiente tranquilo cuando los padres salgas de la visita de sus recién nacidos con la finalidad de no interferir con la misma, ya que lo que se busca es que los padres contesten de la manera más honesta, durante la aplicación de los instrumentos se disiparon las dudas que surgieron, posterior a la aplicación se les agradeció su colaboración y se les otorgo un folleto realizado por la investigadora sobre los cuidados generales que se deben tener con el recién nacido prematuro en su domicilio, del mismo modose le otorgo el número telefónico de la investigadora principal para resolución de dudas si así lo desean.

El tiempo que se considerado para la aplicación de los instrumentos fue de 40 min por participante, en donde se acudió diariamente durante los horarios de visita asignados por el hospital de tercer nivel.

2.7 Ética del estudio

El presente estudio se apegará a lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud (2024) título quinto de Investigación en Salud, Capitulo único en el Artículo 96 que refiere que la investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan: I. Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos; II. Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social; III. A la prevención y control de los problemas de salud que se consideren prioritarios para la población; IV. Al conocimiento y control de los efectos nocivos del ambiente en la salud; V. Al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud.

Artículo 100.- La investigación en seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases: I. Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al

desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica; II. Podrá realizarse sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro método idóneo; III. Podrá efectuarse sólo cuando exista una razonable seguridad de que no expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto en experimentación; IV. Se deberá contar con el consentimiento informado por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquél, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud; V. Sólo podrá realizarse por profesionales de la salud en instituciones médicas que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes. La realización de estudios genómicos poblacionales deberá formar parte de un proyecto de investigación; VI. El profesional responsable suspenderá la investigación en cualquier momento, si sobreviene el riesgo de lesiones graves, discapacidad, muerte del sujeto en quien se realice la investigación; VII. Es responsabilidad de la institución de atención a la salud proporcionar atención médica al sujeto que sufra algún daño, si estuviere relacionado directamente con la investigación, sin perjuicio de la indemnización que legalmente corresponda, y Fracción adicionada VIII. Las demás que establezca la correspondiente reglamentación. Artículo 101.- Quien realice investigación en seres humanos en contravención a lo dispuesto en esta Ley y demás disposiciones aplicables, se hará acreedor de las sanciones correspondientes.

El presente trabajo es guiado por Código de Ética de Enfermeros en México (2001), en el cual se estipulan el actuar de las enfermeras y los enfermeros mediante los principios de Beneficencia la cual tendrá un beneficio tanto para la madre como para el recién nacido ya que se pretende que mediante los resultados de esta investigación en investigaciones futuras puedan realizarse intervenciones focalizadas con la finalidad de hacer este proceso por el que atraviesan más sencillo para el binomio, no maleficencia en este estudio no se busca perjudicar a la madre ni al recién nacido, así como tampoco a la institución donde lleva a cabo la recolección de los datos,

Justicia se evaluará a las madres de manera equitativa, sin existir alguna discriminación ya sea de raza, nivel económico o social o nivel educativo, Autonomía mediante el uso del consentimiento informado la madre podrá participar de manera libre sin ser obligada, respetando su decisión si decidiera no participar o abandonar el estudio, del mismo modo se regirá mediante el Valor fundamental de la vida humana, privacidad, fidelidad, veracidad, confiabilidad, solidaridad, tolerancia, terapéutico de totalidad, doble efecto.

Esta investigación será regida por la protección de Datos Personales en México (2017) la cual tiene como objetivo garantizar el derecho de las personas a que sus datos personales sean tratados de manera lícita y protegida, de igual manera busca que el proceso de recopilación de datos sea beneficioso para los participantes, uno de los artículos citados en dicha ley es el Artículo 16 de la constitución Política de los Estados Unidos reconoce el derecho de los ciudadanos a acceder, cancelar y oponerse al uso de sus datos personales, en este sentido indica que los responsables del tratamiento de los datos personales deben contar con los principios de licitud, consentimiento, información, calidad, finalidad, lealtad, proporcionalidad y responsabilidad.

Regido por el Código de Nuremberg el cual destaca la relevancia de: obtener el consentimiento informado y voluntario de los sujetos de investigación antes de su participación en el estudio, evitar cualquier sufrimiento físico y mental innecesario, contar con evidencia experimental de que el estudio en humanos es necesario y se traducirá en un beneficio social (Código de Nuremberg, 1947).

En cuanto a los beneficios de este estudio para los participantes se les otorgará un folleto educativo mediante el cual ellas podrán conocer acerca de los cuidados generales que puede otorgar a su recién nacido prematuro en el ámbito domiciliario, del mismo si usted acepta participar, estará colaborando con la disciplina de enfermería ya que la presente investigación permitirá conocer la Adopción del Rol Materno y su relación con el Estrés Parental en madres de recién nacidos

prematuros, con la finalidad de que en un futuro se puedan otorgar intervenciones encaminadas a conocer la experiencia de las madres al atravesar por un parto prematuro y como los factores externos pueden influir en como las madres adoptan su rol en estas circunstancias, del mismo modo se realizara un folleto informativo por parte de la investigadora con la finalidad de otorgar a las madres información sobre los cuidados generales que se deben llevar en su domicilio con el recién nacido prematuro debido a sus características fisiológicas.

Esta investigación no implica riesgos potenciales, si alguna de las preguntas hiciera a la madre sentir incomoda, tiene el derecho de no responderla, se buscará el apoyo de un profesional del área de psicología para poder contener las reacciones emocionales que pudieran presentar las participantes.

La investigadora declara no presentar ningún conflicto de interés.

2.8 Plan de análisis estadístico

Los datos se procesarán y se analizarán mediante el paquete estadístico Statiscal Package for the Social Sciencies (SPSS) versión 26 en español para Windows.

Para el análisis de los datos sociodemográficos de la población de estudio se realizó a través de estadística descriptiva como frecuencia, porcentajes, medidas de tendencia central y medidas de variabilidad.

Para el procesamiento estadístico de las variables que se estudiarán los puntajes totales se transformarán en índices de 0 a 100 y la distribución de los índices se someterán a la prueba de bondad de ajuste de kolmogorov smirnov la que se seleccionará en base al número de la muestra, con esta prueba se determinará la normalidad de la curva de distribución de los datos y determinará la pertinencia de uso de estadística paramétrica ($p > .05$) y no paramétrica ($p < a 0.05$) y para la correlación de las variables será a través de P de Pearson o Rho de Spearman, en el caso de que no se cumplan con los supuestos para realizar una prueba paramétrica.

Capítulo III

Resultados.

En el siguiente capítulo se presentan los resultados obtenidos en la aplicación de la recolección final , en donde en primera instancia se describen las características sociodemográficas, se realizó el análisis descriptivo de las variables de estudio, se analizó la confiabilidad de los instrumentos utilizados, del mismo modo se realizó la prueba de normalidad para ambas variables y posteriormente se realizó el análisis de la prueba estadística utilizada para obtener la correlación de las variables.

3.1 Características sociodemográficas de la población de estudio.

La muestra estuvo conformada por 75 madres de recién nacidos prematuros hospitalizados, las cuales se encuentran entre las edades de 18 a 40 años, de la cual se obtuvo un predominio en el rango de edad que comprende de los 18 a 24 años con un 48% de la muestra, en relación al estado civil se registró en su mayoría la Unión libre con un 42.7%; el grado de estudio de las madres predominó en el nivel secundaria con el 38%, referente al número de gesta de la que es producto el recién nacido prematuro se encontró en mayor porcentaje a las madres en la Gesta 1 con un 40 %, seguida de la Gesta 2 con un 32%, la información previamente presentada se puede visualizar en el siguiente tabla 1.

Tabla 1

Características sociodemográficas de las madres de recién nacido prematuros hospitalizados.

<i>Variable</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Edad		
18 a 24	36	48
25 a 29	22	29.3
30 a 35	13	17.3
36 a 40	4	5.3
Total	75	100
Grado Académico		
Primaria	1	1.3
Secundaria	36	48
Bachillerato	22	29.3
Licenciatura	16	21.3
Total	75	100
Estado Civil		
Soltera	13	17.3
Casada	28	37.3
Unión libre	32	42.7
Divorciada	2	2.7
Total	75	100
Numero de Gesta		
Gesta 1	30	40
Gesta 2	24	32
Gesta 3	13	17.3
Gesta 4	8	10.7
Total	75	100

Nota: Cédula de datos sociodemográficos (Góchez y Nájera, 2024).

3.1 Características de los recién nacidos prematuros hospitalizados.

Referente a las características de los recién nacidos prematuros (RNPT), se les pregunto las madres sobre las semanas de gestación (SDG) en las que nacieron sus recién nacidos encontrado el mayor rango de nacimientos cursando entre la semana 35 a 37 SDG con un porcentaje de 40%, en relación al diagnóstico médico de su recién nacido se encontró el diagnostico de Prematurez en conjunto con el de Sepsis Neonatal como diagnósticos base con un porcentaje de 36 %, los resultados mencionados anteriormente se muestran en la tabla 2.

Tabla 2
Características de los recién nacidos prematuros hospitalizados

<i>Variable</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Diagnóstico del recién nacido prematuro		
RNPT Enfermedad Respiratoria	23	30.7
RNPT Enfermedad Gastrointestinal	9	12
RNPT Sepsis Neonatal	27	36
RNPT en Crecimiento y Desarrollo	7	9.3
RNPT Enfermedad Cardíaca	9	12
Total	75	100
Semanas de Gestación del recién nacido prematuro		
28 a 31 SDG	19	25.3
32 a 34 SDG	26	34.7
35 a 37 SDG	30	40
Total	75	100

Nota: Cedula de datos sociodemográficos (Góchez y Nájera, 2024).

3.2 Análisis descriptivo de la variable Adopción del Rol Materno

Se aplicó el instrumento de Escala de Adopción del Rol Materno (ARM) de la cual se tomaron los baremos realizados por Santos y colaboradores (2021), con la finalidad de obtener los niveles de Adopción de Rol Materno (ARM) clasificados en ARM muy bajo, ARM bajo, ARM alto y ARM muy alto, obteniendo como resultado a las madres en un Nivel de ARM muy bajo con un 21.3 %, ARM bajo con un 54.7%, ARM alto con un 17.3% y una ARM muy alto con el 6.7%; identificando que las madres de recién nacidos prematuros hospitalizados se encuentran en un Nivel de ARM Bajo dato que se puede visualizar en la siguiente tabla 3.

Tabla 3*Nivel de Adopción del Rol Materno.*

Variable	<i>f</i>	%
Adopción del Rol Materno		
ARM muy bajo	16	21.3
ARM bajo	41	54.7
ARM alto	13	17.3
ARM muy alto	5	6.7
Total	75	100

Nota: Escala de Adopción del Rol Materno (Santos et al.,2020).

3.4 Análisis descriptivo de la variable Estrés Parental: Unidad de Cuidados Intensivos

Neonatales (PSS: NICU)

Del mismo modo se aplicó a las madres el instrumento de Escala de Estrés Parental: UCIN (PSS: NICU), en la cual se realizó la creación de baremos mediante los estadísticos por cuartiles con el percentil 25, 75 y 95 ya que dicho instrumento no cuenta con baremos definidos, en este caso se clasificaron en No estresante, Moderadamente estresante, Muy estresante y Extremadamente estresante, con los siguientes resultados el 25.3% de las madres se encuentra en un nivel No estresante, al 49.3% en nivel Moderadamente estresante, el 20% en un nivel Muy estresante y 5.3% en un nivel Extremadamente estresante, obteniendo como resultado que para la variable Estrés Parental el mayor porcentaje de madres se encuentra en un grado Moderadamente estresante datos que se visualizan en la siguiente tabla 4.

Tabla 4*Nivel de Estrés Parental: UCIN mediante Baremos por cuartiles.*

Variable	<i>f</i>	%
Estrés Parental: UCIN		
No Estresante	19	25.3
Moderadamente Estresante	37	49.3
Muy Estresante	15	20
Extremadamente Estresante	4	5.3
Total	75	100

Nota: Escala de Estrés Parental: UCIN (Domínguez y Cortes, 2019).

3.5 Confiabilidad de instrumento

Se analizó estadísticamente la confiabilidad de las escalas utilizadas, mediante el coeficiente Alfa de Cronbach (α), obteniendo como resultado para la escala de Adopción del Rol Materno obteniendo un $\alpha = .931$, demostrando que la escala es confiable; del mismo modo se realizó el análisis para la escala de estrés parental: UCIN obtenido un $\alpha = .957$ siendo del mismo modo una escala confiable.

3.6 Prueba de normalidad

Para este análisis estadístico se utilizó la escala estandarizada de los instrumentos aplicados, los cuales fueron sometidos a la prueba de bondad de ajuste seleccionando Kolmogorov Smirnov por la cantidad de muestra analizada de $n = 75$, con la finalidad de obtener la curva de distribución de los datos, obteniendo como resultado para la escala de Adopción del Rol Materno un $p = .029$ dando como resultado una distribución no normal, en relación con la Escala de Estrés Parental se obtuvo una $p = .200$ obteniendo como resultado una distribución normal, dichos resultados se muestran en la Tabla 5.

Tabla 5

Prueba de normalidad

<i>Instrumento</i>	<i>Estadístico</i>	<i>Kolmogorov Smirnov</i>	
		<i>n</i>	<i>P</i>
Escala de Adopción del Rol Materno	.109	75	.029
Escala de Estrés Parental: UCIN	.089	75	.200

Nota: Escala de Adopción del Rol Materno (Santos et al., 2020); Escala de Estrés Parental: UCIN (Domínguez y Cortes, 2019).

3.7 Prueba estadística No paramétrica para Correlación Rho de Spearman

Debido a que no se cumple con los supuestos para utilizar una prueba paramétrica ya que en la Escala de Adopción de Rol Materno se obtuvo una distribución no normal y en la escala de Estrés parental se obtuvo una distribución normal, debe emplearse una prueba de correlación no

paramétrica, siendo empleada Rho de Spearman , el análisis de correlación es una herramientas estadística utilizada con la finalidad de evaluar el grado en que dos variables se relacionan y cómo se comportan ambas variables, en coeficiente de correlación se expresa en valores de -1 a $+1$, los cuales indican la magnitud y dirección de la correlación entre dos variables, ya que si se muestra un resultado menos a $.5$ indica que existe una correlación débil y no significativa, en el análisis realizado a las dos variables de Adopción del rol materno y Estrés Parental se obtuvo como resultado por medio de Rho de Spearman con un coeficiente de correlación de $.359$ que indica una correlación positiva moderada entre ambas variables, lo cual significa que a medida que aumenta la Adopción del Rol materno, también tiende a aumentar el Estrés Parental, aunque la relación entre estas variables no es fuerte, sino moderada, en relación significancia bilateral entre estas variables se obtuvo una $p= .002$ lo que indica que existe una correlación estadísticamente significativa, demostrando que existe una relación positiva entre ambas variables en esta muestra, lo cómo se puede observar en la siguiente tabla 6.

Tabla 6

Matriz de correlaciones de la escala de Adopción del Rol Materno y Escala de Estrés Parental

<i>Variables</i>	<i>1</i>	<i>2</i>
1- Escala Estandarizada Adopción del Rol Materno	1	
2- Escala Estandarizada Estrés Parental	$.359^{**}$	1
	$.002$	

Nota: Escala de Adopción del Rol Materno (Santos et al., 2020); Escala de Estrés Parental: UCIN (Domínguez y Cortes, 2019). La correlación es significativa en el nivel 0.05 (bilateral) $n=75$

** La correlación es significativa en el nivel 0.01(bilateral).

3.8 Correlación entre ARM Dimensión Aceptación del Bebé y EP Dimensión Rol Parental

Se realizó una correlación por dimensiones entre las Escalas de Adopción del Rol Materno y la Escala de Estrés Parental, en primera instancia se realizó una correlación entre el Microsistema, en su Dimensión 1 Aceptación del Bebé y la Dimensión 3 Rol Parental de la Escala de Estrés Parental obteniendo como resultado que entre en estas dimensiones existe una correlación positiva moderada, la cual es significativa entre ambas dimensiones, lo cual podrían interpretarse que a mayor Aceptación del Bebé, mayor Estrés en las madres en cuanto al Rol Parental, ya que es posible que las madres al involucrarse más emocionalmente con el bebé, asuman con más intensidad las demandas y responsabilidades de su rol; estos hallazgos pueden ser una parte aguas para crear en un futuro intervenciones de apoyo emocional a las madres, o investigaciones adicionales en donde se puedan conocer las emociones positivas hacia el bebé que interactúan rol parental de las madres, el resultado de esta correlación se visualiza en la tabla siguiente.

Tabla 7

Matriz de correlaciones ARM Microsistema- Dimensión Aceptación del Bebé, Escala de Estrés Parental Dimensión- Rol Parental

<i>Variables</i>	<i>1</i>	<i>2</i>
1- Escala ARM Aceptación del Bebé	1	
2- Escala Estrés Parental Rol Parental	.360**	1
	.001	

Nota: Escala de Adopción del Rol Materno (Santos et al., 2020); Escala de Estrés Parental: UCIN (Domínguez y Cortes, 2019).

** La correlación es significativa en el nivel 0.01(bilateral).

3.9 Correlación entre la ARM dimensión Expresiones Maternales de afecto hacia el bebé y Estrés Parental dimensión Rol Parental

Se exploró la relación que pudiera existir entre Escala de ARM en el Microsistema en su dimensión de Expresiones Maternales de afecto hacia el bebé y la dimensión de Rol Parental de la Escala de Estrés parental se obtuvo un coeficiente de correlación $r=.231$ y un grado de significancia de $p=.046$, lo cual indica que existe una correlación positiva y estadísticamente significativa entre el estrés parental en su dimensión de rol parental y las expresiones maternas de afecto hacia el bebé, aunque estadísticamente es considerada una asociación baja, este resultado indica que las madres que manifiestan mayores niveles de afecto hacia el recién nacidos tienden a presentar niveles más altos de estrés, relacionando con la adopción del rol materno, estos resultados se visualizan en la tabla 8.

Tabla 8

Matriz de correlaciones ARM Microsistema- Dimensión Expresiones maternas de afecto hacia el bebé, Escala de Estrés Parental Dimensión- Rol Parental

<i>Variables</i>	<i>1</i>	<i>2</i>
1 Escala ARM Expresiones maternas de afecto hacia el bebé	1	
2 Escala Estrés Parental Rol Parental	.231*	1
	.046	

Nota: Escala de Adopción del Rol Materno (Santos et al., 2020); Escala de Estrés Parental: UCIN (Domínguez y Cortes, 2019).

* La correlación es significativa en el nivel 0.05 (bilateral).

3.10 Correlación ARM dimensión Preocupación y Protección del Bebé y Estrés Parental dimensión Apariencia, Tratamiento y Comportamiento

Se analizó la correlación entre la Escala de Estrés Parental en su dimensión de Apariencia, Tratamiento y Comportamiento del Bebé y la Escala de ARM en su dimensión de Preocupación y Protección del Bebé, dando como hallazgo que entre estas dimensiones existe un coeficiente de correlación de $r = .405$ y una significancia de $p = .000$, lo cual demuestra que en esta población de estudio existe una relación positiva y significativa, lo cual quiere decir que las madres que experimentan mayor Preocupación y protección del bebé tienden a tener un mayor grado de Estrés Parental debido a la apariencia, tratamiento y comportamiento de su bebé, fenómeno que se podría asumir se genera debido a el compromiso que rol que adquieren las mujeres al convertirse en madres, frente a las necesidades del bebé, en donde también pueden influir la carga emocional que atraviesa la madre al tener a un hijo con características fisiológicas del bebé, los resultados obtenidos se muestran en la siguiente tabla 9.

Tabla 9

Matriz de correlaciones ARM Microsistema- Dimensión Preocupación y Protección del bebé, Escala de Estrés Parental Dimensión- Apariencia, Tratamiento y Comportamiento del Bebé.

<i>Variables</i>	<i>1</i>	<i>2</i>
3- Escala ARM Preocupación y Protección del bebé	1	
4- Escala Estrés Parental Apariencia, Tratamiento y Comportamiento del bebé	.405*	1
	.000	

Nota: Escala de Adopción del Rol Materno (Santos et al., 2020); Escala de Estrés Parental: UCIN (Domínguez y Cortes, 2019).

* La correlación es significativa en el nivel 0.01(bilateral).

Capítulo IV

4.1 Discusión

En relación con las características sociodemográficas de las madres y los recién nacidos prematuros hospitalizados, se obtuvieron los siguientes hallazgos en primera instancia se abordó la variable edad en donde en esta investigación el mayor porcentaje de madres contaban con una edad comprendida entre los 18 a 24 años, lo que se asemeja a lo reportado en los estudios presentados por Cabanillas (2022); Cadena et. al. (2022); Garrido y Marchán (2011); Santo et al. (2020); Santander y Torres (2019); quienes en las investigaciones realizada se enfocaron al grupo de adolescentes presentando el mayor porcentaje de madres cursando la adolescencia tardía.

De acuerdo a la variable estado civil de las madres se obtuvo en mayor porcentaje a las madres que se encontraban en las mujeres unión libre, lo que podría deberse a el rango de edad en el que se ubicó la mayoría de las madres encuestadas y a la dinámica poblacional que se presenta en la actualidad, coincidiendo con lo encontrado por Santos et al. (2020) lo que podría deberse a que dicha investigación fue realizada en el contexto mexicano, contrastando con el estudio presentados por de Garrido y Marchan (2011), Santander y Torres (2019), ya que ambas investigaciones tomaron en cuenta a el mismo grupo etario, siendo estas en un contexto distinto al mexicano.

Respecto a la escolaridad la mayor frecuencia con relación al grado académico se situó en madres con nivel secundaria ya que las madres se situaban en la adolescencia tardía, lo cual coincide con lo reportado por Cabanillas (2022); Cadena et al. (2022); Garrido y Marchán (2011); Méndez (2017); Santander y Torres (2019).

Con relación a la con la variable denominada número de gesta se obtuvo el mayor porcentaje a las madres primigestas, lo cual podría deberse al grupo etario al que pertenecen estas

mujeres, que concuerda con lo reportado en las investigaciones de Cabanillas (2022); Garrido y Marchán (2011); Santander y Torres (2019); Méndez (2017),

En relación a las características de los recién nacidos prematuros los hallazgos encontrados de acuerdo a sus características médicas fueron, en primera instancia se abordó la edad gestacional por Capurro de los recién nacidos prematuros en la que en mayor porcentaje comprendieron entre las 35 a 37 semanas de gestación, lo cual coincide con las investigaciones realizadas por Dantur (2023); Medel (2022), en contraste con Méndez (2017) quien centro su investigación en recién nacidos prematuros menores a 30 semanas.

En este sentido con relación al diagnóstico médico del recién nacido prematuro y su caracterización se obtuvo una mayor frecuencia en aquellos prematuros con diagnóstico médico de Sepsis Neonatal, por diversas causas que la provocan; dicho hallazgo no ha podido ser contrastado con los estudios relacionados ya que en las investigaciones no fue una variable a considerar.

Para cubrir el objetivo específico relacionado a la variable Adopción del Rol Materno, lo encontrado en la aplicación de los instrumentos a las madres de recién nacidos se obtuvo el porcentaje más elevado en las madres que se encontraban en una Adopción del Rol Materno Bajo lo cual coincide con los estudios realizados Santander y Torres (2019) la cual fue realizada en madres adolescentes primigestas lo cual coincide con este estudio que en su mayoría las madres encuestadas son madres en adolescencia tardía y primigestas, contrastando con García y Marchán (2011); Quispe (2021) quienes reportan un grado de Adopción del Rol Materno en nivel medio; del mismo modo en contraste con lo encontrado por Santos et al. (2021); Siccha (2019) que encontraron como resultado un Nivel de Adopción del Rol Materno Alto, lo cual podría deberse a que en estas investigaciones se abordó a madres en adolescentes tardías, en alojamiento conjunto con recién nacidos sin complicaciones ni hospitalizados.

Dando respuesta al objetivo específico enfocado en la variable de Estrés Parental en madres de recién nacidos prematuros hospitalizados, casi la mitad de las madres se situaron en el nivel Moderadamente estresante lo que es similar a lo reportado por Siccha (2019); Saldívar et al. (2022), lo que podría deberse a la separación abrupta que presentan las madres con el recién nacido, en contraste con lo encontrado Dantur (2023); Medel (2021), quienes encontraron el nivel de Estrés en las madres en un grado Extremadamente Estresante, y con Domínguez y Cortes (2019) quien al contrario encontró un nivel poco estresante en especial en la dimensión de Rol Parental, cabe destacar que las investigaciones se realizaron en ambos padres y la mayor parte de ellos tenían 29 años y la mayor representación de este nivel de estrés se dio por los padres y no las madres

Con respecto a la relación de ambas variables de estudio, se realizó una correlación estadística entre estas variables se encontró una relación significativa, lo cual coincide con el único estudio que estudia ambas variables realizado por Siccha (2019) en donde encontró una relación significativa positiva entre la Adopción del Rol Materno y el Estrés Parental.

4.2 Limitaciones.

- Resultados no generalizables en otras poblaciones, ya que los hallazgos se limitan a poblaciones con similares características a la del presente estudio.
- El número de preguntas con las que cuentan ambos instrumentos podría provocar cansancio y respuestas en cadena.
- El diseño del estudio el cual es de tipo descriptivo, transversal.
- El que se utilizara un muestreo por conveniencia.
- El tomar la muestra por medio de un muestreo censal debido a las características de la población de estudio.

- Los Criterios de selección considerados para la población de estudio lo cual podría generar sesgos en la investigación.

4.3 Conclusión

Esta investigación permitió dar respuesta a el objetivo general planteado en esta investigación, el cual era determinar la relación que existe entre la Adopción del Rol Materno y el Estrés Parental en madres de recién nacidos prematuros hospitalizados, dicho hallazgo indica que a medida que el tener a un recién nacido prematuro hospitalizado dificulta la adopción del rol materno, debido a las separación que existe debido a sus condiciones clínicas y del mismo modo incrementa los niveles de Estrés Parental, ya que la hospitalización del recién nacido, sumada a la condición prematuridad, representa un desafío importante para las madres, afectando el vínculo inicial que existe entre ellos, generando mayores niveles de estrés, ansiedad y sobrecarga emocional, por las madres deberían contar con apoyo emocional; así como, acompañamiento por parte del personal de salud, familia y el su círculo de apoyo que puedan contribuir a favorecer el fortalecimiento del rol materno y contribuyan a reducir el impacto del estrés parental en este grupo vulnerable.

4.4 Recomendaciones

- Se recomienda la aplicación de este estudio en poblaciones mayores, para que pudieran darse resultados que fueran generalizables.
- Se recomienda un estudio Cualitativo, lo cual daría un aporte a la investigación ya que no existe evidencia suficiente de este tipo de estudios en el tema.
- Se recomienda un diseño longitudinal.
- Se recomienda un muestreo aleatorio.
- Se recomienda un cálculo de muestra por poblaciones finitas.

- Se recomienda en base a los hallazgos encontrados en este estudio que se pudiera implementar un plan de mejora en los horarios de visita que las madres tienen permitidas al área, con la finalidad de fomentar con mayor fuerza el apego piel a piel lo ayuda a crear un vínculo entre madre e hijo creando efectos positivos en el binomio madres- hijo, tanto físicos como emocionales, así como la capacitación a las madres por el personal de enfermería a las madres acerca de los cuidados hacia los recién nacidos en el hogar.

Referencias

Barrio J., García M., Ruiz, I. y Arce, A. (2006). El Estrés como respuesta.

<https://www.redalyc.org/pdf/3498/349832311003.pdf>

Bravo L., Caicedo D., Meneses A., Muñoz Y., Pantoja., Tescual Y. y Zambrano A. (2021).

Madroleñolife: Ramona Mercer, relacionada a un proyecto de fortalecimiento del vínculo madre e hijo mediante un protocolo de atención humanizada en gestantes.

<https://revistas.umariana.edu.co/index.php/BoletinInformativoCEI/article/view/2545>

Chisag J. y Urrea V. (2019). Comportamiento materno durante la hospitalización del recién nacido

<http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/6076/1/Comportamiento%20materno%20durante%20la%20hospitalizaci%3%b3n%20del%20reci%3%a9n%20nacido.pdf>

Código de ética para las enfermeras y enfermeros en México (2001).

http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/publicaciones/docs/codigo_etica.pdf

Código de Nuremberg (1947). <https://eticayseguridad.uc.cl/documentos/cec-artes/legislacion->

[cec-sociales/cec-sociales/225-cod-nurem-cec-sociales/file.html](https://eticayseguridad.uc.cl/documentos/cec-artes/legislacion-)

Cancho L. (2018). Estrés materno y vínculo de apego entre madre – hijo prematuro en

Hospital regional docente de Trujillo.

<https://dspace.unitru.edu.pe/server/api/core/bitstreams/c261f970-364c-40b7-9b4b-095e0017c9f7/content>

Dantur M. (2023). Caracterización del estrés en padres de neonatos prematuros internados en

unidad cuidados intensivos neonatal del Hospital Julio C. Perrando.

https://repositorio.unne.edu.ar/bitstream/handle/123456789/52914/RIUNNE_FMED_TD_Dantur_MM.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Domínguez M. y Cortés E. (2019). Adaptación cultural y validación de parental stressor scale neonatal intensive care unit en padres mexicanos. Scielo
<https://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v16n4/2395-8421-eu-16-04-339.pdf>
- Hans S., (1946), *The Stress of Life*, first published.
<https://www.pacdeff.com/pdfs/What%20is%20Stress.pdf>
- Hughes, H. M., & Huth-Bocks, A. C. (2007). Variations in parenting stress in African American battered women: Implications for children's adjustment and family intervention. *European Psychologist*, 12(1), 62–71. <https://doi.org/10.1027/1016-9040.12.1.62>
- Garrido M. y Marchán M. (2011). Adopción del rol materno en madres adolescentes primerizas según grupo de convivencia.
https://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/rev_psicologia_cv/v13_2011_1/pdf/a02.pdf
- García J., Reding A. y López C. (2013). Cálculo del tamaño de la muestra en investigación en educación médica. <https://www.elsevier.es/es-revista-investigacion-educacion-medica-343-pdf-S2007505713727157>
- González D. y Tandioy S. (2017). Factores que influyen en la lactancia materna basada en la Teoría de la adopción del Rol Maternal.
<https://repositorio.uceva.edu.co/bitstream/handle/20.500.12993/1094/T00030637.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Guerra M. y Muñoz L. (2013). Expresiones y comportamientos de apego madre-recién nacido hospitalizado en Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal.
https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632013000300003
- Huayna A., Ramos C. y Salas E. (2021). Locus de control y estrés percibido en Padres de niños con enfermedades crónicas. http://www.scielo.org.bo/pdf/rap/v18n2/v18n2_a04.pdf

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 2018).

<https://imss.gob.mx/prensa/archivo/201807/179#:~:text=De%20los%20425%20mil%20516%20nacimientos%20que%20se,nacieron%20antes%20de%2>

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 2018). Guía de Práctica Clínica Cuidados del Recién Nacido Prematuro Sano Hospitalizado.

<https://imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/362GER.pdf>

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS,2019). Aumentan casos de nacimientos prematuros en Puebla: IMSS. <https://municipiospuebla.mx/nota/2019-02-06/puebla/aumentan-casos-de-nacimientos-prematuros-en-puebla-imss>

Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI, 2020).

<https://repositorioinstitucional.buap.mx/server/api/core/bitstreams/c7d7e89d-9e67-48f9-a640-1b424bf89fa2/content>

Layme M. y Marticorena N. (2022). Cuidados enfermeros en la promoción del rol materno de prematuros durante la pandemia por Covid 19. Hospital goyeneche. Arequipa 2022

<https://repositorio.ucsm.edu.pe/server/api/core/bitstreams/e129321b-44fb-4e09-9dfb-3b682c58d376/content>

León A., León A., Romagueral C. y Alvarez Y., (2023). Estrés y gestación: una mirada desde la repercusión materno infantil.

<https://jorcienciapdcl.sld.cu/index.php/jprofesores2023/jprofesores2023/paper/viewFile/511/808>

Ley General de la Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos obligados (2017).

<https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGPDPPSO.pdf>

Ley General de Salud (2024).

file:///C:/Users/beren/AppData/Local/Microsoft/Windows/INetCache/IE/46ESCYHR/Ley_General_de_Salud[1].pdf

Matos L., Reyes K., López G., Reyes M., Aguilar E., Pérez O., Reyes U., López G., Flores B., Quero A. y Quero A. (2020). La prematuridad: epidemiología, causas y consecuencias, primer lugar de mortalidad y discapacidad. <https://www.medigraphic.com/pdfs/saljalisco/sj-2020/sj203h.pdf>

Martínez P., (2019). Proceso de Enfermería en Recién Nacidos Pretérmino.

<https://repositorioinstitucional.buap.mx/server/api/core/bitstreams/f88f1639-71d0-4ee0-a345-7f2bcced409f/content>

Martinez C., Pereira M., y Carreon C. (2022) Adoption of Maternal Role during the Postpartum Period in First-Time Pregnant Women.

https://www.researchgate.net/publication/359383663_Adoption_of_Maternal_Role_during_the_Postpartum_Period_in_First-Time_Pregnant_Women

Medel A. (2022). Factores Estresores más Frecuentes en Madres de Hijos Prematuros Durante su Internación en el Servicio de Neonatología del Hospital Dr. Horacio Heller.

<https://rdi.uncoma.edu.ar/bitstream/handle/uncomaid/16853/TESIS%20MEDEL%20MARLENE%20LIC.%20EN%20ENFERMERIA%2022-30-45-46-58-62.pdf?sequence=1>

Montero A., Ferrer R., Paz D., Pérez M. y Diaz Y. (2019). Riesgos Maternos asociados a la Prematuridad, Scielo.

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182019000501155

Molina T. (2015). Nivel de Satisfacción de las puérperas sobre los cuidados que brinda la enfermera al recién nacido en el servicio de gineco obstetricia hospital de Apoyo II Gustavo Lanatta Luján, Bagua- 2015.

[https://repositorio.untrm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14077/146/NIVEL%20DE%20SATISFACCI%
c3%93N%20DE%20LAS%20PU%
c3%89RPERAS%20SOBRE%20LOS%20
CUIDADOS%20QUE%20BRINDA%20LA%20ENFERMERA.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.untrm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14077/146/NIVEL%20DE%20SATISFACCI%c3%93N%20DE%20LAS%20PU%c3%89RPERAS%20SOBRE%20LOS%20CUIDADOS%20QUE%20BRINDA%20LA%20ENFERMERA.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Mira A., Coo S., Bastias R. y Gonzales R. (2022). Interacciones entre las madres y sus bebés prematuros moderados durante la hospitalización.

<https://www.scielo.cl/pdf/andesped/v93n6/2452-6053-andesped-andespediatr-v93i6-4023.pdf>

Narro J., Orbegoso D. (2016). Percepción del Cuidado Humanizado de Enfermería y Nivel de estrés de las Madres del Neonato Prematuro Hospitalizado.

[https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12759/1998/RE_ENFE_JOSSELY
.NARRO_DIANAORBEGOSO_PERCEPCION_CUIDADO.ESTRES_DATOS_T046_703
937601T.PDF?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12759/1998/RE_ENFE_JOSSELY.NARRO_DIANAORBEGOSO_PERCEPCION_CUIDADO.ESTRES_DATOS_T046_703937601T.PDF?sequence=1&isAllowed=y)

Pérez, M., Morales, L., Núñez, M., Tevera, Y., & González, I. (2021). Estadios de la adopción del rol materno de la teórica 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, 15-21. <https://doi.org/10.33412/rev-ric.v6.0.313>

Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023). Nacimientos Prematuros.

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

Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2023). <https://www.paho.org/es/noticias/15-6-2023-152-millones-bebes-nacieron-prematuramente-ultima-decadaen>

Ortega P., (2021). Relación del Estrés Maternal y el Apego de la madre- hijo en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en el 2017.

https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13084/5598/UNFV_FMHU_Ortega_Angeles_Cristina_Paola_Segunda_especialidad_2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Ortiz E. (2023). Teoría de la adopción del rol maternal para cuidado del prematuro en la instancia domiciliaria. <https://repositorio.uta.edu.ec/server/api/core/bitstreams/9ef44f7d-376f-468e-b4c8-7eac1ef398ff/content>

Portal R. (2020). Cuidados de enfermería en recién nacidos prematuro con síndrome de dificultad respiratoria del hospital Daniel Alcides Carrión. Huanta – ayacucho. 2019.

https://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12952/6741/TA_2DAESP_PORTAL_FCS_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Quispe M. (2021). Vínculo afectivo de la madre en el recién nacido, servicio de neonatología, hospital de emergencias Villa el salvador, lima, 2019

https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/5867/T061_41071727_S.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Raile M., (2014). Modelos y teorías: Elsevier.

<https://www.berri.es/pdf/MODELOS%20Y%20TEORIAS%20EN%20ENFERMERIA/9788413822990>

Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud (LGS, 2015).

https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf

Saldivar C., Rodriguez B., y Torres G. (2022). Nivel de estrés y características de padres de recién nacidos prematuros, hospital de seguridad.

<https://journal.iseo.edu.mx/index.php/iseo/issue/view/4/12>

Santander R. y Torres J. (2019). Adopción del Rol Materno en Madres Adolescentes Primerizas Según Tipo de Convivencia Familiar, en el Hospital III Regional Honorio Delgado de

- Arequipa, 2019. <https://1library.co/document/qmjvo15q-adopcion-adolescentes-primerizas-convivencia-familiar-hospital-regional-arequipa.html>
- Santos M., Pérez D., Lozada E., Ramírez N. y Landeros E. (2020). Validez y confiabilidad de la Escala de Adopción al Rol Materno en madres adolescentes mexicanas. <https://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v18n1/2395-8421-eu-18-01-69.pdf>
- Secretaria de Salud (SS, 2020). Cuenta Puebla con una de las unidades de neonatología más importantes del país. <https://ss.puebla.gob.mx/noticias/item/1282-cuenta-puebla-con-una-de-las-unidades-de-neonatologia-mas-importantes-del-pais>
- Secretaria de Salud (SS, 2022). <https://www.gob.mx/salud/prensa/558-cada-ano-nacen-en-mexico-200-mil-bebes-prematuros-secretaria-de-salud?idiom=es>
- Shrestha S, Adachi K, Petrini MA, y Shrestha S. (2018). Maternal Role: A Concept Analysis. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*. https://jmrh.mums.ac.ir/article_12568_b09c3eb85f2cd182c048170774fffb2.pdf
- Siccha R. (2019). Estrés y Adopción del Rol Materno en madres de recién nacidos prematuros, Trujillo. <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/14926>
- Vargas-Rubilar, J., Richaud, M. C., Balabanian, C., & Lemos, V. (2023). Parenting, Gender, and Perception of Changes in Children's Behavior during the COVID-19 Pandemic. *International journal of environmental research and public health*, 20(15), 6452. <https://doi.org/10.3390/ijerph20156452>
- Vega M., (2022). Papel de enfermería en la Adopción del Rol Materno durante el Periodo Prenatal según Ramona Mercer. *Revista Médica y de enfermería Ocronos*. [https://revistamedica.com/pape\(1-enfermeria-adopcion-rol-materno/](https://revistamedica.com/pape(1-enfermeria-adopcion-rol-materno/)

Anexos

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla Facultad de Enfermería Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado Apéndice A.

Folio:
Fecha:

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de proyecto: “Adopción Rol Materno y su relación con el Estrés Parental en madres de recién nacidos prematuros hospitalizados”

Nombre del Investigador Principal: E.E.P. Jhoanna Berenice Góchez Becerra

Estimada Señora:

Usted ha sido invitada a participar en el presente proyecto de investigación, el cual es desarrollado por la E.E.P Jhoanna Berenice Góchez Becerra, alumna del posgrado de maestría de la facultad de Enfermería, de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. El estudio se realizará en la unidad hospitalaria de tercer nivel en la cual se encuentra hospitalizado el recién nacido prematuro.

Si Usted decide participar en el estudio, es importante que considere la siguiente información.

Siéntase libre de preguntar cualquier asunto que no le quede claro.

El objetivo del presente estudio es Describir la relación existente la adopción del rol materno y el estrés parental en madres de recién nacidos prematuros hospitalizados.

Su participación consistirá en responder a 3 cuestionarios:

- 1) Cedula de datos Sociodemográficos (sexo, edad) y socioculturales (escolaridad, estado civil, numero de gesta de la que es producto el recién nacido prematuro, cuanta con diagnóstico de depresión o ansiedad previos, acude a terapia psicológica)
- 2) Escala de Adopción del Rol Materno (Santos et al., 2021) en la cual se integran una lista de afirmaciones respecto a su experiencia como madre.
- 3) Escala de Estrés Parental: Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (PSS: NICU) Domínguez y Cortés (2019) la cual cuenta con una serie de preguntas con la finalidad de conocer su punto de vista sobre qué tan estresante son para usted las imágenes y sonidos que se experimentan comúnmente en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

La entrevista se llevará a cabo en un área específica asignada por la unidad hospitalaria en la cual donde solo estará usted y el investigador, para su comodidad, el tiempo estimado de para contestar es de 40 minutos aproximadamente.

Beneficios: El beneficio que usted recibirá será un folleto educativo que servirá de orientación para los cuidados generales que usted realizará con su hijo en su domicilio.

Confidencialidad: Toda la información que Usted 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 quedará identificada con un folio y no con su nombre. Los resultados de este estudio serán publicados con fines científicos, pero se presentarán de tal manera que no podrá ser identificada.

Participación Voluntaria/Retiro: Su participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted está en libertad de negarse a participar o de retirar su participación en cualquier momento. Su decisión de participar o no en el estudio no implicará ningún tipo de consecuencia o afectará de ninguna manera el servicio o trato de que recibe en esta Unidad Hospitalaria.

Riesgos Potenciales: Los riesgos potenciales que implican su participación en este estudio son: **Sin riesgo.** Si alguna de las preguntas le hiciera sentir un poco incomoda, tiene el derecho de no responderla, del mismo modo se buscará apoyo por parte de un profesional en psicología con la finalidad de poder apoyar a las participantes. Usted no recibirá ningún pago por participar en el estudio, y tampoco implicará algún costo para usted.

Costos: La participación en el estudio no implica ningún costo, por lo cual no se cuenta con financiamiento.

Aviso de Privacidad Simplificado: La investigadora principal de este estudio, E.E.P. Jhoanna Berenice Góchez Becerra es responsable del tratamiento y resguardo de los datos personales que nos proporcione, los cuales serán protegidos conforme a lo dispuesto por la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados. Los datos personales que le 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 le pedimos dirigirse al investigador responsable del proyecto a la siguiente dirección de correo gb223450047@alm.buap.mx Números por contactar: Si usted tiene alguna pregunta, comentario o preocupación con respecto al proyecto, por favor comuníquese con la investigadora responsable del proyecto: E.E.P. Jhoanna Berenice Góchez Becerra al siguiente número de teléfono 2214332928, en un horario de 10 am- 3 pm o al correo electrónico gb223450047@alm.buap.mx

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

Declaración de la persona que da el consentimiento

- Se me ha leído esta Carta de consentimiento.
- Me han explicado el estudio de investigación incluyendo el objetivo, los posibles riesgos y beneficios, y otros aspectos sobre mi participación en el estudio.
- He podido hacer preguntas relacionadas a mi participación en el estudio, y me han respondido satisfactoriamente mis dudas.

Si usted entiende la información que le hemos dado en este formato, está de acuerdo en participar en este estudio, de manera total o parcial, y también está de acuerdo en permitir que su información de salud sea usada como se describió antes, entonces le pedimos que indique su consentimiento para participar en este estudio.

Registre su firma/huella digital en este documento del cual le entregaremos una copia.

PARTICIPANTE:

Firma/huella digital: _____

TESTIGO 1

Firma: _____

Relación con el/la participante: _____

Dirección(opcional): _____

TESTIGO 2

Firma: _____

Relación con el/la participante: _____

Dirección (Opcional): _____

Nombre y firma del investigador que obtiene el consentimiento:

Nombre: _____

Firma: _____

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado
Apéndice C.

Escala de Adopción del Rol Materno (Santos et al., 2021)

Adaptación al contexto mexicano: Santos-Díaz María de la Luz, Pérez-Calderón Dulce María, Lozada Perezmitre Erika, Ramírez-Girón Natalia; Landeros-Olvera Erick (2020).

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.				

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado
Apéndice D.

Escala de Estrés Parental: Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (PSS: NICU)
 Domínguez y Cortés (2019)

Abajo está una lista de diferentes IMÁGENES Y SONIDOS experimentados comúnmente en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Nos interesa conocer su punto de vista sobre qué tan estresantes son para usted estas imágenes y sonidos. Por estresante, nos referimos a que la experiencia le ha causado sentirse alterado, preocupado o tenso. Marque con una X en el apartado correspondiente lo que represente mejor la situación que puede generarle estrés. Si usted no vio, escuchó o experimentó el aspecto marcado en el apartado, marque en el recuadro de NA que quiere decir “No aplicable”.

Imágenes y Sonidos	NA (0)	No Estresante (1)	Poco Estresante (2)	Moderadamente Estresante (3)	Muy Estresante (4)	Extremadamente Estresante (5)
1. Presencia de Monitores y equipos						
2. Los ruidos constantes de monitores y equipos						
3. Los ruidos repentinos de las alarmas y equipos.						
4. Los otros bebés enfermos en la unidad.						
5. La gran cantidad de personas trabajando en la unidad.						

A continuación, hay una lista de apartados que podrían describir la forma en que su BEBÉ LUCE Y SE COMPORTA mientras usted está de visita en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, así como algunos de los TRATAMIENTOS que han sido hechos al bebé. No todos los bebés tienen estas experiencias o lucen de esta forma, así que marque en el recuadro NA, si usted no ha experimentado o visto el apartado enumerado. Si el apartado refleja alguna cosa que usted ha experimentado, entonces indique qué tan estresante o preocupante fue la experiencia para usted colocando una X en el recuadro correspondiente.

Apariencia, comportamiento y tratamiento del bebé.	NA (0)	No Estresante (1)	Poco Estresante (2)	Moderadamente Estresante (3)	Muy Estresante (4)	Extremadamente Estresante (5)
6. Tubos y equipos cerca de mi bebé.						
7. Moretones, cortadas o lesiones en mi bebé.						
8. El color inusual de mi bebé (por ejemplo. Luce pálido o amarillento).						
9. La forma y la frecuencia en que respira mi bebé.						
10. El tamaño tan pequeño de mi bebé.						
11. El aspecto arrugado de mi bebé.						

12. Tener un aparato respirando por mi bebé (respirador).						
13. Ver agujas y tubos puestos en mi bebé.						
14. Mi bebé siendo alimentado por la vena o por la sonda.						
15. Cuando mi bebé está muy irritable o llorón.						
16. Cuando mi bebé parecía triste.						
17. El aspecto flácido y débil de mi bebé.						
18. Movimientos bruscos o inquietos de mi bebé.						
19. Mi bebé no es capaz de llorar como lo otros bebés.						

El último tema sobre el cual queremos preguntarle es cómo se siente acerca de su propia RELACIÓN con el bebé y su ROL DE PADRE. Si ha experimentado las siguientes situaciones o sentimientos, indique qué tan estresado ha estado usted por éstas, marcando con una X en el recuadro apropiado. De nuevo, marque con una X, NA si no ha experimentado el apartado.

Rol parental.	NA (0)	No Estresante (1)	Poco Estresante (2)	Moderadamente Estresante (3)	Muy Estresante (4)	Extremadamente Estresante (5)
---------------	-----------	-------------------------	---------------------------	---------------------------------	--------------------------	----------------------------------

20. Estar separado de mi bebé.						
21. No alimentarlo por mí mismo.						
22. No ser capaz de cuidar a mi bebé por mí mismo (por ejemplo, cambiarle el pañal, bañarlo).						
23. No ser capaz de cargar a mi bebé cuando quiero.						
24. Sentirme impotente e incapaz de proteger a mi bebé del dolor y de los procedimientos dolorosos.						
25. Sentir impotencia acerca de cómo ayudar a mi bebé durante este tiempo.						
26. No tener tiempo a solas con mi bebé.						