CODIGO B1
M-2156

105p.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTIN
BIBLIOTECA
DE
MEDICINA
AREQUIPA - PERU

TIPOS DE CONVIVENCIA Y ADOPCIÓN DEL ROL MATERNO EN MADRES PRIMÍPARAS. CENTRO MÉDICO UNIVERSITARIO PEDRO P. DÍAZ AREQUIPA - 2015

Tesis presentado por los bachilleres:

CONDORI PORCEL, FREDY ANTONIO

PALLO CUBA, YESSICA SARMELY

Para obtener el Título Profesional de:
ENFERMERO/A

AREQUIPA – PERÚ

2015

Ubicacion Física - B-1
J-05-01-61

ACEPTACION DE LA ASESORA

La presente tesis, TIPOS DE CONVIVENCIA Y ADOPCIÓN DEL ROL MATERNO EN MADRES PRIMÍPARAS. CENTRO MEDICO UNIVERISTARIO PEDRO P. DIAZ. AREQUIPA 2015, reúne las condiciones y tiene mi conformidad.

Mg. Bina Ramírez de Ojeda
Asesora

MIEMBROS DEL JURADO

Dra. Cristina Linares Rasmussen	Presidenta
Dra. Carmen Pinto Hu	Vocal
Mg. Mayrene Abarca del Carpio	Secretaria

La presente tesis sustentada el día 01 de 10 del 2015, APROBADA POR UNANIMIDAD, queda conforme para seguir con el trámite correspondiente.

Mg. Mayrene Abarca del Carpio
Secretaria

ÍNDICE

Pág.

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

A. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA 9

B. OBJETIVOS 13

C. HIPÓTESIS 13

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

A. ANTECEDENTES 14

B. BASE TEÓRICA 18

C. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS 42

D. ALCANCES Y LIMITACIONES 49

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

A. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN 50

B. DESCRIPCIÓN DEL ÁREA 52

C. POBLACIÓN DE ESTUDIO Y SELECCIÓN DE LA MUESTRA 52

D. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS 54

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

A. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS 56

CAPÍTULO V: RESUMEN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A. RESUMEN 86

B. CONCLUSIONES 87

C. RECOMENDACIONES 88

BIBLIOGRAFÍA

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

ÍNDICE DE TABLAS

		Pág.
TABLA N° 1	CARACTERÍSTICAS PERSONALES DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO. CENTRO MÉDICO UNIVERSITARIO PEDRO P. DÍAZ AREQUIPA - 2015	57
TABLA N° 2	POBLACIÓN EN ESTUDIO SEGÚN TIPOS DE CONVIVENCIA. CENTRO MÉDICO UNIVERSITARIO PEDRO P. DÍAZ AREQUIPA- 2015	58
TABLA N° 3	POBLACIÓN EN ESTUDIO SEGÚN DIMENSIONES DE ADOPCIÓN DEL ROL MATERNO. CENTRO MÉDICO UNIVERSITARIO PEDRO P. DÍAZ AREQUIPA- 2015	59
TABLA N° 4	POBLACIÓN EN ESTUDIO SEGÚN ADOPCION DEL ROL MATERNO. CENTRO MÉDICO UNIVERSITARIO PEDRO P. DÍAZ AREQUIPA - 2015	63
TABLA N° 5	POBLACIÓN EN ESTUDIO POR TIPOS DE CONVIVENCIA SEGÚN DIMENSIÓN DE ADOPCIÓN DEL ROL MATERNO: INTERACCIÓN CON LA PAREJA RESPECTO AL NIÑO. CENTRO MÉDICO UNIVERSITARIO PEDRO P. DÍAZ AREQUIPA – 2015	64
TABLA N° 6	POBLACIÓN EN ESTUDIO POR TIPOS DE CONVIVENCIA SEGÚN DIMENSIÓN DE ADOPCIÓN DEL ROL MATERNO: ACEPTACIÓN DEL NIÑO. CENTRO MÉDICO UNIVERSITARIO PEDRO P. DÍAZ AREQUIPA- 2015.	66
TABLA N° 7	POBLACIÓN EN ESTUDIO POR TIPOS DE CONVIVENCIA SEGÚN DIMENSIÓN DE	

	ADOPCIÓN DEL ROL MATERNO: CONTACTO CON EL ROL DE LA MADRE. CENTRO MÉDICO UNIVERSITARIO PEDRO P. DÍAZ AREQUIPA-2015.	68
TABLA N° 8	POBLACIÓN EN ESTUDIO POR TIPOS DE CONVIVENCIA SEGÚN DIMENSIÓN DE ADOPCIÓN DEL ROL MATERNO: ESTIMULACIÓN DEL NIÑO. CENTRO MÉDICO UNIVERSITARIO PEDRO P. DÍAZ AREQUIPA-2015.	70
TABLA N° 9	POBLACIÓN EN ESTUDIO POR TIPOS DE CONVIVENCIA SEGÚN DIMENSIÓN DE ADOPCIÓN DEL ROL MATERNO: INTERACCIÓN CON LA FAMILIA DE ORIGEN RESPECTO AL NIÑO. CENTRO MÉDICO UNIVERSITARIO PEDRO P. DÍAZ AREQUIPA- 2015.	72
TABLA N° 10	POBLACIÓN EN ESTUDIO POR TIPOS DE CONVIVENCIA SEGÚN DIMENSIÓN DE ADOPCIÓN DEL ROL MATERNO: CUIDADOS DEL NIÑO. CENTRO MÉDICO UNIVERSITARIO PEDRO P DÍAZ AREQUIPA- 2015.	74
TABLA N° 11	POBLACIÓN EN ESTUDIO POR TIPOS DE CONVIVENCIA SEGÚN DIMENSIÓN DE ADOPCIÓN DEL ROL MATERNO: EXPRESIONES MATERNALES DE AFECTO HACIA EL NIÑO. CENTRO MÉDICO UNIVERSITARIO PEDRO P. DÍAZ AREQUIPA- 2015.	76
TABLA N° 12	POBLACIÓN EN ESTUDIO POR TIPOS DE CONVIVENCIA SEGÚN DIMENSIÓN DE ADOPCIÓN DEL ROL MATERNO: BIENESTAR DEL NIÑO. CENTRO MÉDICO UNIVERSITARIO PEDRO P. DÍAZ AREQUIPA- 2015.	78

TABLA N° 13 POBLACIÓN EN ESTUDIO POR TIPOS DE CONVIVENCIA SEGÚN DIMENSIÓN DE ADOPCIÓN DEL ROL MATERNO: PREOCUPACIÓN Y PROTECCIÓN DEL NIÑO. CENTRO MÉDICO UNIVERSITARIO PEDRO P. DÍAZ AREQUIPA- 2015. 80

TABLA N° 14 POBLACIÓN EN ESTUDIO POR TIPOS DE CONVIVENCIA SEGÚN DIMENSIÓN DE ADOPCIÓN DEL ROL MATERNO: CONOCIMIENTO Y CULTURA RESPECTO AL NIÑO. CENTRO MÉDICO UNIVERSITARIO PEDRO P. DÍAZ AREQUIPA- 2015. 82

TABLA N° 15 POBLACIÓN EN ESTUDIO POR TIPOS DE CONVIVENCIA SEGÚN ADOPCIÓN DEL ROL MATERNO. CENTRO MÉDICO UNIVERSITARIO PEDRO P. DÍAZ AREQUIPA- 2015. 84

INTRODUCCIÓN

La maternidad es uno de los hechos más importantes en la vida de la mujer, es un proceso continuo de cambios y aprendizajes, en el cual se establece el vínculo afectivo entre el hijo y la madre; este no se forma en cuestión de días o meses, sino que se construye lentamente desde el nacimiento e incluso desde la concepción hasta cuando la madre interioriza su rol, de tal manera que la madre experimenta sentimientos de armonía, confianza y competencia. Es probable que diferentes factores puedan influir directa o indirectamente en la adopción de su rol; como la edad, condición económica, nivel de instrucción, y sobre todo su grupo de convivencia. Según Mercer el compañero íntimo de la madre contribuye de forma directa en la adopción del rol materno, de un modo que ninguna otra persona puede ejercer.

En nuestro país cada hora nacen aproximadamente 60 niños y de estos el 60% pertenecen a familias nucleares, y el porcentaje restante pertenecen a familias monoparentales y extendidas; en el caso de las familias monoparentales se aprecia que la mujer asume la jefatura del hogar. ENDES (2013)

En el caso de que la madre conviva con su pareja o familiares maternos o paternos, es probable que la adopción del rol materno se vea incrementado, esto se evidencia cuando la madre es perceptible a la adquisición de competencias maternas como la confianza en sí misma y la gratificación o satisfacción al desempeñar el rol, así como la unión al niño. En el niño, se puede observar un desarrollo cognitivo y conductual apropiado, así como un buen estado de salud y la adquisición de competencias sociales.

Las madres primíparas generalmente son muy jóvenes y no siempre están identificadas con su rol materno, debido a que en esta etapa de su desarrollo están experimentando cambios profundos y bruscos en su organismo y en su psicología. El grupo de personas con los que la madre convive, le ayudan en la aceptación de su rol, estabilidad emocional y la consolidación de vínculos afectivos, constituidos en un sistema funcional: madre – hijo.

Diversos estudios sobre la problemática se han limitado en proporcionar cifras y estadísticas que muestran un aspecto cuantitativo del fenómeno, necesario para la toma de decisiones en el ámbito institucional; sin embargo, poco se conoce sobre las incidencias emocionales de la maternidad en las mujeres que por primera vez van a ser madres, y menos sobre los procesos de apropiación del rol materno en esta etapa de la vida.

Por lo señalado, el presente estudio tiene por objetivo determinar la relación entre los grupos de convivencia y la adopción del rol materno en las madres primíparas que asistan al Centro Médico Universitario Pedro

P. Díaz, Arequipa 2015. Es un estudio descriptivo de diseño correlacional de corte transversal; con el propósito de aportar información actualizada a los profesionales de la salud que están a cargo de los cuidados de las madres primíparas. De esta manera se contribuye a diseñar intervenciones y/o actividades que permitan que la enfermera ayude a que la madres mejoren y refuercen su rol materno y en consecuencia los niños tendrán un óptimo crecimiento y desarrollo; por lo que se espera que los resultados de la presente investigación proporcionen información a instituciones que sirvan de orientación para mejorar el vínculo madre – hijo.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

A. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

El embarazo, puede representar la materialización de un anhelo para la mayoría de las mujeres, es también un período de grandes incertidumbres, especialmente cuando se es madre por primera vez. Con el nacimiento del niño la mujer primípara, debe enfrentar una serie de tareas, cambios hormonales, biológicos con la finalidad de aprender a anteponer las necesidades del niño (por ejemplo: la lactancia) a las propias y aceptar los cambios corporales que se producen.

En América Latina; aproximadamente un tercio de las mujeres tienen su primer hijo antes de cumplir los 20 años de edad, en países como República Dominicana, Guatemala, México, Trinidad y Tobago, Colombia, Ecuador y Perú; estos niveles no difieren mucho entre las zonas urbanas

y rurales. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (CEPAL 2010)

En el Perú según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (2013), uno de los problemas de mayor preocupación es la alta tasa de embarazo en adolescentes. Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática INEI el 13% de las adolescentes entre 15 y 19 años ya son madres, el 11% están gestando por primera vez, el 41.8% de embarazos no estuvieron planeados. El 37% de adolescentes son madres o están embarazadas y además no tienen educación.

Arequipa no es ajena a esta problemática el número de mujeres es de 626 400 constituyendo el 51,4% de la población total, la mediana del nacimiento del primer hijo se torna a los 23 años, las mujeres comienzan a tener hijos a edades tempranas, antes de los 18 años el 6.3 % y el 12% antes de cumplir los 20 años; más del 56.2 % de las mujeres habían dado a luz a su primer hijo(a) antes de llegar a los 25 años.

Según el estado civil resalta que aproximadamente 4 de cada 10 mujeres se encuentran solteras y 3 de cada 10 casadas. En cuanto a su ubicación geográfica la proporción de solteras es mayor en las áreas urbanas que en las rurales (38,1% frente a 30,1%). Mientras que el porcentaje de casadas es superior en la parte rural (35,4%) en comparación con la zona urbana (30,6%), esto podría deberse a que en el ámbito rural es más común que las mujeres formen una familia a temprana edad, mientras que en la ciudad las mujeres buscan su desarrollo profesional dejando en segundo plano la conformación de un hogar. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar Arequipa (2011)

En Trujillo en una investigación, se evidencia que más del 50% de las madres primíparas continúan dependiendo de su familia después del embarazo, el 34% posee una actitud negativa hacia su embarazo, el 44% considera que su embarazo frustró su desarrollo profesional, el 33% ve con pesimismo su vida futura y el 46% piensa que no alcanzará sus metas

de vida. Entonces la madre primeriza al no recibir el apoyo suficiente de la familia, tiene que jugar un doble papel, ser madre y padre a la vez; por ello la colaboración de los familiares es fundamental para favorecer a adoptar mejor el rol maternal. Garrido M. y Marchan M. (2011)

El rol materno puede estar influenciado por la relación con el grupo de personas con las que vive la madre primípara y pasa la mayor parte de su tiempo; una de estas relaciones pueden ser: convivencia nuclear conformado por la madre con su pareja, convivencia extendida conformado por la madre su pareja y los familiares paternos o maternos, y por último la convivencia monoparental formado por la madre y su hijo.

La sociedad espera que las madres den seguridad, sensibilidad y cooperación frente a las necesidades del niño, particularmente durante los primeros años de vida. Aunque en un inicio puede que muestren inseguridad y temor en el cuidado de sus hijos, pero con el transcurso del tiempo la madre va adquiriendo experiencia, habilidades y actitudes positivas. Siendo la familia, la pareja, los abuelos y otras personas alrededor de la madre los que jugaran un papel muy importante en el cuidado y el tipo de vínculo del niño. Papalia D. (2011)

Un estudio en Lima encontró que: las madres que no manifestaron sentirse seguras en su desempeño como madres son las mismas que veían su futuro como algo incierto, concluyendo que el nivel de seguridad que muestra una mujer en el inicio de su maternidad frente a su rol de madre, estaría ligado frente a su visión de futuro en la forma de criar a sus hijos.

El rol materno es el proceso de formación de identidad materna relacionado con el proceso del desarrollo del vínculo emocional del niño, ambos procesos son necesarios para la mujer a fin de desarrollar un sentimiento de capacidad en ser una "madre para su niño." En los últimos tiempos la modernidad, los avances tecnológicos, la violencia, la pobreza y la presión laboral; han influido en el comportamiento de las madres, los

cuales se evidencian a través de: falta de caricias hacia al niño, establecimiento pobre del contacto visual, falta de cariño al hablarle al niño, falta de atención y consuelo hacia el niño, entre otros.

Según Muñoz A. (2011), los niños con vínculo afectivo de inseguridad lloran más, exigen más atención y demuestran más tristeza e ira. Este comportamiento puede hacer que sus madres sientan tristeza, ira y desamparo y por lo tanto una inadecuada adopción del rol materno; sin embargo las madres que han establecido con sus hijos un vínculo de seguridad son sensibles a ellos durante el primer año de vida. Son capaces de captar y entender las señales de sus hijos, se relacionan con sus hijos de un modo afectuoso, atento y oportuno suelen; contar con personalidades más positivas, niveles altos de educación y esposos que las respaldan. Por lo que el objetivo de la presente investigación es determinar la relación entre la adopción del rol materno y los tipos de convivencia.

Mercer R. (2004) en su teoría "Adopción del rol materno", define a la adopción de la identidad materna como un 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 y expresa el placer y la gratificación con su rol, la identidad materna se configura a partir de la dualidad madre - hijo y la visión instaurada de sí misma como madre; la autoestima, la autoconfianza, favorecerán esta adopción a través de círculos concéntricos de Bronfrenbenner: microsistema, el mesosistema y el macrosistema.

Existen características y conductas de la madre que pueden influir en la adopción del rol materno, estos son: aceptación y contacto con el rol de la madre, estimulación y expresiones maternales de afecto hacia el niño(a), bienestar, preocupación y protección del niño(a), interacción con la pareja y la familia respecto al niño(a), cuidados del niño(a), conocimiento y cultura relacionados al niño(a). Garrido M. y Marchan M. (2011).

Considerando la problemática planteamos la siguiente interrogante:

¿Cuál es la relación entre tipos de convivencia y adopción del rol materno en madres primíparas. Centro médico Universitario Pedro P. Díaz Arequipa - 2015?

B. OBJETIVOS

1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre tipos de convivencia y adopción del rol materno en madres primíparas. Centro médico Universitario Pedro P. Díaz Arequipa - 2015.

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

a. Caracterizar a la población en estudio según: edad, grado de instrucción, ingreso económico y ocupación.

b. Identificar en la población en estudio la adopción del rol materno según dimensiones: aceptación del niño, contacto con el rol de la madre, estimulación del niño, expresiones maternales de afecto hacia el niño, bienestar del niño, preocupación y protección del niño, interacción con la pareja respecto al niño, interacción con la familia de origen respecto al niño, cuidados del niño, conocimiento y cultura relacionados al niño.

c. Precisar en la población de estudio los tipos de convivencia: convivencia nuclear, convivencia extendida y convivencia monoparental.

d. Establecer la relación entre los tipos de convivencia y dimensiones de adopción del rol materno.

C. HIPÓTESIS

Existe relación entre tipos de convivencia y adopción del rol materno en madres primíparas. Centro médico Universitario Pedro P. Díaz Arequipa - 2015.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

A. ANTECEDENTES

CARRILLO Z. Y QUISPE C. (2012) Trujillo, en su estudio "Factores psicosociales y el nivel de vínculo afectivo en madres primíparas y sus recién nacidos a término en el hospital Belén de Trujillo". Tuvieron como objetivo determinar la relación existente entre los factores psicosociales y el nivel de vínculo afectivo; estudio descriptivo correlacional de corte transversal, la muestra estuvo constituida por 151 madres, aplicaron el test de autoestima y la guía de recolección de datos. Los resultados fueron: el 34% de las madres tuvieron las edades de 15 – 19 años, el 66% trabaja dentro del hogar y el 54% presentó autoestima baja y el nivel de vínculo afectivo era inadecuado en un 56% en relación al adecuado 44%.

CHEVEZ, D. (2012) Chiclayo, en su estudio "Cuidado de la familia al binomio madre adolescente - Recién nacido". Tuvo como objetivo describir, analizar y comprender el cuidado de la familia a la madre adolescente y su recién nacido en el hogar y discutir las implicancias para enfermería del cuidado de la familia a la madre adolescente y su recién nacido en el hogar, estudio cualitativo con enfoque estudio de caso en 7 madres adolescentes, para la recolección de datos utilizaron la entrevista semi-estructurada. Los resultados mostraron que los cuidados brindados en el ambiente familiar, favorecen el vínculo afectivo entre la adolescente y su recién nacido; la organización de la familia para enseñar a la adolescente a que aprenda a desempeñar su rol maternal, basado en las creencias y prácticas aprendidas de su entorno familiar/cultural.

GARRIDO, M. Y MARCHAN, M. (2011) Trujillo, en su estudio "Adopción del rol materno en madres adolescentes primerizas según grupo de convivencia". Tuvieron como objetivo comparar el nivel de adopción del rol materno según grupo de convivencia, el estudio fue de tipo descriptivo comparativo conformada por 86 madres adolescentes primerizas entre 14 y 20 años, utilizaron la escala A.R.M. (Adopción del rol materno).Los resultados mostraron que el grupo de convivencia donde la madre logra un nivel predominantemente medio de adopción del rol materno (60.5%) es el compuesto por la madre adolescente, su pareja, su familia de origen de esta; mientras que un nivel bajo de rol materno (39.5%) se encuentra compuesto por la madre, su familia de origen, mas no con su pareja.

PRÍNCIPE, F. (2011) Chimbote, en su estudio "Nivel del vínculo afectivo madre – recién nacido y algunos factores socioculturales maternos Hospital Eleazar Guzmán Barrón", cuyo objetivo fue determinar la relación entre el nivel de vínculo afectivo y factores socioculturales, estudio descriptivo correlacional, en una muestra de 65 madres de recién nacidos, utilizó el método de la entrevista; tuvo como resultados que el 78% de madres presentan alto nivel de vínculo afectivo y el 22% un vínculo afectivo mediano; no se observa a madres con vínculo afectivo bajo. El

78.8% de las madres, con buen nivel cultural, presentaron un vínculo afectivo alto, mientras que las madres con un bajo nivel cultural, representado por un 23,5%, presentaron un nivel de vínculo afectivo mediano.

ESPINOZA, E. (2010) Lima, en su estudio "Seguridad y visión de futuro frente al rol materno" cuyo objetivo fue explorar la relación que puede tener la idea de seguridad de una madre frente a su rol materno y su visión de futuro, el estudio fue cualitativo con una entrevista semi estructurada, en una muestra de 12 puérperas de 16 – 30 años atendidas en el hospital Daniel Alcides Carrión. Los resultados mostraron que: las madres que no manifestaron sentirse seguras en su desempeño como madres fueron las que no sintieron seguridad en su rol materno.

CORONADO, A. (2013) Colombia, en su estudio "Rol materno y pautas de crianza en madres adolescentes desde una perspectiva generacional, pertenecientes a las UPA", tuvo como objetivo identificar las creencias y prácticas asociadas a las pautas de crianza en el ejercicio del rol materno. Estudio cualitativo fenomenológico – hermenéutico, en 9 adolescentes madres, entre 16 y 20 años de edad. Obtuvo como resultado: ninguna niña piensa que tan joven va a ser mamá, ser madre es un trabajo muy grande y tan rápido, en relación al rol materno solo 2 anhelaban a ser madres y en las 7 restantes su hijo no estuvo planeado, todas presentaron sentimientos de tristeza, ya que en lo escolar no podían seguir estudiando, en cuanto al trabajo tampoco tuvieron oportunidad, y su proyecto de vida se vio frustrado.

ROMERO, S. (2011) Ecuador, en su estudio "Proceso de apropiación del rol materno en madres Adolescentes de 12 a 18 años del proyecto adolecéis de la Fundación patronato municipal san José". Tuvo como objetivo, Identificar el proceso de apropiación del rol materno en madres adolescentes. Estudio cualitativo exploratorio de corte transversal, utilizó la guía de entrevista, y la población estuvo compuesta por 3 madres

adolescentes. Concluyó que en los 3 casos, los patrones maternos de comportamiento de la familia de origen (patrones transgeneracionales de conducta materna) inciden en la apropiación de rol materno directamente, y en menor grado las experiencias propias.

HARO, M. y MENACHO, M. (2010) Trujillo, realizaron la investigación "Adopción del Rol Materno y Nivel de Vinculación Madre – Recién Nacido en Primíparas – Servicio de Obstetricia HDRT. Trujillo 2009". Con el objetivo de determinar la relación existente entre la adopción del rol materno y el nivel de vinculación madre – recién nacido. Estudio descriptivo correlacional de corte transversal, la muestra estuvo compuesta por 45 madres de recién nacidos. Cuyos resultados fueron: 53.6% de madres primíparas presentaron una adecuada adopción del rol materno, en tanto que el 46,4% inadecuada adopción del rol; en cuanto a la vinculación madre – recién nacido el 60.5% vinculación fuerte vinculación, 25.3% vinculación moderada, 14.2% vinculación débil.

MARTÍNEZ, C. Y RODRÍGUEZ, M. (2010) Colombia, en su investigación "Los patrones maternos de comportamiento de la familia de origen (patrones transgeneracionales de conducta materna) inciden en la apropiación del rol materno". Con el objetivo de identificar las vivencias de las madres adolescentes frente a la adopción del rol maternal del Programa Madre Canguro del Hospital Universitario San Ignacio. Estudio cualitativo descriptivo, en 15 madres adolescentes, a través de la entrevista semiestructurada. En los resultados el 40% tenían 17 años, 60% secundaria incompleta, 73% se dedicaba a labores del hogar, y en las fases de adopción del rol materno ellas experimentaron alegría, gratificación, amor, culpa, placer, ira, los sentimientos negativos fueron al enterarse que sus hijos eran prematuros y/o bajo peso al nacer.

B. BASE TEÓRICA

1. ADOPCIÓN DEL ROL MATERNO

La maternidad es uno de los hechos más importantes en la vida de la mujer, el rol materno viene a completar en una máxima expresión de plenitud del ser femenino por excelencia, integrando así una realización creativa desde el plano físico, emocional y espiritual.

El embarazo es la puesta en marcha de esa capacidad femenina, que día a día irá entrelazando diferentes estados emocionales entre la madre y los hijos, componiendo una armoniosa melodía y una perfecta integración vincular. (Galanterni, S. 2012)

Para Mercer la adopción del rol materno viene a ser un 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 tareas nuevas del cuidado, experimenta placer y gratificación.

1.8. EMBARAZO

El embarazo en una mujer es un proceso fisiológico que ocurre desde la implantación de un huevo fecundado y termina cuando termina el parto. El embarazo es uno de los períodos vitales con mayores implicaciones emocionales. A pesar que cada embarazada vivirá una experiencia afectiva y física individual, ciertos cambios físicos y emocionales son comunes en todas las mujeres. OMS (2010)

Es evidente que los cambios psicológicos de la embarazada tienen que ver mucho con una serie de aspectos, entre los que destacan:

- Experiencias vividas con anterioridad en torno al tema de la gestación. Las multíparas se enriquecerán con las experiencias previas. Si fueron satisfactorias, servirán de soporte a su tranquilidad.

- La relación que tiene con su pareja. Durante el embarazo la mujer suele tener una mayor dependencia afectiva, sobre todo con su pareja, es por lo tanto vital que los dos participen del embarazo.

- Condiciones sociales y esfera económica. La situación social de la mujer va a influenciar en este período de adaptación durante el embarazo, la relación con su familia, amigos, trabajo y su situación económica le harán mucho más fácil esta adaptación o realizaran un efecto totalmente contrario

- Personalidad previa de la mujer. Aquellas pacientes que ya son inestables emocional y psicológicamente antes del embarazo suelen sufrir mayores cambios que en aquellas mujeres que son más fuertes desde el punto de vista psicológico.

El síntoma más frecuente de la embarazada es la ansiedad, en todas sus vertientes, relacionada sobre todo con el grado de información que posee y su relación con las variables descritas anteriormente.

2.8. MATERNIDAD Y CONDUCTA MATERNA

La maternidad implica una sucesión de secuencias complejas: fecundación, embarazo, parto, lactancia, crianza, educación, separación. Romero S. (2011)

De tal manera, que la maternidad se entiende como un proceso que transforma a la mujer, influyendo tanto su mundo interior, como exterior; este devenir logra una permanente interacción social y cultural.

La intensidad de estas reacciones y las nuevas obligaciones pueden movilizar temores en la mujer, pudiendo llegar a comprometer la relación o por el contrario si la experiencia de la maternidad no sufre bloqueo alguno, ésta puede enriquecer la relación madre-hijo/a. Desde la óptica de otros autores, encontramos que la maternidad es un proceso psicológico, que debe ser considerado como una verdadera etapa del desarrollo; de

acuerdo con esta concepción el amor maternal aparece como una formación psíquica de gran complejidad.

La maternidad vista entonces como un proceso psíquico obedecerá también a procesos inconscientes de la mujer: la aptitud maternal asociada al instinto de supervivencia, los imaginarios, la historia personal e identificaciones con la propia madre, etc. En conclusión, la maternidad es una fase del desarrollo psicoactivo de la mujer que trasciende considerablemente al hecho biológico. Racamier (2008)

3.8. ASPECTOS DE LA CONDUCTA MATERNA

Según López F. (2000) Los aspectos de la conducta materna son:

1.9.1. Sensibilidad Materna

Se la puede definir como "Una percepción consistente de los mensajes del bebé, una interpretación precisa de estos mensajes y una respuesta contingente y apropiada a los mismos", lo que demuestra que toda conducta sensible atraviesa una secuencia de pasos que se caracterizan por ser oportunos y apropiados. Si analizamos la conducta de una madre sensible, es posible observar interacciones oportunas donde la madre tiene en cuenta los ritmos biológicos de su hijo/a y sus intervenciones las efectúa en función de éstos, por ejemplo: si el niño llora la madre lo calma.

En conclusión, una madre sensible es capaz de ver las cosas desde el punto de vista del bebé, está alerta a las señales de éste, no las distorsiona ni las interpreta en función de sus propias necesidades.

2.9.1. Interacción Sincrónica

Se refiere a "Un intercambio recíproco mutuamente provechoso en el que no se producen interacciones desequilibradas que suponen un comportamiento intrusivo o indiferente", por lo tanto este intercambio produce una relación estable, segura y armoniosa entre madre-hijo/a.

3.9.1. Cooperación

Otro aspecto, que también hace referencia a la conducta materna, es la cooperación. La madre cooperativa considera al niño/a como alguien distinto de ella, con preferencias propias, le otorga valor a las actividades que el niño/a desarrolla. Suele evitar las situaciones en las que ha de interferir en la actividad del niño/a, sin embargo cuando interfiere lo hace de manera cautelosa. Por el contrario, la madre intrusiva, es aquella que no respeta la autonomía del niño/a y sigue sus propias inclinaciones sin considerar los deseos del niño/a, trata de controlar y configurar la conducta de su hijo/a.

4.9.1. Aceptación

Se refiere al balance entre los sentimientos positivos y negativos que la madre manifiesta hacia su hijo/a y al grado en que es capaz de resolver una situación. Una madre que acepta a su hijo/a lo hace en todos los aspectos y en todas sus manifestaciones emocionales, inclusive cuando le moleste su conducta, no responda, la desautorice, etc. Esta madre no concibe a su hijo/a como un oponente en la relación.

En conclusión, la madre para favorecer una adecuada relación con su hijo/a, se muestra sensible a sus señales, percibiéndolas de forma objetiva, además es accesible, cooperativa y acepta las manifestaciones conductuales y emocionales del niño/a de forma incondicional.

4.8. ESTADÍOS DE LA ADOPCIÓN DEL ROL MATERNO

Mercer en su teoría coloca en el núcleo las interacciones entre la madre, niño y el padre en el centro de los entornos de interacción. Las variables dentro del entorno de la familia y de los amigos incluyen el apoyo social, los valores sociales, las guías culturales para la paternidad, el funcionamiento familiar y los factores estresantes. El entorno de la comunidad incluye los cuidados diarios, los lugares de trabajo, las

escuelas, los entornos laborales, los hospitales, las instalaciones recreativas y los centros culturales.

Los estadios de la adquisición del rol son influenciados por el apoyo social, estrés, funcionamiento familiar, relación entre el padre y la madre u otro familiar.

1.9.1. Anticipación

Empieza durante la gestación e incluye los primeros ajustes sociales y psicológicos al embarazo. La madre aprende las expectativas del rol y fantasea sobre él.

2.9.1. Formal

Empieza cuando el niño nace e incluye el aprendizaje del rol y su activación.

3.9.1. Informal

Empieza cuando la madre desarrolla maneras de realizar su rol no transmitidas por el sistema social, basándose en experiencias pasadas y objetivos futuros.

4.9.1. Personal

Empieza cuando la madre interioriza el rol, experimentando un sentimiento de armonía, confianza y competencia.

5.8. DIMENSIONES DE ADOPCIÓN DEL ROL MATERNO

1.5.1. Aceptación del niño

Es un proceso en donde la madre acepta con agrado la existencia del niño otorgándole prioridad y mostrando comodidad para interactuar con él y disponibilidad para hacerse cargo de sí mismo. Garrido, M. Marchan, M. (2010)

Desde que el niño está en el vientre, la madre empieza a relacionarse con el bebé, siente sus movimientos, sus pataditas, le habla y comienza a pensar y a crearse imágenes sobre él, posteriormente cuando el bebé nace, la madre tendrá la necesidad tenerlo en sus brazos, de contemplarlo, acariciarlo, mecerlo y protegerlo. El contacto corporal, el intercambio de miradas y sonrisas entre la madre y el bebé y todas las expresiones de afecto entre ambos son las que irán formando el vínculo madre-hijo. Stern D. (2013)

1.5.2. Contacto con el rol de la madre

Ocurrido cuando la madre experimenta agrado y se muestra conforme en comunicar su nuevo rol femenino, y en realizar, directamente con su niño, actividades básicas y esperadas entre madre e hijo. Garrido, M. Marchan, M. (2010)

En los primeros seis meses de vida extrauterina, el niño carece de capacidades para su sobrevivencia independiente (alimentación, locomoción, higiene, etc.), por tanto, es difícil que podamos pensar en él, sin hacer referencia al rol de la madre. La madre, es quien está abocada a suplir las necesidades biológicas básicas del infante, proporcionándole alimentación, abrigo y cuidados. Sin embargo y aún más importante, es quien le entregará al niño experiencias de vínculo (experiencias amorosas, intimas, de contención afectiva, etc.) que en el futuro determinarán el desarrollo psicológico del niño.

Para cumplir esta tarea, es importante que la madre pueda encontrarse disponible para vincularse con el niño y poder disfrutar de relacionarse con él, tanto con un contacto físico cariñoso (tocarlo y manipularlo con afecto), como con hablarle y mostrarle que existe sintonía entre ambos. Espinoza R. (2012)

1.5.4. Estimulación del niño

Se da cuando la madre aprovecha las oportunidades cotidianas para estimular el desarrollo físico y cognitivo del niño, además cuida que la estimulación sea agradable para el niño y no afecte la sensibilidad de este. Garrido, M. Marchan, M. (2010)

El ser humano, desde su nacimiento, cuenta con una serie de posibilidades de desarrollo integral, que podrá lograr en la medida que reciba la estimulación necesaria de su familia, su comunidad y la sociedad en general. Los efectos positivos de la estimulación temprana en el desarrollo infantil son indiscutibles, una persona que está bien desarrollada física, mental, social y emocionalmente tendrá mejores oportunidades que una persona que no fue estimulada.

La falta de estimulación y de cuidados por parte de la madre o familia a temprana edad, tiene efectos devastadores e irreversibles en el desarrollo, el cual se ve expresado posteriormente a través de un coeficiente intelectual bajo, con las respectivas consecuencias en el rendimiento escolar. Por el contrario, las experiencias ricas y positivas, durante la primera infancia, pueden tener efectos favorables, ayudando a los niños y niñas en la adquisición del lenguaje, el desarrollo de destrezas para la resolución de problemas y en la formación de relaciones saludables con niñas y niños de su misma edad y adultos. Montenegro R. (2013)

1.5.5. Expresiones maternales de afecto hacia el niño

Son actitudes en las que la madre muestra agrado e iniciativa para expresar afecto al niño, ya sea utilizando caricias, frases y palabras afectuosas al momento de la lactancia y/o al interactuar con él y brindándole estimulación para su desarrollo. Garrido, M. Marchan, M. (2010)

El principal vínculo y el más persistente de todos es habitualmente el que se establece entre la madre y el niño, y se consolida como un vínculo afectivo cuando existe un amor reciproco entre el recién nacido y su madre. Este vínculo será la base sobre la cual se desarrollaran los demás vínculos que establecerá el ser humano con las demás personas a lo largo de vida. Stern D. (2013)

El afecto tiene diversas manifestaciones, como realizar un esfuerzo para el mantenimiento de la familia o conseguir las mejores condiciones de vida para su bienestar. Actualmente se ha comprobado que las expresiones de afecto, como las palabras cariñosas, las caricias, los besos, los elogios, los actos amables, el reconocimiento de logros y cualidades, son acciones necesarias para que niños crezcan emocionalmente y puedan mantener relaciones de confianza, seguridad y respeto con los demás. Grossman k. (2011)

1.5.6. Bienestar del niño

La madre primeriza le brinda al bebé cuidados necesarios referentes a su salud y bienestar, lo cual ayuda de manera positiva en su desarrollo físico y emocional. Garrido M. y Marchan M. (2010)

Los psiquiatras de niños y adolescentes reconocen que el ambiente ideal para criar a los niños pequeños es en el hogar, con sus padres y familia. El cuidado diario y directo de los padres es particularmente importante en los primeros meses de vida. Algunos expertos recomiendan que los padres soliciten por lo menos seis meses o más de permiso del trabajo para quedarse en la casa con el recién nacido. Está demostrado que los niños que reciben buenos cuidados durante el primer año de vida desarrollan mejores aptitudes para controlar el estrés, forman relaciones más saludables, van mejor en sus estudios y tienen más autoestima. En términos generales, tienen más posibilidades de disfrutar de una vida equilibrada y sentirse realizados. Manchein G. (2009)

1.5.7. Preocupación y protección del niño

La madre primeriza se preocupa por satisfacer las necesidades de protección de su bebé. Así mismo le brinda a su bebé la seguridad que este necesita para que se desarrolle de una manera adecuada, asegurándose que se desarrolle en las mejores condiciones posibles, brindándole además un trato afectivo al mismo. Garrido M. y Marchan M. (2010)

La sensación de seguridad del niño se forja cuando se produce lazos inquebrantables que se crean en las vivencias familiares, estos están caracterizados principalmente por sentimientos de pertenencia y por tener una proximidad física y emocional con los cuidadores primarios; de tal manera que la personalidad del niño se desarrolla plena y armónicamente. Punset E. (2009)

1.5.8. Interacción con la pareja respecto al niño

La madre primeriza y su pareja coordinan y mantienen comunicación constante sobre las necesidades del bebé y las actividades existentes en torno a éste. Garrido M. y Marchan M. (2010)

La relación con el padre no es como la materna; es una relación diversa por contenidos, competencias y calidad afectiva. La unión con el padre nunca podrá ser de naturaleza simbiótica, ya que no se origina antes del nacimiento del niño. En general, muchas de las investigaciones concluyen que este es un factor significativo para el éxito o el fracaso de los niños y su ausencia en la vida y formación de los hijos tiene consecuencias para estos, que van desde trastornos emocionales hasta el deterioro de la salud física. Algunas estadísticas indican que los niños que crecen en un hogar donde no está el padre o de quien haga las veces de figura paterna, abuelo o padrastro por ejemplo, son más propensos a tener desordenes de conducta, a abandonar los estudios, a tener conflictos

para aceptar la autoridad o llegar a abusar de substancias químicas y drogas. López E. (2015)

1.5.9. Interacción con la familia de origen respecto al niño

La madre primeriza mantiene un vínculo positivo y activo con su familia de tal forma que ésta evidencia su aceptación por el bebé y contribuye a la crianza de éste. Garrido M. y Marchan M. (2010)

Es evidente que la familia juega un papel fundamental al ser el contexto en el que los hijos e hijas establecen sus primeros vínculos afectivos, en donde aprenden las primeras cosas y en donde el mundo comienza a cobrar sentido. También es cierto, que la red social de apoyo vinculada a la familia como los abuelos, tíos, etc. Hacen que muchas familias se encuentren más seguras y orientadas en cuanto a pautas de crianza adecuadas y modelos educativos coherentes. Mir, M., Batle, M. y Hernández, M. (2009).

El ambiente ideal para el desarrollo adecuado de estos elementos es aquel que brinde armonía y afecto entre los integrantes de la familia. Hoy en día se sabe que el tipo relación que exista entre los padres y el niño va influenciar en el comportamiento y en la personalidad del menor. Por ejemplo, si los padres demuestran actitudes y conductas rígidas, autoritarias y violentas es casi seguro que los hijos se muestren tímidos, retraídos, inseguros o rebeldes y agresivos; un ambiente donde se perciba violencia y discusiones entre los integrantes se convertirán en factores que desencadenen problemas tanto en la conducta, el rendimiento académico como en el desarrollo emocional y social de los niños. Giménez R. (2007)

1.5.9. Cuidados del Niño

La madre primeriza tiene la seguridad y la confianza en sí misma de poder cumplir de manera adecuada su rol de madre, sintiéndose cómoda con

éste y mostrando cuidados y protección hacia su bebé, relacionados a la ayuda que recibe de su entorno. Garrido M. y Marchan M. (2010)

Las investigaciones indican que un vínculo seguro entre la madre y el niño durante la infancia influye en su capacidad para establecer relaciones sanas a lo largo de su vida, cuando los primeros vínculos son fuertes y seguros la persona es capaz de establecer un buen ajuste social, por el contrario la separación emocional con la madre, la ausencia de afecto y cuidado puede provocar en el hijo una personalidad poco afectiva o desinterés social.

Según indican estas investigaciones, la baja autoestima, la vulnerabilidad al estrés y los problemas en las relaciones sociales están asociados con vínculos poco sólidos. Si las experiencias de vínculo han sido negativas y graves, el ser humano es más propenso a desarrollar trastornos psicopatológicos. Son las interacciones madre-niño las que influyen en el desarrollo socio-emocional y en la conducta actual y futura del menor.

1.5.10. Conocimiento y cultura relacionados al niño

La madre primeriza se ve en contacto directo o indirecto con pautas y costumbres culturales de su lugar de procedencia, ideales políticos predominantes de su entorno social y el impacto del actual sistema de cuidado de la salud infantil, lo cual contribuye a la adopción de su rol materno. Garrido M. y Marchan M. (2010)

La familia influye en las pautas y costumbres de crianza del niño, de tal manera que el desarrollo socio afectivo de este, se ve reflejado por los modelos, valores, normas, roles y habilidades aprendidos durante el período de la infancia, la cual está relacionada con el nivel de conocimientos de la madre en el manejo y resolución de conflictos, las habilidades sociales y adaptativas y con la regulación emocional, entre otras. Aunque las costumbres son factores que afectan el desarrollo de los niños y niñas, es importante identificar la influencia de la familia y de

los estilos y pautas de crianza en el desarrollo socio afectivo. Martínez C. y Rodríguez M. (2010)

1.6. ADOPCIÓN DEL ROL MATERNO EN MADRES PRIMIPARAS

La maternidad en una mujer que va a ser madre por primera vez, representa el principal fundamento de su identidad, acompañado del ofrecimiento de un rol social. Sin embargo las consecuencias negativas surgen de manera significativa, por ejemplo cuando el bebé nace las nuevas exigencias son agotadoras representando una carga tanto económica como emocional. Así mismo, desde el aspecto psicológico, la maternidad en las madres primíparas se relaciona con espacios de inquietud emocional, y posibles repercusiones en su estado de ánimo. Coleman J. (2007)

Según el estudio del norteamericano Osofsky y sus colaboradores, evidencia que "Las madres jóvenes primíparas están más deprimidas, son más variables en su afecto y están menos inclinadas emocionalmente hacia sus bebés que las madres mayores", lo que demuestra que una madre joven tiene mayor probabilidad de experimentar alteraciones psicológicas, son más propensas a la variabilidad afectiva traducido esto, en mayores dificultades para establecer vínculos afectivos estables y seguros con sus hijos/as.

Algunos hijos de madres inmaduras y sin experiencia, que habían mostrado en un principio un vínculo ambivalente, se volvieron más seguros cuando sus madres adquirieron experiencia, habilidades para el cuidado de sus hijos y actitudes más positivas. Además, aunque los estudios se han centrado principalmente en la relación del bebé con la madre, otras personas, como el padre, o los abuelos, también pueden ejercer una influencia y un cambio en el tipo de vínculo del niño.

La mayor parte de veces es la madre quien se sobrecarga pues ella debe asumir funciones domésticas, educativas, económicas, etc., funciones que

no tiene con quien compartir por lo que ocupan casi todo su tiempo libre, trayendo como consecuencia que la madre tenga el tiempo justo y no disponga de un momento para su vida personal y social, originando su alejamiento de sus amistades y el consiguiente sentimiento de soledad y abandono.

1.7. ROL DE LA MUJER EN LA SOCIEDAD

Hoy en día en el siglo XXI las mujeres cumplen muchos papeles dentro de la sociedad entre ellos según Ruiz R. Presenta 5 roles de la mujer en la sociedad actual estos son:

1.7.1. Profesional Trabajadora

Habla de la mujer que realiza un trabajo remunerado, bien sea por cuenta propia o ajena, sea una profesional liberal, tenga una empresa, sea funcionaria, o trabaje a tiempo completo o a tiempo parcial, de forma fija o eventual.

1.7.2. Cónyuge

Como esposa, en este rol se ocupa de forma cariñosa y atenta de su pareja y frecuentemente ayuda en temas personales de la pareja.

1.7.3. Madre

Cuando la mujer también es madre, ella es la mayor responsable de la estructura que conforma la vida emocional, física e intelectual de sus hijos, transformando a unos bebés totalmente dependientes en unos adultos completamente independientes.

1.7.4. Administradora del Hogar

Tanto si la mujer se ocupa personalmente de las tareas domésticas, como si supervisa a la persona que las realiza (empleada del hogar), es la mujer en la mayor parte de los casos la responsable final del hogar.

1.8. ROL DE LA ENFERMERA EN EL MODELO DE ADOPCIÓN DEL ROL MATERNO

La enfermería materna infantil se define como todos los cuidados que se proveen durante y después del embarazo tanto para la madre como el niño. La enfermería materna infantil tiene como objetivo el prevenir complicaciones o enfermedades que puedan interferir en el funcionamiento normal del ciclo reproductivo, el embarazo y el nacimiento.

El enfermero especializado en el concepto de enfermería materno infantil ofrece un cuidado integral a la gestante y a su familia con el fin de mejorar su salud, prevenir complicaciones y ayudar a que tenga mejores condiciones de vida. El objeto de acción del enfermero materno infantil empieza desde el ciclo reproductivo pasa por el embarazo y el parto, el puerperio y continua con el cuidado de la salud familiar.

El objetivo de esta disciplina es educar a las mujeres embarazadas sobre su estado fisiológico dándole consejos y recomendaciones para que esta etapa de su vida sea grata sin ninguna anomalía tanto para ella como el feto y evitar complicaciones en la hora del parto y de igual manera trabaja con niños llevando su control de peso, talla, vacunas entre muchas actividades más.

La educación que la enfermera da a la madre para el cuidado del recién nacido, se inicia en la hospitalización y se proyecta al hogar dando prioridad a la alimentación (lactancia materna) seguridad, estimulación, afectividad, vestido, y el cuidado de su ambiente; con el propósito de beneficiar en lo posible el desarrollo del bebe y en la mejor adopción del rol materno. Asimismo la educación es importante porque permite detectar la desinformación existente en las madres sobre los cuidados del Bebé, y el abordaje de la enfermera le da la oportunidad a la madre para que pueda preguntar sobre sus dudas e inquietudes. De igual manera puede informarse y aprender a reconocer los signos de alarma y actuar acertadamente. La educación que las enfermeras ofrecen a las madres

primerizas, fortalece el lazo afectivo en el binomio madre- bebé, de igual modo las enfermeras con especialidad en crecimiento y desarrollo del niño deben continuar siendo más perseverantes en la educación que brindan, sin olvidar el apoyo espiritual que hasta ahora ha servido de mucho para confortar familias y porque no decirlo para acercarlos más a Dios. Asimismo las madres primerizas, deben presentar disposición para adquirir y poner en práctica de la mejor manera los conocimientos que puedan recibir por parte de la enfermera.

1.9. MODELO DE ADOPCIÓN DEL ROL MATERNO – RAMONA T. MERCER

1.9.1. Aspectos Biográficos

Ramona T. Mercer inició su carrera en 1950 cuando se graduó de la escuela de Enfermería en Monte Gomery Alabama. Regresó la escuela en 1960 después de trabajar como enfermera de planta, instructora en pediatría, obstetricia y enfermedades contagiosas. Después del doctorado, en 1973, se fue a california y aceptó el cargo de profesora, asistente del departamento de Enfermería del cuidado de la salud familiar en la Universidad de California.

La Teoría de Mercer se basa en una amplia investigación en los años 60 la cual proviene de la admiración de Mercer por su profesora y tutora Reva Rubin en la Universidad de Pittsburgh. Rubin es muy conocida por su trabajo en la definición de la identidad del rol maternal como proceso de unión al niño y a la identidad o verse a uno mismo en el rol o sentirse cómodo con él. Además utilizo las teorías de Rol y de Desarrollo y en gran medida un planteamiento interactivo con respecto a la teoría del rol, recurriendo a la teoría sobre la presentación del rol y a la teoría de Turner sobre el núcleo del Yo. También se basó en las teorías de proceso de desarrollo de Werner y Erickson para su teoría de adopción del rol materno. Son variadas las teorías en las cuales Mercer se basa como la de Von Berrtelanfy, planteamientos de Bronfenbrenner, investigación de

Gottlieb sobre los roles de unión y de cuidado. Destacablemente se basó en las teorías de Rubin. Mercer utiliza los círculos de Bronfenbrenner, como un planteamiento general de los sistemas. Ella expone dentro del planteamiento general de los sistemas La relación de Madre: Empatía-sensibilidad a las señales autoestima/autocuidado- Relación con los padres en la niñez. Niño: temperamento capacidad para dar señales, apariencia, características, respuesta de salud .Rol identidad maternal: confianza, competencia, satisfacción, unión al niño. Resultado en el niño: Desarrollo cognitivo, mental, conducta, salud, competencia social. Todos estos roles que atribuye Mercer los encierra en un microsistema , este se encuentra dentro de un macrosistema que pueden estar determinados por distintos factores como lo son el cuidado diario, el ambiente laboral, el estrés, la escuela, entorno cultural determinando comportamientos de todo lo que este dentro de ellos. Tomey M. y Raile M. (2006)

1.9.2. Aspectos Teóricos

Cuando Mercer inició sus investigaciones se centraba en las conductas y las necesidades de las madres lactantes, madres con enfermedades postparto y madres de niños con discapacidades. Estas investigaciones hicieron que Mercer se interesara por el estudio de las relaciones familiares y el Rol Maternal en las madres de diferentes edades.

Para desarrollar y sustentar su teoría se basó en las siguientes fuentes: Rubín (1984): Introdujo la definición y descripción de la identificación del rol materno como un complejo proceso cognitivo y social que es aprendido recíproca e interactivamente y que tiene como fin la unión al niño y la identificación con el rol maternal al verse a una misma en el rol y sentirse cómodo con él.

Mead (1968) describió en forma detallada y sistemática el proceso por el cual el sí-mismo se desarrolla como parte de la secuencia de maduración del organismo. El sí-mismo surge recién como consecuencia de la interacción con el ambiente, y Mead identifica dos etapas: el juego (donde

BIBLIOTECA DE CIENCIAS

el niño desempeña roles duales, el propio y algún otro, lo que le permite explorar las actitudes de los otros hacia él), y el otro generalizado (donde el niño aprende las actitudes generalizadas de la comunidad de la que forma parte). La interacción que forma el sí-mismo se realiza fundamentalmente a través del lenguaje. El lenguaje va atravesando distintas etapas: la conversación gestual, el gesto significante y finalmente el gesto verbal (sonido). Por este último el hombre puede adquirir autoconciencia de sus gestos. El significado de un gesto es la respuesta por la cual otros se adaptan a ese gesto.

Bronfenbrenner (1987): Teoría del proceso de desarrollo del rol. Propone que el desarrollo del rol/persona no puede considerarse independiente del entorno ya que existe una adaptación mutua entre la persona en desarrollo y las propiedades cambiantes de los ambientes inmediatos, las relaciones entre los ambientes y los contextos más grandes en los que se incluyen los ambientes.

Su teoría se basa en una amplia investigación sobre el tema a partir de la década de 1960, tomando como mayor influencia las investigaciones de la enfermera Reva Rubín. Mercer observó que un gran número de factores pueden tener una influencia directa o indirecta sobre el rol maternal, lo que aumentó la complejidad de su trabajo. Los factores maternos en la investigación de Mercer incluían la edad del primer nacimiento, la experiencia del nacimiento, la separación precoz del niño, el estrés social, el apoyo social, las características de la personalidad, el auto concepto, las actitudes de crianza y la salud. Incluyó las variable del niño relacionadas con el temperamento, la apariencia, la respuesta, el estado de salud y la habilidad para dar señales a la madre, también observaron la importancia del rol paterno, y aplicaron muchos de los descubrimientos anteriores de Mercer al estudio de la respuesta paterna a la paternidad. El análisis de estas variables las realizó en varios intervalos, incluido el periodo inmediato al parto y después de 1 mes, 4 meses, 8 meses y 1 año.

BIBLIOTECA DE BIOMEDICAS

Mercer (1981, 1986, 1995) estableció los siguientes supuestos: Un núcleo propio, relativamente estable, adquirido por medio de una socialización a lo largo de la vida, determina como una madre define y percibe los sucesos, las percepciones de las respuestas del niño y de los demás con respecto a su maternidad, en su situación vital; son el mundo real al cual responde. Además de la socialización de la madre, su nivel de desarrollo y sus características innatas de personalidad también influyen en las respuestas de conducta. 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. El niño está considerado como un compañero activo en el proceso de adopción del rol maternal, ya que influye en este rol y se ve afectado por él. El compañero(a) íntimo(a) del padre o de la madre contribuye a la adopción del rol de un modo que ninguna otra persona puede ejercer. La identidad materna se desarrolla con la unión materna y cada una de ellas depende de la otra.

Mercer definió el entorno según la definición de Bronfenbrenner del entorno ecológico. Este modelo ilustra el entorno ecológico en el que se desarrolla la adopción del rol maternal, afirmando que el desarrollo de un rol/persona no puede considerarse independiente del entorno. Existe una adaptación mutua entre la persona en desarrollo y las propiedades cambiantes de los ambientes inmediatos, las relaciones entre los ambientes y los contextos más grandes en los que se incluyen los ambientes. Es así que propone la "Organización encajada de sistemas" de madre e hijo. Tomey M. y Raile M. (2006)

a. Fuentes teóricas para el desarrollo de la teoría

El estímulo para la investigación y el desarrollo de la teoría proviene de la admiración de Mercer por su profesora y tutora, Reva Rubín, en la universidad de Pittsburgh, también utilizo las teorías de rol y desarrollo, utilizo un planteamiento interactivo con respeto a la teoría del rol, recurriendo a la teoría de Mead (1978), se basó en el proceso de

BIBLIOTECA DE HUMANIDADES

adquisición de rol de Thornton y Nardi (1973), así como el trabajo de Burr, Leigh, Day y Constantine (1979). Además utilizo las teorías de Werner del proceso de desarrollo (1968) y su modelo de adopción del rol maternal utiliza los círculos de Bronfenbrenner (1979) como un planteamiento general de los sistemas. Tomey M. y Raile M. (2006)

b. Pruebas empíricas utilizadas en el desarrollo de la teoría

Mercer seleccionó variantes maternas como infantiles. Los factores maternos en la investigación incluían: la edad del primer nacimiento, la experiencia del nacimiento, el estrés social, la separación precoz del niño, las características de la personalidad, las actitudes de crianza y salud y el autoconcepto. Incluyó las variantes del niño relacionadas con el temperamento, la apariencia, la respuesta, el estado de salud y la habilidad para dar señales. Ferketich y Mercer (1995), también observaron la importancia del rol paterno.

Mercer ha incluido en la investigación a adolescentes, madres mayores, madres enfermas, madres que deben afrontar defectos congénitos, familias que experimentan estrés preparto, padres de alto riesgo, madres que dieron a luz por cesárea, unión paternofilial y competencia paternal. Tomey M. y Raile M. (2006)

c. Metaparadigmas desarrollados en la teoría

- **Persona**

La individualización de una mujer puede aumentar su conciencia como persona. El núcleo propio evoluciona a través de un contexto cultural y determinan como las situaciones que se definen y se conforman. Los conceptos de autoestima y confianza en sí mismo son importantes para la adopción del rol materno. La madre como persona se considera una entidad independiente pero en interacción con el niño, el padre u otra persona significativa.

- **Cuidado o enfermería**

La enfermería es una profesión dinámica con tres focos principales: fomentar la salud y prevenir la enfermedad, proporcionar cuidados a quienes necesitan asistencia profesional para conseguir su nivel óptimo de salud y funcionamiento e investigar para mejorar las base del conocimiento para proporcionar un cuidado enfermero excelente; la enfermera proporciona asistencia a través de la formación y del apoyo, proporcionando cuidados con el cliente incapaz de proporcionárselos el mismo y se interpone entre el entorno y el cliente.

Enfermería se refiere como una ciencia que está evolucionando desde una adolescencia turbulenta a la edad adulta. Las enfermeras son las responsables de proveer salud, dada la continua interacción con la gestante durante toda la maternidad.

- **Salud**

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 enfermo. El estado de salud de la familia se ve perjudicado por el estrés preparto. La salud también se considera como un objetivo deseable para el niño y está influida por variables tanto maternas como infantiles.

- **Entorno**

Describe la cultura del individuo, la pareja, la familia o red de apoyo y la forma como dicha red se relaciona con la adopción del papel maternal. El amor, el apoyo y la contribución por parte del cónyuge, los familiares y los amigos son factores importantes para hacer a la mujer capaz de adoptar el papel de madre.

1.10. FACTORES DE ADOPCIÓN DEL ROL MATERNO SEGÚN RAMONA T. MERCER

1.10.1. Microsistema

El microsistema es el entorno inmediato donde ocurre la adopción del rol materno, que influyen factores como el funcionamiento familiar, la familia, relaciones entre la madre y el padre, el apoyo social y el estrés. El niño está incluido en el sistema familiar. La familia se considera como un sistema semicerrado que mantienen los límites y el control sobre el intercambio del sistema familiar. El microsistema es la parte que más afecta la adopción del rol maternal, este rol se consigue por las interacciones con el padre, la madre y el niño. Basado en la relación "madre-hijo", la cual se ve influenciada por la relación "madre-padre", el estrés, el apoyo social y el funcionamiento familiar, afectando directamente el rol maternal. Aquí, tanto la madre como el hijo tienen características propias. En el caso de la madre, tenemos: la empatía y sensibilidad a las señales que emite el bebé, su autoestima u autovaloración, la relación que tenía con sus padres cuando era niña, la madurez y flexibilidad de pensamiento y comportamiento que posee, actitudes hacia el bebé, la percepción del embarazo y la experiencia del nacimiento, su estado de salud física y mental (posibles depresiones y ansiedades) y los conflictos que tenga con el rol por lo cual la adopción de éste requiere de mayor esfuerzo. En el caso del bebé, tenemos: el temperamento, la capacidad para dar señales y respuestas, su apariencia y el estado de salud.

Es así que, cuando el rol es adoptado se ven cambios positivos tanto en la madre como en el bebé como resultado de ello, por lo cual, Mercer señala que en la madre es perceptible la adquisición de competencias maternas como la confianza en sí misma y la gratificación o satisfacción al desempeñar el rol, así como la unión al niño. Por parte del bebé, se observa un desarrollo cognitivo y conductual apropiado, así como un buen estado de salud y la adquisición de competencias sociales.

1.10.2. Mesosistema

Incluye, interactúa y agrupa con las personas en el microsistema. Las interacciones del mesosistema influyen en lo que ocurre con el rol materno en desarrollo y el niño; en este se incluyen la escuela, guarderías, entorno laboral, lugares de culto y otras entidades de la comunidad.

1.10.3. Macrosistema

Se refiere a los prototipos que existen en la cultura en particular o en la coherencia cultural transmitida, también incluye influencias culturales, políticas y sociales. El macrosistema lo origina el entorno del cuidado de la salud sobre la adopción del rol materno, las leyes nacionales respeto a las mujeres y niños y las prioridades del rol materno en la adopción del rol materno.

2. TIPOS DE CONVIVENCIA

2.1. DEFINICIÓN

Cuando una pareja asume la responsabilidad de traer un hijo al mundo, estos deben de unir sus vidas a través de un proceso de interacción con la familia de ambos, ya que es imprescindible para el bienestar y la salud del hijo.

La Convivencia es la acción de convivir (vivir en compañía de otro u otros). En su acepción más amplia, se trata de un concepto vinculado a la coexistencia pacífica y armoniosa de grupos humanos en un mismo espacio. Diccionario de la Real Academia Española (2008)

Sin embargo, la convivencia entre los padres no siempre resulta fácil, dado que pueden interferir negativamente ciertas diferencias sociales, culturales o económicas, entre otras posibilidades.

El respeto y la solidaridad son dos valores imprescindibles para que la convivencia armoniosa sea posible.

2.2. TIPOS DE CONVIVENCIA

2.2.1. Convivencia Nuclear

Incluye a los dos adultos, padres y los hijos de la relación, conviven en el hogar familiar, sin más parientes. La convivencia nuclear es un concepto que designa lo que es un tipo de familia predominante para el mundo occidental. Se podría decir que la convivencia nuclear es el núcleo de una sociedad. Es un tipo de familia que está concebido como opuesto a la familia extendida. En este caso (familia extendida), además de los familiares de la familia nuclear, se incluyen más parientes. Mendes E. (2011)

2.2.2. Convivencia Extendida

En este tipo de familia existe una red de afines, que tiene una participación como comunidad cerrada. Incluye a padres, hijos, hermanos de los padres con sus propios hijos, abuelos, tíos abuelos, bisabuelos (generaciones ascendentes), puede llegar a abarcar parientes no sanguíneos como por ejemplo, los medio hermanos, los hijos adoptivos o putativos. Mendes E. (2011)

2.2.3. Convivencia Monoparental

La convivencia monoparental se refiere a un tipo de familia formada por un sólo padre o cabeza de familia. Con más frecuencia se trata de madres que han quedado solas al cuidado de sus hijos tras un divorcio o separación. Sin embargo, también hay padres en tal situación.

En otros casos, las familias monoparentales se constituyen a partir de un hombre o mujer, que no desea sacrificar su deseo de paternidad o maternidad, por el hecho de no haber formado una pareja. Mendes E. (2011)

2.3. ROL MATERNO Y TIPOS DE CONVIVENCIA

La familia es una unidad social que enfrenta una serie de tareas de desarrollo denominadas como "El ciclo vital de la familia". Estas difieren de acuerdo con los parámetros de las diferencias culturales, pero poseen raíces universales. Este ciclo abarca la formación de la pareja, el nacimiento de los hijos, cuando los hijos se encuentran en edad escolar, el paso de los hijos a la adolescencia y luego a la adultez, cuando éstos forman sus propias familias y dejan el hogar de origen. Se requiere que la familia se adapte y reestructure, continuamente, en los diferentes periodos del desarrollo. Minuchin, (2010).

En este sentido, el embarazo en las madres primíparas es un evento desorganizador del equilibrio familiar y del mundo interno de la madre, quien se ve comprometida a tomar decisiones en relación a una etapa evolutiva. El embarazo está estrechamente relacionado con el proceso de adopción del rol materno, ya que éste se da cuando la mujer se convierte en madre. La teoría del Modelo Ecológico de Bronfrenbrenner (1987) propone que el desarrollo de un rol no puede considerarse independiente del entorno, ya que existe una adaptación mutua entre la persona en desarrollo y las propiedades cambiantes de los ambientes inmediatos. Rubin (1984) introduce el concepto del rol materno, definiéndolo como un complejo proceso cognitivo y social que es aprendido recíproca e interactivamente y cuyo fin es la unión madre - hijo y la identificación de ésta con el rol maternal, de modo que logre verse en éste y sentirse cómoda con él.

Según su grupo de convivencia, es importante porque permitirá determinar si el apoyo de la pareja y el de la familia (materna o paterna), ya sean juntos o separados, sean factores que favorecerán a que la madre adolescente primeriza adopte el rol materno. Garrido M. y Marchan M. (2010)

Investigaciones demuestran que la mayoría de las madres primerizas jóvenes no continúan la relación afectiva con los padres de sus hijos" lo que respondería por un lado a las relaciones desiguales de género, que se traducen en eludir la responsabilidad de la paternidad; por otro lado, es importante recordar que las relaciones amorosas en esta etapa de la vida se caracterizan por ser de gran intensidad y corta duración, por el hecho de desempeñar la construcción gradual y coherente de la identidad. Como consecuencia a largo plazo hay una tendencia a la inestabilidad de pareja y por lo tanto una mala adopción del rol materno.

C. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

1. VARIABLES DE CARACTERIZACION

1.1. EDAD

Tiempo de vida de la madre primípara que asiste al consultorio de niño sano del Centro Medico Universitario Pedro P. Díaz, desde el nacimiento hasta el día de la entrevista, expresado en años cumplidos. Variable de naturaleza cualitativa, medida en escala ordinal, cuyos valores finales son:

- 16 a 19 años
- 20 a 30 años
- 31 a 39 años

1.2. GRADO DE INSTRUCCIÓN

Grado más elevado de estudios alcanzados por la madre primípara que asiste al consultorio de niño sano del Centro Médico Universitario Pedro P. Díaz al momento de la entrevista. Variable de naturaleza cualitativa, medida en escala ordinal; cuyos valores finales son:

BIBLIOTECA DE CIENCIAS MEDICAS

- **Sin instrucción:** cuando no ha realizado estudio alguno en el sistema educativo formal.
- **Primaria:** cuando tiene estudios primarios ya sean completos o incompletos.
- **Secundaria:** cuando tiene estudios secundarios ya sean completos o incompletos.
- **Superior Técnico:** cuando ha cursado estudios en un Instituto Superior ya sean estos completos o incompletos.
- **Superior Universitario:** cuando ha cursado estudios en una Universidad ya sean estos completos o incompletos.

1.3. OCUPACIÓN

Actividad principal que realiza la madre primípara que asiste al consultorio de niño sano del Centro Médico Universitario Pedro P. Díaz, ya sea remunerado o no. Variable de naturaleza cualitativa, medida en escala nominal, cuyos valores finales son:

- **Trabajador dependiente:** Cuando presta sus servicios a instituciones privadas o estatales, para obtener una remuneración.
- **Trabajador independiente**: Cuando realiza una actividad de administración propia.
- **Ama de casa:** Cuando solo realiza actividades domésticas.
- **Estudiante:** Cuando su actividad principal es el estudio.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTIN
PROPIEDAD DE LA BIBLIOTECA DE CIENCIAS MEDICAS
AREQUIPA - PERU

1.4. INGRESO ECONÓMICO

Es la remuneración mensual familiar de la madre primípara que asiste al consultorio de niño sano del Centro Médico Universitario Pedro P. Díaz,

de acuerdo al tipo de actividad que realiza. Variable de naturaleza cualitativa, medida en escala ordinal; cuyos valores finales son.

- Mayor a s/ 750.00
- Igual a s/ 750. 00
- Menor a s/ 750.00

2. ADOPCIÓN DEL ROL MATERNO

Proceso interactivo y de desarrollo que crea un vínculo madre – hijo expresando placer y gratificación del rol a lo largo del tiempo en la madre primípara que asiste al consultorio de niño sano del Centro Médico Universitario Pedro P. Díaz, variable de naturaleza cualitativa medida en escala ordinal de forma indirecta a través de la escala de adopción del rol materno (ARM), cuyos valores finales son:

- Alto: 203 a 224 puntos.
- Medio: 181 a 202 puntos.
- Bajo: 56 a 180 puntos.

2.1. DIMENSIONES DE ADOPCIÓN DEL ROL MATERNO

a. Aceptación del niño

Cuando la madre primeriza acepta con agrado la existencia del niño otorgándole prioridad y mostrando comodidad para interactuar con él y hacerse cargo de sí mismo. Variable de naturaleza cualitativa medida en escala ordinal de forma indirecta a través de la escala de adopción del rol materno (ARM), cuyos valores finales son:

- Alto: cuando el puntaje es de 38 – 40 pts.
- Medio: cuando el puntaje es de 33 – 37 pts.

- Bajo: cuando el puntaje es de 10 – 32 pts.

b. Contacto con el rol de la madre

Cuando la madre primeriza experimenta agrado y se muestra conforme en comunicar su nuevo rol femenino, y en realizar, directamente con su niño, actividades básicas y esperadas entre madre e hijo. Variable de naturaleza cualitativa medida en escala ordinal de forma indirecta a través de la escala de adopción del rol materno (ARM), cuyos valores finales son:

- Alto: cuando el puntaje es de 23 – 24 pts.
- Medio: cuando el puntaje es de 19 – 22 pts.
- Bajo: cuando el puntaje es de 6 – 18 pts.

c. Estimulación del niño

Cuando la madre aprovecha las oportunidades cotidianas para estimular el desarrollo físico y cognitivo del niño. Variable de naturaleza cualitativa medida en escala ordinal de forma indirecta a través de la escala de adopción del rol materno (ARM), cuyos valores finales son:

- Alto: cuando el puntaje es de 27 – 28 pts.
- Medio: cuando el puntaje es de 24 – 26 pts.
- Bajo: cuando el puntaje es de 7 – 23 pts.

d. Expresiones maternales de afecto hacia el niño

Cuando la madre primeriza muestra agrado e iniciativa hacia expresar afecto al niño, ya sea utilizando caricias, frases y palabras afectuosas al momento de la lactancia y/o al interactuar con él y brindándole estimulación para su desarrollo. Variable de naturaleza cualitativa medida

en escala ordinal de forma indirecta a través de la escala de adopción del rol materno (ARM), cuyos valores finales son:

- Alto: cuando el puntaje es 20 pts.
- Medio: cuando el puntaje es de 17 – 19 pts.
- Bajo: cuando el puntaje es de 5 – 16 pts.

e. Bienestar del niño

Cuando la madre primeriza le brinda al niño cuidados necesarios referentes a su salud y bienestar, lo cual ayuda de manera positiva en su desarrollo físico y emocional. Variable de naturaleza cualitativa medida en escala ordinal de forma indirecta a través de la escala de adopción del rol materno (ARM), cuyos valores finales son:

- Alto: cuando el puntaje es de 19 – 20 pts.
- Medio: cuando el puntaje es de 17 – 18 pts.
- Bajo: cuando el puntaje es de 5 – 16 pts.

f. Preocupación y protección del niño

Cuando la madre primeriza se preocupa por satisfacer las necesidades de protección de su niño. Así mismo le brinda a su niño la seguridad que este necesita para que se desarrolle de una manera adecuada. Variable de naturaleza cualitativa medida en escala ordinal de forma indirecta a través de la escala de adopción del rol materno (ARM), cuyos valores finales son:

- Alto: cuando el puntaje es de 21 – 22 pts.
- Medio: cuando el puntaje es de 19 – 20 pts.
- Bajo: cuando el puntaje es de 5 – 18 pts.

g. Interacción con la pareja respecto al niño

Cuando madre primeriza y su pareja coordinan y mantienen comunicación constante sobre las necesidades del niño y las actividades existentes en torno a éste. Variable de naturaleza cualitativa medida en escala ordinal de forma indirecta a través de la escala de adopción del rol materno (ARM), cuyos valores finales son:

- Alto: cuando el puntaje es 20 pts.
- Medio: cuando el puntaje es de 16 – 19 pts.
- Bajo: cuando el puntaje es de 5 – 15 pts.

h. Interacción con la familia de origen respecto al niño

La madre primeriza mantiene un vínculo positivo y activo con su familia de tal forma que ésta evidencia su aceptación por el niño y contribuye a la crianza de éste. Variable de naturaleza cualitativa medida en escala ordinal de forma indirecta a través de la escala de adopción del rol materno (ARM), cuyos valores finales son:

- Alto: cuando el puntaje es de 18 – 20 pts.
- Medio: cuando el puntaje es de 16 – 17 pts.
- Bajo: cuando el puntaje es de 5 – 15 pts.

i. Cuidados del niño

La madre primeriza tiene la seguridad y la confianza en sí misma de poder cumplir de manera adecuada su rol de madre, sintiéndose cómoda con éste y mostrando cuidados y protección hacia su niño. Variable de naturaleza cualitativa medida en escala ordinal de forma indirecta a través de la escala de adopción del rol materno (ARM), cuyos valores finales son:

- Alto: cuando el puntaje es de 12 pts.

BIBLIOTECA DE BIOMEDICAS

- Medio: cuando el puntaje es de 11 – 11 pts.

- Bajo: cuando el puntaje es de 3 – 10 pts.

j. Conocimiento y cultura relacionados al niño

La madre primeriza se ve en contacto directo o indirecto con pautas y costumbres culturales de su lugar de procedencia, ideales políticos predominantes de su entorno social y el impacto del actual sistema de cuidado de la salud infantil, lo cual contribuye a la adopción de su rol materno. Variable de naturaleza cualitativa medida en escala ordinal de forma indirecta a través de la escala de adopción del rol materno (ARM), cuyos valores finales son:

- Alto: cuando el puntaje es de 18 - 20 pts.

- Medio: cuando el puntaje es de 16 – 17 pts.

- Bajo: cuando el puntaje es de 5 – 15 pts.

2. TIPOS DE CONVIVENCIA

Conjunto de personas con los que la madre primípara que asiste al consultorio de niño sano del Centro Médico Universitario Pedro P. Díaz, viven bajo un mismo techo. Variable de naturaleza cualitativa medida en escala nominal de forma indirecta a través de la guía de entrevista, las cuales son:

a. **Convivencia nuclear:** Cuando la madre primípara vive en una vivienda solo con su pareja.

b. **Convivencia extendida:** Cuando la madre primípara vive en una vivienda con o sin su pareja y los familiares paternos o maternos.

c. **Convivencia monoparental:** Cuando madre primípara vive en una vivienda sin la pareja.

D. ALCANCES Y LIMITACIONES

1. ALCANCES

Los resultados de la presente investigación podrán ser generalizados a la población en estudio.

2. LIMITACIONES

Veracidad por parte de las madres informantes en algunas respuestas planteadas en los instrumentos.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

A. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Según la naturaleza del problema y los objetivos establecidos la presente investigación, es un estudio de tipo descriptivo con diseño correlacional y de corte transversal.

PROCEDIMIENTO

1. La presente investigación se llevó a cabo entre los meses de Marzo – Julio del 2015.

2. La recolección de datos de la población de estudio se llevó a cabo durante los meses de Mayo y Junio del 2015.

3. Se solicitó permiso a la dirección del Centro Médico Universitario Pedro P. Díaz. Para la aplicación del estudio en el consultorio de Crecimiento y Desarrollo.

4. Se coordinó los días y horas necesarios para aplicar los instrumentos con la enfermera jefa del consultorio de Niño Sano.

5. Se aplicó la prueba piloto en 13 madres primíparas que cumplían con las características de la población en estudio, en el consultorio de CRED del Hospital Goyeneche, que equivale al 10% de la muestra.

6. Reajustes de los instrumentos.

7. Se pidió consentimiento informado a la población en estudio.

8. Se aplicó los instrumentos en la población de estudio: la guía de entrevista y la escala de adopción del rol materno (ARM), conforme vayan asistiendo a la consulta de CRED.

9. Procesamiento y análisis de datos Para el procesamiento de datos se utilizó como medio la computadora; el análisis y procesamiento de datos se realizó en el programa EPIINFO 7, los resultados se presentan en tablas simples y de doble entrada de acuerdo a los datos recolectados y a los objetivos planteados en la presente investigación. Para determinar el grado de significancia estadística se utilizó la prueba estadística del Chi cuadrado (X^2), el cual nos permite determinar la correlación entre las dos variables del estudio.

10. Elaboración y presentación del informe final.

B. DESCRIPCIÓN DEL ÁREA

La presente investigación se llevó a cabo en el Centro Médico Universitario Pedro P. Díaz, institución que funciona desde el año 1979 y que forma parte de la Universidad Nacional de San Agustín, brindando 22 especialidades que funcionan como Consultorios externos. Asimismo, se realizan constantes y exitosas intervenciones quirúrgicas de cirugía menor y cirugía mayor. Dentro de estas especialidades se encuentra el consultorio de niño sano CRED cuyos ambientes son: 1 consultorio de CRED, 1 sala de inmunización, donde se encuentra también la cadena de frio, 1 sala de trabajo, 1 sala de espera.

El Centro Médico está ubicado en la Prolongación Gonzales Prada S/N Urb. Pedro P. Díaz, Paucarpata - Arequipa; y sus límites son: por el Norte con la calle Micaela Bastidas; por Sur: con el estadio Pedro P. Díaz; por el Este: con la Urb. José Carlos Mariátegui; y por el Oeste: con la Av. Túpac Amaru.

El personal que labora en el consultorio de CRED está constituido por 2 enfermeras contratadas y 2 enfermeras nombradas, las mismas que laboran de lunes a viernes en turnos de mañana. El consultorio de Niño Sano atiende a un aproximado de 14 a 18 niños por día de 0 a 5 años de edad, procedentes de todos los distritos de Arequipa, no realizando seguimiento de casos.

C. POBLACIÓN DE ESTUDIO Y SELECCIÓN DE LA MUESTRA

1. POBLACIÓN DE ESTUDIO

La población está conformada por 200 madres primíparas que asisten al consultorio de niño sano del Centro Médico Universitario Pedro P. Díaz, para el respectivo control de sus niños; durante los meses de Mayo y Junio del año 2015.

3. SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Para determinar el tamaño de la muestra se consideró la siguiente fórmula para el cálculo de la población finita.

$$n = \frac{(Z_{\alpha/2})^2 * N * p * q}{(N-1)E^2 + (Z_{\alpha/2})^2 * p * q}$$

n = 132

Dónde:

Para poblaciones inferiores a 10000 $x^2 = (1.96)^2$ = 3.84

P = Probabilidad de ocurrencia de un hecho = 50

q = probabilidad de no ocurrencia = 50

N = población total = 200

E = probabilidad de error = 5

Criterios de inclusión

- Madres primíparas con hijos menores de un año de edad.
- Madres primíparas que vivan en la ciudad de Arequipa.
- Madres primíparas que acepten el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Madres que no hablan el idioma español.
- Madres que tengan hijos con limitaciones físicas o mentales.

D. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

En el presente estudio para la recolección de datos se utilizó como método la encuesta y como técnica el cuestionario, para ello se utilizó dos instrumentos:

FORMULARIO N° 1: (ANEXO 1) Consentimiento Informado.

FORMULARIO N° 2: (ANEXO 2) datos de caracterización, que incluye edad de la madre, grado de instrucción, ingreso económico y ocupación.

Variable de Tipos de Convivencia que incluye al conjunto de personas con los que la madre primípara vive bajo un mismo techo.

- Convivencia nuclear
- Convivencia extendida
- Convivencia monoparental

FORMULARIO N° 3: (ANEXO 3) cuestionario para evaluar el nivel de adopción del rol materno Escala de Adopción del Rol Materno ARM elaborado por las psicólogas Garrido M. y Marchan M. constituido por 56 ítems los cuales se dividen en 10 dimensiones: Aceptación del niño, Contacto con el rol de la madre, Estimulación del niño, Expresiones maternales de afecto hacia el niño, Bienestar del niño, Preocupación y protección del niño, Interacción con la pareja respecto al niño, Interacción con la familia de origen respecto al niño, Cuidados del niño, Conocimiento y cultura relacionados al niño.

Consta de 4 alternativas puntuadas según la escala de Likert: totalmente de acuerdo, acuerdo, desacuerdo, totalmente en desacuerdo, cuya calificación general es:

Alto: Cuando el puntaje es de 203 - 224 obteniéndose el máximo nivel de adopción del rol materno.

Medio: Cuando el puntaje es de 181 - 202 obteniéndose un mediano nivel de adopción del rol materno.

Bajo: Cuando el puntaje es de 56 – 180 obteniéndose un nivel de adopción del rol materno casi inexistente.

BIBLIOTECA DE BIOMEDICAS

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

A. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

En este capítulo se presentan los resultados de la investigación mediante tablas estadísticos ordenados de la siguiente manera:

1. Caracterización de la población de estudio que incluye: edad, grado de instrucción, ingreso económico y ocupación. Consignado en la tabla Nº 1.

2. Variables en estudio: tipos de convivencia y adopción del rol materno con sus respectivas dimensiones ubicados en las tablas Nº 2, 3 y 4.

3. La relación existente entre las variables en estudio consignados en los cuadros Nº 5 al 15.

TABLA N° 1

CARACTERÍSTICAS PERSONALES DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO. CENTRO MÉDICO UNIVERSITARIO PEDRO P. DÍAZ AREQUIPA - 2015

CARACTERÍSTICAS	N°	%
Edad		
16 a 19 años	7	5.3
20 a 30 años	110	83.3
31 a 39 años	15	11.4
Grado de Instrucción		
Secundaria	56	42.4
Técnico	43	32.6
Superior	33	25.0
Ingreso Económico		
Mayor a s/ 750.00	34	25.8
Igual a s/ 750.00	33	25.0
Menor a s/ 750.00	65	49.2
Ocupación		
Dependiente	27	20.5
Independiente	40	30.3
Ama de casa	54	40.9
Estudiante	11	8.3
Total	132	100.0

Fuente: Matriz de datos

En la siguiente tabla se muestra que el mayor porcentaje de madres primíparas tienen las edades de 20 a 30 años, el grado de instrucción que predomina es de secundaria, el ingreso económico es mayor a 750 soles y en cuanto a la ocupación el 40.9% son amas de casa.

TABLA N° 2

POBLACIÓN EN ESTUDIO SEGÚN TIPOS DE CONVIVENCIA. CENTRO MÉDICO UNIVERSITARIO PEDRO P. DÍAZ AREQUIPA- 2015

TIPOS DE CONVIVENCIA	N°	%
Convivencia nuclear	56	42.5
Convivencia extendida	58	43.9
Convivencia monoparental	18	13.6
Total	132	100.0

Fuente: Matriz de datos

En la siguiente tabla se muestra que el grupo de convivencia que predomina es el conformado por la convivencia extendida con un 43.9%, seguido por la convivencia nuclear con un 42.5%, y en un menor porcentaje la convivencia monoparental.

TABLA N° 3

POBLACIÓN EN ESTUDIO SEGÚN DIMENSIONES DE ADOPCIÓN DEL ROL MATERNO. CENTRO MÉDICO UNIVERSITARIO PEDRO P. DÍAZ AREQUIPA- 2015

ROL MATERNO - DIMENSIONES	N°	%
Interacción con la pareja respecto al niño		
Bajo	34	25.8
Medio	60	45.5
Alto	38	28.8
Aceptación del niño		
Bajo	30	22.7
Medio	63	47.7
Alto	39	29.5
Contacto con el rol de madre		
Bajo	17	12.9
Medio	51	38.6
Alto	64	48.5
Estimulación del niño		
Bajo	32	24.2
Medio	51	38.6
Alto	49	37.1

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTIN
PROPIEDAD
BIBLIOTECA
AREQUIPA - PERU

Interacción con la familia de origen respecto al niño		
Bajo	31	23.5
Medio	32	24.2
Alto	69	52.3
Cuidados del niño		
Bajo	46	34.9
Medio	49	37.1
Alto	37	28.0
Expresiones maternales respecto al niño		
Bajo	30	22.7
Medio	47	35.6
Alto	55	41.7
Bienestar del niño		
Bajo	32	24.2
Medio	45	34.1
Alto	55	41.7
Preocupación y protección del niño		
Bajo	37	28.0
Medio	31	23.5
Alto	64	48.5
Conocimiento y cultura respecto al niño		
Bajo	67	50.8
Medio	65	49.2
Alto	0	0.0
Total	132	100.0

Fuente: Matriz de datos

En la presente tabla se muestra que en la dimensión interacción con la pareja respecto al niño la adopción del rol materno es de un nivel medio con un 45.5%, esto quiere decir que tanto la madre como la pareja coordinan y mantienen una comunicación no muy adecuada sobre las necesidades del niño.

En la dimensión aceptación del niño el nivel de adopción del rol materno es medio con un 47.7%, lo que significa que la madre acepta parcialmente la existencia de su niño.

En la dimensión contacto con el rol de la madre el nivel de adopción del rol materno es alto con un 48.5%, de manera que la madre se siente muy conforme con su rol y lo comunica, además realiza actividades relacionadas a su rol.

Con respecto a la dimensión estimulación del niño, el nivel de adopción del rol materno es medio con un 38.6%, lo que significa que la madre no aprovecha todas las oportunidades cotidianas para estimular el desarrollo físico y cognitivo del niño.

En la dimensión interacción con la familia de origen respecto al niño el nivel de adopción del rol materno es alto con un 52.3%, quiere decir que existe una muy buena relación entre la madre y su familia de origen, de manera que la familia acepta y ayuda en la crianza del niño.

En la dimensión cuidados del niño, el nivel de adopción del rol materno es medio con un 37.1%, lo cual se ve reflejado cuando la madre regularmente tiene la seguridad y la confianza en sí misma de poder cumplir de manera adecuada su rol de madre.

En la dimensión expresiones maternales de afecto respecto al niño, el nivel de adopción del rol materno es alto con un 41.7%, significa que la madre expresa continuamente frases y palabras afectuosas al momento de la lactancia y/o al interactuar con el niño.

En la dimensión bienestar del niño el nivel de adopción del rol materno es alto con un 41.7% lo que indica que madre le brinda al niño cuidados necesarios referentes a su salud y bienestar.

En la dimensión preocupación y protección del niño el nivel de adopción del rol materno es alto con 48.5% lo que significa que la madre se preocupa por satisfacer las necesidades de protección de su niño.

En la dimensión conocimiento y cultura del niño el nivel de adopción del rol materno es bajo con un 50.8% lo que indica que la madre no tiene contacto directo o indirecto con pautas y costumbres culturales, ideales políticos de su entorno social.

TABLA N° 4

POBLACIÓN EN ESTUDIO SEGÚN ADOPCIÓN ROL MATERNO. CENTRO MÉDICO UNIVERSITARIO PEDRO P. DÍAZ AREQUIPA - 2015

ROL MATERNO	N°	%
Bajo	24	18.2
Medio	43	32.6
Alto	65	49.2
Total	132	100.0

Fuente: Matriz de datos

En la siguiente tabla se muestra que la adopción del rol materno en de las madres en general es medio con un 49.2 %.

TABLA N° 5

POBLACIÓN EN ESTUDIO POR TIPOS DE CONVIVENCIA SEGÚN DIMENSIÓN DE ADOPCIÓN DEL ROL MATERNO: INTERACCIÓN CON LA PAREJA RESPECTO AL NIÑO. CENTRO MÉDICO UNIVERSITARIO PEDRO P. DÍAZ AREQUIPA – 2015

TIPOS DE CONVIVENCIA	DIMENSIÓN: INTERACCIÓN CON LA PAREJA RESPECTO AL NIÑO						TOTAL	
	Bajo		Medio		Alto			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Convivencia nuclear	8	14.3	31	55.4	17	30.3	56	100.0
Convivencia extendida	17	29.3	25	43.1	16	27.6	58	100.0
Convivencia monoparental	9	50.0	4	22.2	5	27.8	18	100.0
Total	34	25.8	60	45.5	38	28.7	132	100.0

Fuente: Matriz de datos P = 0.029 (P < 0.05) S.S.

En el análisis realizado del tipo de convivencia con respecto a la dimensión de rol materno interacción con la pareja respecto al niño, se encontró que el tipo de convivencia nuclear y convivencia extendida tiene un nivel medio de adopción del rol materno, a diferencia de la convivencia monoparental que presenta un nivel de adopción del rol materno bajo. El chi cuadrado y su nivel de significancia ($P < 0.05$) confirman que existe relación estadística significativa, entre el tipo de convivencia y la dimensión interacción con la pareja respecto al niño.

TABLA N° 6

POBLACIÓN EN ESTUDIO POR TIPOS DE CONVIVENCIA SEGÚN DIMENSIÓN DE ADOPCIÓN DEL ROL MATERNO: ACEPTACIÓN DEL NIÑO. CENTRO MÉDICO UNIVERSITARIO PEDRO P. DÍAZ AREQUIPA- 2015.

TIPOS DE CONVIVENCIA	DIMENSIÓN: ACEPTACIÓN DEL NIÑO						TOTAL	
	Bajo		Medio		Alto			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Convivencia nuclear	9	16.1	33	58.9	14	25.0	56	100.0
Convivencia extendida	16	27.6	22	37.9	20	34.5	58	100.0
Convivencia monoparental	5	27.8	8	44.4	5	27.8	18	100.0
Total	30	22.7	63	47.7	39	29.5	132	100.0

Fuente: Matriz de datos P = 0.243 (P ≥ 0.05) N.S.

BIBLIOTECA DE BIOMEDICAS

BIBLIOTECA DE CIENCIAS MEDICAS

Los resultados obtenidos del tipo de convivencia en relación con la dimensión de aceptación del niño, muestra que la convivencia nuclear, extendida y monoparental presentan un nivel medio de adopción del rol materno.

Según el análisis realizado del chi cuadrado ($P \geq 0.05$) muestra que el tipo de convivencia y aceptación del niño no presentan relación estadística significativa.

TABLA N° 7

POBLACIÓN EN ESTUDIO POR TIPOS DE CONVIVENCIA SEGÚN DIMENSIÓN DE ADOPCIÓN DEL ROL MATERNO: CONTACTO CON EL ROL DE LA MADRE. CENTRO MÉDICO UNIVERSITARIO PEDRO P. DÍAZ AREQUIPA- 2015.

TIPOS DE CONVIVENCIA	DIMENSIÓN: CONTACTO CON EL ROL DE LA MADRE						TOTAL	
	Bajo		Medio		Alto			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Convivencia nuclear	5	8.9	25	44.6	26	46.4	56	100.0
Convivencia extendida	10	17.2	18	31.0	30	51.7	58	100.0
Convivencia monoparental	2	11.1	8	44.4	8	44.4	18	100.0
Total	17	12.9	51	38.6	64	48.5	132	100.0

Fuente: Matriz de datos P = 0.499 (P ≥ 0.05) N.S.

Los resultados obtenidos del tipo de convivencia en relación con el nivel de contacto con el rol de la madre, muestra que la convivencia nuclear, extendida y monoparental presentan un nivel alto de adopción del rol materno.

Según el análisis realizado del chi cuadrado ($P \geq 0.05$) muestra que el tipo de convivencia y contacto con el rol de la madre no presentan relación estadística significativa.

TABLA N° 8

POBLACIÓN EN ESTUDIO POR TIPOS DE CONVIVENCIA SEGÚN DIMENSIÓN DE ADOPCIÓN DEL ROL MATERNO: ESTIMULACIÓN DEL NIÑO. CENTRO MÉDICO UNIVERSITARIO PEDRO P. DÍAZ AREQUIPA- 2015.

TIPOS DE CONVIVENCIA	DIMENSIÓN: ESTIMULACIÓN DEL NIÑO						TOTAL	
	Bajo		Medio		Alto			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Convivencia nuclear	11	19.6	20	35.7	25	44.6	56	100.0
Convivencia extendida	14	24.1	26	44.8	18	31.0	58	100.0
Convivencia monoparental	7	38.9	5	27.8	6	33.3	18	100.0
Total	32	24.2	51	38.6	49	37.1	132	100.0

Fuente: Matriz de datos P = 0.035 (P < 0.05) S.S.

En el análisis realizado del tipo de convivencia con respecto a la dimensión estimulación del niño, se encontró que el tipo de convivencia nuclear tiene un alto nivel de adopción del rol materno, mientras que el tipo de convivencia extendida presenta un nivel de medio de adopción del rol materno y el tipo de convivencia monoparental un nivel de adopción del rol materno bajo.

El chi cuadrado y su nivel de significancia ($P < 0.05$) confirman que existe relación estadística significativa, lo que indica que el tipo de convivencia influye en la estimulación del niño.

TABLA N° 9

POBLACIÓN EN ESTUDIO POR TIPOS DE CONVIVENCIA SEGÚN DIMENSIÓN DE ADOPCIÓN DEL ROL MATERNO: INTERACCIÓN CON LA FAMILIA DE ORIGEN RESPECTO AL NIÑO. CENTRO MÉDICO UNIVERSITARIO PEDRO P. DÍAZ AREQUIPA- 2015.

TIPOS DE CONVIVENCIA	DIMENSIÓN: INTERACCIÓN CON LA FAMILIA DE ORIGEN RESPECTO AL NIÑO						TOTAL	
	Bajo		Medio		Alto			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Convivencia nuclear	10	17.9	17	30.4	29	51.8	56	100.0
Convivencia extendida	16	27.6	14	24.1	28	48.3	58	100.0
Convivencia monoparental	5	27.8	1	5.6	12	66.7	18	100.0
Total	31	23.5	32	24.2	69	52.3	132	100.0

Fuente: Matriz de datos P = 0.226 (P ≥ 0.05) N.S.

BIBLIOTECA DE BIOMEDICAS

Los resultados obtenidos del tipo de convivencia en relación con la dimensión de interacción con la familia de origen respecto al niño, muestra que la convivencia nuclear, extendida y monoparental presentan un nivel alto de adopción del rol materno.

Según el análisis realizado del chi cuadrado ($P \geq 0.05$) muestra que el tipo de convivencia y la interacción con la familia de origen respecto al niño no presentan relación estadística significativa.

TABLA N° 10

POBLACIÓN EN ESTUDIO POR TIPOS DE CONVIVENCIA SEGÚN DIMENSIÓN DE ADOPCIÓN DEL ROL MATERNO: CUIDADOS DEL NIÑO. CENTRO MÉDICO UNIVERSITARIO PEDRO P. DÍAZ AREQUIPA- 2015.

TIPOS DE CONVIVENCIA	DIMENSIÓN: CUIDADOS DEL NIÑO						TOTAL	
	Bajo		Medio		Alto			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Convivencia nuclear	24	42.9	16	28.6	16	28.6	56	100.0
Convivencia extendida	15	25.9	29	50.0	14	24.1	58	100.0
Convivencia monoparental	7	38.9	4	22.2	7	38.9	18	100.0
Total	46	34.9	49	37.1	37	28.0	132	100.0

Fuente: Matriz de datos P = 0.049 (P < 0.05) S.S.

BIBLIOTECA DE BIOMEDICINA

BIBLIOTECA DE BIOMEDICINA

Los resultados obtenidos del tipo de convivencia en relación con la dimensión cuidados del niño, muestra que la convivencia nuclear, y monoparental presentan un nivel bajo de adopción del rol materno, mientras que el tipo de convivencia extendida presenta un nivel de adopción del rol materno medio.

Según el análisis realizado del chi cuadrado ($P < 0.05$) confirman que existe relación estadística significativa, entre el tipo de convivencia y la dimensión cuidados del niño.

TABLA N° 11

POBLACIÓN EN ESTUDIO POR TIPOS DE CONVIVENCIA SEGÚN DIMENSIÓN DE ADOPCIÓN DEL ROL MATERNO: EXPRESIONES MATERNALES RESPECTO AL NIÑO. CENTRO MÉDICO UNIVERSITARIO PEDRO P. DÍAZ AREQUIPA- 2015.

TIPOS DE CONVIVENCIA	DIMENSIÓN: EXPRESIONES MATERNALES RESPECTO AL NIÑO						TOTAL	
	Bajo		Medio		Alto			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Convivencia nuclear	11	19.6	16	28.6	29	51.8	56	100.0
Convivencia extendida	13	22.4	24	41.4	21	36.2	58	100.0
Convivencia monoparental	6	33.3	7	38.9	5	27.8	18	100.0
Total	30	22.7	47	35.6	55	41.7	132	100.0

Fuente: Matriz de datos P = 0.031 (P < 0.05) S.S.

Los resultados obtenidos del tipo de convivencia en relación con la dimensión expresiones maternales respecto al niño, muestra que la convivencia nuclear presenta un nivel alto de adopción del rol materno, a diferencia de los tipos de convivencia extendida y monoparental que presentan un nivel medio de adopción del rol materno.

Según el análisis realizado del chi cuadrado ($P < 0.05$) muestra que el tipo de convivencia y expresiones maternales respecto al niño si presentan relación estadística significativa entre sí.

TABLA N° 12

POBLACIÓN EN ESTUDIO POR TIPOS DE CONVIVENCIA SEGÚN DIMENSIÓN DE ADOPCIÓN DEL ROL MATERNO: BIENESTAR DEL NIÑO. CENTRO MÉDICO UNIVERSITARIO PEDRO P. DÍAZ AREQUIPA- 2015.

TIPOS DE CONVIVENCIA	DIMENSIÓN: BIENESTAR DEL NIÑO						TOTAL	
	Bajo		Medio		Alto			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Convivencia nuclear	13	23.2	20	35.7	23	41.1	56	100.0
Convivencia extendida	12	20.7	19	32.8	27	46.6	58	100.0
Convivencia monoparental	7	38.9	6	33.3	5	27.8	18	100.0
Total	32	24.2	45	34.1	55	41.7	132	100.0

Fuente: Matriz de datos

P = 0.045 (P < 0.05) S.S.

En el análisis realizado del tipo de convivencia con respecto a la dimensión de bienestar del niño, se encontró que el tipo de convivencia nuclear y extendida tienen un alto nivel de adopción del rol materno, mientras que la convivencia monoparental presenta un nivel de adopción del rol materno bajo.

El chi cuadrado y su nivel de significancia ($P < 0.05$) confirman que existe relación estadística significativa, entre el tipo de convivencia y la dimensión bienestar del niño.

TABLA N° 13

POBLACIÓN EN ESTUDIO POR TIPOS DE CONVIVENCIA SEGÚN DIMENSIÓN DE ADOPCIÓN DEL ROL MATERNO: PREOCUPACIÓN Y PROTECCIÓN DEL NIÑO. CENTRO MÉDICO UNIVERSITARIO PEDRO P. DÍAZ AREQUIPA- 2015.

TIPOS DE CONVIVENCIA	DIMENSIÓN: PREOCUPACIÓN Y PROTECCIÓN DEL NIÑO						TOTAL	
	Bajo		Medio		Alto			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Convivencia nuclear	17	30.4	13	23.2	26	46.4	56	100.0
Convivencia extendida	13	22.4	16	27.6	29	50.0	58	100.0
Convivencia monoparental	7	38.9	2	11.1	9	50.0	18	100.0
Total	37	28.0	31	23.5	64	48.5	132	100.0

Fuente: Matriz de datos P = 0.526 (P ≥ 0.05) N.S.

BIBLIOTECA DE BIOMEDICAS

Los resultados obtenidos del tipo de convivencia en relación con la dimensión preocupación y protección del niño, muestra que la convivencia nuclear, extendida y monoparental presentan un nivel alto de adopción del rol materno.

Según el análisis realizado del chi cuadrado ($P \geq 0.05$) muestra que el tipo de convivencia y la dimensión preocupación y protección del niño no presentan relación estadística significativa entre sí.

TABLA N° 14

POBLACIÓN EN ESTUDIO POR TIPOS DE CONVIVENCIA SEGÚN DIMENSIÓN DE ADOPCIÓN DEL ROL MATERNO: CONOCIMIENTO Y CULTURA RESPECTO AL NIÑO. CENTRO MÉDICO UNIVERSITARIO PEDRO P. DÍAZ AREQUIPA- 2015.

TIPOS DE CONVIVENCIA	DIMENSIÓN: CONOCIMIENTO Y CULTURA RESPECTO AL NIÑO						TOTAL	
	Bajo		Medio		Alto			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Convivencia nuclear	28	50.0	28	50.0	0	0.0	56	100.0
Convivencia extendida	28	48.3	30	51.7	0	0.0	58	100.0
Convivencia monoparental	11	61.1	7	38.9	0	0.0	18	100.0
Total	67	50.8	65	49.2	0	0.0	132	100.0

Fuente: Matriz de datos P = 0.049 (P < 0.05) S.S.

BIBLIOTECA DE BIOMÉDICAS

En el análisis realizado del tipo de convivencia con respecto a la dimensión conocimiento y cultura respecto al niño, se encontró que el la convivencia nuclear y extendida presenta un nivel medio de adopción del rol materno, mientras que la convivencia monoparental presenta un nivel de adopción del rol materno bajo. El chi cuadrado y su nivel de significancia ($P < 0.05$) confirman que existe relación estadística significativa, lo que indica el tipo de convivencia influye en el conocimiento y cultura de la madre respecto al niño.

TABLA N° 15

POBLACIÓN EN ESTUDIO POR TIPOS DE CONVIVENCIA SEGÚN ADOPCIÓN DEL ROL MATERNO. CENTRO MÉDICO UNIVERSITARIO PEDRO P. DÍAZ AREQUIPA- 2015.

TIPOS DE CONVIVENCIA	ROL MATERNO						TOTAL	
	Bajo		Medio		Alto			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Convivencia nuclear	8	14.3	18	32.1	30	53.6	56	100.0
Convivencia extendida	9	15.5	19	32.8	30	51.7	58	100.0
Convivencia monoparental	7	38.9	6	33.3	5	27.8	18	100.0
Total	24	18.2	43	32.6	65	49.2	132	100.0

Fuente: Matriz de datos P = 0.039 (P < 0.05) S.S.

BIBLIOTECA DE PSICOLOGÍA

Los resultados obtenidos del tipo de convivencia en relación con la adopción del rol materno en general, muestran que la convivencia nuclear y extendida presentan un nivel alto de adopción del rol materno mientras que la convivencia monoparental presenta un nivel bajo de adopción de rol materno.

Según el análisis realizado del chi cuadrado ($P < 0.05$) muestra que el grupo de convivencia y la adopción del rol materno presentan relación estadística significativa. Lo que indica que el tipo de convivencia influye en la adopción del rol materno.

CAPÍTULO V

RESUMEN CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A. RESUMEN

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, de corte transversal y de diseño de correlación, con una muestra de 132 madres primíparas, que tuvo como objetivo determinar la relación entre grupos de convivencia y adopción del rol materno. Para la recolección de datos, se utilizó como método la encuesta, como técnica el cuestionario y como instrumentos dos formularios para le recolección de datos de la población en estudio. El primero incluye datos generales como edad, grado de instrucción, ingreso económico, ocupación y variable grupo de convivencia. El segundo instrumento responde a la variable adopción del rol materno, utilizándola escala de adopción del rol materno ARM. Se aplicó a las madres

primíparas con hijos menores de un año del Centro Médico Universitario Pedro P. Díaz.

Se obtuvo como principal resultado que el tipo de convivencia en madres primíparas fue: 43.9% convivencia extendida, seguido de la convivencia nuclear con un 42.5% y por último de la convivencia monoparental con un 13.6%. La adopción del Rol Maternal fue alto en un 49.2%, medio con un 32.6% y 18.2% bajo. El tipo de convivencia de la madre primípara influye en la adopción del rol materno.

B. CONCLUSIONES

PRIMERA: La mayoría de las madres primíparas que asisten al consultorio de niño sano del Centro Médico Universitario Pedro P. Díaz, tienen entre 20 a 30 años de edad, presentan un nivel de instrucción secundaria, e ingreso económico alto y de ocupación ama de casa.

SEGUNDA: La población en estudio presenta una adopción del rol materno alto con un 49.2%, las dimensiones: contacto con el rol de madre 48.5%, interacción con la familia de origen respecto al niño 52.3%, expresiones maternales respecto al niño 41.7%, bienestar del niño 41.7%, preocupación y protección del niño 48.5%; presentan un nivel alto de adopción del rol materno.

Mientras que las dimensiones: interacción con la pareja respecto al niño con un 45.5%, aceptación del niño 47.7%, estimulación del niño 38.6% y cuidados del niño 37.1%; presentan un nivel medio de adopción del rol materno. La dimensión conocimiento y cultura respecto al niño tiene un nivel bajo de adopción del rol materno con un 50.8%.

TERCERA: El 43.9% de las madres primíparas tiene como tipo de convivencia la convivencia extendida o sea el conformado por la madre, la pareja, y los familiares paternos o maternos.

CUARTA: La prueba estadística del chi cuadrado establece que existe una relación significativa entre la adopción del rol materno y los tipos de convivencia, por lo que podemos afirmar que los tipos de convivencia influyen en la adopción del rol materno.

C. RECOMENDACIONES

1. Se sugiere considerar dentro de las actuaciones de enfermería en la atención de la madre y del recién nacido, la importancia a los procesos de adopción del rol materno en las madres primíparas, brindando espacios de intervención y acompañamiento psicológico individual y familiar, para que las madres estén en mejores condiciones emocionales para asumir su rol materno, y así posibilitar la autonomía emocional de su hijo/a.

2. Elaborar un plan de seguimiento que permita identificar y vincular las redes de apoyo con las que cuentan las madres primíparas durante la atención prenatal, de tal manera que se establezcan acciones de enfermería abocadas a adoptar un nivel alto de adopción el rol materno. Puesto que en este estudio se evidencia que los tipos de convivencia como red de apoyo contribuye de manera significativa en la adopción del rol materno y la crianza de los hijos.

3. Considerar dentro del contenido curricular de la facultad de enfermería temas relacionados con la adopción del rol materno, para que de esta manera durante las practicas pre profesionales y profesionales se pueda brindar educación a las madres fortaleciendo el vínculo madre – hijo y permitiendo adoptar practicas efectivas y seguras para el desarrollo fisiológico, emocional y social del hijo.

BIBLIOGRAFÍA

1. ALVARADO L. Y COLS. (2011). "Adopción del rol maternal de la teorista ramona Mercer al cuidado de Enfermería binomio madre – hijo: reporte de caso en la unidad materno infantil". Rev. De investigación Escuela de Enfermería UDES – Cuidarte – 12 de Oct. Santander España.

2. ANDERZÉN-CARLSSON A. Y Cols. (2014). "Parental experiences of providing skin-to-skin care to their newborn infant—Part 2: A qualitative meta-synthesis. International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being". (En Línea). (Fecha de acceso 18 de mayo del 2015). URL Disponible en: qhw.v9.24907. doi:10.3402/qhw.v9.24907.

3. ANGELFIRE G. (2014)."Teoría del Apego". (En línea). (Fecha de acceso 18 de Enero del 2015). URL disponible en: http://www.angelfire.com/psy/ansiedaddeseparacion/new_page_6.htm

4. BÉLANGER-LÉVESQUE M. Y Cols. (2014). "Maternal and paternal satisfaction in the delivery room: a cross-sectional comparative study" (En Línea). (Fecha de acceso 28 de mayo del 2015). URL Disponible en: BMJ Open, 4(2), e004013. doi:10.1136/bmjopen-2013-004013

5. BERLANGA S. Y Cols. (2012). "Aplicación práctica de los modelos de Mercer y Beck en las especialidades de enfermería". Rev. Evidentia. (En Línea). (Fecha de acceso 10 de mayo del 2015). URL Disponible en: http://www.indexf.com/evidentia/n39/ev7722.php.

6. BUSTAMANTE S. (2004). "Enfermería Familiar, principios de cuidado a partir del saber común de las familias" Trujillo – Perú.

7. CANALES F. Y Cols. (1996). Metodología de la investigación. México: Ed. Uteha Noriega Editores.

8. CARRASCO S. (2005). Metodología de la investigación científica. Lima: Ed. San Marcos.

9. GALLARDO J. Y LOBOS C. (2010). "Apego materno y sala cuna en una zona de extrema ruralidad del sur de chile". Tesis para optar el título profesional de Enfermería. Facultad de Medicina. Instituto de Enfermería. Universidad Austral de Chile.

10. HERNÁNDEZ R. Y Cols. (2006) "Metodología de la investigación", 4ta Ed. Edit. Mac Graw Hill.

11. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA - INEI. (2012) Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES). (En Línea). (Fecha de acceso 28 de marzo del 2015). URL Disponible en: http://www.inei.gob.pe/.

12. LAZARUS R. Y FOLKMAN, S. (2001). "Estrés y procesos cognitivos en de las madres de los RN hospitalizados en la UCIN del Hospital Guillermo Grant Benavente de Concepción". Argentina. Pág. 25-117.

13. PERALTA Y. (2011). "Investigación científica en salud" – recopilación bibliográfica – Universidad Nacional de San Agustín. Arequipa - Perú.

14. PINEDA E. Y DE ALVARADO E. (2008). "Metodología de la investigación" – OPS. 2008 3era Ed.

15. POLIT D. Y HUNGLER B. (2000). "Investigación Científica en Ciencias de la Salud". 6ª ed. México: McGraw Interamericana.

16. STUARDO P. (2012). "Todo lo que una embarazada primeriza debiera saber" Rev. - Red médica y dental - Nº 102. Chile.

17. TASCON C. (2005). "Crecimiento y Desarrollo del ser humano". Colombia. Ed. Medellín.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CARRILLO G. Y QUISPE C. (2012). "Relación entre factores psicosociales y nivel del vínculo afectivo en madres primíparas y sus recién nacidos a término", Hospital Belén de Trujillo". Tesis para optar el título profesional de Enfermería. Facultad de ciencias de la salud, Escuela profesional de Enfermería Universidad Privada Antenor Orrego. Trujillo - Perú.

- CORONADO A. Y ORTIZ N. (2013). "Rol materno y pautas de crianza en madres adolescentes desde una perspectiva generacional, pertenecientes a las UPA". Rev. Clave Social Enero - Junio de 2013 Vol. 2. No. 1. Pág. 61 – 68. (En Línea). (Fecha de acceso 28 de mayo del 2015). URL Disponible en: http://repository.lasallista.edu.co/dspace/bitstream/10567/1317/1/495-pdf.

- COLEMAN J. (2007). "Glosario Desarrollo Infantil". (En Línea). (Fecha de acceso 21 de mayo del 2015). URL Disponible en: https://sites.google.com/site/desarrolloinfantilnidiaarenas/glosario.

- CHÉVEZ D. (2012). "Cuidado de la familia al binomio madre adolescente - recién nacido". Tesis para optar el grado de Magister en Enfermería. Escuela de Post Grado. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Chiclayo – Perú.

- COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE CEPAL (2010). "La fecundidad alta en América Latina y el Caribe: un riesgo en transición" CELADE. Citado Rodríguez J. Pág. 9 - 15 Disponible en: http://www.cepal.org/celade/notics/noticias/22/vulnerabilidad.pdf

- ESPINOZA L. (2010). "La madre, seguridad y visión de futuro frente al rol materno". Rev. Peruana de epidemiologia. Vol. 15.

- ELSEVIER G. (2011). "Modelos y teorías de enfermería" Ed. Edit. País año 2011. Pág. 581 – 595.

- GALANTERNI S. (2012). "Niños pequeños grandes agendas". Rev. Planeta Mama (En Línea). (Fecha de acceso 20 de mayo del 2015). URL Disponible en: http://www.planetamama.com.ar/nota/ni%C3%B1ospeque%C3%B1os%E2%80%A6-grandes-agendas.

- OMS (2010). BSR Biblioteca de salud reproductiva (En Línea). (Fecha de acceso 25 de mayo del 2015). URL Disponible en: http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/es/ .

- PUNSET E. (2009). "Aprendiendo a ser padres" (En Línea). (Fecha de acceso 25 de mayo del 2015). URL Disponible en: http://www.eduardpunset.es/198/general/aprendiendo-a-ser-padres.

- GARRIDO M. Y MARCHAN M. (2011). "Adopción del rol materno en madres adolescentes primerizas según grupos de convivencia". Tesis para optar el título profesional de Psicología. Escuela de ciencias y humanidades de la Universidad Cesar Vallejo. Trujillo - Perú.

- GIMÉNEZ R. (2007). "Influencia De La Familia En El Desarrollo Integral Del Niño". (En Línea). (Fecha de acceso 30 de mayo del 2015). URL Disponible en: http://www.cosasdelainfancia.com/biblioteca-familia-g.htm.

- GROSSMAN K. (2011). "La importancia del afecto en el desarrollo de los niños, niñas y adolescentes". Portal educativo CONEVYT. (En Línea). (Fecha de acceso 26 de mayo del 2015). URL Disponible en: https://www.google.com/webhp?sourceid=chromeinstant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=conevyt.

- HARO M. Y MENACHO M. (2010). "Adopción del Rol Materno y Nivel de Vinculación Madre – Recién Nacido en Primíparas – Servicio de Obstetricia HDRT". Tesis para optar el título profesional de Enfermería Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Trujillo - Perú.

- LÓPEZ, F. Y Cols. (2009). "Desarrollo afectivo y social". Ed. Pirámide, España.

- LÓPEZ E. (2015). "Papás activos, hijos más estables". (En Línea). (Fecha de acceso 26 de mayo del 2015). URL Disponible en: http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-12861960

- MANCHEIN G. (2009). "Hacer de la Guardería Infantil (Day Care Center) una Experiencia Positiva". Rev. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (En línea). (Fecha de acceso: 10 de Enero 2015) URL disponible en: https://www.aacap.org/AACAP/Families_and_Youth/Facts_for_Families/Facts_for_Families_Pages/Spanish/Hacer_de_la_Guarderia_Infantil_Day_Care_Center_una_Experiencia_Positiva_20.aspx.

- MARTÍNEZ C. Y RODRÍGUEZ M. (2010). "Los patrones maternos de comportamiento de la familia de origen (patrones transgeneracionales de conducta materna) inciden en la apropiación del rol materno". Simposio internacional sobre el modelo sistémico en la Psicoterapia Familiar, Bogotá – Colombia.

- MERCER R. (2004). "Becoming a mother versus maternal role attainment Journal of NursingScholarships". Libro pag. 226-232.

- MERCER R. Y Cols. (2004). "Adopción del Rol Maternal". En: Marriner – Tomey A. Modelos y Teorías en Enfermería. 3a. Madrid: Mosby/Doyma Libros. pág. 391 - 400.

- MENDES E. (2011). "La Familia" (En Línea). (Fecha de acceso 16 de mayo del 2015). URL Disponible en: http://kokotito20.blogspot.com/2015/03/la-familia.html.

- MINUCHIN A. (2010). "El ciclo vital de la familia". (En Línea). (Fecha de acceso: 10 de Enero 2015) URL disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/rev_psicologia_cv/v13_2011_1/pdf/a02.pdf.

- MIR M. Y HERNÁNDEZ M. (2009). "Importancia del contexto familiar en el desarrollo infantil". (En Línea). (Fecha de acceso 26 de abril del 2015). URL Disponible en: http://www.in.uib.cat/pags/volumenes/vol1_num1/m-mir/contexto.html.

- MONTENEGRO R. (2013). "Estimulación Temprana". Universidad Cesar Vallejo. (En Línea). (Fecha de acceso 20 de mayo del 2015). URL Disponible en: http://es.slideshare.net/Ruzvi/estimulacin-temprana-23931364.

- PSICOLOGÍA INFANTIL (2012). "El vínculo afectivo". Cepvi.com. (Revista en línea). (Fecha de acceso: 10 de Enero 2015). URL disponible en: http://www.cepvi.com/psicologia-infantil/vinculo_afectivo.shtml.

- PAPALIA D. (2011). "Psicología del Desarrollo". 8va. Ed. Edit. McGraw Hill. Colombia. Pág.: 267-319.

- PERÚ ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR - ENDES (2013) nacional y departamental. (En Línea). (Fecha de acceso: 10 de Enero 2015) URL disponible en: www.inei.gob.pe.

- PERÚ ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR - ENDES (2011). Arequipa. (En Línea). (Fecha de acceso: 28 de febrero 2015) URL disponible en: www.inei.gob.pe.

- PRÍNCIPE F. (2011). "Nivel del vínculo afectivo madre – recién nacido y algunos factores socioculturales maternos". Hospital Eleazar Guzmán Barrón, Nuevo Chimbote- Perú.

- ROMERO S. (2011). "Proceso de apropiación del rol materno en madres adolescentes de 12 a 18 años del proyecto Adoleisis de la Fundación Patronato Municipal San José, desde la perspectiva sistémica", Tesis para optar el título de Psicología. Facultad de psicología. Universidad Politécnica Salesiana Sede Quito. Quito – Ecuador.

- SALAVERRY O. (2010). "Problemática del embarazo adolescente". Lima-Perú. Disponible en: http://www.angelfire.com/pe/actualidadpsi/embarazo.html

- STERN D. (2013). "Vínculo afectivo madre - hijo". Rev. Cosas de la Infancia. (En Línea). (Fecha de acceso: 10 de Enero 2015) URL disponible en: http://www.cosasdelainfancia.com/biblioteca-familia13.htm.

- TOMEY M. Y RAILE M. (2006). "Modelos y Teorías de Enfermería". 6ta. Ed. Edit. Elsevier Mosby. USA.

ANEXOS

BIBLIOTECA DE BIOMEDICAS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN
FACULTAD DE ENFERMERÍA

ANEXO N° 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimada Sra.

Somos alumnos del 5º año de la facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de San Agustín.

- Condori Porcel Fredy Antonio
- Pallo Cuba Yessica Sarmely

Estamos realizando una investigación titulada "**Tipos de convivencia y Adopción del rol materno en madres primíparas**", con el objetivo de determinar la relación entre los tipos de convivencia y el rol materno en madres primíparas con hijos menores de un año. La investigación que realizaremos es con fines de obtener el título profesional de enfermería.

El estudio es completamente voluntario usted puede abandonar la investigación en cualquier momento. Cuando se publiquen los resultados bajo ninguna circunstancia será revelada su identidad, En caso de existir alguna duda o pregunta acerca del estudio usted puede comunicarse con los responsables mencionados anteriormente.

En esta investigación usted deberá llenar un cuestionario de 56 ítems de rol materno y otro de 7 ítems, de caracterización y grupos de convivencia, para lo cual le rogamos conteste con sinceridad a todas las preguntas.

Yo.....con DNI.....

Consiente de mis facultades mentales y después de haber sido informado debidamente sobre la investigación a la cual se me pide mi participación, digo:

Doy mi consentimiento y aceptación para participar en el estudio, para que conste firmo este documento.

.....

Paciente

Arequipa.....de.....2015

Gracias por su participación

BIBLIOTECA DE BIOMEDICAS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN
FACULTAD DE ENFERMERÍA

ANEXO N° 2

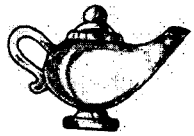
Estimada madre de familia, la presente guía es anónima y confidencial, se aplicara con el objetivo de determinar la relación entre la adopción del rol materno y los tipos de convivencia .Se trata de una investigación científica por lo que requerimos de su sinceridad y veracidad en sus respuestas.

A. DATOS DE CARACTERIZACIÓN

1. **Edad: .....**
2. **Grado de instrucción**
   - ( ) Sin instrucción
   - ( ) Primaria
   - ( ) Secundaria
   - ( ) Superior Técnico
   - ( ) Superior Universitario
3. **Ingreso económico**
   - ( ) Menor a 750 nuevos soles.
   - ( ) 750 nuevos soles
   - ( ) Mayor a 750 nuevos soles
4. **Ocupación**
   - ( ) Trabajadora dependiente
   - ( ) Trabajadora independiente
   - ( ) Ama de casa
   - ( ) Estudiante

B. TIPOS DE CONVIVENCIA: se refiere a la persona o grupo de personas con las que vive bajo un mismo techo y pasa la mayor parte de su tiempo:

- ( ) Vive con su pareja
- ( ) Vive con su pareja y la familia paterna o materna
- ( ) Vive sola



ANEXO N° 3

ESCALA DE ADOPCIÓN DEL ROL MATERNO

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:

TA = Totalmente de Acuerdo. D= Desacuerdo. A= De acuerdo. TD=Totalmente en desacuerdo

N°	PREGUNTAS	TA	A	D	TD
1.	Prefiero no dar de lactar a mi niño para cuidar la estética de mis senos.				
2.	Imito los balbuceos y sonidos que hace mi niño.				
3.	Estoy dispuesta a cambiarle el pañal a mi niño cada vez que éste lo necesite.				
4.	Leo información referente a los cuidados y temas relacionados a mi niño.				
5.	Me cuesta aceptar a este niño.				
6.	Cuando mi niño llora dejo lo que estoy haciendo y voy a atenderlo.				
7.	Pienso que la lactancia debería ser sustituida por la alimentación en biberón.				
8.	Me cuesta decir que soy madre.				
9.	Me siento capaz de salir adelante con mi niño.				
10.	Mi familia está contenta con el nacimiento de mi niño.				
11.	Le doy objetos a mi niño para que los pueda tocar y aprenda a manipularlos.				
12.	Mi pareja y yo siempre estamos poniéndonos al tanto de las cosas que le pasan al niño.				
13.	Cuando mi niño llora, le hablo con voz muy baja y susurrando palabras tranquilizadoras.				

14.	Prefiero ser yo quien se encargue del baño de mi niño.				
15.	Cuando estaba gestando pensaba con entusiasmo en el momento en que tendría a mi niño en brazos dándole de lactar.				
16.	Pienso que el "control del niño sano" no es necesario para mi niño.				
17.	El personal de salud me ha enseñado cuidados que debo tener con mi niño.				
18.	Cuando le hablo a mi niño, lo hago con palabras cariñosas.				
19.	Cuando juego con mi hijo me gusta que el aprenda algo nuevo.				
20.	Cuando doy de lactar a mi niño me gusta hablarle.				
21.	Me gusta mirar detenidamente a mi niño intentándolo conociéndolo.				
22.	Me hubiera gustado que mi niño sea del sexo opuesto al que nació.				
23.	El momento de juego con mi niño es indispensable en mi rutina diaria.				
24.	La salud de mi niño para mí es muy importante.				
25.	Para mi dar de lactar es más una obligación que una actividad agradable				
26.	Cuando mi niño responde a mis llamados, caricias u órdenes, yo lo abrazo o felicito.				
27.	Me agrada masajear la espalda de mi niño con mucha delicadeza.				
28.	Mi pareja me hace recordar cuando nuestro niño debe recibir sus vacunas y asistir al control del niño sano.				
29.	Prefiero que alguien de mi familia se encargue de alimentar a mi niño.				
30.	Mientras doy de lactar a mi niño me gusta acariciarlo.				
31.	Cuando cosquilleo a mi niño 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 de mi niño.				

34.	Constantemente me informo por programas de televisión de cómo cuidar a mi niño.				
35.	Hago vacunar a mi niño en la fecha programada.				
36.	Sé que cuento con el apoyo de mi familia para el cuidado de mi niño.				
37.	Prefiero que mi hijo tome biberón a darle de lactar.				
38.	Trato que mi niño acaricie mi rostro.				
39.	Tengo la seguridad que seré una buena madre.				
40.	Mi pareja y yo compartimos los cuidados del niño.				
41.	Cuido que mi niño utilice ropa adecuada a la estación para evitar que se enferme o tenga sarpullido.				
42.	Creo que dar de lactar une emocionalmente a las madres con sus hijos.				
43.	Me alegra mucho que mi hijo haya nacido sano.				
44.	Cada vez que mi niño llora me preocupo por saber qué es lo que necesita.				
45.	La forma en que crio a mi niño es muy parecida a cómo me criaron a mí.				
46.	Mi familia me aconseja sobre la crianza de mi niño				
47.	Me preocupo por que a su alrededor no existan objetos que puedan hacerle daño a mi niño.				
48.	Trato de ocultar el hecho de que tengo un niño porque me avergüenza.				
49.	Creo que otro familiar cuida a mi niño mejor que yo.				
50.	Terceras personas se encargan de la crianza de mi niño.				
51.	Si voy por la calle y alguien estornuda cerca, lo primero que hago es cubrir a mi niño.				
52.	Mi pareja es capaz de hacerse cargo de nuestro niño cuando yo no lo puedo hacer.				
53.	Practico con mi niño ejercicios que le puedan ayudar a su desarrollo.				
54.	Diariamente mi pareja busca saber cómo está el niño y coordinamos acerca de cómo satisfacer sus necesidades.				
55.	Las cosas que aprendí sobre el cuidado de mi niño me las enseñaron las personas que me criaron.				
56.	Tengo en casa medicamentos necesarios para lo que requiere mi niño en caso se enferme.				

INSTRUCTIVO

DIMENSIONES	ÍTEMS
• Aceptación del niño	1-2-3-5-9-16-25-31-33-42
• Contacto con el rol de madre	8-26-27-48-49-50
• Estimulación del niño	11-13-14-30-38-41-53
• Expresiones maternales de afecto hacia el niño	18-19-20-21-29
• Bienestar del niño	6-15-23-51-56
• Preocupación y protección del niño	24, 35, 43, 44, 47
• Interacción con la pareja respecto al niño	12-28-40-52-54
• Interacción con la familia de origen respecto al niño	10-36-45-46-55
• Cuidados del niño	17-32-39
• Conocimiento y cultura relacionados al niño	4-7-22-34-37

El presente instrumento consta de 56 ítems con 4 opciones de respuestas, cuya puntuación es según la escala de Likert:

TA = Totalmente de acuerdo	4
A = Acuerdo	3
D = Desacuerdo	2
TA = Totalmente en desacuerdo	1

Excepto en los ítems 1, 5, 7, 8, 16, 22, 25, 29, 37, 48, 49, 50; cuya puntuación es:

TA = Totalmente de acuerdo	1
A = Acuerdo	2
D = Desacuerdo	3
TA = Totalmente en desacuerdo	4

CALIFICACIÓN

Dimensiones	Nivel		
	Bajo	**Medio**	**Alto**
Interacción con la Pareja respecto al	[5-15]	[16-19]	[20]
Aceptación del niño	[10-32]	[33-37]	[38-40]
Contacto con el rol de madre	[6-18]	[19-22]	[23-24]
Estimulación del niño	[7-23]	[24-26]	[27-28]
Interacción con la familia de origen respecto al niño	[5-15]	[16-17]	[18-20]
Cuidados del niño	[3-10]	[11-11]	[12]
Expresiones maternales de afecto hacia el niño	[5-16]	[17-19]	[20]
Bienestar del niño	[5-16]	[17-18]	[19-20]
Preocupación y protección del niño	[5-18]	[19-20]	[21-20]
Conocimiento y Cultura respecto al niño	[5-15]	[16-17]	[18-20]
Escala total A.R.M.	**[56-180]**	**[181-202]**	**[203-224]**

Fuente: Garrido & Marchán, 2010.

BIBLIOTECA DE BIOMEDICAS

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO:

Las dimensiones e ítems de la Escala de Adopción del Rol Materno, se en la teoría de la "Adopción del rol Materno" planteada por la enfermera Ramona Mercer (1995-2004). La escala fue revisada por 10 jueces (médico pediatra, médico ginecólogo, cuatro psicólogos, nutricionista del área de lactancia, enfermera del área de vacunas, trabajadora social de la cuna de maternidad de Trujillo, un lingüista), conocedores de la variable a medir por sus conocimientos y por encontrarse en contacto con poblaciones de características iguales o similares a las muestras trabajadas para esta investigación,

Se halló la validez de constructo, mediante el análisis factorial. En la Escala de Adopción Materna se obtiene una Confiabilidad Alfa de Cronbach de 0.94.