

Adaptación cultural, validez y confiabilidad de la escala de adopción del rol materno en Colombia

Cultural adaptation, validity and reliability of the Maternal Role Adoption Scale in Colombia

Carolina Vargas-Porras^{1,4}^{*}, Zayne Milena Roa-Díaz², Hernán Guillermo Hernández-Hincapié³, Carme Ferré-Grau⁴, María Inmaculada De Molina-Fernández⁴

¹Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga, Colombia.

²University of Bern, Bern, Switzerland.

³Universidad Santo Tomás. Bucaramanga, Colombia.

⁴Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, España.

* **Dirigir correspondencia a:** cvargasporras@yahoo.com

Proceso Editorial

Received: 15 10 19

Accepted: 09 03 20

Published: 28 05 20

RESUMEN

Introducción: En la actualidad, se necesita un instrumento con sustento teórico disciplinar, válido, confiable y adaptado culturalmente, que mida el proceso de convertirse en madre en primerizas. **Métodos:** Estudio de validación de escalas. En la adaptación cultural, la validez facial y de contenido participaron expertos de Colombia. Se utilizó el índice de validez de contenido y el análisis de factores. Un total de 282 madres participaron para establecer la validez de constructo y confiabilidad. La confiabilidad se estimó mediante el coeficiente alfa de Cronbach. **Resultados:** Se realizaron adaptaciones culturales. La validez facial para las madres fue la siguiente: alta comprensión (97%); y para expertos: alta comprensión (95.50%), alta claridad (94.38%) y alta precisión (93.58%). En relevancia, el índice de validez de contenido fue de 0.97 (muy relevante) y en pertinencia, el índice de validez de contenido fue de 0.96 (muy pertinente). La validación de factores identificó diez factores que representaron el 66% de la varianza. El valor del alfa de Cronbach general fue 0.96 IC95% (0.95-0.97). **Conclusiones:** La escala de Adopción del Rol Materno adaptada culturalmente en Colombia, es válida y confiable para madres primerizas con bebés a término. Esta escala permite identificar el nivel: bajo, medio o alto del proceso de convertirse en madre y puede utilizarse para evaluar las intervenciones enfocadas a favorecer el proceso de convertirse en madre.

Palabras clave: Adaptación; validez; rol; enfermería materno infantil

ABSTRACT

Background: At present, an instrument with a disciplinary, valid, reliable and culturally adapted theoretical support is required to measure the process of becoming a first-time mother. **Methods:** Adaptation scale and validation scale study. Experts of Colombia participated in the facial validity and the content validity, for cultural adaptation. The content validity index and factor analysis were performed. A total of 282 first-time mothers participated in the survey to establish construct validity and reliability. Reliability was estimated using Cronbach's alpha coefficient. **Results:** The cultural adaptation was achieved. Facial validity for mothers was found as follows: high comprehension (97%). For experts: high comprehension (95.50%), high clarity (94.38%) and high precision (93.58%). In relevance, the content validity index was 0.97 (highly relevant) and in pertinence, the content validity index was 0.96 (highly pertinent). In the factor validation, ten factors that accounted for 66% of the variance were identified. Cronbach's alpha value of the scale was found to be 0.96 CI95% (0.95-0.97). **Conclusions:** The scale of Adoption of the Maternal Role culturally adapted in Colombia is valid and reliable for first-time mothers with full-term babies. This scale makes possible to identify the level: low, medium or high, of the process of becoming a mother and can be used to evaluate interventions focused on favoring the process of becoming a mother.

Keywords: Adaptation; validity; role; maternal-child nursing

[DOI10.17081/innosa.70](https://doi.org/10.48350/174154)

©Copyright 2020

Vargas-Porras^{1,4} et al.



I. INTRODUCCIÓN

Ramona Mercer en la última actualización de su teoría propuso eliminar el término de “adopción del rol materno”, porque este concepto sugiere un punto final y estático que no se dirige a la expansión continuada de la mujer en sí misma, como una madre. Sugiere en su lugar, utilizar el término de “convertirse en madre”, que es una evolución continua y permanente. Los nuevos desafíos ante la maternidad implican un cambio profundo en la vida de la mujer, que le exigen un crecimiento continuo para recuperar la confianza en sí misma. Según Mercer, convertirse en madre, es mucho más, que asumir un rol, dado que algunos roles pueden terminarse, a diferencia de la maternidad, que es un compromiso de por vida. (1, 2) Mercer afirmó: “la persona no puede considerarse independiente de su 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”(1).

Mercer sigue utilizando el concepto de Bronfenbrenner de interacción anidada en entornos ecológicos. Sin embargo, ella los re-etiquetó para reflejar los entornos vitales: familia y amigos (antes denominado microsistema), comunidad (antes denominado mesosistema) y sociedad (antes denominado macrosistema). Estos entornos de interacción, presentan variables que afectan al proceso de convertirse en madre, y que son consideraciones importantes para la práctica de la enfermería y el futuro de la investigación (3).

En Colombia de acuerdo con cifras del Departamento Administrativo Nacional de Estadística, aproximadamente el 47.72% de los nacimientos, los aportan madres primerizas (4). La madre primeriza tiene mayores dificultades en la transición hacia la maternidad, porque carece de conocimientos y habilidades para el cuidado de su hijo, por lo tanto, presenta mayor riesgo de depresión, riesgo de estrés, alteración en la vinculación con su bebé, menor autoeficacia y menor satisfacción en el rol (5-7).

Dadas las implicaciones para la salud pública materno infantil, es necesario diseñar intervenciones de enfermería que apoyen a la madre primeriza en favorecer el proceso de convertirse en madre (8, 9) y para esto se requiere, en primer lugar, un instrumento que mida dicho constructo y sea utilizado para evaluar la eficacia de las intervenciones.

En la literatura científica publicada hasta la fecha, se encuentran instrumentos que han sido utilizados en diferentes contextos, por ejemplo, algunos miden la competencia materna (10, 11), otros miden el estrés materno (12-14), el vínculo materno (15,16), la competencia y satisfacción en el rol materno (17, 18), el rol materno e identidad materna (19, 20); los cuales, se enfocan en algunos de estos conceptos, pero no miden el constructo (21) de convertirse en madre, según la actualización de la teoría de Mercer. Sin embargo, existe un instrumento que ha sido diseñado, teniendo en cuenta los entornos de interacción que afectan el proceso de convertirse en madre, sustentado en la teoría de Mercer que es la escala de Adopción del Rol Materno (ARM) de Garrido y Marchan (22); que cuenta con validez y confiabilidad en madres primerizas durante los primeros seis meses posparto, tanto en adolescentes como en adultas, con hijo sano nacido a término (22). Su uso ha sido amplio en enfermería y en psicología, por ejemplo, entre otros estudios, varios en Perú (23, 24) y en Ecuador (25, 26), sin embargo, en Colombia este instrumento no ha sido utilizado.

Dada la relevancia y pertinencia actual de contar con un instrumento para evaluar intervenciones dirigidas a favorecer el proceso de convertirse en madre, con sustento teórico disciplinar (27); el objetivo de este estudio, fue determinar la validez facial, de contenido, de constructo y confiabilidad de la escala de ARM, adaptada para madres primerizas de bebés a término en Colombia.

II. MÉTODOS

Se realizó un estudio de validación de escalas en Colombia durante el año 2018. Para este estudio se tuvieron en cuenta las pautas éticas internacionales para la investigación en seres humanos de la Declaración de Helsinki e igualmente lo establecido en la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia, en la cual se establecen las normas para la investigación en salud. Esta investigación fue aprobada por la Universitat Rovira i Virgili de España y tuvo el aval del Comité de Bioética Hospitalaria de la Clínica Materno Infantil San Luis de Colombia. Se solicitó a todas las participantes el consentimiento informado por escrito.

Se hizo un muestreo no probabilístico intencional y las participantes fueron captadas en el servicio de puerperio y en consulta externa en la Clínica Materno Infantil San Luis, en Bucaramanga, Colombia. Los criterios de inclusión fueron: ser madres primerizas de nacionalidad colombiana, con pareja, hijo único a término, sano, menor o igual a 6 meses, con residencia en Bucaramanga o su área metropolitana (Girón, Floridablanca, Piedecuesta). Los criterios de exclusión fueron: embarazo múltiple, no saber leer o escribir, diagnóstico actual o antecedente de trastornos mentales o del comportamiento, hospitalización por morbilidad gineco-obstétrica, presencia de patologías o comorbilidades.

Participantes. En la adaptación cultural participaron 4 expertas (filóloga; enfermera con maestría en materno perinatal, con especialización en enfermería perinatal; enfermera con doctorado en enfermería y maestría en enfermería materno infantil y enfermera con maestría en enfermería materno perinatal) y se realizó una prueba piloto con 10 madres primerizas.

En la validación facial y de contenido se realizaron dos rondas con expertos pertenecientes a 17 universidades ubicadas en 11 ciudades capitales de Colombia. En la primera ronda, participaron 27 expertos y en la segunda ronda, participaron otros 4 expertos. Otras 10 madres primerizas participaron en la validez facial. Las 20 madres primerizas (10 que participaron en la adaptación cultural y 10 que participaron en la validez facial) vivían en diferentes estratos socioeconómicos (1, 2, 3, 4, 5 y 6) de Bucaramanga y su área metropolitana (Piedecuesta, Floridablanca, Girón), tenían distintos niveles educativos (primaria, secundaria, técnica o tecnológica, universitaria) y sus hijos tenían diferentes edades (menor de 1 mes, 1, 2, 3, 4, 5 y 6 meses). Estas 20 participantes no fueron incluidas en la muestra total para la validez de constructo.

Para la validez de constructo y confiabilidad se determinó el tamaño de la muestra según el criterio de cinco participantes por el número de ítems de la escala (28) (5 x 56 ítems = 280) más el 10% para reponer posibles pérdidas. En el estudio de validez de constructo y de confiabilidad participaron 282 madres primerizas.

Instrumento. Garrido y Marchan, dos psicólogas de la Universidad César Vallejo en Trujillo, Perú, crearon la escala de Adopción del Rol Materno (ARM), basada en la teoría de Ramona Mercer (2004). Está conformada por 56 ítems distribuidos en 10 dimensiones que se engloban en los entornos de interacción de Mercer (antes denominados microsistema, mesosistema y macrosistema): interacción con la pareja respecto al bebé, aceptación del bebé, contacto con el rol de madre, estimulación del bebé, interacción con la familia de origen respecto al bebé, cuidados del bebé, expresiones maternas de afecto hacia el bebé, bienestar del bebé, preocupación y protección del bebé, conocimiento y cultura relacionados al bebé. Tiene una escala Likert de cuatro puntos (totalmente en desacuerdo: 1; desacuerdo: 2; de acuerdo: 3; totalmente de acuerdo: 4). El puntaje mínimo es 56 y el máximo es 224. El nivel de adopción del rol materno puede ser bajo (56 a 180 puntos), medio (181 a 202 puntos) o alto (203 a 224 puntos). Fue validada por expertos y madres primerizas de 14 a 30 años y presentó un alfa de Cronbach de 0.94 (22). Además, de este instrumento se utilizó un formato para obtener datos sociodemográficos.

Selección de los expertos. Para considerarse un experto se tuvieron en cuenta los criterios ajustados del sistema de clasificación de Fehring (29). A estos criterios se les asignó un peso dado en puntos y se estableció un mínimo de 5 puntos de los 14 totales para ser considerado como experto, de la siguiente manera en el área de materno infantil: doctorado (4 puntos), maestría (3 puntos), especialización (2 puntos), artículo publicado sobre materno perinatal (1 punto), experiencia docente de al menos 1 año en materno perinatal (1 punto), experiencia profesional de al menos 1 año en materno perinatal (2 puntos), realización de investigación en el área materno perinatal (1 punto).

Se eligieron miembros de la Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería, se evaluó el *curriculum vitae* con la información disponible en el Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación de Colombia, con el fin de identificar un mínimo de 5 puntos, según el perfil establecido para ser clasificado como experto, posterior a esto, se realizó una invitación escrita para participar en la investigación.

Adaptación cultural en Colombia. Se siguieron las directrices para la adaptación de test por Muñoz et al. (30, 31) Un panel de 4 expertas hicieron una revisión semántica, conceptual y de equivalencia de contenido, comparando la concordancia entre la escala original creada en Perú y la comprensión de cada uno de los ítems, según el contexto colombiano y se hicieron los ajustes por consenso. La escala fue probada en un estudio piloto con 10 madres primerizas para obtener la versión definitiva del instrumento con adaptación cultural.

Validez facial. Se evaluaron tres criterios que son: comprensión, claridad y precisión. Un grupo de primerizas evaluaron el criterio de comprensión, con la puntuación: “no lo comprendo”:1, “lo comprendo poco”:2, “lo comprendo”:3. Y los expertos, adicionalmente a este criterio, evaluaron el criterio de claridad, con la puntuación: “no es claro”:1, “es poco claro”:2, “es claro”:3. Por último, también evaluaron el criterio de precisión, con la puntuación: “no es preciso”: 1, “es poco preciso”: 2, “es preciso”: 3 (32). El grado de comprensión, claridad y precisión de los ítems se determinó por medio de porcentajes: alta: igual o superior al 85%, mediana: 80-84.9%, baja: igual o menor al 79%.

Validez de contenido. En la primera ronda 27 expertos evaluaron el criterio de pertinencia, con la puntuación: “no es pertinente”:1, “es poco pertinente”:2, “es pertinente”:3, “es muy pertinente”:4. El criterio de relevancia con la puntuación: “no es relevante”:1, “es poco relevante”:2, “es relevante”:3, “es muy relevante”:4. Con una relación de valores dada por: $1 = 0.25$, $2 = 0.50$, $3 = 0.75$, $4 = 1$ (33).

El índice de validez de contenido (IVC) (33) se calculó para cada experto con la siguiente fórmula: (número de elementos con una puntuación de entre 3-4 / número total de elementos), seguido de la estimación del índice de validez de contenido general utilizando la fórmula: (suma de los IVC calculados para cada experto / número total de expertos). El índice de validez de contenido de cada ítem se determinó con el fin de evaluar la pertinencia y relevancia de cada uno de ellos. Los cálculos se realizaron en Excel utilizando la fórmula: (número de expertos que concuerdan en el valor de relevancia o el valor de pertinencia de cada ítem / número total de expertos). Se realizó el análisis cuantitativo de la validez de contenido, teniendo en cuenta que los puntajes iguales o mayores de 0.80 tienen validez de contenido elevada (33).

Posteriormente, se realizó el análisis cualitativo de las observaciones dadas en la primera ronda de expertos a cada uno de los ítems en la validez facial y de contenido de la siguiente forma: en segunda ronda, un grupo 4 expertos del área materno infantil diferente del que participó anteriormente para controlar el sesgo de selección de información (es decir, que se inclinen por dar prioridad a sus observaciones), revisaron cada una de las observaciones y por consenso de acuerdos se realizaron los ajustes que fueron requeridos en los diferentes ítems. Para realizar modificaciones en el ítem, se tuvieron en cuenta los siguientes parámetros: la modificación debía facilitar la claridad, comprensión y precisión del ítem, pero, además, debía existir un consenso de acuerdos entre los expertos superior del 50%.

Validez de constructo. Se realizó análisis de factores exploratorio (34). Primero se evaluaron las correlaciones totales de los ítems a través del coeficiente de correlación de Pearson, seguido de la aplicación de la prueba de esfericidad de Bartlett y el cálculo de la adecuación de la muestra a través del estadístico de Kayser-Meyer-Olkin (KMO), para el cual, se consideró aceptable un coeficiente superior a 0.65. En segundo lugar, se determinó la estructura de las dimensiones del instrumento para lo cual se utilizó la rotación equamax (ortogonal). La extracción de factores se realizó teniendo como criterio la obtención de autovalores superiores a 1 y una varianza explicada mayor de 60%. Para determinar la pertenencia de los ítems a las dimensiones se estableció como criterio cargas mínimas de 0.3. Los análisis estadísticos se realizaron en Stata versión 12.0.

Confiabilidad. El coeficiente alfa de Cronbach se usó para estimar la consistencia interna de todos los ítems y por las dimensiones del instrumento. Un coeficiente de 1.00 indica una confiabilidad perfecta y un coeficiente de 0.00 indica que no existe confiabilidad (35).

III. RESULTADOS

Perfil de los expertos. En la primera ronda de validación participaron 27 expertos con estudios en el área materno infantil (7 con doctorado, 16 con maestría, 4 con especialización) de 17 universidades correspondientes a 11 ciudades capitales de Colombia y en la segunda ronda

participaron otros 4 expertos (1 con doctorado, 2 con maestría, 1 con especialización) de 4 universidades correspondientes a 4 ciudades capitales. El promedio de años de experiencia docente en el área materno infantil fue de 12 años, el promedio de años de experiencia profesional en el área materno infantil fue de 16.77 años, el promedio de número de artículos publicados en el área materno infantil fue de 4.59 años, el promedio de número de investigaciones realizadas en el área materno infantil fue 5.03.

Características de las madres participantes. La edad promedio de las participantes fue 24,83 IC95% (24,18 - 25,47). El rango de edad del bebé fue de 1 día a 6 meses con un promedio de 3.46 meses. El 31,56% (n=89) de las mujeres presentó un nivel bajo de adopción materno, 21,28% (n=60) un nivel medio y 47.16% (n=133) un nivel alto. **(Tabla 1)**

Adaptación cultural del instrumento en Colombia. Las modificaciones en los ítems que surgieron en la adaptación cultural como resultado del consenso del panel de expertos y la aplicación de la prueba piloto con madres primerizas se encuentra disponible en el apartado de **material suplementario (Tabla S1)**.

Validez facial y validez de contenido de la versión colombiana del instrumento de Adopción del Rol Materno. En la validez facial participaron 10 primerizas que puntuaron de la siguiente forma el cuestionario: alta comprensión (97%). El puntaje promedio de la validez facial por expertos fue: alta comprensión (95.50%), alta claridad (94.38%) y alta precisión (93.58%). En relevancia el índice de validez de contenido fue de 0.97 (“muy relevante”) y en pertinencia el índice de validez de contenido fue también de 0.96 (“muy pertinente”). Se realizaron los ajustes de ítems por consenso de acuerdos.

Validez de constructo de la versión colombiana del instrumento de Adopción del Rol Materno. En el análisis de correlación inicial, los ítems 45 y 55 presentaron valores de correlación inferiores a 0.1, veintiséis ítems presentaron al menos un coeficiente de correlación inferior a 0.3, pero dado que los demás ítems presentaron valores entre 0.3 y 0.8 y que se deseaba analizar el instrumento original, se procedió a realizar el análisis de factores con todos los ítems del instrumento. El valor de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) fue 0.953 indicando que la muestra es adecuada. La prueba de esfericidad de Bartlett obtuvo un valor de p significativo ($p=0.000$; $\text{Chi}^2 = 10950,670$), lo cual confirmó que los datos eran apropiados para realizar el análisis factorial. Se obtuvo un total de cincuenta y seis factores, pero a partir del factor once sus autovalores fueron inferiores a uno, presentado un rango entre 0.97 y 0.10. Finalmente, se determinaron 10 factores con autovalores mayores que uno **(Figura 1)**.

Una vez rotados los 10 factores explicaron en total un 66% de la varianza **(Tabla 2)**. **Confiabilidad de la versión colombiana del instrumento de Adopción del Rol Materno.** El alfa de Cronbach para todo el instrumento fue 0.96 IC95% (0.95-0.97). Los valores por factores o dimensiones se encuentran a continuación. **(Tabla 3)**.

Estructura teórica de la versión colombiana del instrumento de Adopción del Rol Materno. Teniendo en cuenta que la escala ARM fue creada con los fundamentos de la teoría de Ramona Mercer del año 2004, hubo necesidad de adaptar la escala a la última actualización teórica que hizo Mercer en el año 2006. Por lo tanto, para ser consecuente con la teoría y teniendo en cuenta el constructo que mide la escala, se propone reemplazar el término de

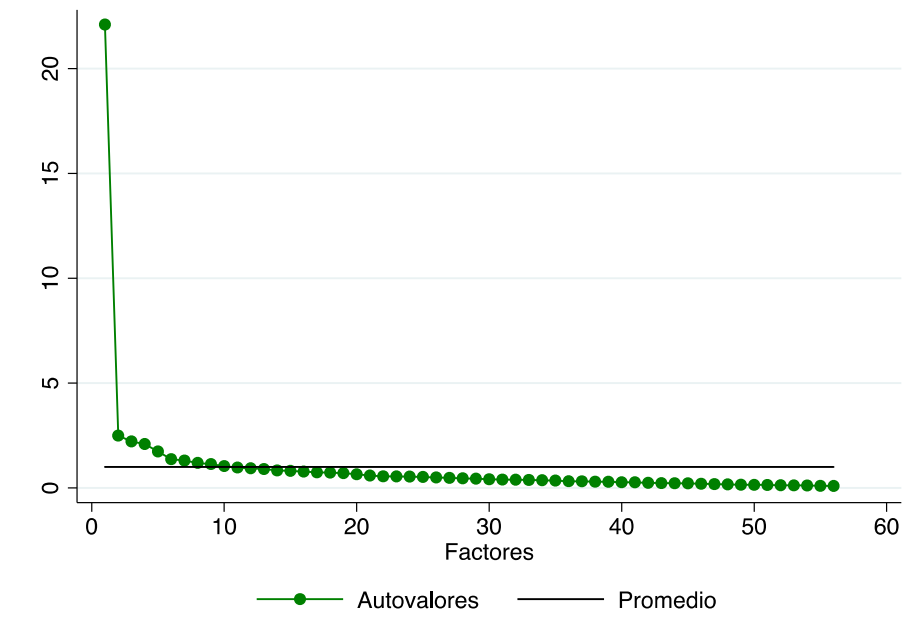
“adopción del rol materno” por “convertirse en madre” en el título de la escala. Además, al comparar cada uno de los ítems y dimensiones se pudo identificar que, según la actual teoría de Mercer, todos los ítems corresponden a lo que anteriormente se denominaba microsistema, que es reemplazado por el entorno vital: familia y amigos. **(Tabla 4)**

Tabla 1. Características sociodemográficas de las participantes (n=282) en la validez de constructo y confiabilidad.

Variable	n	%
Estado civil		
Unión libre	217	76.95
Casada	65	23.05
Estrato socioeconómico de la vivienda		
1	61	21.63
2	80	28.37
3	85	30.14
4	49	17.38
5	5	1.77
6	2	0.71
Nivel educativo		
Primaria	7	2.49
Secundaria	82	29.07
Técnica	52	18.44
Tecnología	39	13.83
Universitaria	102	36.17
Ocupación		
Ama de casa	95	33.69
Estudiante	31	10.99
Trabajadora	156	55.32
Tipo parto		
Cesárea	143	50.71
Vaginal	139	49.29
Características del bebé		
Género bebé		
Femenino	149	52.84
Masculino	133	47.16
Método alimentación		
Mixta	43	15.25
Lactancia materna	237	84.04
Tetero	2	0.71

Fuente: Base de datos de los autores, elaboración propia

Figura 1. Screen plot del análisis factorial de la versión colombiana del instrumento.



Fuente: Base de datos de los autores, elaboración propia

Tabla 2. Factores de componentes principales y rotación equamax

Factor	Sin rotar			Rotación equamax			
	Eigenvalue	Diferencia	Proporción	Varianza	Diferencia	Proporción	Acumulada
Factor1	22.10	19.61	0.39	3.76	0.05	0.07	0.07
Factor2	2.49	0.27	0.04	3.71	0.02	0.06	0.13
Factor3	2.22	0.12	0.04	3.70	0.00	0.07	0.20
Factor4	2.10	0.36	0.04	3.70	0.00	0.07	0.27
Factor5	1.74	0.37	0.03	3.69	0.02	0.06	0.33
Factor6	1.37	0.06	0.02	3.68	0.00	0.07	0.40
Factor7	1.31	0.11	0.02	3.68	0.06	0.06	0.46
Factor8	1.20	0.06	0.02	3.62	0.02	0.07	0.53
Factor9	1.14	0.09	0.02	3.60	0.04	0.06	0.59
Factor10	1.04	0.07	0.02	3.57	.	0.07	0.66
Factor11	0.97	0.03	0.02				

Fuente: Base de datos de los autores, elaboración propia

Tabla 3. Factores con rotación equamax, Alfa de Cronbach por factor, cargas de ítems en los factores.

Factor	Alfa de Cronbach (CI 95%)	Item	Carga en el factor
Factor 1	0.95 (0.93 - 0.96)	21. Me gusta mirar detenidamente a mi bebé intentando conocerlo.	0.41
		24. La salud de mi bebé para mí es muy importante.	0.57
		35. Hago vacunar a mi bebé en la fecha programada.	0.43
		36. Sé que cuento con el apoyo de mi familia para el cuidado de mi bebé.	0.48
		39. Tengo la seguridad que seré una buena madre.	0.43
		41. Cuido que mi bebé utilice ropa adecuada al clima para evitar que se enferme.	0.43
		42. Creo que dar de lactar une emocionalmente a las madres con sus bebés.	0.51
		43. Me alegra mucho que mi bebé haya nacido sano.	0.58
		44. Cada vez que mi bebé llora me preocupo por saber qué es lo que necesita.	0.54
		47. Me preocupo porque alrededor de mi bebé no existan objetos que puedan hacerle daño.	0.47
		48. Trato de ocultar el hecho de que tengo un bebé porque me avergüenza.	0.40
Factor 2	0.88 (0.85 - 0.92)	9. Me siento capaz de salir adelante con mi bebé.	0.53
		10. Mi familia está contenta con el nacimiento de mi bebé.	0.55
		13. Cuando mi bebé llora, le hablo con voz muy baja y susurrando palabras tranquilizadoras.	0.54
		15. Cuando estaba embarazada pensaba con entusiasmo en el momento en que tendría a mi bebé en brazos dándole de lactar.	0.55
		17. El personal de salud me ha enseñado cuidados que debo tener con mi bebé.	0.58
		18. Cuando le hablo a mi bebé, lo hago con palabras cariñosas.	0.56
		19. Cuando juego con mi bebé me gusta que él aprenda algo nuevo.	0.44
Factor 3	0.87 (0.85 - 0.90)	11. Le doy objetos a mi bebé para que los pueda tocar y aprenda a manejarlos.	0.48
		23. El momento de juego con mi bebé es indispensable en mi rutina diaria.	0.56
		26. Cuando mi bebé responde a mis llamados, caricias u órdenes, yo lo abrazo o felicito.	0.41
		27. Me agrada masajear la espalda de mi bebé con mucha delicadeza.	0.41
		30. Mientras doy de lactar a mi bebé me gusta acariciarlo.	0.41
		51. Si voy por la calle y alguien estornuda cerca, lo primero que hago es cubrir a mi bebé.	0.57
Factor 4	0.82 (0.79 - 0.85)	2. Imito los balbuceos y sonidos que hace mi bebé.	0.54
		14. Prefiero ser yo quien se encargue del baño de mi bebé.	0.45
		20. Cuando doy de lactar a mi bebé me gusta hablarle.	0.51
		31. Cuando le hago cosquillas a mi bebé observo una respuesta de alegría en él.	0.46
		32. Cuando voy a un lugar público hago valer mis derechos y beneficios por ser madre y estar con mi bebé en brazos.	0.51
		33. Aunque tenga muchas actividades que realizar, siempre me doy tiempo para cuidar de mi bebé.	0.31
		38. Trato que mi bebé acaricie mi rostro.	0.51

Factor 5	0.84 (0.80 - 0.88)	12. Mi pareja y yo siempre estamos pendientes de las cosas que le pasan al bebé.	0.49
		28. Mi pareja me recuerda cuándo nuestro bebé debe recibir sus vacunas y asistir al control de crecimiento y desarrollo.	0.73
		40. Mi pareja y yo compartimos los cuidados del bebé.	0.76
		52. Mi pareja es capaz de hacerse cargo de nuestro bebé cuando yo no lo puedo hacer.	0.81
		54. Diariamente mi pareja está pendiente del bebé y nos ponemos de acuerdo para satisfacer sus necesidades.	0.79
Factor 6	0.79 (0.74 - 0.84)	1. Prefiero no dar de lactar a mi bebé para evitar que se me dañen los senos.	0.50
		5. Me cuesta aceptar a este bebé	0.49
		7. Pienso que la lactancia debería ser sustituida por la leche de fórmula en tetero.	0.64
		8. Es difícil para mí decir que soy madre.	0.50
		16. Pienso que el control de crecimiento y desarrollo no es necesario para mi bebé.	0.50
		25. Para mi dar de lactar es más una obligación que una actividad agradable.	0.56
		29. Prefiero que alguien de mi familia se encargue de alimentar a mi bebé.	0.44
		37. Prefiero que mi bebé tome tetero a darle de lactar.	0.65
Factor 7	0.80 (0.71 - 0.90)	3. Estoy dispuesta a cambiarle el pañal a mi bebé cada vez que éste lo necesite.	0.71
		6. Cuando mi bebé llora dejo lo que estoy haciendo y voy a atenderlo.	0.70
Factor 8	0.41 (0.31 - 0.51)	22. Me hubiera gustado que mi bebé fuera del sexo opuesto al que nació.	0.53
		49. Creo que otro familiar cuida a mi bebé mejor que yo.	0.37
		50. Otras personas se encargan de la crianza de mi bebé.	0.74
		56. Tengo en casa medicamentos necesarios para lo que requiere mi bebé en caso de que se enferme.	-0.37
Factor 9	0.67 (0.56 - 0.79)	4. Leo información referente a los cuidados y temas relacionados con mi bebé.	0.69
		34. Constantemente me informo de cómo cuidar a mi bebé por programas de televisión, internet u otros medios.	0.75
Factor 10	0.66 (0.59 - 0.73)	45. La forma en que crío a mi bebé es muy parecida a cómo me criaron a mí.	0.79
		46. Mi familia me aconseja sobre la crianza de mi bebé.	0.52
		53. Practico con mi bebé ejercicios que le puedan ayudar a su desarrollo.	0.47
		55. Las cosas que aprendí sobre el cuidado de mi bebé me las enseñaron las personas que me criaron.	0.79

Fuente: Base de datos de los autores, elaboración propia

IV. DISCUSIÓN

Los instrumentos que se utilizan en el proceso de investigación, son herramientas fundamentales que proporcionan la información, por lo tanto, todo instrumento debe ser válido y confiable, para proveer medidas objetivas de la teoría de la cual se derivan ([28](#), [36](#)).

Tabla 4. Estructura teórica de la escala de Adopción del Rol Materno validada en Colombia (2018), según última actualización de la teoría de Ramona Mercer

Título ARM* reemplazado por CEM**	Entorno vital: familia y amigos***	Factor - Dimensión	Items
Escala Convertirse En Madre	Continuidad de costumbres culturales	8 - Conocimiento y cultura relacionados al bebé	22, 49, 50, 56
	Apoyo físico y social	5 - Interacción con la pareja respecto al bebé	12, 28, 40, 52, 54
	Conocimientos y habilidades	9 - Cuidados del bebé	4, 34
		7 - Bienestar del bebé	3, 6
	Continuidad familiar	10 - Interacción con la familia de origen respecto al bebé	45, 46, 53, 55
	Afirmación como madre	6 - Aceptación del bebé	1, 5, 7, 8, 16, 25, 29, 37
		2 - Expresiones maternas de afecto hacia el bebé	9, 10, 13, 15, 17, 18, 19
		3 - Estimulación del bebé	11, 23, 26, 27, 30, 51
		1 - Preocupación y protección del bebé	21, 24, 35, 36, 39, 41, 42, 43, 44, 47, 48
		4 - Contacto con el rol de madre	2, 14, 20, 31, 32, 33, 38

*ARM: Adopción del Rol Materno. **CEM: Convertirse En Madre. ***Entorno en interacción, Mercer, 2006

El presente estudio psicométrico y adaptación cultural de la escala de ARM, ha sido realizado con la colaboración de expertos de diferentes lugares de Colombia y con la población específica de estudio, las madres primerizas. De esta manera se ha podido garantizar una adecuación real al contexto (37), tal como lo recomienda Mercer, 2006: “*Los instrumentos para medir las variables de resultado de las intervenciones de enfermería deben ser culturalmente apropiados*”. Una cuestión importante a considerar es si los instrumentos han sido probados para su validez en la población de estudio” (3). En este sentido, la presente investigación aporta un instrumento para la realización de mediciones adecuadas del proceso de convertirse en madre en la población colombiana, lo cual no estaba disponible hasta el presente trabajo.

En el presente estudio, en la versión adaptada a Colombia del instrumento “ARM”, se encontró que la evaluación de su validez facial mostró alta comprensión, alta claridad y alta precisión. Además, obtuvo altos puntajes en el índice de validez de contenido con respecto a pertinencia y relevancia, lo que concuerda con estudios previos con el instrumento ARM en otras poblaciones (22, 26).

En cuanto a la validez de constructo, esta investigación, en forma similar al estudio (22) reportado para la versión original del instrumento, encontró 10 factores o dimensiones claramente diferenciados, por las cargas de los ítems. Estos 10 factores correspondieron al 66% de la varianza explicada y por individual cada factor guardó una relación porcentual similar, lo cual refleja que, la versión colombiana del instrumento mide el constructo basado en la teoría de Mercer para el cual fue diseñado, por lo tanto, aporta a la medición del nivel del proceso de convertirse en madre en Colombia.

La totalidad de los ítems de la dimensión “interacción con la pareja respecto al bebé” se presentaron de igual manera, que en la escala original. En las demás dimensiones hubo coincidencias de la versión colombiana con la escala original, con respecto algunos ítems, pero otros ítems se distribuyeron de manera diferente, esto puede ser consecuencia de la adaptación en otro contexto cultural (38,39).

También, es necesario señalar que, el constructo de convertirse en madre, presenta variables del entorno y características materno-infantiles que lo afectan, al igual que los entornos de interacción vitales, como lo son: la familia y amigos, la comunidad y la sociedad, por lo cual, esto supone una diferencia en cada país. Este estudio pretendía explorar en su totalidad el comportamiento de los ítems, los cuales, todos presentaron una carga superior a 0.3 en cada uno de los factores, por lo tanto, no se eliminó ningún ítem. Con respecto a la confiabilidad, el alto valor del alfa de Cronbach que presentó la versión colombiana del instrumento de ARM, tanto a nivel general, como en las dimensiones (excepto en la dimensión 8) concuerda con estudios previos, por ejemplo, en Perú, se reportó un alfa de Cronbach de 0.94 (22) y en Ecuador un alfa de Cronbach de 0.82 (26).

La dimensión 8 presentó, contrario a el resto de dimensiones, un alfa de Cronbach de 0.4, que se considera bajo (35), al respecto cabe anotar que todos los ítems de esta dimensión tenían direccionalidad negativa, lo cual ha mostrado influir en el valor de la confiabilidad (40). Este resultado puede esperarse en escalas adaptadas en su primer estudio psicométrico y puede refinarse a medida que se realizan estudios ulteriores a la versión con adaptación cultural (32). En este sentido, la confiabilidad del cuestionario permea todos los procesos de validación, por lo que su interpretación debe ir de la mano del perfeccionamiento continuo de la validez (28). Es importante, destacar que el estudio contó con un gran y adecuado tamaño de muestra, lo cual se constituye en una fortaleza. También, es necesario considerar como una limitación que, este instrumento esté dirigido a madres primerizas con pareja, sanas, con bebés a término sanos hasta los 6 meses de edad, lo que limita su uso a dicha población específica; sin embargo, esto mismo, constituye una fortaleza para su uso en investigaciones con madres primerizas en los primeros meses después del parto. Asimismo, esta versión es válida y confiable para Colombia, por lo que se recomienda que cada país realice su correspondiente adaptación cultural.

Comentar además que, se han publicado pocos artículos sobre las pruebas psicométricas realizadas a la escala, lo que imposibilitó el establecimiento de más comparaciones. Asimismo, se sugiere la realización de investigaciones que tengan en cuenta los resultados de este primer estudio en Colombia para proponer una versión corta del instrumento y a dicha versión realizarle las correspondientes pruebas psicométricas.

Esta investigación se realizó con estricto rigor metodológico en el proceso de adaptación cultural, validez y confiabilidad, con la participación de madres primerizas e importantes expertos de diferentes lugares de Colombia. Considerando que la escala ARM, se fundamentó según la teoría de Ramona Mercer en el año 2004 (2). En este estudio hubo necesidad de realizar la actualización de la estructura teórica, según los cambios que Mercer realizó en el año 2006 (3); para ser consecuentes con las terminologías adecuadas. Se identificó que la estructura teórica de la escala está enfocada en el entorno vital: “familia y amigos”, en cuyo centro se encuentran las interacciones de la madre, el niño y el padre. Este entorno vital es el más influyente en el proceso y en el que se consigue el “convertirse en madre”(1), lo cual, es muy importante a considerar, si se busca transformar la práctica del cuidado, desde el propio conocimiento de la disciplina de Enfermería (27).

V. CONCLUSIONES

La escala de Adopción del Rol Materno cuenta con adaptación cultural en Colombia, es válida, confiable y puede ser utilizada en madres primerizas de cualquier edad con bebés a término hasta los 6 meses postparto. Esta escala permite identificar en las primerizas el nivel bajo, medio o alto del proceso de convertirse en madre y sirve para evaluar las intervenciones enfocadas en favorecer a la primeriza el convertirse en madre.

Contribución de los autores: "Conceptualización, C.V.P., Z.M.R., H.G.H., C.F.G. y M.I.M.; metodología, C.V.P., Z.M.R., H.G.H., C.F.G. y M.I.M.; software, C.V.P., Z.M.R. y H.G.H.; validación, C.V.P., Z.M.R., H.G.H., C.F.G. y M.I.M.; análisis formal, C.V.P., Z.M.R., H.G.H., C.F.G. y M.I.M.; investigación, C.V.P.; recursos, C.V.P. y H.G.H.; curación de datos, C.V.P. y Z.M.R.; escritura: preparación del borrador original, C.V.P.; escritura: revisión y edición, C.V.P., Z.M.R., H.G.H., C.F.G. y M.I.M.; visualización, C.V.P., C.F.G. y M.I.M.; supervisión, C.V.P., C.F.G. y M.I.M.; administración del proyecto, C.V.P.; adquisición de fondos, C.V.P. Todos los autores han leído y aceptado la versión publicada del manuscrito."

Agradecimientos: Los autores agradecen a la Clínica Materno Infantil San Luis, por facilitar y apoyar este estudio. Se manifiesta también un agradecimiento muy especial a todas las madres participantes y a todos los expertos de los distintos departamentos de Colombia por sus valiosos aportes en este estudio..

Conflictos de intereses: Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

REFERENCIAS

1. Alligood MR. Nursing Theorists and Their Work-E-Book: Unit V: Middle Range Theories: Ramona T. Mercer: Maternal Role Attainment-Becoming a Mother. 9th Edition. Elsevier Health Sciences; 2018.
2. Mercer RT. Becoming a mother versus maternal role attainment. J Nurs Scholarsh. 2004;36 (3):226-32. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2004.04042.x>
3. Mercer RT. Nursing support of the process of becoming a mother. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2006;35 (5):649-51. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2006.00086.x>
4. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Estadísticas vitales año 2016 [consultado 02 Nov 2019] <http://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/nacimientos-y-defunciones/nacimientos/nacimientos-2016>.

5. Ong SF, Chan WC, Shorey S, Chong YS, Klainin-Yobas P, He HG. Postnatal experiences and support needs of first-time mothers in Singapore: a descriptive qualitative study. *Midwifery*. 2014;30 (6):772-8. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.09.004>
6. das Neves JM, Ribeiro Fonseca MF, Ramos AM. Challenges of motherhood in the voice of primiparous mothers: initial difficulties. *Invest Educ Enferm*. 2017;35 (3):285-94. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v35n3a05>
7. Shorey S, Chee CYI, Ng ED, Chan YH, Tam WWS, Chong YS. Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers: A systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res*. 2018;104:235-48. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.08.001>
8. Tsai SS, Wang HH. Role changes in primiparous women during 'doing the month' period. *Midwifery*. 2019;74:6-13. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.03.007>
9. Leahy-Warren P, McCarthy G, Corcoran P. First-time mothers: social support, maternal parental self-efficacy and postnatal depression. *J Clin Nurs*. 2012;21 (3-4):388-97. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03701.x>
10. Pritchett R, Kemp J, Wilson P, Minnis H, Bryce G, Gillberg C. Quick, simple measures of family relationships for use in clinical practice and research. A systematic review. *Fam Pract*. 2011;28 (2):172-87. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmq080>
11. Karp SM, Lutenbacher M, Wallston KA. Evaluation of the parenting sense of competence scale in mothers of infants. *J Child Fam Stud*. 2015;24 (11):3474-81. <https://doi.org/10.1007/s10826-015-0149-z>
12. Abidin RR. Parenting stress index (PSI-4): professional manual. 4th ed ed. Lutz, FL: PAR; 2012. 167 p., 1 formulario (3 p.)
13. Callahan JL, Borja SE. Psychological outcomes and measurement of maternal posttraumatic stress disorder during the perinatal period. *J Perinat Neonatal Nurs*. 2008;22 (1):49-59. <https://doi.org/10.1097/01.JPN.0000311875.38452.26>
14. Matthey S. Assessing the experience of motherhood: the Being a Mother Scale (BaM-13). *J Affect Disord*. 2011;128 (1-2):142-52. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.06.032>
15. Condon JT, Corkindale C. The assessment of parent-to-infant attachment: development of a self-report questionnaire instrument. *J Reprod Infant Psychol* 1998;16:76 <https://doi.org/10.1080/02646839808404558>
16. Shin H, Kim YH. Maternal Attachment Inventory: psychometric evaluation of the Korean version. *J Adv Nurs*. 2007;59 (3):299-307. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04322.x>
17. Ohan JL, Leung DW, Johnston C. The Parenting Sense of Competence scale: Evidence of a stable factor structure and validity. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*. 2000;32 (4):251. <https://doi.org/10.1037/h0087122>
18. Farkas-Klein C. Escala de evaluación parental (EEP): desarrollo, propiedades psicométricas y aplicaciones. *Univ Psychol*. 2008;7 (2):457-67.
19. Phumonsakul S, Somboonsab O, Siriwatanachok U. Development of maternal role attainment scale (MRAS): revised short form and psychometric characteristics. *J Nurs Sci*. 2004;22 (1):28-38.
20. Panthumas S, Kittipichai W. Validation of the Maternal Identity Scale for Primiparous Thai Teenage Mothers. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci)*. 2019;13 (1):69-75. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2019.01.007>
21. Shrestha S, Adachi K, A Petrini M, Shrestha S. Maternal Role: A Concept Analysis. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*. 2019;7 (3):1732-41.
22. Garrido MC, Marchán M. Adopción del rol materno en madres adolescentes primerizas según grupo de convivencia. *Rev. Psicol. Trujillo (Perú)*. 2011;13 (1): 11-28.
23. Condori FA, Cuba P, Sarmely Y. Tipos de convivencia y adopción del rol materno en madres primiparas. Centro médico universitario Pedro P. Díaz Arequipa. 2015.
24. Valerio G, Sinthya D. Adopción del rol materno en madres adolescentes primerizas frente al cuidado del recién nacido en una comunidad rural de Huánuco. 2016.
25. Lascano DC. La adaptabilidad al rol materno y su influencia en los síntomas ansiosos depresivos en mujeres en la etapa postneonatal. Caso: Centro de Salud Ingahurco Ambato área 1: Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2018.
26. Dalauh R, Jiménez AJG, Almécija PA. Re-inventando la investigación en salud y educación para una sociedad transcultural: propuestas de acción: Universidad Almería. El rol materno en mujeres puérperas. Otavalo-Ecuador, 2019;372-379 p.

27. Rodríguez CC. Transformando la Práctica del Cuidado desde el Propio Conocimiento de la Disciplina de Enfermería. *Ciencia e innovación en Salud*. 2014; 2 (2):97–104. <http://portal.unisimonbolivar.edu.co:82/rdigital/innovacionsalud>
28. Vargas C, Hernández LM. Validez y confiabilidad del cuestionario “Prácticas de cuidado que realizan consigo mismas las mujeres en el posparto”. *av.enferm* 2010;28 (1):96-106.
29. Fehring R. The Fehring model. *Classification of nursing diagnoses: proceedings of the tenth conference of North American Nursing Diagnosis Association Philadelphia: Lippincott; 1994. p.55-62.*
30. Muñiz J, Elosua P, Hambleton RK. Directrices para la traducción y adaptación de los tests: segunda edición. *Psicothema*. 2013;25 (2):151-7.
31. Muñiz J, Hernández A, Ponsoda V. Nuevas directrices sobre el uso de los tests: investigación, control de calidad y seguridad. *Papeles del psicólogo*. 2015;36 (3):161-73.
32. Hernández R, Fernández C, Baptista Lucio MdP. *Metodología de la investigación (6.Ed)*. 6. ed: McGraw-Hill; 2014. 634p.
33. Polit D, Beck T, Owen S. Focus on research methods is the CVI an acceptable indicator of content validity. *Res Nurs Health*. 2007;30:459-67. <https://doi.org/10.1002/nur.20199>
34. Raykov T, Marcoulides GA. *An introduction to applied multivariate analysis*. New York: Routledge; 2008. x, 485 p.p.
35. Khoja S, Scott RE, Casebeer AL, Mohsin M, Ishaq AF, Gilani S. e-Health readiness assessment tools for healthcare institutions in developing countries. *Telemed J E Health*. 2007;13 (4):425-31. <https://doi.org/10.1089/tmj.2006.0064>
36. Carvajal-Carrascal G. Medición de fenómenos de enfermería: el reto de la validez y confiabilidad de la investigación cuantitativa. *Aquichan*, 2012;12 (1):5-7
37. Ramada-Rodilla JM, Serra-Pujadas C, Delclós-Clanchet GL. Adaptación cultural y validación de cuestionarios de salud: revisión y recomendaciones metodológicas. *Salud Pública de México*. 2013;55:57-66. <https://doi.org/10.1590/S0036-36342013000100009>
38. Saglam A. Relation between socio-demographic characteristics and burnout levels of faculty members. *Mustafa Kemal University. J Soc Sci Institute*. 2011;8 (15):407-20.
39. Aguilar L, Castellanos M. Adaptación lingüístico-cultural de una escala argentina de perfeccionismo infantil al contexto venezolano. *Revista electrónica de metodología aplicada*. 2016;21 (2):1-32. <https://doi.org/10.17811/rema.21.2.2016.1-32>
40. Cuevas VM, Tristán-López A. Influencia de la direccionalidad de los ítem en los resultados de instrumentos de medición. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*. 2014;10 (1):29-43. <https://doi.org/10.15332/s1794-9998.2014.0001.02>

MATERIAL SUPLEMENTARIO

Tabla S1. Adaptación cultural en Colombia

Item	Escala ARM original	Versión adaptada en Colombia
1	Prefiero no dar de lactar a mi bebé para cuidar la estética de mis senos.	Prefiero no dar de lactar a mi bebé para evitar que se me dañen los senos.
2	Limito los balbuceos y sonidos que hace mi bebé.	Limito los balbuceos y sonidos que hace mi bebé.
3	Estoy dispuesta a cambiarle el pañal a mi bebé cada vez que éste lo necesite.	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.	Leo información referente a los cuidados y temas relacionados con mi bebé.
5	Me cuesta aceptar a este bebé.	Me cuesta aceptar a este bebé
6	Cuando mi bebé llora dejo lo que estoy haciendo y voy a atenderlo.	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.	Pienso que la lactancia debería ser sustituida por la leche de fórmula en tetero.
8	Me cuesta decir que soy madre.	Es difícil para mí decir que soy madre.
9	Me siento capaz de salir adelante con mi bebé.	Me siento capaz de salir adelante con mi bebé.
10	Mi familia está contenta con el nacimiento de mi bebé.	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.	Le doy objetos a mi bebé para que los pueda tocar y aprenda a manejarlos.
12	Mi pareja y yo siempre estamos poniéndonos al tanto de las cosas que le pasan al bebé.	Mi pareja y yo siempre estamos pendientes de las cosas que le pasan al bebé.
13	Cuando mi bebé llora, le hablo con voz muy baja y susurrando palabras tranquilizadoras.	Cuando mi bebé llora, le hablo con voz muy baja y susurrando palabras tranquilizadoras.
14	Prefiero ser yo quien se encargue del baño de mi bebé.	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.	Cuando estaba embarazada 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.	Pienso que el control de crecimiento y desarrollo no es necesario para mi bebé.
17	El personal de salud me ha enseñado cuidados que debo tener con mi bebé.	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.	Cuando le hablo a mi bebé, lo hago con palabras cariñosas.
19	Cuando juego con mi hijo me gusta que el aprenda algo nuevo.	Cuando juego con mi bebé me gusta que él aprenda algo nuevo.
20	Cuando doy de lactar a mi bebé me gusta hablarle.	Cuando doy de lactar a mi bebé me gusta hablarle.
21	Me gusta mirar detenidamente a mi bebé intentándolo conociéndolo.	Me gusta mirar detenidamente a mi bebé intentando conocerlo.
22	Me hubiera gustado que mi bebé sea del sexo opuesto al que nació.	Me hubiera gustado que mi bebé fuera del sexo opuesto al que nació.
23	El momento de juego con mi bebé es indispensable en mi rutina diaria.	El momento de juego con mi bebé es indispensable en mi rutina diaria.
24	La salud de mi bebé para mí es muy importante.	La salud de mi bebé para mí es muy importante.
25	Para mi dar de lactar es más una obligación que una actividad agradable.	Para mi 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 felicito.	Cuando mi bebé responde a mis llamados, caricias u órdenes, yo lo abrazo o felicito.
27	Me agrada masajear la espalda de mi bebé con mucha delicadeza.	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.	Mi pareja me recuerda cuándo nuestro bebé debe recibir sus vacunas y asistir al control de crecimiento y desarrollo.
29	Prefiero que alguien de mi familia se encargue de alimentar a mi bebé.	Prefiero que alguien de mi familia se encargue de alimentar a mi bebé.
30	Mientras doy de lactar a mi bebé me gusta acariciarlo.	Mientras doy de lactar a mi bebé me gusta acariciarlo.
31	Cuando cosquileo a mi bebé observo una respuesta de alegría en él.	Cuando le hago cosquillas a mi bebé observo una respuesta de alegría en él.
32	Cuando voy a un lugar público hago valer mis beneficios por ser madre y estar con mi hijo en brazos.	Cuando voy a un lugar público hago valer mis derechos y beneficios por ser madre y estar con mi bebé en brazos.
33	Aunque tenga muchas actividades que realizar, siempre me doy tiempo para cuidar de mi bebé.	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.	Constantemente me informo de cómo cuidar a mi bebé por programas de televisión, internet u otros medios.
35	Hago vacunar a mi bebé en la fecha programada.	Hago vacunar a mi bebé en la fecha programada.
36	Sé que cuento con el apoyo de mi familia para el cuidado de mi bebé.	Sé 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.	Prefiero que mi bebé tome tetero a darle de lactar.
38	Trato que mi bebé acaricie mi rostro.	Trato que mi bebé acaricie mi rostro.
39	Tengo la seguridad que seré una buena madre.	Tengo la seguridad que seré una buena madre.
40	Mi pareja y yo compartimos los cuidados del bebé.	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.	Cuido que mi bebé utilice ropa adecuada al clima para evitar que se enferme.
42	Creo que dar de lactar une emocionalmente a las madres con sus hijos.	Creo que dar de lactar une emocionalmente a las madres con sus bebés.
43	Me alegra mucho que mi hijo haya nacido sano.	Me alegra mucho que mi bebé haya nacido sano.
44	Cada vez que mi bebé llora me preocupo por saber qué es lo que necesita.	Cada vez que mi bebé llora me preocupo por saber qué es lo que necesita.
45	La forma en que crío a mi bebé es muy parecida a cómo me criaron a mí.	La forma en que crío a mi bebé es muy parecida a cómo me criaron a mí.
46	Mi familia me aconseja sobre la crianza de mi bebé.	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.	Me preocupo porque alrededor de mi bebé no existan objetos que puedan hacerle daño.
48	Trato de ocultar el hecho de que tengo un bebé porque me avergüenza.	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.	Creo que otro familiar cuida a mi bebé mejor que yo.
50	Terceras personas se encargan de la crianza de mi bebé.	Otras personas se encargan de la crianza de mi bebé.
51	Terceras personas se encargan de la crianza de mi bebé.	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.	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.	Practico con mi bebé ejercicios que le puedan ayudar a su desarrollo.
54	Diariamente mi pareja busca saber cómo está el bebé y coordinamos acerca de cómo satisfacer sus necesidades.	Diariamente mi pareja está pendiente del bebé y nos ponemos de acuerdo para satisfacer sus necesidades.

55	Las cosas que aprendí sobre el cuidado de mi bebé me las enseñaron las personas que me criaron.	Las cosas que aprendí sobre el cuidado de mi bebé me las enseñaron las personas que me criaron.
56	Tengo en casa medicamentos necesarios para lo que requiere mi bebé en caso se enferme.	Tengo en casa medicamentos necesarios para lo que requiere mi bebé en caso de que se enferme.