

ADOPCIÓN DEL ROL MATERNO EN MADRES ADOLESCENTES PRIMERIZAS SEGÚN GRUPO DE CONVIVENCIA.

María del Carmen Garrido Hidalgo* y Marleny Marchán Coronado**

Universidad César Vallejo

RESUMEN

Esta investigación pretende comparar el nivel de adopción del rol materno en madres adolescentes primerizas según su grupo de convivencia. Se utilizó la "Escala A.R.M", creada para fines de la investigación y se demostraron sus propiedades psicométricas. La muestra estuvo conformada por 66 madres adolescentes primerizas entre los 14 y 20 años de edad que acudían a un hospital de Trujillo. Se determinó que el grupo de convivencia donde la madre adolescente primeriza logra un nivel predominantemente medio de adopción del rol materno es el compuesto por la madre adolescente, su pareja y la familia de origen de ésta; mientras que en un nivel bajo se encuentra el grupo compuesto por la madre adolescente y su familia de origen.

Palabras claves: rol materno, madres adolescentes, primeriza, grupo de convivencia.

THE ADOPTION OF THE MATERNAL ROLE IN FIRST-TIME ADOLESCENT MOTHERS ACCORDING TO THEIR SUPPORT GROUP

ABSTRACT

This research aims to compare the adoption level of the maternal role in first-time adolescent mothers according to their support group. We used the "ARM Scale ", created for research purposes, its psychometric properties were demonstrated. The sample consisted of 66 first-time adolescent mothers between 14 and 20 years old who were attending in a hospital in Trujillo. It was determined that the living group where first-time adolescent mothers achieve an average level predominantly through adoption of the maternal role is the group composed by a teenage mother, her partner and her family of origin while at a low level is the group composed of a teenage mother and her family of origin.

Key words: maternal role, teenagers mothers, first-time mother, living group.

APROVAÇÃO DO PAPEL MATERNA COMO PRIMEIRO-TEEN GRUPO VIVENDO MÃES

RESUMO

Esta pesquisa tem por objetivo comparar o nível de adoção do papel materno na primeira hora mães adolescentes de acordo com seu grupo de vida. Usamos o "ARM Scale", criado para fins de investigação e suas propriedades psicométricas foram demonstradas. A amostra foi constituída de 66 mães pela primeira vez adolescentes entre 14 e 20 anos de idade atendidos em um hospital em Trujillo. Verificou-se que o grupo de estar, onde pela primeira vez mãe adolescente tem um nível predominantemente por meio da adoção do papel materno é composto de uma mãe adolescente, seu parceiro e família de origem dele, enquanto em um nível baixo é o grupo composta por uma mãe adolescente e sua família de origem.

Palavras-chave: papel materno, as mães adolescentes, pela primeira vez em grupo.

Correspondencia: *ps.garridohidalgo@hotmail.com, ** marleny_mc18@hotmail.com

El embarazo da inicio a una nueva etapa en la vida de la mujer; pero mientras para muchas es un motivo de gozo, para otras puede significar una molestia que conlleva un fuerte desequilibrio emocional y que no favorecerá la relación con su pareja ni la futura relación con su hijo. Dentro de este grupo, se incluye a las madres adolescentes cuyos embarazos no suelen darse de forma planificada y no siempre llegan a culminar en un alumbramiento exitoso, considerando que muchas adolescentes optan por el aborto inducido o tienen abortos espontáneos, pues no están anatómicamente preparadas para ser madres. (Calderón & Alzamora, 2006; Gollo, 2000).

A nivel mundial, cada año nacen 13 millones de niños de mujeres menores de 20 años de edad, más del 90% (11,7 millones) procedentes de países en desarrollo y el 10% (1,3 millones) restante de los países desarrollados (Organización "Save the Children"¹, 2007). Las tasas de embarazo en la adolescencia correspondiente al año 2002 y las de años siguientes varían significativamente. Se ha detectado cerca de 200 embarazos por cada 1000 mujeres adolescentes en los países de Níger y Congo, mientras que en Corea del Norte, Corea del Sur y Japón la tasa de embarazo adolescente va de 1 a 3 por cada 1000. (UNICEF, 2001).

En el Perú, la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES, 2004) refiere que el 11% de adolescentes, entre 15 y 19 años, ya es madre o está gestando y el 37% de estos embarazos se presentan en mujeres de bajo nivel educativo. La población adolescente es el único grupo de toda la población femenina donde la fecundidad se ha incrementado en una tasa de 77 por cada 1000. Del total de madres gestantes, el 22.8 % son adolescentes (MINSA, 2010).

En nuestro contexto local se observa, como dato referencial, que entre los meses de enero y agosto del año 2009, el 19.57% de la población que acudió a control y atención materna fueron adolescentes que tenían entre 15 y 19 años de edad. (Centro de Procesamiento de Información

de la Maternidad del Hospital Belén de Trujillo², 2009).

Las madres adolescentes, antes del embarazo y luego del alumbramiento, forman parte de un sistema familiar con normas y formas de interacción determinadas por sus miembros. Se define a la familia como el sistema de relaciones fundamentalmente afectivas, presente en todas las culturas donde el que el ser humano permanece largo tiempo durante fases evolutivas cruciales (neonatal, infantil y adolescente). En este ambiente, las frecuentes interacciones intensas y duraderas crean un alto grado de interdependencia que puede configurarse como exceso de implicación o de rechazo. Dentro del sistema familiar, se manejan normas implícitas y explícitas que limitan los comportamientos individuales y organizan las interacciones de modo que se conserve la estabilidad, con el fin de convertir a la familia en una organización fundamentalmente protectora. No obstante, dependiendo de las interacciones que mantienen sus miembros se pueden determinar vínculos adecuados o patógenos que predispongan a sus miembros para desarrollar problemas comportamentales en las diversas etapas del desarrollo humano (Nardone, Giannotti y Rocchi, 2003). 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, 2005). En este sentido, el embarazo adolescente es un evento desorganizador del equilibrio familiar y del mundo interno de la madre adolescente, quien se ve comprometida a tomar decisiones en relación a una etapa evolutiva que fue adelantada por el

¹Organización "Save the Children" Prevención de abuso sexual de Niñas y Niños Una perspectiva con enfoque de Derechos. Recuperado de: www.savethechildrenmexico.org.mx/website2008/pdf/abuso_sexual_kids.pdf.

embarazo.

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. Mercer (2004) toma lo propuesto por Bronfrenbrenner y Rubin, y desarrolla su enfoque de la maternidad, considerando la adopción del rol materno como un proceso interactivo y evolutivo, en el cual la madre se va sintiendo vinculada a su hijo, adquiere competencias en la realización de los cuidados asociados a su papel y experimenta placer y gratificación dentro del mismo. El término “adopción”, según la Real Academia Española de la Lengua³, se refiere a la acción de adoptar, adquirir y hacer propio: objetos, normas, métodos, seres vivos y configuraciones, entre otros. Con respecto al uso del término “adopción” en relación al rol materno, Kimelman (2003) expone que el instinto maternal no es inherente a la condición de la mujer y por lo tanto, el instinto maternal no existe como tal, pues a pesar de estar determinado por la presencia de un gen, necesita de ciertas experiencias sociales relacionadas con la maternidad, como por ejemplo, tener un embarazo placentero, contar con el apoyo de la familia y el padre del bebé, haber deseado tener un hijo y vivir en el parto algún tipo de apego con el recién nacido para que lo maternal aflore. Entonces, el rol materno es un papel que la madre adopta de forma dinámica, tal como lo propone Mercer (2004) en la teoría de la adopción del rol materno, la que se utilizó como base principal de la presente investigación.

Esta teoría propone que la adopción del rol materno se desarrolla en la interacción de la madre con tres contextos o sistemas: el Microsistema (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), el mesosistema (incluye el entorno laboral de los padres, la escuela y los cuidados diarios) y el macrosistema (incluye las influencias sociales, políticas y culturales). La teoría propone que la adopción del rol materno presenta las cuatro etapas siguientes: “Compromiso y preparación” (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), “Conocimiento, práctica y recuperación física” (inicia cuando el niño nace e incluye el aprendizaje del rol y su activación, durante las primeras dos semanas de haber nacido el bebé), “Normalización” (comienza cuando la madre desarrolla maneras de realizar su rol no transmitidas por el sistema social, basándose en experiencias pasadas y objetivos futuros; desde la 2da semana hasta 4 meses de haber nacido el bebé) e “Integración de la identidad maternal” (cuando la madre interioriza el rol, experimentando un sentimiento de armonía, confianza y competencia; aproximadamente 4 meses).

Las investigaciones recientes se han desarrollado en torno a diversos aspectos del embarazo y la maternidad. En España, se realizó la validación del cuestionario PSQ (Lederman, 1996) para evaluar aspectos psicosociales del embarazo y lograr comprender mejor la denominada gestación mental paralela (Armengol, Chamorro & García, 2007).

En la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, Gonzales, Molina, Montero y Leyton (2007) señalan que las madres adolescentes poseen una escolaridad de menor nivel, tienen un mayor número de hijos, ejercen labores de casa y estuvieron solteras en el primer embarazo. Por otro lado, Chirinos de Cora (1993), Valdivia y Molina (2003) coinciden al referir que el incremento del embarazo adolescente se debe a la

³Centro de Procesamiento de Datos de la Maternidad del Hospital Belén de Trujillo. (Periodo Enero-Agosto, 2009).

constitución familiar, las condiciones socio - culturales y los medios de comunicación masiva que influyen en el inicio temprano de la vida sexual.

A nivel nacional, Buitrón (2003) señala que las madres adolescentes asocian su maternidad con la responsabilidad y el respeto que la sociedad les otorga por ejercer el rol de madre aunque dependan económicamente de la pareja, vinculando y considerando la convivencia como proyecto de vida. En sectores rurales de la sociedad peruana, donde el embarazo temprano es más frecuente, la maternidad forma parte indisoluble de la vida de las mujeres, siendo ésta la única forma de valorización social que poseen (Palomino, 1996).

Salaverry (1993) evidencia que más del 50% de las madres adolescentes 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.

A nivel local, Arroyo y Villacorta (1996) reportaron que el estado civil más frecuente en las madres adolescentes era la convivencia (61.7% de la población estudiada), el grado de instrucción predominante era la educación secundaria incompleta, pues muchas de ellas debido a su embarazo, abandonaron sus estudios.

Los resultados de las investigaciones presentadas evidencian aspectos sociales, familiares y actitudinales que se vinculan al embarazo adolescente como predisponentes al mismo; sin embargo, es notoria la falta de investigaciones que abarquen el desempeño de la madre adolescente después del alumbramiento.

Por lo expuesto, se consideró necesario plantear el siguiente problema: ¿la adopción del rol materno difiere en las madres adolescentes primerizas, que asisten a un hospital de Trujillo, según su grupo de convivencia?. El estudio de la

adopción del rol materno en las madres adolescentes primerizas, 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, son factores que favorecen a que la madre adolescente primeriza adopte el rol materno. Asimismo, esta investigación brinda un test psicológico que medirá la adopción del rol materno en madres primerizas de la ciudad de Trujillo, Perú.

La *hipótesis general* planteada para la presente investigación es: la adopción del rol materno difiere en las madres adolescente primerizas, que asisten a un hospital de Trujillo, según su grupo de convivencia.

Los *objetivos* propuestos son:

General:

Analizar comparativamente la adopción del rol materno entre las madres adolescentes primerizas, que asisten a un hospital de Trujillo, según su grupo de convivencia.

Específicos:

- Comparar la dimensión *interacción de la pareja respecto al bebé* de la adopción del rol materno entre las madres adolescentes primerizas según grupo de convivencia (quienes viven con su pareja, viven con su familia, viven con su pareja y con su familia de origen, viven con su pareja y con la familia de éste).

- Comparar la dimensión *aceptación del bebe* de la adopción del rol materno entre las madres adolescentes primerizas según grupo de convivencia (quienes viven con su pareja, viven con su familia, viven con su pareja y con su familia de origen, viven con su pareja y con la familia de éste).

- Comparar la dimensión *contacto con el rol de madre* de la adopción del rol materno entre las madres adolescentes primerizas según grupo de convivencia (quienes viven con su pareja, viven

³Real academia española de la lengua: Institución española especializada en lexicografía, gramática, ortografía y bases de datos lingüísticas.

con su familia, viven con su pareja y con su familia de origen, viven con su pareja y con la familia de éste).

- Comparar la dimensión *estimulación del bebe* de la adopción del rol materno entre las madres adolescentes primerizas según grupo de convivencia (quienes viven con su pareja, viven con su familia, viven con su pareja y con su familia de origen, viven con su pareja y con la familia de éste).

- Comparar la dimensión *interacción de la familia de origen respecto al bebé* de la adopción del rol materno entre las madres adolescentes primerizas según grupo de convivencia (quienes viven con su pareja, viven con su familia, viven con su pareja y con su familia de origen, viven con su pareja y con la familia de éste).

- Comparar la dimensión *cuidados del bebé* de la adopción del rol materno entre las madres adolescentes primerizas según grupo de convivencia (quienes viven con su pareja, viven con su familia, viven con su pareja y con su familia de origen, viven con su pareja y con la familia de éste).

- Comparar la dimensión *expresiones maternas de afecto* hacia el bebé de la adopción del rol materno entre las madres adolescentes primerizas según grupo de convivencia (quienes viven con su pareja, viven con su familia, viven con su pareja y con su familia de origen, viven con su pareja y con la familia de éste).

- Comparar la dimensión *bienestar del bebé* de la adopción del rol materno entre las madres adolescentes primerizas según grupo de convivencia (quienes viven con su pareja, viven con su familia, viven con su pareja y con su familia de origen, viven con su pareja y con la familia de éste).

- Comparar la dimensión *preocupación y protección del bebé* de la adopción del rol materno entre las madres adolescentes primerizas según grupo de convivencia (quienes viven con su pareja, viven con su familia, viven con su pareja y con su familia de origen, viven con su pareja y con la familia de éste).

- Comparar la dimensión *conocimiento y cultura relacionados al bebé* de la adopción del rol materno entre las madres adolescentes primerizas según grupo de convivencia (quienes viven con su pareja, viven con su familia, viven con su pareja y con su familia de origen, viven con su pareja y con la familia de éste).

MÉTODO

La presente investigación presenta un diseño descriptivo comparativo y se utilizó el muestreo aleatorio simple.

Participantes

Se estudió a madres adolescentes primerizas que acudían a un hospital de Trujillo, las cuales cumplían con los criterios de inclusión y exclusión para las cuatro muestras de estudio (muestra 01: adolescentes primerizas que viven sólo con su pareja; muestra 02: adolescentes primerizas que viven con su pareja y la familia de origen; muestra 03: adolescentes primerizas que viven con su pareja y la familia de éste; muestra 04: adolescentes primerizas que viven sólo con la familia de origen).

Los criterios de inclusión estipulaban como necesario que en el momento de la evaluación todas las adolescentes primerizas debían tener entre 14 y 20 años de edad, tener un hijo de 2 semanas de nacido a 6 meses de edad, presentar una puntuación de 27 a más en el Test Mini Mental y pertenecer a uno de los grupos de convivencia mencionados en el párrafo anterior. Con respecto a los criterios de exclusión, se descartaron madres adolescentes primerizas iletradas y cuyo hijo haya sido fruto de violación, siendo identificado este último a través de un cuestionario.

La muestra estuvo conformada por 66 madres adolescentes primerizas de las cuales, el 7% estaban atravesando por la adolescencia temprana, el 32% atravesaba por una adolescencia media y el 57% por una adolescencia tardía; y cumplían con los criterios de inclusión y exclusión.

Según su grupo de convivencia, se encontró

que el 40% de ellas vivía sólo con la familia de origen, el 27% con su pareja y la familia de éste, el 21% con la pareja y la familia de origen y el 12% sólo con su pareja. Con respecto al estado civil se aprecia que gran porcentaje de las madres adolescentes son convivientes y solteras (48% y 47% respectivamente), mientras que el 5% de la muestra son casadas (cuyas edades oscilan entre los 18 y 20 años). Asimismo, el grado de instrucción que alcanzan las madres adolescentes evaluadas fue de un 42% con secundaria incompleta, 32% con secundaria completa, 12% con superior incompleta, 8% con primaria completa, 5% con primaria incompleta y 1% con superior incompleta. Finalmente, se encuentra que la ocupación predominante en el grupo de madres adolescentes evaluadas es la de ama de casa, alcanzando el 73% de incidencia, luego con un 17% se encuentran las madres adolescentes que continúan estudiando y un 10% que se dedica esporádicamente a diversos oficios.

Instrumento

Para la medición de la variable se creó la Escala de Adopción del Rol Materno (ARM), basada en la teoría de Mercer (2004). La escala pasó por revisión de 10 jueces (tres magíster en psicología, una doctora en psicología, un médico pediatra, un médico ginecólogo, una licenciada en

enfermería, una licenciada en nutrición, una magister en obstetricia y una licenciada en trabajo social) conocedores de la variable y se validó con su aplicación a 164 madres primerizas de la ciudad de Trujillo cuyas edades fluctuaban entre 14 y 30 años de edad.

Los ítems seleccionados fueron en base a la prueba del ji cuadrado para determinar la significación de una elección, a un nivel de confianza del 95%.

Para determinar la validez de constructo, previamente se encontró que la Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin fue de 0.804 y la prueba de esfericidad de Bartlett arrojó un valor de 6377.132 con una p de 0.000, lo que posibilitó la realización del análisis factorial. El análisis factorial se utilizó el método de rotación Varimax, el cual permitió determinar que la prueba se constituye de tres Factores (representan el porcentaje de la varianza de la prueba total) que engloban diez dimensiones. En la Escala de Adopción del Rol Materno se obtiene una Confiabilidad Alfa de Cronbach de 0.94, con un número de Ítems de 56, los cuales se dividen en 10 dimensiones ubicadas en los Factores A: Microsistema, B: Mesosistema y C: Macrosistema, tal como lo propone Mercer (2004) en su teoría de la Adopción del Rol Materno.

Tabla 1A.
Estructura Factorial de la Escala de Adopción del Rol Materno.

Factor	Dimensión	Ítem	Carga factorial	H ²		
A: Microsistema	II: Aceptación del bebé	1. Prefiero no dar de lactar a mi bebé para cuidar la estética de mis senos.	0.697	0.659		
		2. Imito los balbuceos y sonidos que hace mi bebé.	0.496	0.573		
		3. Estoy dispuesta a cambiarle el pañal a mi bebé cada vez que éste lo necesite.	0.481	0.732		
		5. Me cuesta aceptar a este bebé.	0.589	0.612		
		9. Me siento capaz de salir adelante con mi bebé.	0.477	0.774		
		16. Pienso que el “control del niño sano” no es necesario para mi bebé.	0.528	0.637		
		25. Para mi dar de lactar es más una obligación que una actividad agradable.	0.442	0.706		
		31. Cuando cosquilleo a mi bebé observo una respuesta de alegría en él.	0.360	0.659		
		33. Aunque tenga muchas actividades que realizar, siempre me doy tiempo para cuidar de mi bebé.	0.530	0.768		
		42. Creo que dar de lactar une emocionalmente a las madres con sus hijos.	0.510	0.588		
		III: Contacto con el rol de madre		8. Me cuesta decir que soy madre.	0.447	0.710
				26. Cuando mi bebé responde a mis llamados, caricias u órdenes, yo lo abrazo o felicito.	0.444	0.629
				27. Me agrada masajear la espalda de mi bebé con mucha delicadeza.	0.431	0.847
				48. Trato de ocultar el hecho de que tengo un bebé porque me avergüenza.	0.700	0.837
49. Creo que otro familiar cuida a mi bebé mejor que yo.	0.817			0.669		
50. Terceras personas se encargan de la crianza de mi bebé.	0.777			0.645		

Tabla 1B.
Estructura Factorial de la Escala de Adopción del Rol Materno.

Factor	Dimensión	Item	Carga factorial	H ²
A: Microsistema	IV: Estimulación del bebé	11. Le doy objetos a mi bebé para que los pueda tocar y aprenda a manipularlos.	0.599	0.836
		13. Cuando mi bebé llora, le hablo con voz muy baja y susurrando palabras tranquilizadoras.	0.699	0.649
		14. Prefiero ser yo quien se encargue del baño de mi bebé.	0.645	0.804
		30. Mientras doy de lactar a mi bebé me gusta acariciarlo.	0.602	0.676
		38. Trato que mi bebé acaricie mi rostro.	0.458	0.659
		41. Cuido que mi bebé utilice ropa adecuada a la estación para evitar que se enferme o tenga sarpullido.	0.374	0.687
		53. Practico con mi bebé ejercicios que le puedan ayudar a su desarrollo.	0.581	0.857
	VII: Expresiones maternas de afecto hacia el bebé	18. Cuando le hablo a mi bebé, lo hago con palabras cariñosas.	0.698	0.800
		19. Cuando juego con mi hijo me gusta que el aprenda algo nuevo.	0.624	0.659
		20. Cuando doy de lactar a mi bebé me gusta hablarle.	0.471	0.713
		21. Me gusta mirar detenidamente a mi bebé intentando conocerlo.	0.573	0.798
		29. Prefiero que alguien de mi familia se encargue de alimentar a mi bebé.	0.338	0.706

Tabla 1C.
Estructura Factorial de la Escala de Adopción del Rol Materno.

Factor	Dimensión	Ítem	Carga factorial	H ²
A: Microsistema	VIII: Bienestar del bebé	6. Cuando mi bebé llora dejo lo que estoy haciendo y voy a atenderlo.	0.439	0.641
		15. Cuando estaba gestando pensaba con entusiasmo en el momento en que tendría a mi bebé en brazos dándole de lactar.	0.678	0.746
		23. El momento de juego con mi bebé es indispensable en mi rutina diaria.	0.533	0.731
		51. Si voy por la calle y alguien estornuda cerca, lo primero que hago es cubrir a mi bebé.	0.638	0.863
		56. Tengo en casa medicamentos necesarios para lo que requiere mi bebé en caso se enferme.	0.284	0.764
	IX: Preocupación y protección del bebé	24. La salud de mi bebé para mí es muy importante.	0.177	0.680
		35. Hago vacunar a mi bebé en la fecha programada.	0.113	0.681
		43. Me alegra mucho que mi hijo haya nacido sano.	0.593	0.704
		44. Cada vez que mi bebé llora me preocupo por saber que es lo que necesita.	0.787	0.740
		47. Me preocupo por que a su alrededor no existan objetos que puedan hacerle daño a mi bebé.	0.574	0.767

Tabla 1D.
Estructura Factorial de la Escala de Adopción del Rol Materno.

Factor	Dimensión	Item	Carga factorial	H ²
B: Mesosistema	I: Interacción con la pareja respecto al bebé	12. Mi pareja y yo siempre estamos poniéndonos al tanto de las cosas que le pasan al bebé.	0.796	0.721
		28. Mi pareja me hace recordar cuando nuestro bebé debe recibir sus vacunas y asistir al control del niño sano.	0.864	0.712
		40. Mi pareja y yo compartimos los cuidados del bebé.	0.828	0.681
		52. Mi pareja es capaz de hacerse cargo de nuestro bebé cuando yo no lo puedo hacer.	0.868	0.746
		54. Diariamente mi pareja busca saber cómo esta el bebé y coordinamos acerca de cómo satisfacer sus necesidades.	0.881	0.732
	V: Interacción con la familia de origen respecto al bebé	10. Mi familia está contenta con el nacimiento de mi bebé.	0.776	0.796
		36. Se que cuento con el apoyo de mi familia para el cuidado de mi bebé.	0.762	0.718
		45. La forma en que crio a mi bebé es muy parecida a cómo me criaron a mí.	0.443	0.799
		46. Mi familia me aconseja sobre la crianza de mi bebé.	0.775	0.642
		55. Las cosas que aprendí sobre el cuidado e mi bebé me las enseñaron las personas que me criaron.	0.110	0.712
C: Macrosistema	VI: Cuidados del bebé	17. El personal de salud me ha enseñado cuidados que debo tener con mi bebé.	0.738	0.752
		32. Cuando voy a un lugar público hago valer mis beneficios por ser madre y estar con mi hijo en brazos.	0.393	0.669
		39. Tengo la seguridad que seré una buena madre.	0.630	0.883
	X: Conocimiento y cultura relacionados al bebé	4. Leo información referente a los cuidados y temas relacionados a mi bebé.	0.662	0.746
		7. Pienso que la lactancia debería ser sustituida por la alimentación en biberón.	0.239	0.724
		22. Me hubiera gustado que mi bebé sea del sexo opuesto al que nació.	0.159	0.561
		34. Constantemente me informo por programas de televisión de cómo cuidar a mi bebé.	0.536	0.791

Procedimiento

Se diseñó la escala ARM en base a la teoría de la adopción del rol materno propuesta por Mercer (2004). Los ítems pertenecientes a la escala fueron validados por diez jurados conocedores del tema a trabajar. Luego de haber validado los ítems con el criterio de jueces se procedió a la aplicación de la escala con el objetivo de determinar sus propiedades psicométricas, por lo cual se elaboró una carta dirigida al Director del Hospital solicitando permiso para la realización del estudio. Se explicó a las madres adolescentes primerizas que aceptaron participar del estudio, la finalidad de la investigación, la confidencialidad de la misma y la disposición del encuestador para despejar las dudas que puedan surgir en relación a la investigación y el cuestionario, luego las participantes firmaron una carta de consentimiento informado. Se evaluaron a 66

madres adolescentes primerizas que cumplían con los criterios de inclusión respectivos para fines de la investigación. Finalmente, los resultados se procesaron en el programa SPSS para luego ser interpretadas en tablas estadísticas.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos en la Tabla 2 evidencian que las madres adolescentes primerizas que viven sólo con la pareja alcanzan con mayor frecuencia un nivel medio en la adopción del rol materno, al igual que el grupo de convivencia formado por la pareja y la familia de origen. Por otro lado, se observa que los grupos de convivencia que alcanzan un nivel bajo en la adopción del rol materno son los grupos conformados por las madres adolescente primerizas que vive con su pareja y la familia de éste, y el grupo en el que la adolescente vive solo con la familia de origen.

Tabla 2
Nivel del Rol Materno en las Adolescentes Primerizas según Grupo de Convivencia.

Nivel de Adopción del Rol Materno	Grupo de Convivencia								Total	
	Pareja		Pareja y Familia de Origen		Pareja y Familia de Pareja		Familia de Origen			
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Alto	1	12.50	1	7.14	1	5.56	-	-	3	4.55
Medio	4	50.00	10	71.43	5	27.78	2	7.69	21	31.82
Bajo	3	37.50	3	21.43	12	66.67	24	92.31	42	63.64
Total	8	100.00	14	100.00	18	100.00	26	100.00	66	100.00

La Tabla 3 muestra que al comparar el nivel de adopción del rol materno de las adolescentes, según su grupo de convivencia, se hallaron diferencias altamente significativas en las dimensiones Cuidados del Padre, Aceptación del Bebé, Madre y Familia de Origen, Tranquilidad del Bebé, Cuidados del Bebé y en el Nivel de Adopción del Rol Materno; asimismo, se hallaron diferencias significativas con respecto a las dimensiones de crianza en la familia de origen y

en Salud del Bebé. Es así que, las adolescentes que viven con la pareja y la familia de origen presentan niveles más altos en todas las dimensiones de la Escala de Adopción del Rol Materno en comparación con aquellas que viven sólo con la Familia de Origen que presentan niveles más bajos en dichas dimensiones de la escala, como lo muestra la Prueba de Dunns en la Tabla 3.

Tabla 3
ANOVA no Paramétrico: Prueba de Kruskal-Wallis para el nivel de adopción del rol materno y sus dimensiones en las adolescentes primerizas según grupo de convivencia.

Dimensión	X ²	G1	Sig.
Cuidados del Padre	19.738	3	0.000 **
Aceptación del Bebé	13.154	3	0.004 **
Madre y Familia de Origen	13.560	3	0.004 **
Tranquilidad del Bebé	11.919	3	0.008 **
Crianza en la Familia de Origen	8.512	3	0.037 *
Afectividad	2.799	3	0.424
Cuidados del Bebé	14.298	3	0.003 **
Salud del Bebé	11.366	3	0.010 *
Protección del Bebé	1.628	3	0.653
Conocimiento y Cultura	5.708	3	0.127
Adopción del Rol Materno	20.644	3	0.000 **

* $p < .05$; ** $p < .01$

De acuerdo a la Tabla 4, al realizar una comparación múltiple entre los grupos de convivencia mediante la Prueba de Dunns se hallaron diferencias significativas del nivel de adopción materno entre adolescentes primerizas que viven con su pareja y la familia de origen de

las que viven con la pareja y la familia de la pareja y éstas, a su vez, se diferencian de las adolescentes que viven con su familia de origen, donde éstas últimas presentan el nivel más bajo de adopción materno.

Tabla 4.

Prueba de Dunns: Comparación Múltiple del Rango Medio del Nivel de Adopción del Rol Materno de las Adolescentes Primerizas según Grupo de Convivencia.

Grupo de Convivencia	Subconjunto $\alpha=0.05$		
	1	2	3
Pareja y Familia de Origen	49.63		
Con la Pareja	43.25	43.25	
Pareja y Familia de la Pareja		30.92	30.92
Con la familia de Origen			22.38

DISCUSIÓN

La investigación se realizó en la ciudad de Trujillo en Perú, contexto social caracterizado por su ambiente costumbrista y de alta valoración del apoyo familiar, donde se observa que los padres de las madres adolescentes acogen, en sus hogares, a sus hijas, al nieto y en algunos casos a la pareja de la adolescente en el afán de mantener la unión familiar, la imagen frente a la sociedad y brindar apoyo diario en la crianza del nieto; en otros casos, la familia de la pareja es quien realiza esto y, en otras situaciones, la madre adolescente opta por vivir sólo con su pareja.

Los resultados de la investigación confirman la hipótesis general, determinando que la adopción del rol materno de las madres adolescentes primerizas varía según su grupo de convivencia. Se identifica que el nivel de adopción del rol materno predominante en esta población es bajo. En relación a lo expuesto, Guijarro, Naranjo, Padilla y Gutiérrez (1997) refieren que:

...el nacimiento y la crianza del bebé hacen que la joven pueda objetivizar abruptamente esta realidad, tarea que puede ser aceptada, rechazada o negada dependiendo del apoyo y el contexto que le rodea, siendo así que tener a su hijo en

brazos moviliza sensaciones diferentes y profundas en relación a la maternidad. (p.40).

Es así que se encuentran diferencias significativas en el nivel de adopción del rol materno entre las madres adolescentes primerizas que viven con su pareja y la familia de origen, de las que viven con su pareja y la familia de la pareja; a su vez, éstas se diferencian de las madres adolescentes primerizas que viven sólo con su familia de origen, donde éstas últimas presentan el nivel más bajo de adopción del rol materno.

Se reporta que el nivel de adopción del rol materno es predominantemente medio en las madres adolescentes primerizas que viven sólo con su pareja y en las que viven con su pareja y la familia de origen. Esto se encuentra relacionado con lo expuesto por Raphael-Leff (2001), al considerar que la adolescente podrá utilizar y disfrutar de la experiencia de criar un bebé para poder madurar si su madre es capaz de cuidarla o si tiene una pareja confiable que le provea los cuidados necesarios. Puesto que, las madres adolescentes esperan recibir de su pareja la protección y el afecto que no encuentran en su familia de origen (Arias & Aramburú, 1999). Es así que el padre se constituye una parte importante de la triada en la relación padre, madre e hijo,

convirtiéndose en el cimiento de ésta (Cyrulnik, 2008); además, el soporte de su pareja ayuda a estas jóvenes en la construcción de una identidad positiva como madre y a tener un mejor desempeño en este rol, favoreciendo la interacción con sus bebés (Winnicott, 1996, Mc Cullough & Scherman, 1998; Sarason, 1999). De igual forma, Mercer (2004) en el quinto supuesto básico de su Teoría de Adopción del Rol Materno propone que: “el compañero íntimo de la madre influye en la adopción del rol de un modo que ninguna otra persona puede ejercer” (p. 230), explicando así la importancia que tiene la pareja en la adopción del rol materno, tal como se observa en los resultados obtenidos.

Se observa que la mayor parte de la muestra se ubica en la etapa de adolescencia tardía, caracterizada por el establecimiento de una imagen corporal segura e identidad de género, así como por la tendencia a mantener relaciones con mayor duración y a proponer soluciones un poco más realistas, que en etapas previas de la adolescencia (Allca, 2007; Reeder & Koniak, 1995). Son estas adolescentes quienes presentan los estados civiles de “conviviente” y “casada”-mientras viven sólo con su pareja o con la pareja y la familia de éste - constituyéndolos en una alternativa de vida con el consecuente abandono de otras actividades (Buitrón, 2003; Genolet, Lera, Guerriera, Schoenfeld & Bolcatto, 1994).

A la ausencia de la pareja en el grupo de convivencia se atribuye un bajo nivel de adopción del rol materno. Esto se evidencia en los resultados que alcanzan las madres adolescentes que viven sólo con la familia de origen. Las familias en las cuales los adultos sustituyen continuamente a los jóvenes haciendo las cosas por ellos, generan en éstos falta de autonomía, inadecuado manejo de límites, dependencia parental y, en otros casos, rebeldía acompañada de sentimientos ambivalentes de amor-odio hacia el grupo familiar. (Nardone, Gianotti & Rocchi 2003). Esto es lo que sucede en la maternidad adolescente donde estas jóvenes tienden a ser hiperprotegidas por sus familias de origen, quienes en el afán de ayudarlas y evitarles frustraciones y angustias, les disminuyen el

acceso a las labores maternas, privándolas de desarrollar adecuadamente su rol de madre. Muchas veces, son las madres de las adolescentes las que se hacen responsables de los cuidados del niño, hecho que puede generar una confusión en los papeles familiares de madre e hija (Falcao & Salomao, 2006; Silva & Salomao, 2003). El no desempeño del rol materno implica ambigüedades, no se legitima su lugar de madre ni disfruta plenamente su adolescencia. (Ibarra, 2003).

Asociado a la dependencia emocional hacia la pareja y la familia se puede observar una dependencia económica por haber abandonado el colegio y quedarse en un grado de instrucción de “secundaria incompleta”, en la mayoría de los casos. Esto las obliga a quedarse en casa y ocuparse de las labores domésticas. En relación a lo expuesto, la UNICEF (2007), Buitrón (2003), Giraldo, Osorio & Gonzales (1985); Camargo (1990); Arroyo y Villacorta (1996) coinciden al referir que más allá de las posibilidades económicas, es la escasa motivación para terminar los estudios y las pocas expectativas del entorno familiar y social, lo que mantiene, a las madres adolescentes, poco calificadas para el trabajo y con escasa participación en la vida pública, destinando su tiempo a realizar labores domésticas y/o a trabajos esporádicos de subempleo, dependiendo económicamente en gran medida de su pareja y/o de la familia de origen.

La presencia de la familia al igual que la presencia de la pareja favorecen significativamente la adquisición e identificación del rol materno, que si bien es cierto la pareja lo es en primer lugar, la familia de la adolescente no deja de restar importancia, ya que una adecuada relación entre madre-hija (abuela y madre adolescente) favorece ampliamente la adopción del rol materno (Luster & Mittelstaedt, 1993; Maldonado, 1997; Sarason, 1999; Stevenson, Maton & Teti, 1999; Hudson, Elek & Campbell-Grossman, 2000; Szigethy & Ruiz, 2001; Gonzales & Santana, 2001). Si la relación con la madre es buena, la relación con su bebé también lo será. (Lederman, 1996).

De lo referido se desprenden las siguientes conclusiones:

- La adopción de rol materno en las madres primerizas de la ciudad de Trujillo varía significativamente, según el grupo de convivencia al que pertenezcan. Al analizar los resultados podemos determinar que la presencia de la pareja de la madre adolescente primeriza trujillana, es un agente positivo para que dicho rol se dé de forma favorable y alcance niveles adecuados, al compartir responsabilidades en relación a la crianza del bebé y debido al afecto y seguridad que éste brinda a la madre adolescente al convivir los dos solos o en compañía de la familia de origen.
- Con respecto, al caso de las madres adolescentes primerizas de Trujillo que viven con su pareja y la familia de origen, se infiere que, en este grupo de convivencia, la familia de origen se configura en un factor regulador de la adopción de rol materno al brindar a la madre adolescente primeriza el respaldo y aceptación que necesita para realizar las actividades de madre con mayor seguridad.
- Por otro lado, las madres adolescente primerizas de la ciudad Trujillo que viven sólo con su familia de origen evidencian resultados opuestos, alcanzando los niveles más bajos de adopción de rol materno, al desarrollarse una hiperprotección de los padres de la madres adolescentes hacia ellas y su bebé, impidiendo que ésta realice las actividades necesarias para adoptar adecuadamente el rol de madre, configurándose un futuro incierto en la relación "madre-hijo" y en la formación de la célula familiar, que es la base de la sociedad.

Se recomienda investigar en qué medida la presencia de la familia de origen continuará siendo un factor regulador en el desempeño del rol materno de la madre adolescente primeriza o si ello variará cuando ésta pase a las siguientes etapas evolutivas (juventud y adultez) y profundizar en el estudio de la variable en relación a otras como la satisfacción marital, en relación al hijo producto de una violación y modelos

parentales.

REFERENCIAS

- Allca, G. (2007). Adolescente embarazada: Condiciones personales y expectativas futuras de desarrollo personal. *Revista Peruana de Obstetricia y Enfermería*, 5(2), 119-120
- Arias, R. & Aramburu, C. (1999). *Uno empieza a alucinar... percepciones de los jóvenes sobre sexualidad, embarazo y acceso a los servicios de salud: Lima, Cuzco e Iquitos*. Lima: REDESS Jóvenes.
- Arroyo, J. & Villacorta, P. (1996). *Factores sociales, culturales, económicos y psicológicos que influyen en la salud de la madre adolescente*. Tesis para optar el título de Obstetra. Facultad de ciencias médicas, Escuela de Obstetricia, Universidad Privada Antenor Orrego, Trujillo, Perú.
- Armengol, R., Chamorro, A. & García, M. (2007). Aspectos psicosociales en la gestación: cuestionario de evaluación prenatal. *Anales de Psicología*, 23(1), 25-32. Recuperado de: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=16723104>
- Bronfenbrenner, U. (1987). *General System Theory*. New York: George Braziller.
- Buitrón, A. (2003). *Identidad y maternidad. Estereotipos de género, maternidad adolescente y barreras ante la planificación familiar*. Lima: Asociación Peruana de Salud Mental para la Mujer.
- Calderón, S. & Alzamora, M. (2006). Estudio cualitativo sobre las relaciones de pareja y familiares vinculadas al embarazo en adolescentes. *Rev. Med. Vallejana*, 3(2), 97-106
R e c u p e r a d o d e :
<http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/rmv/v03n2/pdf/a04v03n2.pdf>
- Camargo, F. (1990). *Modelo de atención de enfermería a la adolescente gestante*. Madre en el Hospital Pedro León Álvarez Díaz. S.M. Recuperado de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=ADOLEC&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=86077&indexSearch=ID>

- Chirinos de Cora, M. A. (1993). Embarazo en Adolescencia. *Revista Cubana de Enfermería*, 9(2),117-31.
- Cyrulnik, B. (2008). *Bajo el signo del vínculo. Una natural del apego*. Barcelona: Gedisa
- ENDES (Encuesta Demográfica y de Salud Familiar) 2004. *Unos 115 mil embarazos en adolescentes se producen cada año en el Perú*. Recuperado de URL: <http://www.doctorperu.com/articulo-606-unos-115-mil-embarazos-en-adolescentes-se-producen-cada-ano-en-el-peru.php>.
- Falcao, D. & Salomao, N. (2006). Maes adolescentes de baixarenda: um estudo sobre as relçoes familiares. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 58(2), 11-23.
- Genolet, A., Lera C., Guerriera, L., Schoenfeld, Z. & Bolcatto, S. (1994). *Proyecto de investigación: Maternidad adolescente. Estudio de las prácticas maternas de mujeres pobres de la Ciudad de Paraná*. Red Rioplatense de Unidades académicas de Trabajo Social. Recuperado de: http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/5_proyecto_de_investigacion_maternidad_adolescente_estudio_de_las_practicas_maternas_de_mujeres_pobres_de_la_ciudad_de_parana.pdf
- Giraldo, G., Osorio, L. & Gonzales, R. (1985). *Características de la gestante adolescente*. Tesis para optar el título de Enfermera. Facultad de Enfermería, Instituto materno Infantil de Bogotá, Colombia.
- Gonzales, E., Molina, T., Montero, A. & Leyton, C. (2007). *Comportamientos sexuales y diferencias de género en adolescentes usuarios de un sistema público de salud universitario*. Santiago de Chile: Chile.
- González, R. M. & Santana, J. D. (2001). *Violencia en parejas jóvenes-Análisis y prevención*. Madrid: España.
- Gollo, P. (2000). Rus AOA. *Pediatric Sao Paulo*, 22(2), 123-129
- Guijarro, S., Naranjo, J., Padilla, M., Gutiérrez, R., Lerner, C. & Blum, R. (1997). “Factores de riesgo psicosocial para el hijo de la madre adolescente – El impacto del nacimiento en el rol materno”. *Revista Ecuatoriana de Pediatría*. Quito – Ecuador, 2000, 1 (2), 37-44.
- Hudson, D., Elke, S. & Campbell-Grossman, C. (2000). Depression, self-esteem, loneliness and social support among adolescent mothers participating in the new parents Project. *Adolescence*, 35(139), 445-453.
- Ibarra, L. (2003). Adolescencia y maternidad. Impacto Psicológico en la mujer. *Revista Cubana de Psicología*, 20(1), 43-47
- Kimelman M. (2003). El instinto maternal. *Revista de Padres OK*. Recuperado de: <http://www.padresok.com/2011/01/el-instinto-maternal/>
- Lederman, R.P. (1996). *Psychosocial adaptation in pregnancy: Assessment of seven dimensions of maternal development*. (2ª ed.). New York: Spinger Publishing Company.
- Luster, T., & Mittelstaedt, M. (1993). Adolescent mothers. Parenting: An ecological perspective, (pp.69-99). T. Luster, & L. Okagaki (Eds.), Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Maldonado, M. (1997). *A psicología da gravidez*. Sao Paulo: Saraiva
- McCullough, M., & Scherman, A. (1998). Family – of – origin and adolescent mothers' potential for child abuse. *Adolescente*, 33(130), 375-384.
- Mercer, R. (2004). Becoming a mother versus maternal role attainment. *Journal of Nursing Scholarships*, 36(3), 226-232.
- MINSA - Ministerio de Salud del Perú (2010). Recuperado de: http://www.minsa.gob.pe/portada/prensa/notas_auxiliar.asp?nota=9347.
- Minuchin, S. (2005). *Familias y terapia familiar*. Buenos Aires. Editorial Yedisa.
- Nardone, G., Giannotti, E. & Rocchi, R. (2003). *Modelos de Familia*. Buenos Aires: Herder.
- Palomino, N. (1996). Madres sin haber dejado de ser niñas. *Revista Chacarera-Red Rural*, 20, 49-51.
- Raphael-Leff, J. (2001). *Psychological processes of childbearing*. Colchester: Biddless.
- Reeder, M. & Koniak, C. (1995). *Ginecología y Maternidad*. Volumen III. (17ª ed.). México: Interamericana.
- Rubin, R. (1984). *Maternal identity and the maternal experience*. New York: Springer. .
- Salaverry, O. (1993). *Problemática del embarazo*

- adolescente*. Lima-Perú.
- Saranson, R. (1999). Familia, apoyo social y salud. En. Buendía, J. (ed.) *Familia y psicología de la Salud*. (pp. 19–42). Madrid: Pirámide.
- Silva, D. & Salomao, N. (2003). A maternidade na perspectiva de mães adolescentes e avós maternas dos bebês. *Estudos de Psicologia*, 8(1), 135-145.
- Stevenson, W., Maton, K., & Teti, D. (1999). Social support, relationship quality and well-being among pregnant adolescents. *Journal of Adolescence*, 22(1), 109-121.
- Szigethy, E. & Ruíz, P. (2001) Depression among pregnant adolescents: an integrated treatment approach. *American Journal of Psychiatry*, 158(1), 22-57.
- UNICEF - United Nations International Children's Emergency Fund (2001). *Innocenti report card*. Recuperado de: <http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/repcard3e.pdf>
- UNICEF - United Nations International Children's Emergency Fund (2007). Maternidad adolescente en América Latina y el Caribe: Tendencias, problemas y desafíos. *Desafíos: Boletín de la infancia y adolescencia sobre el avance de los objetivos de desarrollo del Milenio*, 4, 6-7.
- Valdivia, M. & Molina, M. (2003). Factores psicológicos asociados a la maternidad adolescente en menores de 15 años. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 12(2), 85–109.
- Winnicott, D.W. (1996). *Acerca de los niños*. Barcelona: Paidós.

Recibido: 13 de octubre del 2010

Aceptado: 13 de mayo del 2011

APÉNDICE

ESCALA DE ARM

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

Nº	Preguntas	TA	A	D	TD
1	Prefiero no dar de lactar a mi bebé para cuidar la estética de mis senos.				
2	Imito los balbuceos y sonidos que hace mi bebé.				
3	Estoy dispuesta a cambiarle el pañal a mi bebé cada vez que éste lo necesite.				
4	Leo información referente a los cuidados y temas relacionados a mi bebé.				
5	Me cuesta aceptar a este bebé.				
6	Cuando mi bebé 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 bebé.				
10	Mi familia está contenta con el nacimiento de mi bebé				
11	Le doy objetos a mi bebé para que los pueda tocar y aprenda a manipularlos.				
12	Mi pareja y yo siempre estamos poniéndonos al tanto de las cosas que le pasan al bebé.				
13	Cuando mi bebé llora, le hablo con voz muy baja y susurando palabras tranquilizadoras.				
14	Prefiero ser yo quien se encargue del baño de mi bebé.				
15	Cuando estaba gestando pensaba con entusiasmo en el momento en que tendría a mi bebé en brazos dándole de lactar.				
16	Pienso que el "control del niño sano" no es necesario para mi bebé.				
17	El personal de salud me ha enseñado cuidados que debo tener con mi bebé.				
18	Cuando le hablo a mi bebé, lo hago con palabras cariñosas.				
19	Cuando juego con mi hijo me gusta que el aprenda algo nuevo.				
20	Cuando doy de lactar a mi bebé me gusta hablarle.				
21	Me gusta mirar detenidamente a mi bebé intentándolo conociéndolo.				
22	Me hubiera gustado que mi bebé sea del sexo opuesto al que nació.				
23	El momento de juego con mi bebé es indispensable en mi rutina diaria.				
24	La salud de mi bebé para mí es muy importante.				
25	Para mí dar de lactar es más una obligación que una actividad agradable				
26	Cuando mi bebé responde a mis llamados, caricias u órdenes, yo lo abrazo o felicitó.				
27	Me agrada masajear la espalda de mi bebé con mucha delicadeza.				
28	Mi pareja me hace recordar cuando nuestro bebé debe recibir sus vacunas y asistir al control del niño sano.				
29	Prefiero que alguien de mi familia se encargue de alimentar a mi bebé.				
30	Mientras doy de lactar a mi bebé me gusta acariciarlo.				
31	Cuando cosquileo a mi bebé observo una respuesta de alegría en él.				
32	Cuando voy a un lugar público hago valer mis beneficios por ser madre y estar con mi hijo en brazos.				
33	Aunque tenga muchas actividades que realizar, siempre me doy tiempo para cuidar de mi bebé.				
34	Constantemente me informo por programas de televisión de cómo cuidar a mi bebé.				
35	Hago vacunar a mi bebé en la fecha programada.				
36	Se que cuento con el apoyo de mi familia para el cuidado de mi bebé.				
37	Prefiero que mi hijo tome biberón a darle de lactar.				
38	Trato que mi bebé acaricie mi rostro.				
39	Tengo la seguridad que seré una buena madre.				
40	Mi pareja y yo compartimos los cuidados del bebé.				
41	Cuido que mi bebé 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 bebé llora me preocupo por saber que es lo que necesita.				
45	La forma en que crio a mi bebé es muy parecida a cómo me criaron a mí.				
46	Mi familia me aconseja sobre la crianza de mi bebé				
47	Me preocupo por que a su alrededor no existan objetos que puedan hacerle daño a mi bebé.				
48	Trato de ocultar el hecho de que tengo un bebé porque me avergüenza.				
49	Creo que otro familiar cuida a mi bebé mejor que yo.				
50	Terceras personas se encargan de la crianza de mi bebé.				
51	Si voy por la calle y alguien estornuda cerca, lo primero que hago es cubrir a mi bebé.				
52	Mi pareja es capaz de hacerse cargo de nuestro bebé cuando yo no lo puedo hacer.				
53	Practico con mi bebé ejercicios que le puedan ayudar a su desarrollo.				
54	Diariamente mi pareja busca saber cómo esta el bebé y coordinamos acerca de cómo satisfacer sus necesidades.				