



PONTIFICIA
**UNIVERSIDAD
CATÓLICA**
DEL PERÚ

FACULTAD DE LETRAS Y CIENCIAS HUMANAS

**SENSITIVIDAD MATERNA EN UN GRUPO DE MUJERES QUE
CONCIBIERON MEDIANTE FERTILIZACIÓN IN VITRO**

Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología
con mención en Psicología Clínica
que presenta la
Bachiller:

Ana Beatriz Fernández Jondec

Katherine Fourment Sifuentes

LIMA – PERÚ

2013

AGRADECIMIENTOS

A Kathy Fourment por acompañarme en este largo proceso en los altos y bajos.

A Magaly Nóblega cuya guía y experiencia fueron importantes para esta investigación.

A Patty Bárrig por su paciencia y dedicación en el entrenamiento del MBQS.

A Milu y Diana por su apoyo durante las observaciones.

A mis amigos por estar siempre ahí en las buenas y en las malas. Por sus constantes ánimos, que aunque no lo sabían, muchas veces me devolvieron la confianza para continuar.

A mis padres quienes de cerca o de lejos siempre me sostuvieron y motivaron mostrándome su cariño y confianza incondicionales.

A mi hermano que, con sus bromas y su propia perseverancia, me daba fuerzas y me recordaba sonreír.

A la clínica que, como institución, generosamente aceptó apoyar esta investigación y a las trabajadoras (psicólogas y obstétricas) que a pesar de su carga laboral se dieron el tiempo para ayudarme a contactar a las madres.

Y, sobre todo, las seis madres y familias que accedieron participar de este estudio, que me abrieron las puertas de sus casas compartiendo su intimidad y sus historias con gran generosidad.

RESUMEN

Sensitividad materna en mujeres que concibieron por fertilización in vitro

El objetivo de la presente investigación fue explorar y describir la sensibilidad materna observada y reportada de un grupo de 6 madres con historia de infertilidad que concibieron por FIV. Estas madres tenían entre 33 y 41 años y sus bebés eran hijos únicos y tenían menos de 3 años. Se las evaluó utilizando el Maternal Behavior Q-sort (MBQS) en sus modalidades de observación y autoreporte. Se halló que las madres que concibieron por FIV podían tener puntajes similares a lo idealmente esperado en algunos dominios de la sensibilidad y en otros incluso obtener puntajes mayores al ideal. También cabe señalar que estas madres podían ser tan sensitivas como un grupo de madres colombianas que concibieron naturalmente. Además, se encontró que los reportes de las madres tenían cierta coherencia con el comportamiento observado en todos los dominios de la sensibilidad.

Palabras clave: sensibilidad materna, cuidado materno, fertilización in vitro, MBQS.

ABSTRACT

Maternal sensitivity in women who conceived by in vitro fertilization

The objective of this research was to explore and describe the observed and reported sensitivity of a group of 6 mothers with infertility history who conceived using IVF. They were 33 to 41 years old and their babies were only child and under 3 years old. They were assessed using the Maternal Behavior Q-sort (MBQS) using both observation and self-report modes. It was found that, in some domains of sensitivity, mothers who conceived through IVF could have similar scores to what is ideally expected and, even, in other domains, they could have higher scores than the ideal criterion. Also, it should be mentioned that these mothers could be as sensitive as a group of colombian mothers who conceived without any treatment. Furthermore, it was found that reports of mothers had some consistency with the observed behavior in all domains of sensitivity.

Keywords: maternal sensitivity, maternal care, in vitro fertilization, MBQS.

TABLA DE CONTENIDOS

Introducción.....	1
Método.....	9
Participantes.....	9
Medición.....	9
Procedimiento.....	11
Resultados.....	13
Discusión.....	21
Referencias.....	31
Anexos.....	37
Anexo A: Ficha de datos	38
Anexo B: Consentimiento informado	39
Anexo C: Sensitividad materna de la muestra de comparación colombiana.....	40

Sensitividad materna en un grupo de mujeres que concibieron mediante fertilización in vitro

La comúnmente llamada infertilidad es un problema del que mucho se habla actualmente y que numerosas parejas afirman padecer. Nuestro país no es ajeno a esta problemática como lo demuestra un estudio de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2004) que revela que el 15.7% de mujeres entre 25 a 49 años reportan no haber podido concebir después de cinco años de relaciones sexuales sin protección. Sin embargo, para hablar de la infertilidad y sus implicancias es necesario clarificar su definición.

Para la OMS (2010) la infertilidad es una enfermedad del sistema reproductivo entendida como la incapacidad de lograr un embarazo después de 12 meses o más de relaciones sexuales no protegidas. Otros autores especifican que se considera infertilidad cuando después de este periodo de tiempo, pudiendo haberse conseguido una gestación, ésta no llega a término con un recién nacido saludable. De este modo, se la distingue de la esterilidad en la cual la concepción no ocurre (Moreno, 2009).

El conocimiento respecto a esta problemática ha ido incrementándose con el tiempo. Así por ejemplo, si bien en el pasado las dificultades para la concepción eran atribuidas exclusivamente a la mujer, en la actualidad se sabe que la infertilidad puede tener tanto origen femenino como masculino o mixto y que incluso puede tener origen desconocido, cuando no se encuentra causa física en ninguno de los dos miembros de la pareja (Chirinos et al., 2007).

A pesar de que, como se ha mencionado, la infertilidad no sólo le concierne a la mujer, no se deben pasar por alto las expectativas sociales puestas en ella respecto a la maternidad. De este modo, la infertilidad femenina generalmente viene cargada de sentimientos de culpa y desvalorización (Moreno, 2009). Además, el diagnóstico puede contribuir con la aparición de una herida narcisista en ella que afecte su imagen como mujer y como persona (Tubert, 1994). En otras palabras, el saberse infértiles podría afectar la autoestima de estas mujeres haciendo que se cuestionen la posibilidad de ser amadas por sus otros significativos (Baranger, 1991), que en este caso podrían ser la pareja, si la hubiera, o las figuras que ella siente esperan se convierta en madre.

La infertilidad también puede ser vivida por estas mujeres como una “crisis vital” que implica un gran desgaste emocional por su carácter cíclico de esperanza, al inicio de la ovulación, y fracaso, cuando llega la menstruación (Estela, 2000). Además, el querer y no poder tener hijos, que generalmente es un acontecimiento de vida inesperado, causa en la mujer un estado de ansiedad y sentido de fracaso por un

deseo no alcanzado, un sentimiento de culpa y un desajuste emocional que puede presentar incluso manifestaciones físicas, somáticas y psicológicas. En este sentido, se puede decir que el diagnóstico viene con una cierta sensación de duelo, ya que se pierde algo que existía invisiblemente: la posibilidad de tener un hijo como plan de la vida en pareja (Moreno, 2009).

Ante la problemática de la infertilidad la respuesta médica ha sido desarrollar la Reproducción Médicamente Asistida (OMS, 2010) que hace uso de una serie de procedimientos que permiten sortear las dificultades fisiológicas para lograr un embarazo exitoso. Las Técnicas de Reproducción Asistida (TRA) usadas en la actualidad son el coito programado, la inseminación artificial y la fertilización in vitro (FIV) (Bonilla-Musoles et al., 2009). De las tres técnicas esta última (FIV) es la más compleja puesto que implica la fecundación extracorpórea de los gametos (OMS, 2010). Además, este procedimiento es frecuentemente indicado cuando otras técnicas o medicaciones no han tenido éxito o en los casos de esterilidad de causa desconocida (Bonilla-Musoles et al., 2009).

Si bien las ciencias médicas con procedimientos como la FIV logran el embarazo incluso cuando no se han hallado causas físicas reconocibles para la infertilidad, es posible que existan otras causas no físicas que quedan desatendidas. El hecho que más de un tercio del total de casos de infertilidad no encuentre correlato físico (Tubert, 1994) muestra que el enfoque médico, que denomina a la infertilidad como “enfermedad” (OMS, 2010), no basta para explicar esta problemática. De este modo, es necesario tomar en cuenta otros aspectos como los psicológicos o sociales que permitan tener una mejor comprensión de esta realidad.

Desde el punto de vista psicológico hay quienes señalan que algunas formas de infertilidad pueden ser, más que una enfermedad, un síntoma de un conflicto intrapsíquico (Tubert, 1994). Investigaciones como la de Hjollund y colaboradores (1999) enfatizan el vínculo entre estados emocionales y la capacidad fértil de las mujeres al hallar que el malestar psicológico puede ser un factor de riesgo para la reducción de la fertilidad en ciertas mujeres. De este modo, si bien los procedimientos médicos pueden lograr un embarazo exitoso, los posibles conflictos psíquicos subyacentes de las madres quedan desatendidos (Tubert 1994).

Además, de los aspectos psicológicos no atendidos se suman otras dificultades emocionales que surgen en mayor o menor medida durante y después los tratamientos. Las que más comúnmente se reportan son los trastornos de ansiedad y el estado de ánimo (Moreno, 2009). Investigaciones señalan que las mujeres diagnosticadas infértiles presentan niveles de duelo y depresión no sólo antes, sino que también durante y después del tratamiento de fertilidad (Lukse, 1999), hallándose,

además, en estas madres elevados niveles de estrés durante el embarazo (Bernstein, Lewis, & Seibel, 1994). Por otro lado, también se precisa que un mayor número de ciclos de tratamiento acentúa la ansiedad, sobre todo en relación al bienestar del bebé (McMahon, Ungerer, Beaurepaire, Tennant & Saunders 1997).

Una de las causas más comunes de ansiedad materna suele ser la preocupación por posibles complicaciones o pérdidas (Martins, 2010; McMahon et al., 1997). Se reporta que los procedimientos de reproducción asistida aumentan las probabilidades de complicaciones obstétricas, anomalías estructurales congénitas y cromosómicas del niño (Allen et al., 2006). También incrementa la posibilidad de preeclampsia, hipertensión gestacional, abrupción de la placenta y nacimiento prematuro (Mukhopadhyaya & Arulkumaran 2007), así como mortalidad perinatal, bajo o muy bajo peso al nacer y pequeño tamaño para la edad gestacional del niño (Jackson, Gibson, Wu & Croughan 2004). De este modo, los temores comunes que tienen las madres respecto al bienestar de sus bebés, suelen agudizarse en las madres que han concebido utilizando procedimientos de reproducción asistida.

Los niveles de ansiedad mencionados podrían intervenir en cómo estas madres ven a sus bebés nacidos y consecuentemente tener algún efecto en su comportamiento materno. Al respecto, se encuentran estudios de madres que concibieron por FIV que reportan que perciben a sus bebés como especiales y vulnerables (Gibson, Ungerer, Tennant & Saunders, 2000). Y además, otros reportes en que las madres que utilizaron los tratamientos se califican como más sobreprotectoras que otras que no los utilizaron (Burns, 1990). De este modo, se sospecha que apreciar a sus hijos como más frágiles podría derivar en comportamientos maternos inadecuados como la sobreprotección.

Cuando estas mujeres se convierten en madres, además de la ansiedad que puede persistir, se hallan otras dificultades relacionadas la autovaloración en su rol de madres. En ese sentido se ha encontrado que madres que han concebido usando tratamientos de fertilidad reportan menor autoestima y menor competencia parental (Gibson et al., 2000; McMahon, Ungerer, Tennant, & Saunders, 1997). Esta visión disminuida de sí mismas, que tiene que ver con la sensación de incapacidad en relación al cuidado materno, también puede influir en cómo se relacionan con sus hijos dificultando el establecimiento de un vínculo saludable.

Por otro lado, además de la ansiedad y la percepción negativa que pueden tener de sí mismas estas mujeres en su rol materno, existen otros procesos psíquicos que también pueden influir en su conducta. En esa línea, tienen especial relevancia las fantasías y expectativas maternas respecto a sus futuros bebés (Stern, 1997). Martins (2010) halló que mujeres peruanas gestantes que concibieron por tratamientos de

fertilidad manifestaban deseos y expectativas respecto a sus bebés que respondían a sus propias necesidades de compañía. El que las madres vean a sus futuros hijos como un medio para satisfacer sus necesidades podría influir en cómo se relacionarán éstas con sus hijos ya nacidos. La investigadora sugiere, al respecto, que esta visión del bebé podría derivar en una relación simbiótica, no respetando al bebé como individuo.

A pesar de lo expuesto, existen otras investigaciones que plantean que, por el contrario, la experiencia de la infertilidad y los tratamientos de fertilización in vitro pueden llevar a las madres a tener una especial valoración de sus bebés, a experimentar cercanía afectiva en relación a los mismos y a brindarles un adecuado cuidado. En esta línea, se pueden mencionar los reportes de un mayor disfrute del embarazo en las madres que concibieron por FIV que otros grupos (Van Balen, Naaktgeberen & Trimbo, 1995). Además se encuentra que las madres que usaron estos procedimientos despliegan mayor afecto e involucramiento emocional con sus hijos nacidos (Golombok et al., 1996; Weaver et al., 1993).

De igual modo, otras investigaciones encuentran que, en general, los padres que usaron FIV no presentan estilos parentales disfuncionales, pudiendo ser cuidadosos, devotos y capaces de proveer un óptimo ambiente para el desarrollo de sus hijos (McMahon, Ungerer, Beaurepaire & Tennant, 1995). También se halla una relación más positiva entre estos padres y sus hijos y niveles más bajos de estrés parental (Han, 2001). Además, se señala que las madres que han sido sometidas a tratamientos de fertilidad suelen estar más atentas a las comunicaciones de sus hijos (Papaligoura & Trevarthen, 2001). Estos resultados demostrarían que puede brindarse mayor énfasis al éxito de la concepción que al estrés y ansiedad relacionados a la historia de infertilidad y al proceso de los tratamientos.

Con lo expuesto, es posible notar que la historia de infertilidad y tratamientos a los que se someten estas mujeres para ser madres pueden intervenir de diversos modos en la formación del vínculo madre-bebé. Por esta razón y por la escasez de estudios al respecto en el contexto peruano se considera importante profundizar sobre este tema.

En este caso, el enfoque se centrará en el papel de la madre dentro de la relación de vincular, llamado sensitividad materna. Para definir este concepto primero es necesario clarificar la noción de apego. La teoría desarrollada por Bowlby (1976; 1988) denomina apego a los lazos afectivos entre los niños y quienes les brindan protección y cuidado, a raíz de los cuales el infante está predispuesto a usar al cuidador (generalmente la madre) como una “base segura” mientras explora el ambiente. Además precisa que, a pesar de que el apego se desarrolla en todos los

niños que cuentan con una persona que interactúe con ellos, existen diferencias individuales en las conductas de apego marcadas por las diferencias en la historia del cuidado del niño (Bowlby, 1988).

Ainsworth estudió estas diferencias pues se sostenía que la disponibilidad y calidad de la respuesta del cuidador a la aflicción del infante sería el primer determinante de la relación de apego (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978). De este modo, sobre la base de sus estudios con infantes en situaciones extrañas, identificó que éstos podían presentar un patrón de apego seguro o inseguro y señaló que el apego seguro era resultado del cuidado sensitivo de la madre durante los primeros años de vida del infante (Ainsworth, 1978). Es así que surge el constructo de sensitividad materna que fue definido por Ainsworth como la habilidad de la madre para percibir las señales del bebé con precisión, sintonizar y responder a los indicadores emocionales y sociales del infante, y variar el comportamiento materno apropiadamente.

Para entender mejor este concepto se podría hablar de cuatro aspectos (Ainsworth, 1969). El primero sería la *conciencia de las señales* que a su vez implica dos cualidades. Por un lado, la accesibilidad, pues la madre debe estar razonablemente accesible a las comunicaciones del bebé para poder ser sensible a ellas; y por otro, los “umbrales” donde las madres sensitivas deben tener un umbral bajo estando alertas a las señales más sutiles, mínimas y comprensibles.

El segundo aspecto es la *interpretación correcta de las señales* que, si bien implica la mencionada conciencia materna, además involucra que la madre sea capaz de no distorsionar las señales y de empatizar con su bebé (Ainsworth, 1969). En el caso de la distorsión, ésta tiene que ver con recepcionar la señal del bebé pero hacer una lectura errónea del significado de ésta. Generalmente este fenómeno ocurre cuando la percepción de la madre se ve nublada por operaciones defensivas como la proyección, negación, u otras, imponiendo sus propios contenidos psíquicos sobre las necesidades o demandas reales del bebé. Por el contrario, las madres que distorsionan menos tienen algún insight sobre sus propios deseos y estados de ánimo. Así, logran juzgar más realísticamente el comportamiento del bebé y estar más atentas respecto a cómo su propio comportamiento y estados de ánimo afectan a los de su hijo (Ainsworth, 1969).

Además de evitar la distorsión, para responder sensitivamente, es necesario que la madre pueda empatizar con los sentimientos y deseos del bebé. Con esta capacidad disminuida, la molestia del bebé podría generar respuestas como tomarle el pelo a modo de broma, burlarse de él, reírse de él, o simplemente ignorarlo. Así, el egocentrismo de la madre y la falta de empatía puede derivar en respuestas

desapegadas e intelectualizadas, en lugar de interacciones cálidas y sensitivas con el bebé (Ainsworth, 1969).

El tercer aspecto es la capacidad de *responder adecuadamente*. Una madre puede ser altamente consciente y exacta en sus interpretaciones pero aun así ser insensible. Por ello, es esencial que las respuestas de la madre sean apropiadas a la situación y a las comunicaciones del bebé tomando en cuenta la etapa de desarrollo del mismo. Así, la respuesta no sobre-estimulará al bebé pues la madre podrá percibir e interpretar adecuadamente los signos de sobre excitación, tensión excesiva o incipiente malestar y ante ello logrará cambiar el ritmo o la intensidad. Del mismo modo, es poco probable que se sub-estime al niño, porque se dará cuenta y responderá a las señales de aburrimiento del bebé. Además, la respuesta debe ser bien resuelta y completa, en contraste con conductas como las de ensayar una serie de intervenciones buscando el mejor método o solución, las cuales se aprecian como respuestas fragmentadas (Ainsworth, 1969).

El último aspecto a considerar es la *prontitud de la respuesta*. Si la madre responde apropiadamente pero con excesiva demora a las señales del bebé, éste no podrá ligar la respuesta materna a su propia señal. Un tema importante en relación a la prontitud tiene que ver con los horarios y rutinas de actividades y juego. En general horarios muy arbitrarios o rígidos en las interacciones importantes son considerados insensibles a las señales, estados de ánimo y ritmos del bebé (Ainsworth, 1969).

Estudios relativos a la sensitividad materna y conceptos relacionados a ésta han intentado ahondar en sus atributos y factores de influencia. Ante la diversidad en la información existente los investigadores Shin, Park, Ryu y Seomun (2008) recopilaron la data disponible hasta el 2007 con el fin de realizar un análisis conceptual. Así, identificaron en el concepto cuatro atributos: es un proceso dinámico que comprende habilidades maternas, es un recíproco dar y recibir con el infante, supone contingencia en la conducta del infante y supone comportamientos maternos de calidad. Además, pudieron señalar como factores que influyen positivamente en la sensitividad al soporte social, al apego maternal-fetal y a la alta autoestima; y como factores que la influyen negativamente a la depresión, el estrés y la ansiedad de la madre.

Considerando los atributos de la sensitividad es posible afirmar que es un constructo complejo y se ratifica su relevancia en el estudio de las interacciones madre-infante y su influencia en el desarrollo del niño (Braungart-Rieker, 2010). Al respecto, muchas investigaciones coinciden en señalar que es una condición importante para el desarrollo de un apego seguro del niño con la madre (DeWolff & van IJzendoorn, 1997), hallando por ejemplo que intervenciones que obtienen

resultados positivos en sensibilidad materna también los obtienen en apego (Bakermans-Kranenburg, Van IJzendoorn & Juffer, 2003). Además, también se encuentran relaciones entre sensibilidad y otros constructos significativos en el desarrollo del niño. Por ejemplo, se ha hallado que la sensibilidad puede alterar las trayectorias del desarrollo asociadas con el temperamento infantil (Crockenberg & Leerkes, 2006) y que está relacionada con el desarrollo de habilidades de empatía en el niño (Kiang, 2004). Además, se reporta que, incluso, podría llegar a disminuir el riesgo de ciertas predisposiciones genéticas en el mismo (Propper et al., 2008).

Frente a estos hallazgos ha surgido el debate respecto a si este constructo y su relación con el apego y otras variables son posibles de generalizar a distintos contextos y culturas. Este debate ha motivado múltiples investigaciones. De ellas, las que han estudiado poblaciones latinoamericanas muestran que éstos sí son extensibles a esta realidad (Posada, Carbonell, Alzate & Plata, 2004; Posada et al., 2002).

Posada, Carbonell, Alzate y Plata (2004) realizaron un estudio usando una muestra de mujeres de clase media a media baja de Bogotá-Colombia para explorar cuán apropiada era la conceptualización de la teoría del apego en un contexto cultural diferente al de la mayoría de investigaciones hechas hasta el momento (occidentales). Para ello recolectaron descripciones abiertas sobre el comportamiento maternal de estas mujeres mientras interactuaban con sus infantes. Los resultados mostraron que los dominios etnográficos obtenidos de la muestra estudiada correspondían conceptualmente a muchas de las conceptualizaciones de Ainsworth sobre calidad de cuidado. Además, se reconocieron temas relacionados a la prontitud y efectividad de respuesta de la madre que son parte de la definición de sensibilidad materna que da la misma Ainsworth. Este estudio encontró también que las descripciones colombianas sobre la calidad del comportamiento del cuidado materno estaban significativamente relacionadas a la organización de comportamiento de base segura de los infantes.

Otros estudios que comparan culturas occidentales y latinoamericanas corroboran estos hallazgos. Por ejemplo, una investigación que tomó muestras colombianas y estadounidenses hallaron que la sensibilidad materna, evaluada en circunstancias cotidianas, estaba significativamente asociada con la seguridad del apego tanto en la población norteamericana como en la latinoamericana (Posada et al., 2002). De este modo, se puede decir que es posible aplicar los constructos que señaló Ainsworth al contexto latinoamericano.

Estos hallazgos muestran que los aspectos que conforman la sensibilidad materna no son exclusivos de un determinado contexto cultural y que este constructo

se puede considerar un eje fundamental en la construcción del vínculo madre-bebé más allá de las diferencias culturales.

A pesar de que la sensitividad materna ha sido estudiada en diversos contextos y poblaciones, existen numerosos escenarios en los que este enfoque aún no ha sido tomado en cuenta. Éste es el caso de la maternidad posterior a la historia de infertilidad y al uso procedimientos de fertilización asistida. Una de las pocas investigaciones que se pueden mencionar al respecto es el estudio de Gibson et al. (2000) quienes buscaban examinar la relación madre-bebé en mujeres australianas que concibieron por FIV. Dentro de las variables que tomaron en cuenta se incluyó la medición de la sensitividad materna y sus hallazgos señalaron que no había diferencias entre las madres que utilizaron los tratamientos y las que concibieron de manera natural.

Si bien el estudio mencionado se considera un acercamiento, aún existe poca evidencia que apoye estos resultados y aún menos estudios que profundicen en la descripción de las características del comportamiento materno de mujeres con historia de infertilidad. Se considera que esta tarea tiene especial relevancia, por un lado, puesto que las experiencias de estrés, ansiedad y la sensación de desvalorización que acompañan a la experiencia de infertilidad y que suelen persistir durante los tratamientos y el embarazo, podrían generar en la madre un desgaste emocional el cual, a su vez, podría afectar sus labores maternas. Pero, por otro, puesto que el éxito del tratamiento y el especial valor puesto sobre la maternidad alcanzada podrían, por el contrario, resultar una influencia más bien positiva en el comportamiento materno de estas mujeres.

En ese sentido, se plantea explorar y describir las características de la sensitividad materna observada y reportada en un grupo de madres que concibieron mediante procedimientos FIV. Para ello se diseñó una investigación en la cual la sensitividad de las madres que concibieron por FIV fue observada en casa y reportada por la misma madre a través del *Maternal Behavior Q-Sort*.

Método

Participantes

Las participantes de la investigación fueron 6 mujeres de estado civil casadas, de entre 33 y 41 años de edad ($M = 37.5$, $DE = 2.88$), que se sometieron a tratamientos de reproducción asistida en una clínica privada de Lima Metropolitana y que producto de ello lograron un embarazo y parto exitosos.

Cinco de las madres tenían educación superior mientras que una de ellas contaba con secundaria completa, todas trabajaban fuera de casa y contaban con el apoyo de otra persona en las actividades domésticas. Los criterios de inclusión consideraron a madres con historia de infertilidad que hayan concebido por FIV usando sus propios óvulos y que como producto del tratamiento hayan tenido un solo hijo. Respecto a la historia de infertilidad, que se recogió mediante una ficha de datos (anexo A), estas mujeres recibieron tratamientos de fertilidad entre 1 y 48 meses ($M = 21.8$, $DE = 18.2$) dentro de los cuales recibieron entre 1 y 4 tratamientos FIV ($M = 2$). Cabe señalar además que tres de las madres utilizaron exclusivamente la FIV mientras que las otras tres previamente habían intentado otros métodos para lograr la concepción. Después de los tratamientos una de las participantes tenía cinco meses de gestación al momento de la evaluación (embarazo espontáneo). Respecto a sus hijos, dos eran hombres y cuatro eran mujeres y tenían un rango de edades entre los 14 y 33 meses ($M = 19.33$, $DE = 6.8$).

Las participantes fueron contactadas a través de una clínica de fertilidad de Lima Metropolitana que solicitó su participación en el estudio. Cada una de ellas aceptó voluntariamente colaborar con la investigación firmando un consentimiento informado (anexo B). El número de participantes fue determinado por la dificultad en la accesibilidad a los individuos y su disponibilidad para participar en la investigación. Además, estuvo influida por la complejidad del instrumento utilizado respecto al tiempo que toma su aplicación y la necesidad de más de un evaluador para garantizar su confiabilidad.

Medición

Para la evaluación de la sensibilidad materna, se utilizó el "Maternal Behavior Q-sort" (MBQS) (Pederson & Morán, 1995), un instrumento de 90 ítems que describen diversos comportamientos maternos. Éste fue elaborado por Pederson & Morán (1995), contando con una confiabilidad entre observadores de 0.82 en su versión original.

Debido a que la versión original está en lengua inglesa, para este estudio se utilizó una versión en español elaborada por Posada y colaboradores (2002) para sus

estudios de la sensibilidad en población colombiana. Para su elaboración los investigadores tradujeron la versión original al español, luego la tradujeron al inglés nuevamente para ratificar su concordancia con la original y finalmente se la volvió a traducir al español para su aplicación.

En este estudio se utilizaron las escalas (Anexo C) halladas en un estudio realizado en población colombiana (Posada et al., 2002). El mencionado estudio contó con una muestra de 61 madres de clase media con bebés de aproximadamente un año de edad ($M = 12.7$ meses). Utilizando el MBQS se obtuvieron puntajes de sensibilidad materna que se agruparon por análisis factorial en 7 dominios o escalas.

La escala uno es la de “Respuesta Sensitiva” frente a las comunicaciones y señales del bebé y está conformada por 12 ítems. La escala dos es la de “Accesibilidad”, entendida como la habilidad de la madre para tener en cuenta al bebé a pesar de que compita con otras demandas y la conforman 9 ítems. La tercera escala es la de “Aceptación” que se refleja en el tono positivo de la madre en sus interacciones con el bebé y ésta cuenta con 6 ítems. La cuarta es la de “Interferencia” que se refiere a la incapacidad de la madre para cooperar con el comportamiento que presenta el infante y está conformada por 3 ítems. La escala cinco es la de “Activa-Animada” que implica la participación activa de la madre en su interacción con el infante y la conforman 8 ítems. La escala seis es la de “Crear un ambiente interesante” que se refiere a un comportamiento materno relacionado a organizar un ambiente estimulante y apropiado para el infante y la conforman 5 ítems. Finalmente, la escala siete es la de “Preocupación por la apariencia física” que se refiere al comportamiento materno que muestra interés en que el bebé mantenga una buena presencia física y está conformada por 3 ítems.

Esta herramienta posee dos modalidades de aplicación. Por un lado, está la modalidad observacional que consiste en visitas a las casas de las participantes realizadas por observadores entrenados, que en este caso se adiestraron calificando videos de entrenamiento y comparando los puntajes asignados con calificaciones realizadas por expertos. Durante las visitas, se da a la madre la consigna de actuar como lo haría cotidianamente. A esta consigna, en el caso de la presente investigación, se le añadió, en la primera visita (a los 30 minutos de observación), la indicación de leer un cuento infantil al niño y, en la segunda, la solicitud de que exista un momento de alimentación. Por otro, está la modalidad por autoreporte que requiere una reunión con la madre en la que se le da la consigna de reportar su comportamiento materno a través del ordenamiento de los ítems de MBQS.

En cualquiera de los casos la aplicación de este instrumento consiste en que, ya sea la observadora o la madre, apile las 90 tarjetas en tres grupos colocando a la

derecha las que se consideran más representativas del comportamiento materno de la participante, al lado izquierdo las menos representativas y al centro aquellas que no puedan considerarse ni características ni no-características del comportamiento materno o aquellas que no puedan evaluarse. Luego, cada uno de los tres grupos nuevamente se divide en tres subgrupos colocando a la derecha los ítems más representativos de ese grupo y a la izquierda los menos representativos. Finalmente, quedando 9 grupos, de menos a más representativos de izquierda a derecha, se los balancea para que en cada uno queden 10 ítems. Con este ordenamiento se le asigna a cada ítem el puntaje equivalente a la fila en que ha sido colocado (los diez del primer grupo de la izquierda obtendrán un punto, los diez siguientes 2 puntos y así sucesivamente) obteniendo así el perfil de la madre (reportado u observado).

En la modalidad de observación se deben, primero, discutir los ítems con más de tres puntos de diferencia entre observadores y llegar a un consenso para elevar el grado de acuerdo. Luego se promedian los puntajes asignados por ambas observadoras en las dos observaciones obteniendo un perfil promedio. El grado de acuerdo en esta modalidad es importante ya que hace más probable que el puntaje final sea lo más cercano a la realidad. En el caso de este estudio la confiabilidad inter observadoras fue de 0.78 con un rango de 0.60 – 0.86.

Finalmente, se procesan los datos correlacionando el perfil, ya sea observado o reportado, con un perfil teórico de madre ideal desarrollado por Pederson y Moran (1995) obteniendo un índice de sensibilidad que va desde -1 a +1.

Procedimiento

Para este estudio se realizaron tres visitas a las casas de las madres en las cuales se aplicaron tanto la modalidad de observación como la de autoreporte del MBQS mencionadas anteriormente (Pederson y Moran 1995).

En las dos primeras visitas dos evaluadoras previamente entrenadas (la investigadora y otra alumna de psicología) realizaron dos observaciones de 45 minutos para la aplicación del MBQS en su versión observacional.

En la tercera visita se procedió con la versión de autoreporte del MBQS (Pederson y Moran 1995). En ella, se le explicó a cada madre el procedimiento a seguir para el MBQS reportado y se aclararon los ítems según era solicitado.

En ambas modalidades de registro se obtuvieron puntajes globales y por escalas de la sensibilidad materna de cada participante. Posteriormente, se procesó la información para obtener los datos descriptivos grupales tanto de la sensibilidad global como de las escalas, obtenidas ya sea por observación o por autoreporte. Para valorar los resultados descriptivos obtenidos por observación se tomó en cuenta una muestra

Colombiana (Posada et al., 2002). Adicionalmente, se compararon los resultados de ambas modalidades tanto a nivel descriptivo como a nivel correlacional (coeficiente de correlación Spearman). También, se realizó un análisis indicando los 10 comportamientos más y menos característicos de cada fuente de información lo cual permite hacer un análisis cualitativo más fino de las características de este grupo. Y, finalmente, se seleccionaron los ítems con mayores diferencias entre autoreporte y observación tomando en cuenta aquellos que tuvieron como mínimo 3 puntos de diferencia.



Resultados

A continuación se describen los resultados encontrados en la investigación. Primero, se presentarán los hallazgos obtenidos mediante el Maternal Behavior Q-Sort en formato observacional, señalando los puntajes de sensibilidad globales y por escalas, y describiendo los comportamientos más y menos característicos hallados por esta modalidad. Luego, se abordarán los resultados obtenidos por la herramienta MBQS en formato autoreporte señalando los puntajes globales y por escalas, y presentando la descripción de los comportamientos más y menos característicos reportados por las madres. Finalmente, se indicarán las coincidencias y divergencias halladas al comparar los puntajes obtenidos por ambas modalidades de evaluación.

En cuanto a la sensibilidad materna observada del grupo de madres estudiadas, ésta alcanzó una media de 0.71 con una desviación estándar de 0.11 siendo el puntaje mínimo obtenido 0.56 y el máximo 0.82.

Tabla 1

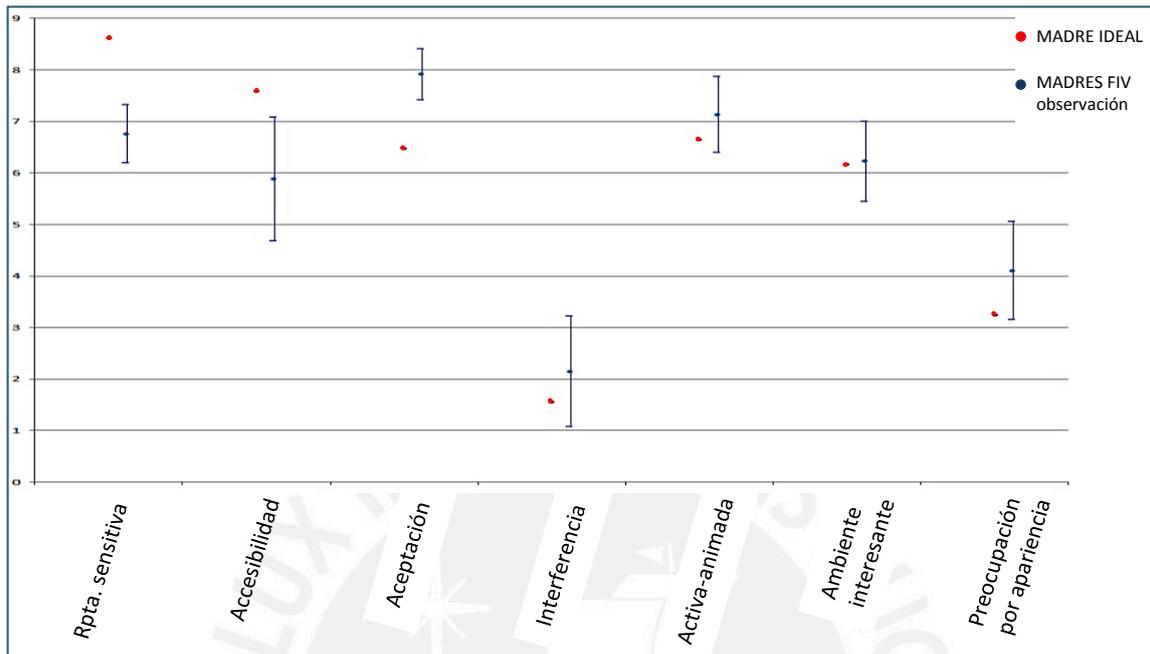
Sensibilidad materna global y escalas: Madres FIV por observación, madres FIV por autoreporte y criterio Ideal.

ESCALAS DE SENSIBILIDAD MATERNA	MADRES FIV OBSERVACIÓN		MADRES FIV AUTOREPORTE		MADRE IDEAL	
	M	DE	M	DE	M	DE
Respuesta Sensitiva	6.81	0.56	6.89	0.57	8.61	-
Accesibilidad	5.93	1.20	7.07	0.23	7.59	-
Aceptación	7.97	0.50	6.92	0.85	6.47	-
Interferencia	2.19	1.08	2.67	0.47	1.56	-
Activa-animada	7.18	0.74	7.40	0.30	6.64	-
Proporciona un ambiente interesante	6.28	0.78	6.93	0.52	6.17	-
Preocupación por la apariencia física	4.15	0.95	4.17	1.52	3.89	-

Respecto a las escalas el Gráfico 1 muestra que en “Respuesta sensitiva” y “Accesibilidad” las madres del estudio obtuvieron puntuaciones menores al ideal mientras que en la escala “Aceptación” las madres que concibieron por FIV obtuvieron puntuaciones mayores al ideal. Por otro lado, se puede señalar que respecto a las escalas “Interferencia”, “Activa-animada”, “Proporciona un ambiente interesante” y “Preocupación por la apariencia” los rangos de las madres estudiadas coinciden con la puntuación ideal (ver también Tabla 1).

Gráfico 1

Rangos y medias de las escalas de sensibilidad observada en madres FIV comparadas con la puntuación ideal.



La Tabla 2 muestra las diez conductas más características observadas en las madres del estudio. Dentro de ellas se pueden distinguir ítems que pertenecen a la escala “Activa-animada” que describen conductas de atención materna a las señales positivas del bebé y muestras físicas de afecto. Del mismo modo, se distinguen ítems de la escala “Aceptación” que aluden al estado emocional positivo y a la visión positiva de la madre respecto al bebé.

Tabla 2
Conductas más características de las madres por observación

	ITEM	Puntaje	DE	Escala
36	Presenta predominantemente un estado de ánimo positivo con respecto al/la bebé	8.63	0.44	3
1	Nota o se da cuenta cuando su bebé sonríe y vocaliza	8.17	0.80	5
24	Sabe mucho acerca de su bebé, es buena informante	8.17	0.70	-
42	Es animada en la interacción social con el/la bebé	8.08	1.35	5
58	Consciente de los estados de ánimo del/la bebé y sus fluctuaciones	7.96	0.49	-
37	Sus comentarios son generalmente positivos cuando habla del/la bebé	7.88	0.61	3
54	Las interacciones se plantean en función del ritmo y estado del/la bebé	7.75	0.85	-
22	Resuelve sus sentimientos negativos acerca del bebé, es decir, tiene algunos sentimientos negativos. Pero, puede dejarlos de lado cuando interactúa con él/ella.	7.67	0.58	-
86	Promueve la interacción del/la bebé con las visitas; por ejemplo invita a la visita a que alce al/la bebé, se asegura de presentarle la visita al/la bebé: "mira quien llegó"	7.54	0.90	-
38	Demuestra afecto tocándolo(a) o acariciándolo(a)	7.46	1.05	5

Nota: 3 = Aceptación; 5= Activa-Animada

Por su parte, la Tabla 3 muestra las 10 conductas menos características entre las cuales se pueden apreciar ítems de la escala "Activa-Animada". Estos revelan que en las participantes es poco característica la falta de interacciones verbales o las interacciones poco expresivas con sus bebés. Así también, se aprecian ítems de la escala "Aceptación" que refieren que es poco característico de ellas el despliegue de afectos negativos en relación al bebé o respecto a sus demandas. Y finalmente, se hallan ítems de la escala "Interferencia" que señalan como poco características las conductas invasivas o inadecuadas en intensidad de estas madres con sus bebés.

Tabla 3
Conductas menos características de las madres por observación

	ITEM	Puntaje	DE	Escala
80	Rara vez le habla directamente al/la bebé	1.42	0.41	*5
41	Afecto plano, cuando interactúa con el/la bebé	1.54	0.86	*5
87	Parece incómoda e intranquila cuando interactúa directamente con el/la bebé cara a cara	1.79	0.81	-
27	Parece "muy sufrida" en su actitud acerca de sus deberes maternos	1.83	0.97	*3
59	Es brusca e invasiva en las interacciones con el/la bebé	1.88	1.46	4
69	Parece abrumada, deprimida	1.96	1.01	-
20	Parece molestarse o disgustarse por las llamadas de atención o las señales de angustia o molestia del/la bebé	2.00	0.42	*3
57	Somete al/la bebé a una constante y rápida sobre-estimulación, el/la bebé se ve abrumado(a)	2.08	1.17	4
13	Se irrita por las exigencias o demandas del/la bebé.	2.29	0.70	*3
19	Percibe el comportamiento negativo del/la bebé como un rechazo a ella	2.38	1.44	-

Nota: 3= "Aceptación", 4= "Interferencia", 5= "Activa-animada"

**Ítem inverso*

Respecto a la sensibilidad autoreportada global el grupo de madres FIV alcanzó una media de 0.58 con poca variabilidad en el grupo ($DE = 0.10$) siendo el rango de 0.48 a 0.68. En cuanto a las escalas la Tabla 1 permite apreciar que “Respuesta sensitiva” y “Accesibilidad” obtuvieron puntuaciones menores al ideal mientras que “Interferencia”, “Activa-animada” y “Proporciona un ambiente interesante” obtuvieron puntajes mayores al ideal. Además, se pudieron hallar coincidencias en cuanto a las escalas “Aceptación” y “Preocupación por la apariencia” cuyos rangos y los del ideal se traslapan.

Por otro lado, la Tabla 4 muestra las conductas que las madres reportan como las más características de su comportamiento materno. Al respecto, es posible identificar que entre ellas existen ítems de la escala “Activa-animada”, dos de los cuales también se hallaron como más característicos en la observación. Éstos reportan una actitud materna de atención a las señales positivas del bebé y búsqueda de contacto positivo con éste a nivel físico y verbal. Además, se señalan como característicos un ítem de la escala “Aceptación” que muestra una visión positiva respecto al bebé; otro de la escala “Respuesta sensitiva” que alude a la prontitud de la respuesta materna; y uno de la escala “Accesibilidad” referente a estar atenta al bebé a pesar de tener otras distracciones o demandas.

Tabla 4

Conductas más características de las madres por auto reporte

	ITEM	Puntaje	DE	escala
21	Está encantada con el/la bebé	9.00	0.00	3
38*	Demuestra afecto tocándolo(a) o acariciándolo(a)	8.50	0.84	5
40	Elogia al bebé	8.50	0.55	5
5	Nota cuando el/la bebé está alterado(a), llora, está molesto(a) o quejumbroso(a)	8.00	1.26	-
39	Cuando lo/la alza, acuna al/la bebé en sus brazos como una forma de interacción típica	8.00	0.89	-
63	Monitorea y responde al/la bebé aún cuando esté comprometida en otra actividad	8.00	1.55	2
1*	Nota o se da cuenta cuando su bebé sonríe y vocaliza	7.83	1.60	5
45	Estimula las iniciativas del/la bebé al alimentarlo(a)	7.83	0.98	-
48	Proporciona onces nutritivas	7.83	0.98	-
64	Responde inmediatamente a llantos y lloriqueos	7.83	1.60	1

Nota: 1= Respuesta Sensitiva; 2= Accesibilidad; 3= Aceptación; 5= Activa-Animada

**ítem que también es más característico por observación*

Por su parte, los ítems que representan las diez conductas reportadas como menos características se pueden apreciar en la Tabla 5. En este caso los ítems que pertenecen a alguna escala son todos inversos. Se puede observar que dos ítems pertenecen a la escala “Respuesta sensitiva”, con éstos las madres señalan que no es característico de su comportamiento pasar por alto las señales o demandas del bebé aunque éstas sean sutiles. Además, aparece un ítem de la escala “Accesibilidad” por

el cual las madres reportan como poco característico el dejar de prestar atención al bebé cuando hay distracciones u otras demandas. Así también, existe un ítem de la escala “Activa-animada” que, coincidiendo con lo observado, reporta que es poco característica la carencia de interacciones verbales con el bebé. Además, se aprecia un ítem de la escala “Proporciona un ambiente interesante” con el que las madres señalan que es poco característica la no-presencia de objetos del bebé en el hogar.

Finalmente, aparecen dos ítems que coinciden al estar también dentro de los menos característicos por observación sin pertenecer a ninguna escala. Estos señalan como poco característico, por un lado, un estado emocional depresivo en la madre, y, por otro, la incomodidad de la madre en las interacciones cara a cara con el bebé.

Tabla 5

Conductas menos características de las madres por auto reporte

	ITEM	Puntaje	DE	Escala
2	No se da cuenta o es insensible a las señales de molestia o angustia del/la bebé	1.17	0.41	1*
84	A veces parece tratar al/la bebé como un objeto inanimado cuando lo/la traslada se una parte a otra, o cuando lo/la cambia de posición	1.33	0.52	-
62	Preocupada por la entrevista, parece ignorar al/la bebé	1.83	1.33	2*
70	Responde prontamente y con precisión a las señales de angustia o molestia del/la bebé, pero frecuentemente ignora o no responde a sus señales positivas de afecto	1.83	1.17	-
72	A primera vista, el hogar muestra poca evidencia de la presencia del/la bebé	1.83	1.60	6*
7	Sólo responde a señales que son frecuentes, prolongadas o intensas del/la bebé	2.00	0.89	1*
69**	Parece abrumada, deprimida	2.00	0.89	-
80**	Rara vez le habla directamente al/la bebé	2.00	0.63	5*
25	Idealiza al/la bebé, no reconoce aspectos negativos	2.17	1.47	-
87**	Parece incómoda e intranquila cuando interactúa directamente con el bebé cara a cara	2.17	1.17	-

Nota: 1=Respuesta sensitiva, 2= Accesibilidad, 5= Activa-animada, 6=Proporciona un ambiente interesante.

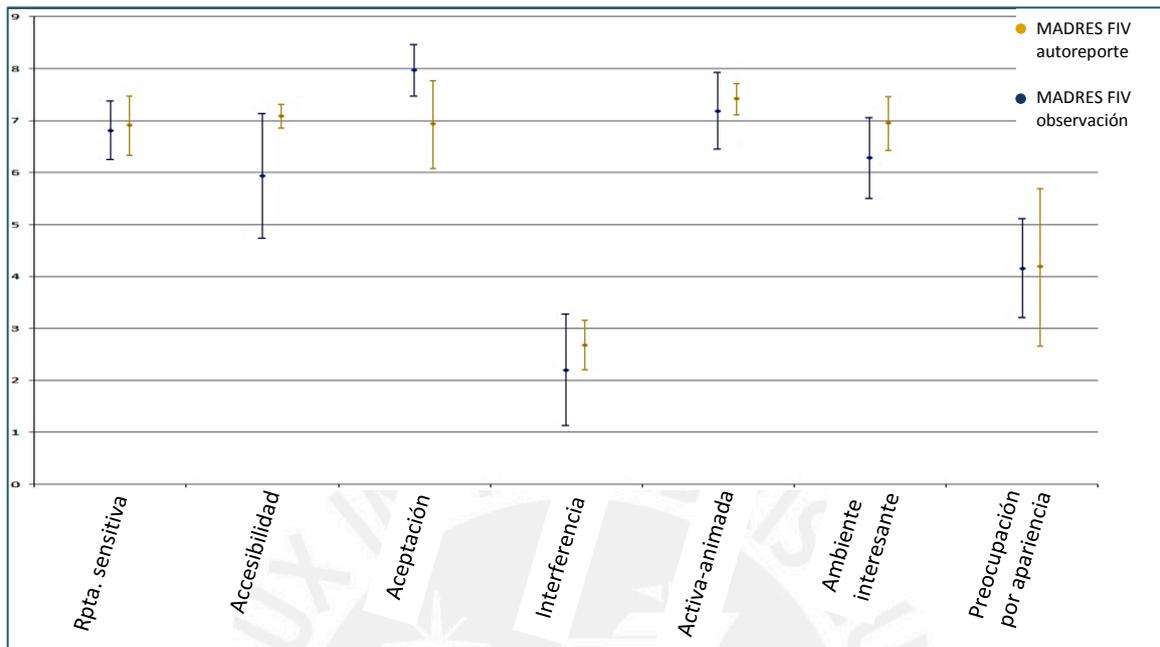
*ítem inverso

**ítem que también es menos característico por observación

Respecto a los datos descriptivos obtenidos en la evaluación de la sensibilidad materna por las dos modalidades, el Gráfico 2 muestra que, tanto en la sensibilidad global (Rango_{obs} 0.60-0.82, Rango_{auto} 0.58-0.68) como en las escalas, los rangos de ambas se traslapan (véase también Tabla 1).

Gráfico 2

Rangos y medias de las escalas de sensibilidad materna en madres FIV por observación y reporte.



Además, se puede apreciar en la Tabla 6 que el reporte y la observación de la sensibilidad de las madres obtuvieron correlaciones significativas y directas y de grandes a medianas con una correlación promedio de .58 ($DE = 0.12$). Por lo que, además de señalar las similitudes en términos descriptivos, se puede decir que ambas modalidades también tienden a ser similares en su configuración.

Tabla 6

Sensibilidad materna observada autoreportada y relación entre ambas

Participante	Sensibilidad observada	Sensibilidad autoreportada	Relación entre conductas observadas y reportadas
Emma	0.74	0.43	.49*
Melina	0.77	0.66	.75*
Marisol	0.77	0.61	.66*
Rosa	0.59	0.41	.49*
Laura	0.82	0.59	.64*
Andrea	0.56	0.62	.45*

*correlación significativa al 0.01

Finalmente, al comparar las puntuaciones de los ítems por observación con las obtenidas por autoreporte se identificaron tres ítems que diferían en más de tres puntos: el 40, el 3 y el 81. El ítem 40 “elogia al bebé” es calificado por observación como un comportamiento que si bien puede darse, no es el más típico en la

interacción con el bebé (5.13). En cambio en el reporte de las madres sobre sus propias características maternas ellas señalan este ítem como muy característico (8.5) de la relación con sus bebés. En el caso del ítem 3, “frecuentemente interpreta las señales del bebé de acuerdo a sus propios deseos y/o estados de ánimo”, se halla que por observación este ítem es calificado como un atributo poco característico (2.46), mientras que el reporte de las madres indica que éste podría ocurrir algunas veces (5.67). Por su parte, respecto al ítem 81, referente a uso del corral para poder desempeñar otras labores, la observación recoge que esta conducta se podría dar o no pero que no se tiene suficiente información para afirmar si es o no característica (5.38). En cambio el reporte de las madres afirma que esta conducta es poco característica de su comportamiento materno (2.33).





Discusión

A continuación se discutirán los resultados encontrados relacionándolos con algunos planteamientos teóricos. En primer lugar, se describirá la sensibilidad que se observó en las madres estudiadas, resaltando los puntos de encuentro y desencuentro respecto a lo esperado idealmente. Cabe mencionar que dentro del análisis de la sensibilidad observada también se tomarán como referencia las puntuaciones de sensibilidad materna de mujeres que concibieron naturalmente halladas por investigaciones canadienses (Bailey, Moran, Pederson & Bento, 2007; Pederson, Gleason, Moran & Bento, 1998; Forbes, Evans, Moran, & Pederson, 2007; Pederson, & Moran, 1995; Moran, Pederson & Krupka, 2005; Van IJzendoorn et al. 2000) y las halladas por Posada et al. (2002) en una muestra de madres colombianas. En segundo lugar, se mencionará el reporte de las madres del estudio respecto a su comportamiento materno haciendo hincapié en las coincidencias y divergencias encontradas en relación a lo observado en ellas. Finalmente, se abordarán las limitaciones del estudio y las recomendaciones para futuras investigaciones.

En términos generales se podría decir que las madres del estudio muestran un comportamiento materno cercano al criterio ideal de sensibilidad. Esto quiere decir que ellas pueden percibir las señales de sus bebés con cierta precisión, sintonizar y responder a sus señales y variar su comportamiento materno apropiadamente. Estas características van en la línea de los hallazgos de investigaciones que reportan que madres que se sometieron a tratamientos de FIV por sus dificultades para la concepción, expresaban calidez hacia sus hijos, experimentaban sentimientos positivos respecto a ellos y tenían un alto involucramiento afectivo con éstos (Golombok 1996; Weaver, Clifford, Gordon, Hay & Robinson, 1993).

Por otro lado, diversos estudios que utilizaron el MBQS (Bailey, Moran, Pederson & Bento, 2007; Pederson, Gleason, Moran & Bento, 1998; Forbes, Evans, Moran, & Pederson, 2007; Pederson, & Moran, 1995; Moran, Pederson & Krupka, 2005; Van IJzendoorn et al. 2000) mostraron que los puntajes de sensibilidad de madres con infantes seguros a los 12 meses suele tener una media de 0.45. De este modo, se podría sugerir que la sensibilidad de las madres del presente estudio es adecuada y además es similar e incluso mayor a la sensibilidad de madres de niños que presentan un apego seguro.

Estos resultados podrían estar sugiriendo que para este grupo de mujeres haber logrado concebir y haber dado a luz a un bebé sano a pesar de las dificultades ha tenido mayor relevancia en su comportamiento materno que la experiencia de la

infertilidad y el proceso de los tratamientos médicos de fertilización que suelen ser emocionalmente costosos.

Este hecho, además, podría haberse visto facilitado por las características particulares que compartían las participantes. Por ejemplo, la etapa del desarrollo en la que se encontraban las madres (5 de las 6 madres tenían entre 33 y 40 años), la adultez temprana, en la que precisamente una de las tareas principales es la consolidación de una familia (Florenzano, 1993), pudiendo, así, estar dotadas de una serie de cualidades que podrían haber favorecido el cuidado materno sensitivo. Del mismo modo, tomando en cuenta que 5 de las 6 participantes tenían estudios superiores, el alto grado de instrucción apreciado podría haber sido también un facilitador pues existen investigaciones que sostienen que la educación formal tiene efectos en la habilidad de las madres para ser responsivas frente a las necesidades de sus hijos (Pederson y Morán, 1990; Valenzuela 1997). Así mismo, el soporte social, que se ha encontrado es un factor que influye positivamente en la sensibilidad materna (Shin, Park, Ryu y Seomun, 2008), puede también haberla favorecido ya que todas las madres tenían pareja y contaban con ayuda en las tareas del hogar y en el cuidado del niño.

Ahondando en la configuración de la conducta sensitiva de este grupo de madres, mediante el análisis de los dominios que integran la sensibilidad materna, se puede decir que éstas destacan principalmente por su actitud aceptante frente a sus bebés ya que se halló que las conductas relacionadas a este dominio podían estar por encima de lo idealmente esperado. Este dato es bastante importante pues evidencia que, en general, estas madres exhiben un tono positivo y una buena disposición frente a sus bebés y sus demandas mayores a los que se esperarían, incluso, en una madre idealmente sensitiva. Específicamente, se puede señalar que las conductas más resaltantes de este dominio son las relacionadas a la buena disposición y buen ánimo frente a las demandas de cuidado del bebé y las que muestran una visión positiva de sus bebés y sus necesidades.

Puede que este dominio haya sido especialmente resaltante en este grupo de mujeres por la gran expectativa y motivación previas respecto a convertirse en madres. Se debe tomar en cuenta que la mayoría de estas mujeres, antes de lograr un embarazo exitoso, tuvieron que someterse a más de un tratamiento por más de año y medio (en promedio), asumiendo una serie de riesgos (Schieve et al., 2004) y costos, tanto emocionales como económicos (Chambers, Ho & Sullivan, 2006; Beutel et al., 1999). El que hayan resuelto atravesar este proceso a pesar de lo mencionado es

signo de la alta valoración que asignaban estas mujeres a tener un hijo, lo cual podría estar facilitando que ahora se enfrenten a sus labores maternas con la destacada disposición y buen ánimo que mostraron.

Del mismo modo, existen características referentes a otros dominios de la sensibilidad que también destacan en las madres del estudio, en este caso por coincidir con el criterio ideal de madre sensitiva. Se plantea que estas características también son notables puesto que se esperaría que madres reales no alcancen puntajes tan cercanos al ideal. Uno de estos dominios es el referido a la participación activa de la madre en las interacciones con su bebé, resaltando en ellas, específicamente, las conductas de atención a las señales positivas del bebé, las iniciativas maternas de contacto físico positivo, la búsqueda de interacciones verbales y la capacidad de establecer interacciones adecuadamente expresivas con sus bebés.

De ese modo, es notorio que estas madres, luego de haber experimentado una serie de dificultades antes de conseguir un embarazo exitoso, al estar ahora en contacto con sus bebés ya nacidos, muestran iniciativa y se relacionan con ellos de forma activa proponiendo acercamientos emocionalmente expresivos y no sólo esperando los contactos que éstos pueda iniciar.

También es notable en las participantes que la dimensión de la sensibilidad referente a conductas de interferencia haya resultado tan baja como idealmente se espera. Específicamente en este grupo de madres resaltan como menos características las conductas invasivas o inadecuadas en intensidad. Con ello se aprecia que, si bien pueden proponer e iniciar el contacto en las interacciones, también son capaces de respetar los ritmos del bebé pudiendo medir sus respuestas y modificar su comportamiento según las señales de placer o displacer que éstos muestren.

Si bien existe evidencia de que madres con dificultades para concebir pueden esperar o fantasear que sus bebés sirvan a sus necesidades (Martins, 2010), de ser este el caso, es posible que las mujeres del estudio, una vez alcanzada la maternidad, hayan estado dispuestas a dejar en segundo plano sus expectativas y disponerse a tomar en cuenta las necesidades y ritmos de sus bebés sin ser impositivas. Hallazgos de otros estudios se alinean a esta idea (Papaligoura & Trevarthen, 2001), ya que encuentran que el cuidado materno de madres con historia de infertilidad, si bien puede ser más intenso, no es experimentado por sus bebés como inapropiado o invasivo.

Otra dimensión notable en estas madres es la referida a conductas maternas dirigidas a organizar un ambiente estimulante y apropiado para el bebé. Se aprecia que las madres del estudio son capaces de crear un espacio interesante para sus hijos de manera cercana a lo idealmente esperado. Estas características evidencian que en ellas existe la intención de estimular adecuadamente al niño brindándole tanto los espacios como los materiales necesarios para que éste se desarrolle.

En este aspecto del cuidado materno puede haber intervenido, hasta cierto punto, el poder adquisitivo que caracterizaba a este grupo de madres. Al respecto se pudo observar que los hogares visitados mostraban signos de solvencia económica, como por ejemplo, la zona donde estaban ubicadas sus residencias, los objetos de valor de la casa y la posibilidad de costear ayuda doméstica. Esta facilidad de acceso a bienes materiales también incluye el acceso a juguetes adecuados para la edad del niño así como materiales y espacios apropiados que estimulen su desarrollo. Además de la facilidad de acceso a cosas materiales, las puntuaciones ideales respecto a proveer un ambiente interesante implican que las madres sean capaces de usar estos elementos para llamar la atención del bebé de modo que éste se mantenga entretenido y estimulado. De este modo, los puntajes obtenidos muestran que estas madres no sólo actúan como proveedoras si no que participan activamente en la creación de este ambiente interesante.

Además, en esta dimensión las madres del estudio también demuestran que son capaces de balancear las necesidades del bebé sin dejar de lado sus propias necesidades. De modo que, al parecer, logran distribuir los espacios de la casa de manera que queden satisfechas tanto las necesidades de estimulación del niño como sus propias necesidades. Así, por ejemplo se observó que poseían espacios en la casa reservados para el trabajo (oficina, estudio, etc.) y/o para el descanso (dormitorio) de la madre separados de las áreas de juego y descanso del bebé. Como se aprecia, este aspecto de la sensibilidad puede significar un reto puesto que implica un equilibrio que no siempre es fácil de lograr.

Otro hallazgo que se debe mencionar respecto a este grupo de madres es que, si bien toman en cuenta el arreglo físico del niño, éste no es una prioridad y pasa a un segundo plano en favor de la estimulación, el disfrute o el aprendizaje del mismo. De modo que, conductas relativas a esta dimensión no son consideradas características del comportamiento materno de las participantes. Este resultado es importante pues concuerda con la propuesta teórica de una madre sensitiva, la cual considera que las conductas de preocupación excesiva por la apariencia del niño pueden llegar a ser

directivas e incluso interferentes. Sin embargo, cabe señalar que el mencionado resultado diverge de lo que han obtenido otras investigaciones respecto a poblaciones latinas. Estos estudios hallan que comportamientos relacionados a mantener la buena apariencia o la buena imagen de los niños frente a los demás suelen ser más resaltantes en madres latinas que en madres no-latinas (Posada et al., 2002 & Valenzuela, 1997). A pesar de ello, las madres del estudio no presentaron esta tendencia sino que más bien coincidieron con lo idealmente esperado.

Así como se distinguen dominios en los que este grupo de madres destacan, existen otros en los que su comportamiento materno se aleja de lo ideal. Éstos son el referente a responder sensitivamente a las señales del bebé y el que alude a tomar en cuenta al bebé y sus señales a pesar de la existencia de otras demandas. Estas características podrían estar relacionadas. Es posible que, en situaciones en las que existen otras exigencias del ambiente, estas madres dejen pasar las señales de sus bebés, dificultando, así, responderles siempre de la manera más adecuada. Sin embargo, estos resultados no implican necesariamente que las madres del estudio no sean sensitivas. De hecho, es preciso tener en cuenta que el perfil ideal responde a un constructo teórico y que es esperable que mujeres reales, como éstas, no noten todas las señales ni den la respuesta más adecuada siempre. Por ello, si bien el puntaje ideal es un referente no se espera que obtengan la misma puntuación.

Por otro lado, cabe mencionar que las siete dimensiones de la sensibilidad exploradas en este grupo de madres encuentran similitudes con las de un grupo de madres colombianas que concibieron naturalmente (Posada et al., 2002). Esto va en la línea de los hallazgos de Gibson et al. (2000) quien no encontró diferencias en la sensibilidad de madres que usaron tratamientos FIV y aquellas que concibieron naturalmente. El estudio de Gibson si bien da indicios de que la sensibilidad general de ambos grupos de madres puede ser similar, no ahonda en las dimensiones de sensibilidad en las que sí se podrían encontrar particularidades que las diferencien. En el caso de las coincidencias con el grupo colombiano, que sí toma en cuenta dimensiones de sensibilidad, se podría decir que las madres del estudio pueden tener características del comportamiento materno similares a otras madres que no han tenido dificultades para concebir. Sin embargo esta afirmación no excluye la posibilidad de que el análisis detallado de la configuración de las conductas maternas de cada dimensión muestre particularidades propias de las madres estudiadas, como aquellas descritas en los párrafos anteriores.

En lo que respecta al autoreporte, se encontró que las madres refieren un comportamiento sensitivo que en términos generales se asemeja en cierta medida a lo observado en ellas. Además, si se toman en cuenta los dominios de la sensibilidad se puede apreciar que esta tendencia se reafirma pues existen coincidencias en todas las escalas. Del mismo modo, existen conductas que, sin pertenecer a ninguna de las escalas, coinciden en ambas modalidades. Por ejemplo, las madres concuerdan con los observadores en que no las caracterizan ni estados emocionales depresivos ni la incomodidad en las interacciones cara a cara con sus bebés. Todas estas coincidencias muestran cierto grado de coherencia en las referencias de las madres y su comportamiento observable.

La existencia de la mencionada concordancia entre la sensibilidad reportada y la observada, a pesar de ser mediana, hace sospechar que las madres del estudio son capaces de describir su propio comportamiento materno con algún grado de fidelidad. Al respecto, es posible hipotetizar que las madres tienen cierta conciencia de sí y que esta capacidad podría relacionarse con sus cualidades sensitivas. Ainsworth (1969) afirma que madres con características sensitivas tienen cierto insight sobre sus propios deseos y estados de ánimo, y que además, ellas están usualmente más atentas de cómo su propio comportamiento y estados de ánimo afectan el comportamiento del infante. Es posible que las madres que reconocen sus propios estados y comportamientos también sean capaces de reconocer los estados y comportamientos de sus bebés. Pero además, esta conciencia también les permitiría identificar de qué manera los estados y comportamientos propios pueden influir sobre los de sus hijos. Esta característica les daría la posibilidad de desplegar comportamientos maternos más sensitivos.

Si bien, como se ha mencionado, en términos generales se pueden señalar coincidencias, también se pueden apreciar diferencias respecto al énfasis que se le da a algunas conductas según una u otra modalidad de registro. Así, por ejemplo, en cuanto a "Aceptación", aun cuando en general el reporte y la observación son similares, los reportes de las madres le dan mayor peso a la visión positiva del bebé (estar encantada con él) mientras que la observación además resalta conductas relacionadas a conservar un estado de ánimo positivo frente al bebé y sus necesidades. En este caso, las particularidades que aparecen en cada modalidad podrían haber estado influidas por el hecho de que siendo un tercero el que recoge la información (en el caso de la observación) éste le dará más importancia a acciones visibles del comportamiento de la madre, como por ejemplo, no disgustarse o no renegar cuando el bebé llora. Por el contrario, es más probable que los reportes de las

madres le den mayor énfasis a aspectos subjetivos no necesariamente observables, como el de sentirse encantadas con sus hijos.

Además de estas diferencias, se hallaron algunas conductas con puntuaciones especialmente divergentes entre lo reportado y lo observado que permiten vislumbrar otros aspectos de las madres estudiadas.

Así por ejemplo, se puede mencionar que el comportamiento de elogiar al bebé se observó con menor frecuencia de lo que reportaron las madres. Es decir, estas mujeres que, como se ha mencionado antes, se caracterizan por tener una visión positiva de sus bebés no la expresan verbalmente con tanta frecuencia como ellas creen. Se puede especular que la imprecisión radica en la dificultad para diferenciar “lo que piensan” de “lo que dicen”. Es decir, estas madres no logran manifestar con precisión cuánto de lo positivo que piensan respecto a sus bebés, realmente les dicen de manera expresa en forma de elogio. De este modo, la sensación subjetiva positiva que tienen en relación a sus hijos podría haber influido en un reporte inexacto respecto a este comportamiento.

En la misma línea, “elogiar”, como comportamiento activo de la madre para interactuar con el bebé, sólo aparece como una de las conductas más características en el autoreporte más no en la observación. En cambio, el comportamiento maternal activo en el que sí existe consenso es el que se refiere al uso de caricias o contacto físico en la interacción con el bebé. Con ello se podría sugerir que las iniciativas de interacción afectiva en este grupo de madres se expresan a través del contacto físico con mayor evidencia que a través de elogios verbales.

Otra conducta que encontró diferencias interpretables es la que se refiere al uso del corral o cuna durante las labores domésticas. Las participantes reportaron que ésta era poco característica, sin embargo los observadores no pudieron señalarla ni como característica ni como no característica. Es posible que la diferencia radique en el hecho de que este tipo de escenarios era raramente observable; ya que, al contar con ayuda en las tareas domésticas, muchas de las madres del estudio nunca realizaron este tipo de labores durante las visitas. Estas condiciones dificultaron señalar con precisión cuán característica era la conducta mencionada.

Si bien la investigación sugiere hallazgos interesantes en este grupo de madres, cabe señalar algunas limitaciones relevantes. En primer lugar se debe hacer referencia al alcance del estudio. En este caso, el número de participantes de esta investigación fue bastante pequeño y, si bien da indicios de cómo se configura el

comportamiento materno en este grupo de madres con historia de infertilidad, no permite hacer generalizaciones o afirmaciones concluyentes. Del mismo modo, las características específicas que, como se mencionó, compartían las madres del estudio (etapa del desarrollo, alto grado de instrucción, cierto poder adquisitivo, soporte conyugal, ayuda en el cuidado del niño y en las tareas del hogar) configuran un marco especial para la maternidad haciendo de éste un grupo bastante específico. De esa manera, los hallazgos no son generalizables pudiendo describir sólo a este grupo particular de madres.

Otra limitación a mencionar, es la posible autoselección de las madres que colaboraron con la investigación. En este caso, el carácter voluntario de la participación en el estudio puede haber filtrado a las madres que poseían características positivamente ligadas a la sensibilidad materna. Así, las que accedieron a participar pueden haber sido aquellas que tenían menos prejuicios frente al haberse sometido a estos tratamientos y/o las que se sentían más cómodas en su rol materno.

Además, tomando en cuenta la aplicación misma de los instrumentos, que incluía el ingreso de personas extrañas al hogar, someterse a dos horas de observación y realizar el autoreporte (ordenando tarjetas por aproximadamente una hora), se puede notar cierto nivel de tolerancia en estas mujeres. Por otro lado, la capacidad de contestar con fluidez a las preguntas realizadas y preguntar coherentemente sobre el estudio y sus resultados, denotan habilidades de comunicación y a la vez un interés por conocer más sobre sus hijos y las posibles implicancias de los tratamientos a los que se sometieron. Las mencionadas cualidades podrían relacionarse con la sensibilidad materna pues darían indicios de que estas mujeres poseen habilidades personales de las que pueden hacer uso en sus labores maternas. De este modo, es posible las mujeres que accedieron a participar hayan tenido cierta tendencia hacia la sensibilidad lo cual podría haber contribuido con los resultados positivos del grupo.

También se puede mencionar como limitación el no haber contado con un grupo de referencia similar al grupo de madres estudiado. En este caso se ha tomado como referentes datos de diversas fuentes, como la muestra colombiana (Posada et al., 2002) y los datos de muestras canadienses (Bailey, Moran, Pederson & Bento, 2007; Pederson, Gleason, Moran & Bento, 1998; Forbes, Evans, Moran, & Pederson, 2007; Pederson, & Moran, 1995; Moran, Pederson & Krupka, 2005; Van IJzendoorn et al. 2000). Sin embargo, por las notables diferencias tanto culturales como

sociodemográficas que existen, ninguna de ellas se puede considerar por completo adecuada para ser usada como punto de comparación.

En consecuencia, se cree importante para futuras investigaciones usar como grupo de comparación una muestra peruana con características sociodemográficas similares siendo un mejor punto de referencia para el grupo estudiado. Sin embargo, no hay que desestimar el reto que puede suponer el encontrar un grupo de comparación similar al de las madres que concibieron por FIV ya que poseen características sociodemográficas muy particulares. En este caso, se tendría que recurrir al reducido grupo de mujeres de entre 35 y 40 años aproximadamente con un solo bebé de entre 14 y 33 meses concebido naturalmente.

Para tal fin, será necesario contar con una muestra más amplia, lo cual, como se ha mencionado, ha sido una limitación en esta investigación. De este modo, será posible hacer comparaciones y afirmaciones que tengan mayores posibilidades de generalización, pudiendo alcanzar una visión más amplia y clara de los atributos que caracterizan el comportamiento materno de esta población. Además, sería relevante poder incluir como parte del análisis, factores relacionados a la historia de infertilidad y a los tratamientos usados, como el número de tratamientos realizados o el tiempo de intento, y su relación con la sensibilidad.

En suma, si bien existen ciertas limitaciones, se puede decir que la investigación muestra que el grupo de madres estudiado que tuvieron historia de infertilidad y que lograron concebir por fertilización in vitro presentan un comportamiento materno sensitivo caracterizado especialmente por el tono afectivo positivo o aceptación frente a sus bebés. Además se pueden mencionar como características notables de éstas su participación activa en las interacciones con sus bebés, la capacidad de proveer un ambiente adecuadamente estimulante para ellos, la capacidad para respetar sus ritmos en las interacciones y el moderado cuidado de la apariencia física de los mismos. También cabe señalar que estas madres pueden tener comportamientos maternos similares a otras madres que no tuvieron dificultades para concebir. Y finalmente, se puede decir que este grupo de mujeres tienden a describir su comportamiento materno con cierta precisión.

Estos hallazgos se consideran importantes pues durante esta investigación se pudo notar, tanto por fuentes directas (comentarios y actitudes de las madres visitadas) como indirectas (reportes de los trabajadores de la clínica), que la tan esperada maternidad puede ser vivida con cierta ansiedad pues se teme que existan implicancias negativas de los tratamientos sobre el desarrollo de los niños o porque las

mujeres llegan a cuestionar su capacidad de ser “buenas madres”, muchas veces producto del estigma de haber sido infértiles. De este modo, la difusión de estos resultados podría favorecer a que madres, como las del estudio, consigan embarcarse en sus labores maternas sintiendo que pueden ser tan capaces como cualquier otra madre.

Por otro lado, no sólo es importante respecto a las madres sino también respecto a la sociedad, ya que la infertilidad es un tema generalmente mantenido oculto incluso dentro de la misma familia. Estos resultados pueden contribuir a que este tema sea abordado con menos culpa y temor por las familias involucradas y con mayor apertura por la sociedad en general.

Finalmente, se considera que esta investigación deja la posibilidad de ahondar en el estudio de la maternidad de mujeres con estas características. Si bien como se ha mencionado ésta es una población de difícil acceso es importante conocer más sobre las diferentes vivencias de maternidad que pueden existir dentro de ella y reconocer los factores que podrían intervenir en una maternidad más o menos sensitiva.

Referencias

- Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Aisworth, M. (1969). Ainsworth Maternal Sensitivity Scales - Johns Hopkins University
Recuperado el 7 de abril del 2011 en:
http://www.psychology.sunysb.edu/attachment/pdf/mda_sens_coop.pdf
- Allen, W. & Cheung, A. (2006). Pregnancy outcomes after assisted reproductive technology. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 28(3),220-50.
Recuperado el 28 de Marzo del 2011 en PubMed
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16650361>
- Bailey, H., Moran, G., Pederson, D. & Bento, S. (2007). Understanding the transmission of attachment using variable- and relationship- centered approaches. *Journal of Development and Psychopathology*, 19, 313-343.
- Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H., & Juffer, F. (2003). Less is more: Meta-analyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychological Bulletin*, 129(2), 195-215.
- Baranger, W. (1991) El Narcisismo en Freud, en Estudio sobre Introducción al Narcisismo de Sigmund Freud. Compilador Joseph Sandler. Julián Yebenes. Madrid, 1991
- Bernstein, J., Lewis, J., & Seibel, M. (1994). Effect of previous infertility on maternal-fetal attachment, coping styles, and self-concept during pregnancy. *Journal of Women's Health*, 3, 125-133.
- Bowlby J.(1988). *A Secure Base: Clinical Applications of Attachment Theory*. Routledge: Londres.
- Bolwlby J. (1976). *El vínculo afectivo*. The Hogarth press: Londres.
- Bonilla-Musoles F., Dolz M., Raga F., Bonilla Jr., Abad de Velasco L., Caballero O. & Castillo J. (2009). *Procedimientos de reproducción asistida*. En Bonilla-Musoles F., Dolz M., Moreno & Raga F. (Dir.), *Reproducción asistida: Abordaje en la práctica clínica* (pp. 287-288). Buenos Aires, Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Braungart-Rieker, J., Hill-Soderlund, A. & Karrass, J. (2010). Fear and anger reactivity trajectories from 4 to 16 months: The roles of temperament, regulation, and maternal sensitivity. *Developmental Psychology*, 46(4), 791-804. Recuperado el 27 de Marzo del 2011, en PsyInfo
<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=fe17f2a3-5881-40c9-93b7->

- 5a8e579d9e72%40sessionmgr11&vid=1&hid=7&bdata=Jmxhbm9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=pdh&AN=dev-46-4-791
- Burns, L. H. (1990). An exploratory study of perceptions of parenting after infertility. *Family Systems Medicine*, 8(2), 177-189. doi:10.1037/h0089398 <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?hid=122&sid=3b039343-53f3-4bba-b9f7-e84a947361ed%40sessionmgr114&vid=35&bdata=Jmxhbm9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=psych&AN=1990-31286-001>
- Cassidy, J. (1999). *Handbook of attachment: theory, research, and clinical applications*. New York : Guilford Press.
- Chirinos M., Caballero P., Martín M, González M., Larrea F., Núñez R. & Caballero P., (2007). Nuevos enfoques en el estudio y diagnóstico de la infertilidad masculina. Aportaciones de la investigación básica al conocimiento de la función espermática. *Revista Internacional Andrológica*. 5(3):270-6. Recuperado el 30 de Mayo del 2011
- Chambers, G., Ho, M. & Sullivan E. (2006). Assisted reproductive technology treatment costs of a live birth: an age-stratified cost–outcome study of treatment in Australia. *Medical Journal of Australia*, 184(4), 155-158. Recuperado el 10 de abril del 2011 en http://www.mja.com.au/public/issues/184_04_200206/cha10890_fm.pdf
- Crockenberg, S. (2006). Infant and maternal behavior moderate reactivity to predict anxious behavior at 2.5 years. *Development and Psychopathology*, 18(1), 17-34. Recuperado el 27 de Marzo del 2011 en <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?hid=122&sid=3b039343-53f3-4bba-b9f7-e84a947361ed%40sessionmgr114&vid=10&bdata=Jmxhbm9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=psych&AN=2006-03348-002>
- Estela, E.(2000).Aspectos emocionales en la infertilidad: una revisión de la literatura reciente. *Revista Chilena de Neurología-Psiquiatría*, 38(2): 94-103. Recuperado el 23 de Abril del 2011 en http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272000000200004&script=sci_arttext#23
- Florenzano, R. (1993). *En el camino de la vida: estudios sobre el ciclo vital*. Santiago de Chile: Universitaria.
- Forbes, L., Evans, E., Moran, G. & Pederson, D. (2007). *Child Development*, 78(3), 955-971.
- Gibson, F. L, Ungerer J., Tenant Ch., Saunders, D. (2000) Parental adjustment and attitudes to parenting after in vitro fertilization. *Fertility and Sterility*, 73(3), 565-574. Recuperado el 28 de Marzo del 2011 en [http://www.fertstert.org/article/S0015-0282\(99\)00583-X/abstract](http://www.fertstert.org/article/S0015-0282(99)00583-X/abstract)

- Gibson, F. A. , Ungerer J., Tenant Ch., McMahon C. A., Leslie, G. I. & Saunders D. (2000). The Mother-Child Relationship Following In Vitro Fertilisation (IVF): Infant Attachment, Responsivity, and Maternal Sensitivity. *Journal Of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*, 41(8), 1015.
- Golombok, S., Brewaeys, A., Cook, R., Giavazzi, M. T., Guerra, D., Mantovani, A., Van Hall, E., Crosignani, P. G., & Dexeus, S. (1996). The European study of assisted reproduction families : Family functioning and child development. *Human Reproduction*, 11, 2324±2331.
- Green, M., & Solnit, A. J. (1964). Reactions to the threatened loss of a child: A vulnerable child syndrome. *Pediatrics*, 34, 58-66.
- Hjollund et al. (1999). Distress and reduced fertility: a follow-up study of first-pregnancy planners. *Journal of Fertility and Sterility*, 72(1),47-53. Recuperado el 23 de abril del 2011 en PubMed <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10428147>
- Jackson, R. .A., Gibson K. A., Wu Y. W. & Croughan M. S. (2004). Perinatal outcomes in singletons following in vitro fertilization: a meta-analysis. *Obstetrics and Gynecology*,103(3),551-63. Recuperado el 28 de Marzo del 2011 en PubMed <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14990421>
- Kiang, L., Moreno, A. J., & Robinson, J. L. (2004). Maternal Preconceptions About Parenting Predict Child Temperament, Maternal Sensitivity, and Children's Empathy. *Developmental Psychology*, 40(6)
- Lukse, M. (1999). Grief, Depression, and Coping in Women Undergoing Infertility Treatment. *Journal of Obstetrics and Gynecology*, 93(2), 245-251. Recuperado el 13 de Junio del 2011 en http://journals.lww.com/greenjournal/Abstract/1999/02000/Grief,_Depression,_and_Coping_in_Women_Undergoing.17.aspx
- Martins, D., (2010). Representaciones sobre la maternidad en un grupo de mujeres embarazadas por reproducción asistida. Tesis de licenciatura, Pontificia Universidad católica del Perú, Lima, Perú.
- McMahon, C. A., Ungerer, J. A., Beaurepaire, J., Tennant, C. & Saunders, D. M. (1995). Psychosocial outcomes for parents and children after in vitro fertilization: A review. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 13(1), 1-16. Recuperado el 23 de abril en PsyInfo.
- McMahon, C. A., Ungerer, J. A., Beaurepaire, J., Tennant, C. C., & Saunders, D. M. (1997). Anxiety during pregnancy and fetal attachment after in-vitro fertilization conception. *Human Reproduction*, 12, 101-107 en PsyInfo.
- McMahon, C. A., Ungerer, J. A., Tennant, C. C., & Saunders, D. M. (1997). Psychosocial adjustment and the quality of the mother child relationship at four

- months postpartum after conception by in vitro fertilization. *Fertility and Sterility*, 68, 492-500.
- Moran, G., Pederson, D. & Krupka, A. (2005). Maternal Unresolved Attachment Status Impedes the Effectiveness of Interventions with Adolescent Mothers. *Infant Mental Health Journal*, 26(3), 231-249.
- Moreno, C. (2009). *Infertilidad y reproducción asistida: guía práctica de intervención psicológica*. Madrid : Ediciones Pirámide.
- Mukhopadhyaya, N., Arulkumaran, S. (2007). Reproductive outcomes after in-vitro fertilization. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 19(2), 113-9. Recuperado el 29 de marzo del 2011 en PubMed <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17353678>
- Papaligoura, Z., & Trevarthen, C. (2001). Mother-infant communication can be enhanced after conception by in-vitro fertilization. *Infant Mental Health Journal*, 22(6), 591-610. Doi: 10.1002/imhj.1021
- Pederson, D., Gleason, K., Moran, G. & Bento, S. (1998). Maternal Attachment representations, Maternal sensitivity and the infant mother Attachment Relationship. *Journal of Developmental Psychology*, 34(5), 923-933.
- Pederson, D., & Moran, G. (1995). A Categorical Description of Infant –Mother Relationship in the Home and Its Relation to Q-sort Measures of Infant-Mother Interaction. En E. Waters, B. E. Vaughn G. Posada, & K. Kondo-Ikemura (Eds.) *Monographs of the society for research in Child Development*, 60(2/3), Caregiving, Cultural and Cognitive perspectives on Secure-Base Behavior and Working Models: New Growing Points Of Attachment Theory and Research.
- Pederson, D., & Moran, G. (1995) Appendix B. Maternal Behavior Q-set. En E. Waters, B. E. Vaughn G. Posada, & K. Kondo-Ikemura (Eds.) *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 60(2/3), Serial No. 244, (pp. 247-254). Caregiving, Cultural, and Cognitive Perspectives on Secure-Base Behavior and Working Models: New Growing Point of Attachment Theory and Research.
- Pederson, D., Moran, G., Sitko, C., & Campbell, K. (1990). Maternal sensitivity and the security of infant-mother attachment: A Q-sort study. *Child Development*, 61(6), 1974-1983.
- Posada, G., Carbonell, O. A., Alzate, G., & Plata, S. J. (2004). Through Colombian Lenses: Ethnographic and Conventional Analyses of Maternal Care and Their Associations With Secure Base Behavior. *Developmental Psychology*, 40(4).
- Posada, G., Jacobs, A., Richmond, M. K., Carbonell, O. A., Alzate, G., Bustamante, M. R., & Quiceno, J. (2002). Maternal caregiving and infant security in two

- cultures. *Developmental Psychology*, 38(1), 67-78. doi:10.1037/0012-1649.38.1.67
- Propper, C., Moore, G., Mills-Koonce, W., Halpern, C., Hill-Soderlund, A., Calkins, S., Carbone, M. & Cox, M. (2008). Gene-environment contributions to the development of infant vagal reactivity: The interaction of dopamine and maternal sensitivity. *Child Development*, 79(5), pp. 1377-1394. Recuperado el 27 de marzo del 2011 en <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=0c648d2b-a288-49ae-b8ba-d05f5f83714e%40sessionmgr10&vid=1&hid=25&bdata=Jmxhbm9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=psyh&AN=2008-13390-011>
- Schieve, L., Ferre, C., Peterson, H., Macaluso, M., Reynolds, M. & Wright, V. (2004) Perinatal Outcome Among Singleton Infants Conceived Through Assisted Reproductive Technology in the United States. *Journal of Obstetrics & Gynecology*, 103(6), 1144-1153. Recuperado el 10 de Abril del 2011 en http://journals.lww.com/greenjournal/abstract/2004/06000/perinatal_outcome_among_singleton_infants.4.aspx
- Shin, H., Park, Y., Ryu, H., & Seomun, G. (2008). Maternal sensitivity: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 64(3), 304-314. Recuperado el 10 de Abril del 2011 en PsylInfo <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=36b50208-0285-4dc9-ada2-ec3ccc3fee8b%40sessionmgr14&vid=1&hid=17&bdata=Jmxhbm9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=psyh&AN=2008-15027-009>
- Stern, D. (1997). La constelación maternal. Buenos Aires, Paidós.
- Valenzuela, M. (1997). Maternal Sensitivity in a Developing Society: The Context of Urban Poverty and Infant Chronic Undernutrition. *Developmental Psychology*. 33(5), 845-855.
- Van Balen, F., Naaktgeboren, N., & Trimbos-Kemper, C. M. (1995). In-vitro fertilization: The experience of treatment, pregnancy and delivery. *Human Reproduction*, 11, 95-98.
- Van IJzendoorn, M., Moran, G., Belsky, J., Pederson, D., Bakermans-Kranenburg M. & Kneppers, k., (2000). *Child Development*, 71(4), 1086-1098.
- Pederson D. & Moran G. (1995). Maternal Behavior Q-set (appendix B). In E. Waters, B. Vaughn, G. Posada, & K. Kondo-Ikemura (Eds.), *Caregiving, cultural and cognitive perspectives on secure-base behaviour and working models: New growing points of attachment theory and research*. Monographs of the Society for Research in Child Development, 60 (2-3, serial No. 244) (pp. 247-2254). Chicago: The University of Chicago Press.

Weaver, S. M., Clifford, E., Gordon, A. G., Hay, D. M., & Robinson, J. (1993). A follow-up study of "successful" IVF/GIFT couples : Social-emotional wellbeing and adjustment to parenthood. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 14, 5-16.





Anexo A- Ficha de datos

FICHA DE DATOS

Nombre	N° contacto		Mail:			
Edad:		Causa del infertilidad :	F M Mixto ND			
Estado civil:		Tiempo de intento de concepción natural:				
Grado de instrucción:		Tiempo de intento de concepción asistida:				
			1°	2°	3°	4°
Ocupación:		Métodos usados en orden				
Tiempo con la pareja:		Tiempo de intento c/u				
		Número de Intentos c/u				
Número de hijos:	Por TRA: Sin TRA:	Número de pérdidas antes del embarazo:				
Edad de hijos:	Por TRA: Sin TRA:					
Método por el que concibió						
Complicaciones en el embarazo:						
Complicaciones durante el parto:						
Meses de gestación- peso al nacer						

Anexo B – Consentimiento informado

Consentimiento Informado N°__

El presente proyecto es conducido por Ana Fernández Jondec, alumna de la Pontificia Universidad Católica del Perú. La meta de este estudio es explorar la manera en que las madres se relacionan con sus hijos/as, habiendo sido, éstos, concebidos mediante Tratamientos de Reproducción Asistida.

Este estudio consta de tres visitas. En las dos primeras las investigadoras presenciarán 45 minutos de un día típico de la madre con su hijo/a y en la segunda se le pedirá que realice el ordenamiento de unas tarjetas reportando su comportamiento materno.

La participación en este estudio es voluntaria. La información que se recoja será confidencial y anónima, y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él, pudiendo retirarse sin perjuicio alguno.

Desde ya le agradecemos su participación.

 Firma

El presente proyecto es conducido por Ana Fernández Jondec, alumna de la Pontificia Universidad Católica del Perú. La meta de este estudio es explorar la manera en que las madres se relacionan con sus hijos/as, habiendo sido, éstos, concebidos mediante Tratamientos de Reproducción Asistida.

Este estudio consta de tres visitas. En las dos primeras las investigadoras presenciarán 45 minutos de un día típico de la madre con su hijo/a y en la segunda se le pedirá que realice el ordenamiento de unas tarjetas reportando su comportamiento materno.

La participación en este estudio es voluntaria. La información que se recoja será confidencial y anónima, y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él, pudiendo retirarse sin perjuicio alguno.

Yo, _____ acepto participar voluntariamente en esta investigación, habiendo sido informada de los objetivos e implicancias de la investigación.

 Firma

 Fecha

Anexo C – Sensitividad materna de muestra de comparación colombiana

Maternal Caregiving and Infant Security in Two Cultures

(Posada et al., 2002)

En este estudio se compararon muestras de dos culturas: La colombiana y la estadounidense. La de Colombia fue tomada de la ciudad de Bogotá y contó con 61 diadas madre-infante de clase media. Las participantes provenían del Sector socio económico 3 según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Fueron contactadas mediante proveedores de salud, vivienda y educación que se encontraban asociados con estas familias. Los niños eran saludables y de una población no clínica. Además, los niños vivían con ambos padres y las madres se declaraban como las cuidadoras principales de los niños. Las edades de las madres iban de los 21 a los 42 años (M 31.2 años), y su nivel educativo iba de secundaria incompleta al grado universitario 4 madres no habían completado la secundaria, 12 tenían secundaria completa, 20 tenían estudios técnicos, 1 no había completado la universidad, y 21 tenían título universitario; 3 madres no reportaron su educación. En cuanto a los bebés, habían 33 niños y 28 niñas entre 8 y 19 meses en el momento de la primera evaluación de apego (M= 12.7 meses)

Sensitividad materna global y escalas de muestra colombiana

	M	DE	Min.-máx.	α de Cronbach
Sensitividad global	.69	.17	-.05-.88	
Escalas				
Respuesta Sensitiva	6.87	0.99	3.92–8.06	0.92
Accesibilidad	6.21	1.07	3.14–8.06	0.88
Aceptación	7.38	0.91	2.83–8.58	0.83
Interferencia	2.36	0.84	1.25–5.33	0.76
Activa–Animada	7.47	0.92	3.78–8.67	0.89
Crea un ambiente interesante	6.37	1.11	3.65–8.30	0.80
Preocupación por apariencia física	6.00	1.06	3.92–8.42	0.73