



PONTIFICIA **UNIVERSIDAD CATÓLICA** DEL PERÚ

Esta obra ha sido publicada bajo la licencia Creative Commons  
Reconocimiento-No comercial-Compartir bajo la misma licencia 2.5 Perú.

Para ver una copia de dicha licencia, visite  
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>





PONTIFICIA  
**UNIVERSIDAD  
CATÓLICA**  
DEL PERÚ

**FACULTAD DE LETRAS Y CIENCIAS HUMANAS**

**AUTOESTIMA MATERNA Y CALIDAD DE LA RELACIÓN DE  
PAREJA EN MADRES DE NIVEL SOCIOECONÓMICO MEDIO-  
ALTO DE LIMA METROPOLITANA**

Tesis para optar por el título de Licenciado en Psicología con  
mención en Psicología Clínica que presenta el Bachiller:

Alvaro Jaime Hinostroza Ballón

Asesora: Mónica Cassaretto

Lima, 2010

## AGRADECIMIENTOS

A Mónica Cassaretto, mi asesora, sin quien hubiera sido doblemente difícil concluir este proyecto. ¡Gracias, te quiero!

A mis padres, que siempre están conmigo y a quienes les debo cada logro que alcance en mi vida.

A cada niño que tuve la fortuna de ver crecer durante un año y me llenaron de alegría y de gratos recuerdos.

A Magaly Nóbrega, por el tiempo que le dedico a este documento y sus valiosos comentarios.

A Rocío Luna, por compartir conmigo los datos de su importante investigación.

A Martín Malaspina, por su amistad y desinteresado apoyo en materia estadística durante todo este proceso.

A las instituciones educativas de las cuales forme parte, que me mostraron su interés y confianza. Especialmente, a las madres que participaron en esta investigación

A Raquel, Angie y Sandra, que me dieron la oportunidad de acercarme al mundo infantil y marcar mi vida con ello.

A Claudia, cuya compañía me dio el impulso necesario para concluir este trabajo.

A Arletty, por su cariño y acertados comentarios.

Y a mis familiares y amigos, con quienes disfruto la vida.

¡Gracias!

## RESUMEN

### **Autoestima materna y calidad de la relación de pareja en madres de nivel socioeconómico medio-alto de Lima Metropolitana**

La presente investigación tiene como objetivo principal determinar la relación entre la autoestima materna y la calidad de la relación de pareja en madres de nivel socioeconómico medio-alto de Lima Metropolitana. Asimismo, se propone describir cada variable independiente y determinar las diferencias significativas existentes entre éstas y los factores sociodemográficos: tiempo en la relación de pareja, edad de la madre, número de hijos, edad del hijo, sexo del hijo y, edad y sexo del hijo simultáneamente. Para ello; se aplicó a 51 madres, el Cuestionario Materno (CM) y la Escala de Ajuste Diádico (EAD). Los resultados muestran una correlación positiva y significativa entre las variables independientes. Asimismo, a modo general, las participantes se encuentran en un nivel medio de autoestima materna y refieren tener una buena calidad de relación de pareja. Finalmente, las comparaciones que resultaron siendo significativas fueron: en el caso del CM, las que se evaluaron en función a la edad de la madre, al número de hijos, y a la edad y el sexo del hijo simultáneamente; y en el caso de la EAD, las que se evaluaron en función a la edad del hijo, y a la edad y el sexo del hijo simultáneamente.

Palabras clave: Autoestima materna, calidad de la relación de pareja, ajuste diádico

## ABSTRACT

### **Maternal self-esteem and couple's relationship quality in mothers of medium-high socioeconomic status in Metropolitan Lima**

The main objective of the present research is to determine the relationship between maternal self-esteem and couple's relationship quality in mothers of medium-high socioeconomic status in Metropolitan Lima. It also, intends to describe each independent variable and determine the significant differences between them and demographic factors: time in the couple's relationship, age of mother, number of children, age of child, sex of child, age and sex child simultaneously. For this purpose, the "Cuestionario Materno" (CM) and the "Escala de Ajuste Diádico" (EAD) were applied to 51 mothers. The results show a significant correlation between the independent variables. Also, in general pattern, the participants reported an average level of maternal self-esteem, and a good couple's relationship quality. Finally, the significant comparisons were: in the case of CM, the ones evaluated according to the age of mother, number of children, and age and sex of the child simultaneously, and in the case of EAD, the ones evaluated at the age of the child, and age and sex of the child simultaneously.

Keywords: Maternal self-esteem, couple relationship quality, dyadic adjustment

## TABLA DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN	i
CAPITULO 1: Autoestima materna y calidad de la relación de pareja	1
Evolución del constructo autoestima materna	1
Dimensiones que comprende la autoestima materna	4
Factores psicosociales asociados a la autoestima materna	7
Aspectos generales de las relaciones de pareja	10
Factores psicosociales asociados a la calidad de la relación de pareja	12
Impacto de la paternidad en la relación de pareja	15
Planteamiento del problema	17
Objetivo general	18
Objetivos específicos	18
CAPÍTULO 2: Metodología	19
Tipo y diseño de investigación	19
Participantes	19
Descripción de la población	19
Instrumentos	20
Ficha sociodemográfica	20
Cuestionario de Autoestima Materna	21
Escala de Ajuste Diádico (EAD)	23
Procedimiento	25
CAPÍTULO 3: Resultados	27
CAPÍTULO 4: Discusión	34
REFERENCIAS	
ANEXOS	

## INTRODUCCION

La manera en que se vive la maternidad actualmente es diferente a cómo la vivían las generaciones anteriores. Fuller (2001) resalta que antiguamente a una mujer se le consideraba adulta cuando se convertía en madre, siendo este el acontecimiento social más importante y deseado de sus vidas al verse reconocidas y sentirse valoradas públicamente. En este sentido, el eje alrededor del cual giraba la vida de una mujer era el ser madre. Hoy, este orden de prioridades se ha flexibilizado y ha cedido debido a una nueva sociedad con cambios en los patrones demográficos, sexuales, reproductivos y a la creciente intención de la mujer a involucrarse en actividades públicas por medio de la educación, el trabajo remunerado y la participación política. Esto implica que las mujeres poseen ahora nuevas opciones de reconocimiento como ejes de identificación, que en ciertos casos compiten con la labor de ser madre, o por lo menos con la concepción tradicional que el rol engloba. A pesar que la posibilidad económica determina una mayor capacidad de elección, facilitando en cierta medida, una mejor integración entre la maternidad y otras actividades, existen muchas madres entregadas que han logrado desarrollarse exitosamente en otros campos.

Por otro lado, si bien la madre es quien vivencia directamente el embarazo, el parto y la lactancia, sería indebido obviar al padre en este proceso. Teóricamente, la función paterna posibilita que el niño se reconozca como hijo de una pareja (Schoffer, 2008), donde además el padre sostiene a la madre mediante su vínculo con ella. El bebé nace de un vínculo. Nace un bebé, y con él, nace una mamá y un papá, condición inherente del ser humano. El esposo, para efectos de esta investigación, también participa conductual y emocionalmente junto a la madre. Por ello, la importancia de la calidad de la relación de pareja cuando las actividades paternas se imponen ante las de pareja, en algunos casos en forma imperativa como lo describen Dell & Erem (2004):

“la vida con un recién nacido es como un campo de entrenamiento militar: se mete en él porque le encanta, pero representa un desafío a cada instante. Al introducir un recién nacido a la casa, uno se acoge a una rutina en donde quien está al mando es mucho menos competente que uno. Esa personita manda sobre uno sin la menor consideración por las necesidades del otro, como sueño y alimento, y esa personita nunca, jamás, afloja su dominio. Un campo de entrenamiento está diseñado para moldear al recluta y producir un individuo que pueda funcionar de manera automática, sin pensar ¡y eso es exactamente lo que hacen los bebés con sus padres!” (pp.123).

En este sentido, consideramos que la buena calidad de la relación de pareja podrá determinar aspectos que enmarquen el sostenimiento que la madre requiere. La madre percibirá el clima generado entre ambos, donde el sentimiento que ello produzca se verá dirigido hacia el hijo. Según Dam (2005), el que se convierte en padre junto con la madre es el único capaz de poder satisfacer a plenitud las necesidades y dudas que la madre pueda percibir.

La investigación realizada por Rocío Luna (2010 en prensa), mediante la cual adaptó “The Maternal Self Report Inventory” (MSI) para la población peruana de nivel socioeconómico medio-alto y alto, en lo que ella denominaría “El Cuestionario de Autoestima Materna”, dejó abierta la posibilidad de poder seguir indagando acerca de lo que determina una maternidad propicia y poder familiarizarse con el nuevo constructo que los autores proponen. Precisamente, con este precedente y analizando el contexto socio-cultural que describimos anteriormente, es que surge la idea de realizar el presente trabajo de investigación, el cual tiene como hipótesis corroborar la estrecha relación que se da entre la autoestima materna y la calidad de la relación de pareja. Asimismo, describir ambas variables con la intención de comparar individualmente su comportamiento bajo diferentes condiciones, como la edad de la madre o el sexo del hijo, entre otras.

Para ello, el presente trabajo está dividido en cuatro capítulos. En el primer capítulo, en términos generales, se desarrolla la revisión teórica de las variables autoestima materna y calidad de la relación de pareja, tras lo cual se señala el impacto de la paternidad en la relación de pareja. Específicamente, se contextualiza el constructo para pasar a definirlo; luego, se detallan las dimensiones en las que se han estructurado los instrumentos aplicados para cada variable; para posteriormente evaluar los factores psicosociales asociados a cada una. Como parte final del marco teórico, se presenta el planteamiento del problema, así como las hipótesis y los objetivos trazados.

En el segundo capítulo, se describe la metodología utilizada. Se detalla el diseño de investigación, el tipo de muestreo usado para seleccionar la muestra, las características de inclusión o exclusión de los participantes y los instrumentos utilizados para recoger los datos. Asimismo, se registran las últimas investigaciones relevantes que han usado los cuestionarios que aquí detallamos y los resultados obtenidos sobre el análisis de validez y confiabilidad de las pruebas en aquellos estudios y en éste.

En el tercer capítulo, se describen los resultados encontrados para las variables autoestima materna y calidad de la relación de pareja. Se mencionan las comparaciones efectuadas y si resultaron siendo significativas o no significativas. En

esta sección se muestran las tablas de las comparaciones significativas, mientras que las tablas de las comparaciones no significativas están adjuntadas como anexos.

En el cuarto capítulo, se pretende entender y discutir los resultados en función al marco teórico desarrollado. Finalmente, el presente trabajo se completa con las conclusiones, las referencias bibliográficas y los anexos.

Considerando que el constructo autoestima materna sintetiza los aspectos que los estudios científicos previos han concluido sobre el objeto materno y sus ejes centrales, otorgando un instrumento útil mediante su valiosa definición teórica. La presente investigación pretende contribuir con el proceso de maternidad y análisis del objeto materno, vinculando el constructo autoestima materna con la posible influencia del padre, visto como esposo, lo que ofrecería una línea de estudio a investigaciones posteriores.





## CAPÍTULO 1

## AUTOESTIMA MATERNA Y CALIDAD DE LA RELACIÓN DE PAREJA

*Evolución del constructo autoestima materna*

Según Tubert, a partir de 1750 empezó en la sociedad europea a resaltar la importancia, para el desarrollo del niño, del sentimiento de amor materno. No obstante; no sólo se establecen las actitudes y conductas maternas a desarrollar, sino que se promueve la figura de la mujer en tanto madre. Por ello, se incrementan los medios informativos que recomiendan a las madres ocuparse personalmente de sus hijos, generando la obligación en las mujeres de ser ante todo madres (citado en Zelaya, Mendoza & Soto, 2006).

Debido a que, ser madre se convirtió en uno de los valores principales de la sociedad y en el rol que toda mujer debía asumir, la maternidad empezó a ser objeto de investigación, discusión y análisis, que posteriormente sentaron precedentes en el campo de la psicología del desarrollo.

Según Velásquez (1997), a inicios del siglo XX, la teoría psicoanalítica inicialmente consideraba a la mujer como un complemento del hombre, y que además, se encontraba necesitada del pene para poder realizarse; al no ser posible esto, ellas solamente podían alcanzar su realización cuando se convertían en madres. En la década de los 70's, el movimiento feminista se opone a las teorías psicoanalíticas, considerándolas como representantes de una ideología patriarcal; en este sentido, entienden que la función reproductora ha servido de argumento para justificar la subordinación, por lo que rechazan que la maternidad sea un elemento importante diferenciador entre géneros. Una posterior incursión del feminismo, con mayor nivel de apertura y consenso, se dio cuando psicoanalistas mujeres con un enfoque de género sostuvieron que la maternidad se comprendería mejor haciendo énfasis en las diferencias entre hombres y mujeres y en las singularidades de cada uno. De esta manera, las investigaciones que mayormente se dedicaban a evaluar la conducta materna giraron hacia la propia subjetividad de la madre, como mujer y dentro de un contexto específico.

A través de los años; los psicólogos dedicados al estudio, del ahora llamado, objeto materno han ido definiendo constructos con la intención de unificar criterios para un mejor entendimiento y análisis. Asimismo, basada en la premisa de que una conducta no responde necesariamente a una misma actitud (Eagly & Chaiken, 1998), los incentivos que pueden llevar a una madre a atender a su hijo pueden ser

opuestos en un mismo contexto. Por ello, era necesario delimitar el constructo actitud materna.

Estrella (1985) considera la actitud materna como un estado o disposición psíquica adquirida en base a aspectos cognitivos, emotivos y comportamentales, que predisponen a la madre a desenvolverse de una manera particular frente a su hijo en diferentes situaciones. Agrega que sus componentes se determinan por los juicios, creencias y valores de la madre respecto a su hijo (componente cognitivo); por los sentimientos de simpatía o antipatía, las sensaciones placenteras o displacenteras hacia el hijo (componente afectivo); y por la disposición de actuar de una manera determinada ante su hijo (componente comportamental).

Considerando que la conducta materna no respondía necesariamente a una actitud materna y que la autoestima sustenta el funcionamiento de una persona, Shea & Tronick (1988) recogen la subjetividad de la madre explorando la valoración consciente que tiene de sí misma en su nuevo rol, en un instrumento llamado "Maternal Self Report Inventory", estructuralmente basado en cuestionarios de actitud materna y en una entrevista estructurada sobre adaptación materna, el cual define y delimita el constructo: Maternal Self-esteem o Autoestima materna. En ese sentido, para estos autores, la autoestima materna sería el valor que una mujer le asigna a la evaluación que ella misma realiza de su rol como madre.

Según Gonzáles & Gil (2006); la autoestima se establece, por una parte, en base a la evaluación que la persona realiza de sí misma y de su propia relación con el ambiente y, por otra parte, su jerarquía de valores, los cuales forman un modelo coherente a través del cual la persona trata de planificar y organizar su propia vida dentro de los límites establecidos por el ambiente social. Dada esta complejidad, actualmente diversos autores (Delugach, Bracken, Bracken & Schike, 1992; Romero, Luengo & Otero, 1995; citados en Gonzáles & Gil, 2006) destacan que la autoestima es un constructo integrado por diferentes dimensiones que han de ser tenidas en cuenta a la hora de explorar su interacción con otras variables. Comprender dicha interacción supone profundizar en el papel causal de los sentimientos en los pensamientos y conductas.

En 1992, MacGrath & Meyer, consideraron a la autoestima materna como un componente esencial de la maternidad y la definieron como el valor que una mujer le asigna a la evaluación que ella misma realiza de su rol como madre.

Por otro lado, MacGrath & Meyer (1992) afirmaron que la autoestima materna está influenciada por características maternas y características del infante, que incluye la salud del niño, la percepción materna de la salud del niño, la conducta del recién nacido y variables sociodemográficas.

Farrow & Blissett (2007), sostienen que la autoestima materna está estrechamente relacionada con la autoestima general de la persona debido a que ambas implican una autovaloración personal y subjetiva de sí misma; sin embargo, mientras la autoestima general evalúa la competencia y valoración a nivel global de la persona, la autoestima materna se concentra en la autoevaluación de una madre de su capacidad para criar un hijo y la valoración que le asigna a dicha valoración. Asimismo, detallan que la autoeficacia materna puede ser definida como la evaluación de cuán positiva considera la madre su habilidad en el cuidado de su hijo, por lo que la autoeficacia materna implica un área específica del constructo autoestima materna.

Chen & Conrad (2001) proponen que la autoestima materna está estrechamente relacionada con la autoestima global de la madre debido a que ambas son autoevaluaciones derivadas de la persona; sin embargo, mientras la autoestima en general refleja la evaluación de la competencia y el valor de una persona, la autoestima materna se centra en la competencia y el valor de aspectos específicos que enfrenta una mujer que es madre.

Shea & Tronick, en 1988, sostuvieron que la autoestima materna es un constructo que describe un factor psicológico básico que media los efectos biológicos y sociales que afectan a las mujeres en su adaptación a la maternidad, ya que según las investigaciones realizadas por los autores, tanto mínimas variaciones en la salud del bebé como mínimas variaciones en el medio familiar afectan los sentimientos de la mujer en el momento de la adaptación a la maternidad. Asimismo, conceptualizan el constructo de acuerdo a varias dimensiones: habilidad para el cuidado; habilidad general como madre; aceptación del bebé; relación esperada con el bebé; sentimientos durante el embarazo, trabajo de parto y parto; aceptación parental e imagen corporal y salud después del parto.

En este sentido, mientras un alto nivel de autoestima materna aseguraría una adaptación saludable al rol materno y una mayor naturalidad y mejor desenvolvimiento en el mismo, un bajo nivel de autoestima materna implicaría actitudes y conductas que desencadenarían, con mayor intensidad y frecuencia, sentimientos de incapacidad y temor. Shea & Tronick (1988) refieren que las consecuencias negativas de la baja autoestima materna sería que las madres sean menos facilitadoras y más disruptivas en cuanto al desarrollo de su hijo; por ello, resulta fundamental un entorno saludable que provea los recursos necesarios para lograr un buen desarrollo infantil.

En el 2005; Raznoszczyk et al.; estudiaron la expresividad emocional y la regulación afectiva en 40 díadas madre-bebé, de manera empírica observacional durante el primer año de vida, y su relación con la autoestima materna. Midieron la autoestima materna mediante una entrevista y utilizando el Maternal Self Report

Inventory (Shea & Tronick, 1988) demostrando que altos valores en autoestima materna correlacionaba significativa y directamente con las expresiones faciales de afecto positivo que demostraban estas madres participantes durante la interacción que mantenían con sus hijos.

### *Dimensiones que comprende la autoestima materna*

Shea & Tronick (1988), han proporcionado datos en profundidad sobre los sentimientos y las actitudes de las madres hacia el embarazo y la maternidad. Sus descripciones se basan en años de observación clínica, entrevistas con las madres y los datos de los cuestionarios diseñados para evaluar la adaptación a la maternidad. De acuerdo a la literatura, los autores definen el constructo considerando las siguientes dimensiones:

1. **Habilidad para el cuidado:** Referida a la destreza percibida de la madre para cubrir las necesidades básicas del niño. Esta destreza está basada en la experiencia misma de cuidar y calmar a su bebé. Leifer (1977) (citado en Shea & Tronick, 1988) encontró que las creencias de la madre sobre cuán adecuada es, está en función a acontecimientos cotidianos como el poder calmar al bebé cuando llora. Asimismo, Schaefer & Bell (1979, citado en Shea & Tronick, 1988) indicaron que las madres que tenían menos confianza en su habilidad para el cuidado manifestaban sentir mayor irritabilidad en los momentos que compartía con sus hijos. Un elemento fundamental es la experiencia de amamantar, cuándo hacerlo, cómo hacerlo, pueden dar lugar a sentimientos de fracaso; y por ende, considerarse como inadecuada para cuidar a su bebe e incapaz en el rol materno. En una investigación sobre observación de infantes, se expone:

“Frente al llanto intenso y desgarrador de Adriana (la bebé con días de nacida), Telma (la madre) comentaba muy conmovida, textualmente [soy una mala mamá o me ha tocado una hija loca, no se calma con nada. Conmigo llora, no la entiendo]. Éramos testigos de que en el interior de Telma se llevaba a cabo una lucha entre sus deseos de dar de lactar y sus fantasmas internos que se lo dificultaban” (Raez, 2005, pp. 147).

Raznoszczyk, et. al. (2005) encontró que la percepción que tienen las mujeres sobre su habilidad para cuidar a su hijo es la dimensión que presenta la más alta correlación con la autoestima materna global y con las otras dimensiones.

2. **Habilidad general como madre:** Referida a la capacidad de hacerse cargo y la posibilidad de disfrutar la tarea, basada en la confianza de sentirse una madre eficaz. Schaefer & Bell (1958, citado en Shea & Tronick, 1988) disponen de datos que revelan que la satisfacción y el placer que siente una madre al

atender o cuidar a su hijo está en proporción directa a cuánto ella confía en su propia habilidad para hacerlo. Lo disfrutará más si es que se siente capaz. Por otro lado, la habilidad general como madre difiere de la habilidad para el cuidado en que la primera involucra sentimientos de preocupación a un modo más general, asumiendo, cumpliendo y valorando positivamente sus responsabilidades de ser madre, como estar ahí cuando se le necesita, enseñándole a su hijo todo lo que necesita aprender, y siendo una madre amorosa y cuidadosa. Es la habilidad que mide la aceptación de nuevo rol. Blau (citado en Shea & Tronick, 1988) señaló que la percepción que una madre tenga de sí misma, como madre, contribuye satisfactoriamente al desarrollo del bebé.

3. Aceptación del bebé: Referida a la posibilidad de ajustar la imagen ideal que desarrolla del bebé durante su embarazo a la imagen real de su bebé cuando nace, lo que influirá en la adaptación a su nuevo rol. Durante el embarazo, el futuro hijo suele generar mucha expectativa, desde el sexo o cómo se vería físicamente. Brazelton (1976, citado en Shea & Tronick, 1988), sugirió que las expectativas y fantasías maternas que ella espera que su hijo tenga, se ajusten realmente a lo que su hijo es, lo cual significaría que la madre está adaptándose positivamente a su nuevo rol y a su nuevo bebé. Se espera que la aceptación y la felicidad de la madre de tener a su hijo, en desmedro a lo que pudo fantasear, influya en sus sentimientos y competencias como madre. Según Shea & Tronick (1988), las madres que no veían cumplidas sus expectativas, y las que veían a sus hijos como una extensión negativa suya, corresponde a mujeres con baja autoestima. Según Piazzon (2005), para algunas madres, el observar tan tempranamente el corazón latiendo de sus bebés les permite contactarse de una manera especial con ellos; la autora explica que la fantasía se reinstalaría en la información externa, en cómo va a ser el encuentro, cómo va a ser la relación entre ellos o cómo será el vínculo.
4. Relación esperada con el bebé: Referida a la relación esperada con el bebé, instalada en la fantasía materna, que se confronta con la relación que vivió con el recién nacido desde el nacimiento influyendo directamente en la autoestima materna. Benedek (1949, citado en Shea & Tronick, 1988) sugirió que la madre que alcanza su realización y gratificación en la interacción con su hijo, logrará un vínculo sólido con él. Por lo tanto, la madre se sentirá en confianza y satisfecha con su rol materno. Cuán feliz se sienta la madre con la interacción que mantiene con su bebé determinará, en parte, cuán elevado será su nivel de autoestima materna. Según Stern (1998), hacia la segunda mitad del primer año

de vida, el infante muestra con certeza cierto número de comportamientos que demuestran científicamente la capacidad del lactante de mantener una relación con otra persona. Asimismo, el autor refiere que las madres actúan de un modo distinto con los lactantes, que con los adultos e incluso con los niños más grandes. De acuerdo a Winnicott (1956), no basta que un bebé nazca, hay que hacerlo venir al mundo. La salud del bebé depende del intercambio afectivo que sostenga la díada madre-hijo, donde ambas partes recién lo aprenden. Según Cornejo (2005), la mamá y su bebé participan de un proceso mutuo que tiene encuentros y desencuentros; siendo los desencuentros, episodios de mucha angustia respondiendo a una sensación de merced o vulnerabilidad frente al otro. Según Peña (2005), los padres deben ser capaces de tolerar la tensión de privación, angustia, depresión, conflictos y soledad, ser el receptáculo de los impulsos agresivos y sexuales de los hijos, permitiéndoles utilizarlos creativamente para ser mejores personas.

5. Sentimientos durante el embarazo, trabajo de parto y parto: Referida a la importancia de los sentimientos vivenciados en la etapa inicial de la maternidad, los cuales podrían direccionar la actitud y conducta posterior de la madre con su hijo. Según Andino (1994), el parto provoca angustia en algunas mujeres, por lo que si se quiere aliviar la tensión de las madres se debería cuidar el trato asistencial que se les otorgue, lo cual incidirá significativamente en la salud del recién nacido. Las investigaciones realizadas por Bibring (1959) y Davids (1968) (citados en Shea & Tronick, 1988) revelan que las madres que recién empiezan a ser madres presentan muchos conflictos y les cuesta adaptarse a los roles maternos. Otras investigaciones sostienen que las madres que no querían tener hijos frecuentemente muestran perturbadoras relaciones con sus hijos. Asimismo, las madres que presentaron labores difíciles de parto tienen problemas de actitud materna frente a su nuevo rol. En este sentido; Klaus, Klaus & Kennell (2002), han estudiado el papel de una *doula* (mujer experimentada en partos que proporciona información continuada y apoyo físico a la madre antes, durante y justo después del embarazo) demostrando una reducción significativa de medicación y complicaciones. Asimismo, Brazelton (2005) afirma que una persona de apoyo (padre o doula) favorece también la predisposición de la madre a apegarse al hijo que le nazca.
6. Aceptación parental: El ser madre conlleva a la necesidad de enfrentar elementos muy propios y tempranos, por lo que esta dimensión está referida a sus relaciones parentales y cómo influyen en su propia conducta materna posterior. Benedek (1949, citado en Shea & Tronick, 1988), enfatiza la

importancia en la maternidad de las experiencias y vivencias infantiles que esta madre estableció con la suya, tanto su propia identificación con ella como con los sentimientos de aceptación a sus propios padres. Davids (1969, citado en Shea & Tronick, 1988) halló que las madres que no pudieron resolver aún sus actitudes negativas hacia su infancia tienen frecuentes problemas en la relación con sus niños. Por lo tanto, la madre se constituye en una fuente importante de feedback del propio sí mismo. La historia de un bebé parte con la historia de sus padres y el contexto afectivo y social que encontramos (Cornejo, 2005). Según Zucchi, Huerin, Duhalde & Raznoszczyk (2007), para cada madre, tanto las representaciones de la relación actual con su hijo, como sus propias representaciones parentales infantiles, constituyen un aspecto vital en su conducta materna ya que pueden funcionar como filtro en las respuestas hacia el niño.

7. Imagen corporal y salud después del parto: Referida al manejo personal que cada madre adopta luego de los cambios físicos que pudo haber sufrido por el embarazo, las emociones que generan estos cambios y su adaptación a la nueva situación. En 1979, Epstein demostró que la imagen física que una persona pueda tener de sí misma está fuertemente correlacionado con el autoestima en general. En esta línea, señala que si una mujer sufre un cambio dramático en su apariencia física, durante y después de su embarazo, su autoconcepto se verá afectado. En el 2005, se señala

“se precisa de un proceso de duelo para permitir el retiro de aquella imagen que no estará más y que paulatinamente la imagen podrá volverse a cargar de libido narcicista, pero que dependerá de cada mujer, de su propia historia, de sus identificaciones y de sus relaciones afectivas” (Roca, 2005, pp. 167).

#### *Factores psicosociales asociados al rol materno*

Como se detalla previamente, la maternidad y en particular la autoestima materna es un proceso que involucra aspectos subjetivos de la madre a lo largo de su desarrollo como persona. En este sentido, existen factores como el aspecto económico o de desarrollo personal que enmarcan al rol materno en una situación que puede tornarse ambivalente. En el 2005, Zelaya afirmó que en el trabajo clínico con mujeres se demuestra la dificultad que significa actualmente tomar la decisión de tener un hijo. Asimismo, señala que es frecuente observar el conflicto que conlleva considerar la necesidad de postergar proyectos laborales o académicos para incurrir en la labor materna, el cual consolida el genuino deseo de criar a un hijo con necesidades de atención y cuidado. Según Papalia, Olds & Feldman (2005), algunas

personas consideran complicado combinar la paternidad con el empleo, por lo que evalúan con detenimiento convertirse en padres por la carga económica que significa criar un hijo.

Según Shea & Tronick (1988), factores como la edad de la madre, el grado de instrucción y la calidad de la relación de pareja que comparta, pueden contribuir a que la maternidad durante los primeros años del niño transcurra sin contratiempos y pueda percibirse como una buena madre y por ende construir una buena autoestima materna.

De acuerdo a lo anterior expuesto, Traverso (2006), realizó una investigación que exploraba el contenido de las representaciones maternas en madres adolescentes que viven en situación de pobreza en el Perú. Primero, comparó, usando una guía de entrevista especialmente elaborada para la investigación, las representaciones maternas de 30 madres adolescentes (entre 13 y 17 años) con 30 madres no adolescentes (entre 20 y 24 años). Posteriormente, observó la interacción madre-hijo en ambos grupos, usando la Global Ratings of Mother Infant Interaction para dos y cuatro meses. La autora concluye que las diferencias entre los dos grupos sobre las representaciones del padre del bebé son significativas y a favor de las madres no adolescentes, básicamente, por el tipo y la calidad de la relación de pareja. En este sentido, las madres adolescentes tienden a tener mayor inestabilidad y conflicto en sus relaciones; y en algunos casos, antes de que nazca el bebé, el papá del niño ya había abandonado a su familia. Por el contrario, las madres no adolescentes convivían con sus parejas y mantenían una aceptable relación.

Asimismo; Linares, Romero & Moreno (1998) investigaron en Colombia, la maternidad adolescente. Se estudiaron a 4971 niños y a sus respectivas madres, concluyendo que el riesgo del embarazo adolescente es aún mayor cuando la futura madre no se encuentra legalmente casada, es de bajos ingresos y no tiene una educación formal. Según los autores, el matrimonio parece funcionar como una garantía que brinda seguridad y confianza a la mujer como madre. Asimismo, sostienen que el nivel socioeconómico asegura las necesidades materiales y médicas que requieren la madre y el bebé, y el nivel educativo brindaría conocimiento acerca de su nueva etapa impulsando conductas de crianza adecuadas.

Por otro lado, se debe también tener en cuenta las dificultades en términos de salud que puede presentar el niño al nacer o durante sus primeros meses de vida. En este sentido, la madre puede percibirse con mayor ansiedad o, en algunos casos, como la causante de lo que le ocurre al infante. En Lima; Apéstegui et al. (2005), demostraron que se produce un doble proceso de duelo cuando una madre da a luz a un bebé prematuro; por un lado, la separación del bebé prematuramente, y por otro



lado, el bebé fantaseado convertido en el bebé real con un riesgo de muerte. En este contexto, las autoras sostienen que los padres vivencian una mayor vulnerabilidad, lo que podría desencadenar en problemas depresivos en la madre o problemas entre los padres y su recién nacido.

Otro factor psicosocial importante es la presencia de personas que colaboran con la crianza del bebé o con las labores hogareñas básicas. Las empleadas domésticas y nanas que se dedican específicamente a la labor doméstica o al cuidado de los niños del hogar han pasado a formar parte de la estructura de la familia. En el 2005, Piazzon afirmó que la posibilidad de tener ayuda en la crianza se da en casi todos los estratos sociales; en la clase alta, las madres disponen de su madre o de una empleada dedicada al hijo estableciendo un tipo de crianza a distancia; en la clase pobre hay sobrinas o vecinas; y en los estratos más empobrecidos, los hermanos mayores cuidan de los menores. Según Flores (2005), la trabajadora del hogar apoya a las madres de clases media y alta en su función materna convirtiéndose en la mayoría de los casos en una auxiliar a quien los niños llaman “nana”. Asimismo, señala que esta situación muchas veces es fuente de rivalidad de la madre hacia la cuidadora, ya que éstas prefieren que la niñera no se “encariñe” con los niños por un tema de celos. Sin embargo, no podemos negar que es una fuente de apoyo crucial para la familia.

La mujer proveniente de sectores socioeconómicos medios-altos y altos delega un aspecto de ella misma en la empleada del hogar, haciéndola colaborar y compartir algunos de sus problemas, inclusive su maternidad. En este sentido, se desenvuelven dentro del ámbito familiar, dos individualidades: la de la madre biológica y la de la cuidadora.

Un último factor asociado al rol materno sería la presencia o ausencia del padre del niño, la cual podría determinar la estabilidad emocional de la madre. En 1993, Brazelton afirmó que el padre brinda un soporte que sirve para contener a la madre restándole responsabilidad ante cualquier evento favorable o adverso. Esto puede sostener sus temores y fantasías de ser inadecuada y su ansiedad respecto de su nuevo rol. Se convierte entonces la presencia de la pareja en posible símbolo de estabilidad y seguridad para la madre, en la adaptación a su nuevo rol. Asimismo, Dam (2005), señala que si la mujer concibe al hijo en un ambiente de amor, comprensión, confianza y seguridad en el vínculo con su esposo, este último ya cumple con su rol de padre, en su actitud sostenedora frente a ella como contenedora del bebé.

### *Aspectos generales de las relaciones de pareja*

Morris & Maisto (2005), sostiene que casi todos los seres humanos comparten lazos amorosos o románticos estables y duraderos en el tiempo con otro adulto en alguna etapa de su vida. Asegura, además, que la adultez joven es el ciclo vital en donde con mayor frecuencia ocurren estas relaciones. De acuerdo con Erik Erikson (1974), el objetivo esencial en la juventud es que la intimidad venza al aislamiento. No lograr alcanzar el objetivo de establecer una relación íntima con otra persona desencadena en el joven adulto sentimientos de frustración, soledad e incompletitud.

Según Lamanna & Riedmann (2003), experiencias clínicas demuestran que frecuentemente las personas que han vivenciado procesos de divorcio manifiestan experimentar sentimientos intensos de frustración, fracaso, culpa y la necesidad de ser demasiado permisivos. Generalmente, señala Morris & Maisto (2005), en vista que la mayoría de las actividades sociales suelen estar reservadas a las parejas, los sentimientos de frustración y fracaso se perciben tanto desde la soledad propia de la persona como desde la presión social.

Person (2007) señala que todos los seres humanos poseemos la capacidad para el amor romántico y que tanto hombres como mujeres están en su búsqueda. El amor es una experiencia humana que no discrimina entre sexos. Asimismo, indica que pocos aspectos de la vida emocional de una persona son capaces de evocar sentimientos tan fuertes y conflictivos.

En el 2000, Ilizarbe definió a la relación de pareja como aquella en la que dos personas establecen consensualmente lazos de intimidad física, emocional y psicológica. Asimismo, señala que el lazo sobre el cual la relación de pareja va a definir su unión es el amor; es decir, sobre el grado de intensidad con que se perciba es que se vivenciará positiva o negativamente esta experiencia. En esta misma línea; Sangrador (1993), propone que el amor no es un fenómeno material ni observable directamente, sino una fina deducción, un constructo psicológico, un estado interno cuyas manifestaciones externas no son tan obvias (cabe perfectamente estar enamorado sin síntoma comportamental observable alguno), lo que lleva a esa gran variabilidad entre las concepciones sobre su naturaleza y sus vivencias.

Según Sternberg (2000), el amor romántico, vista como la unión emocional y física entre dos personas, está integrado por tres elementos principales: pasión, intimidad y compromiso; el autor sostiene que no puede catalogarse a uno de los elementos como el más valorado o el menos valorado, dado que el momento histórico y la jerarquía de valores de la sociedad lo determinaría en cada cultura. Aunque tales componentes se diferencian entre sí, aparecen vinculados en historias de vidas concretas y se expresan a través de sentimientos y conductas.

Fuertes (1993) & Espina (1996), (citado en Huapaya, 2004), afirman que el sentirse enamorado de otra persona es una etapa en la que se intensifica la activación fisiológica, la cual ocasiona que se perciba cambios a nivel cognitivo, emocional y conductual. Entre los componentes cognitivos que mencionan se encuentran las fantasías respecto a lo maravillosa que sería la vida con la persona amada, la duda respecto a la posibilidad de obtener o no lo que se desea, pensamientos con matices obsesivos por la persona amada, idealización y sobrevaloración del otro, deseo de entender al otro y ser entendido por él, tener una disposición especial para imaginar, soñar y predecir con un nivel aceptable de acierto y precisión el comportamiento de la persona amada en términos de reciprocidad; las dificultades o problemas que normalmente generan estrés ya no serán tomados en cuenta y se origina un conflicto interno al asumir que no serán capaces de captar o mantener el amor de la otra persona. Entre las cuestiones emocionales se encuentran el deseo de unión total y estable en el tiempo, la atracción hacia el otro, especialmente en el campo sexual; sentimientos positivos cuando las cosas marchan bien, sentimientos negativos cuando las cosas no van bien, deseo de reciprocidad, de ser correspondido (alegría intensa al ser correspondido y depresión cuando no), estimulación fisiológica y temor, a veces injustificado, a la soledad y al abandono. Por último, entre los elementos conductuales tenemos a las acciones dirigidas a conocer y entender las emociones del otro, la atenta observación en el otro, el ofrecimiento de servicios y favores al otro, acciones destinadas a mantener la cercanía con el otro y el distanciamiento de todo aquello que no se relaciona con la persona amada.

Por otro lado; en las últimas décadas, se está considerando con mayor interés la posibilidad de convivir y formar una pareja independiente, o una familia, sin la formalidad del matrimonio. En este caso, podemos incluir también a las parejas homosexuales. Asimismo, los avances tecnológicos, en el campo de la reproducción, son también alternativas que podrían marcar una línea de investigación posterior por las oportunidades que brindan a mujeres o parejas que no pueden concebir un hijo. Según Papalia et. al. (2005), las uniones consensuales han sido aceptadas como una alternativa al matrimonio en muchos países latinoamericanos; en este sentido, la convivencia es vista como un sustituto o un ensayo del matrimonio. Según Seltzer (citado en Papalia et. al., 2005), la cohabitación se ha convertido en una estrategia útil y frecuente para las parejas que no deciden concertadamente casarse, debido a que la presión social existente para casarse no recae con la misma intensidad en estas parejas. Es fácil extender este periodo de prueba antes de hacer un compromiso a largo plazo. En este sentido, Castro (2007) describe la evolución de la fecundidad no matrimonial en España, donde se destaca el aumento de edad de las madres, el

incremento de nacimientos no matrimoniales de segundo y tercer orden y el creciente protagonismo de mujeres extranjeras en la fecundidad no matrimonial. Asimismo, concluye que se ha intensificado el vínculo entre cohabitación y fecundidad no matrimonial.

Según Miret (2007), los cohabitantes experimentan un estilo de vida distinto a lo que corresponde a un matrimonio. En este sentido, el autor determina que los cohabitantes tienen menos hijos, son más jóvenes, residen mayormente en un lugar alquilado, siguen un modelo en el que generalmente solo la mujer trabaja y tienen un mayor nivel de instrucción.

Klausli & Tresch, (2009), trabajaron sobre la calidad de la relación de pareja, en personas que cohabitan y en personas casadas, con un primer hijo menor de dos años. La investigación arrojó que las madres que mantenían una relación de solo convivencia con sus parejas sufrían de mayores síntomas depresivos y una menor sensibilidad con sus hijos que las madres casadas. Además, los autores sostienen que las parejas que cohabitan están caracterizadas por una mayor ambivalencia y conflicto, lo cual según Ramírez (2007), predispondría a sus hijos a presentar problemas de conducta, por el poco control ejercido sobre su intensa carga agresiva, y un menor nivel académico escolar, por sufrir problemas de atención en mayor medida.

En cuanto a las parejas homosexuales, los estudios demuestran que las relaciones calificadas como satisfactorias por sus integrantes, tienen entre ellos las mismas características de las relaciones satisfactorias en el mundo heterosexual: altos niveles de confianza mutua, respeto y reconocimiento, toma compartida de decisiones, buena comunicación y buenas habilidades de solución de conflictos. (Birchler & Fals-Stewart, 1994; Edwards, 1996; Kurdek, 1991, 1992; Laird, 2003; citados en Morris, 2005).

#### *Factores psicosociales asociados a la calidad de la relación de pareja*

La práctica de la cohabitación, los problemas de comunicación, el trabajo doméstico, el estrés laboral, el trabajo asalariado materno y la dificultad o incapacidad para tener hijos son los factores psicosociales que se detallan en el presente acápite como determinantes de una mala calidad de relación de pareja.

Según Miret (2009), la cohabitación es la principal causa de separación entre las parejas por ser la situación no matrimonial de mayor inestabilidad, en términos emocionales y prácticos.

La comunicación es un factor determinante en la consolidación de una relación de pareja. García (1999) plantea el recurrente inconveniente de no poder comunicar deseos y necesidades a la pareja, lo cual deriva en ideas y pensamientos sesgados

que desestabilizan la relación. El autor afirma que es un proceso donde las ideas erróneas influirán en el pensamiento con el fin de elaborar un guión seguramente distorsionado de la relación, de lo que ha sido y lo que será. Obviar una necesidad importante del otro, detener involuntariamente el progreso de la pareja o la manifestación de falta de reciprocidad de satisfacción, son indicios de una pareja disfuncional.

Por otro lado; Moller, Hwang & Wickberg (2008), realizaron una investigación sobre las relaciones de pareja y su transición a la paternidad, cuyos resultados revelaron una correlación inversa significativa entre el trabajo doméstico y la calidad de la relación de pareja en las familias que han tenido su primer o segundo hijo. Asimismo, los autores encontraron que el estrés tiene una importante relación con la satisfacción en la relación de pareja, sobre todo desde la perspectiva masculina. El estrés laboral puede potenciar elementos disruptivos en la relación de pareja como la falta de comunicación, o comportarse él mismo menos tolerante ante situaciones estresantes.

Estos resultados indican que en una sociedad que busca un alto nivel de igualdad entre hombres y mujeres, donde las responsabilidades hogareñas y laborales ya no son un campo necesariamente femenino o masculino, el trabajo doméstico y el estrés parecen ser elementos significativos para la felicidad de la pareja que recientemente han pasado a ser padres.

Otro factor psicosocial sería la re-inclusión de la madre en el campo laboral. Según Ragúz (1999), la influencia del trabajo remunerado de la madre, en los hijos, no puede observarse directamente. Sin embargo, parece demostrarse que el bienestar de estos niños y su relación de pareja está en función de la percepción favorable que la madre tenga del contexto que engloba su trabajo. De esta manera, una buena calidad de relación de pareja, donde mutuamente se valoren y reconozcan méritos, suele ser un factor decisivo en la autovaloración y autoconcepto de la mujer, lo cual influirá en su labor como madre. Asimismo; Houle, Simó, Solsona, & Treviño (1999), intentaron explicar a nivel descriptivo la tendencia al divorcio de un primer matrimonio en España usando los datos de la Encuesta Sociodemográfica de 1991. Los investigadores encontraron que el divorcio afecta selectivamente a la población femenina más instruida y mejor situada en el mercado laboral.

Finalmente, Miret (2009), sostiene en su investigación en España que el aumento de la infecundidad entre las parejas, y en general, el decremento de la fecundidad, es un elemento que se relaciona significativamente con el aumento de la separación o divorcio en las parejas.

Precisamente, Spanier (1976), considerando la complejidad y trascendencia que tiene para el ser humano la relación de pareja, desarrolló un instrumento que denominó “The Dyadic Adjustment Scale” (DAS), que define y delimita el constructo: Dyadic Adjustment o Ajuste Diádico, permitiendo con ello la evaluación de la calidad de la relación de pareja. Para Spanier (1976), el Ajuste Diádico es la evaluación cualitativa del nivel de calidad de relación de pareja, o de ajuste, que una persona manifiesta en un momento determinado. El resultado de este proceso que varía a través del tiempo, por la cual transitan las parejas que viven una relación romántica, se encuentra en función a los siguientes aspectos: consenso, cohesión, satisfacción y expresión del afecto. El autor señala que estas hipotéticas condiciones se ajustan a cualquier sistema de unión que la pareja este adoptando en ese momento. De esta manera, la calidad de la relación de pareja se obtiene cuando cada miembro de la díada revela la percepción que ellos mismos tienen de su relación amorosa.

Garrido, Jaén, & Domínguez (2002) definen las áreas del ajuste diádico de la siguiente manera:

1. **Consenso:** Se refiere al grado de interés por llegar a un acuerdo existente entre ambos miembros de la pareja en aspectos importantes de la relación. Según Dema (2006), las parejas que intentan manejar un ideal igualitario son las únicas que buscan tomar decisiones en forma conjunta y consensuada. En este caso, las mujeres de estas parejas negocian a la misma altura con los varones y son reconocidas por sus maridos como iguales. En estas parejas, hay una intención recíproca de satisfacer los deseos del otro, interactúan buscando el consenso, lo cual ayuda a que ambos se tracen objetivos comunes.
2. **Cohesión:** Mide el grado en que la pareja se implica en actividades conjuntas, que incluyen aspectos como el reírse en pareja o trabajar juntos en un proyecto. En el 2009, Quintín realizó una investigación con 24 parejas conyugales de Cali, Colombia; el autor concluyó que los más altos niveles de satisfacción expresados por ambos miembros de las parejas se relacionan estrechamente con la mayor presencia de la risa en sus interacciones. El autor propone que la risa sirve como un elemento catártico que alivia los conflictos por un lado, y cohesiona a la pareja por otro.
3. **Satisfacción:** Observa el grado de satisfacción de la pareja con la relación en el momento presente y su grado de compromiso para continuar con la misma. Según Yela (1997), el compromiso se refiere a la decisión que toma uno de los miembros de la relación a continuar con la unión por encima de los problemas que se puedan presentar. Asimismo, indica que es un

componente cuyo crecimiento dependerá de la interdependencia, emocional y material, que ambos miembros manifiesten. En este sentido, aspectos como hijos en común, la dependencia económica o el temor a la soledad podrían asegurar que la relación se mantenga, pero con ausencia de un “compromiso amoroso”.

4. Expresión del afecto: Indica el grado en que la pareja está satisfecha con el afecto dentro de la relación y con la satisfacción que deriva de la relación sexual. Según Ortiz, Gómez & Apodaca (2002), la expresión del afecto es un proceso que se facilitaría en una relación de pareja satisfactoria, sin dejar de asumir que el nivel de expresión emocional es una característica individual de cada ser humano. Asimismo, los autores consideran que una buena capacidad de expresión del afecto y la manifestación de miedos y ansiedades, desarrollan una mayor intimidad y satisfacción dentro de la relación.

En el 2002, Ortiz et al., investigó la capacidad predictiva de la historia afectiva en la seguridad del apego en la etapa adulta, y las relaciones existentes entre los patrones de apego, la expresión emocional, la satisfacción sexual y el ajuste diádico en las relaciones de pareja. Los resultados corroboraron cierta capacidad predictiva de la historia afectiva con los progenitores sobre el nivel de seguridad del apego en la vida adulta, así como importantes relaciones entre seguridad del apego, ajuste marital y expresividad emocional en la pareja. Los autores sostienen que el estilo de apego seguro se muestra como una variable predictora del ajuste en la relación de pareja, mientras que los patrones inseguros presentan una asociación negativa, especialmente el estilo de apego evitativo. A su vez, indican la ausencia de correlación entre el ajuste diádico y la percepción del compañero como ambivalente, ello, explican los autores, debido al esfuerzo por mantener al compañero satisfecho que sirve como motor ante la preocupación y miedo al abandono. Remarcan que la emocionalidad positiva, la valoración de la intimidad, la confianza en uno mismo y otras características asociadas íntimamente al patrón de apego seguro, permiten predecir una relación de buen ajuste diádico, a diferencia de lo que caracteriza a los otros estilos de apego. Asimismo, destacan que el grado de expresividad emocional en las mujeres tiene que ver con el grado de seguridad que perciben en su compañero.

#### *Impacto de la paternidad en la relación de pareja*

Según Kail (2006), un número creciente de parejas no procrean por muchos motivos como convicción propia, inestabilidad económica e infertilidad. En algunos

aspectos, tienen varias ventajas sobre los que optan por la procreación: mayor satisfacción conyugal, más libertad y un nivel más alto de vida. Sin embargo, para la sociedad este estilo de vida no es positivo, cuando se debe a una decisión personal y no a la infertilidad (Lampman, 1995; citado en Kail, 2006). Los que deciden no tener familia sufren la crítica social de ser egoístas y menos amorosos que la sociedad general orientada al niño (Arenofsky, 1993; citado en Kail, 2006); aunque, las investigaciones advierten que muchos corren el riesgo de sentirse más solos en la vejez (Connidis, 2001; citado en Kail, 2006).

Para la mayoría de los padres, amar y ser amado por sus hijos es una fuente incomparable de satisfacción. Sin embargo, el nacimiento del primer hijo es también un momento decisivo en la relación de una pareja, que requiere muchos ajustes. El romance y la diversión a menudo desaparecen ante el deber y las obligaciones. Los niños pequeños exigen mucho tiempo y energía, lo cual puede dejar a los padres con poco tiempo o energía para dedicarse el uno al otro (Morris, 2005).

Según Papalia et al (2005), la satisfacción matrimonial disminuye durante los años de crianza de los hijos. En una investigación longitudinal realizada durante diez años tanto los maridos como las esposas refirieron sentir una significativa reducción de satisfacción matrimonial durante los primeros 4 años, seguida por un estancamiento y luego otra disminución. Asimismo, los matrimonios que tenían hijos, en especial los que se habían convertido en padres al inicio de su matrimonio y los que tenían muchos hijos, mostraban una reducción más intensa.

Los bebés alteran la rutina de los padres, condicionan las actividades diarias en función a sus necesidades que son recepcionadas por los padres como exigencias que deben subsanar inmediatamente. En este sentido, el nivel de desgaste en ambos padres es considerable. Atender a los constantes pedidos del recién nacido consume la energía, que meses antes aún mantenían. La pareja ingresa a una etapa difícil, donde las horas que eran destinadas para ellos tienen que ser compartidas con el hijo, y las horas restantes son dedicadas al descanso. Por ello, el padre puede sentirse rechazado debido al cansancio, lo cual se agrava si la madre le otorga todo el tiempo y energía a su bebé. (Dell & Erem, 2004).

Raez (2005) refiere que su visión romántica acerca de la dulzura y ternura del bebé que es esperado y acogido por unos padres cálidos y emocionados, se fue trastocando para dar paso a la realidad, teñida de elementos humanos y ambivalencias. A su vez, Apéstegui et al (2005) señala que el tener un hijo contacta a los padres con sus propios aspectos inconscientes, al despertar en ellos sus vivencias tempranas. Los autores recalcan la dificultad que conlleva sobrellevar esta etapa. Ser padre, lejos de ser una vivencia placentera, supone un reto psíquico donde intervienen



los recursos internos de cada persona. Finalmente, en 1988, Raphael-Leff afirmó que la maternidad es el lugar donde se destapan las cosas salvajes; específicamente, son los elementos inconscientes que está dentro de la madre y que se evocan en la experiencia intrapsíquica de una mujer íntimamente relacionada con su bebé.

Según Vera, Félix-Castro & Rodríguez-Barreras (2001), los matrimonios perciben un decremento en su percepción sobre la satisfacción marital conforme aumenta el número de hijos. Asimismo, Hidalgo & Menéndez (2003), en su investigación longitudinal a 96 hombres y mujeres sobre los cambios en las relaciones maritales, confirman que existe un cierto deterioro de la relación conyugal tras la llegada de un bebé. Asimismo, afirman que el involucramiento paterno en las labores domésticas y en el cuidado del bebé explica las diferencias en la evolución de las parejas.

### *Planteamiento del problema*

Desde hace más de medio siglo se reconoce el papel fundamental que juega la madre, o el objeto materno, en el desarrollo del niño. Diversos autores (Bowlby, 1964; Spitz, 1973; Winnicott, 1976; Erikson, 1963; Mahler, 1977) resaltan la importancia de las primeras relaciones entre la madre y su hijo, afirmando que la calidad y la calidez de estas influirán en gran parte de la vida del niño. Este vínculo madre-hijo es un tema recurrente en la psicología encontrando a nivel general, un consenso de que el vínculo madre-hijo condiciona las relaciones futuras debido a la aparición del apego en sus primeros años. Según Papalia et. al. (2005), este vínculo afectivo es un nexo emocional recíproco y fortalecido entre un infante y la persona que lo cuida, cada uno de los cuales contribuye a la calidad de la relación. Los vínculos afectivos tienen un valor adaptativo para los bebés, garantizando que sus necesidades psicosociales y físicas serán satisfechas. Debido a ello, en el 2006, Amati sostuvo que atender y proteger cuidadosamente la díada madre – hijo sería la mejor disposición para garantizar el desarrollo armonioso y la prevención contra la enfermedad y padecimiento mental.

En términos de la madre, su nivel de autoestima materna se traduce en lo que se le transmite afectivamente al niño y en las herramientas que le otorgará para su normal desarrollo. Shea & Tronick (1988) refiere que las madres con baja autoestima materna serán menos facilitadoras y más disruptivas en cuanto el desarrollo de su hijo. Para prever un ambiente o entorno saludable y apto para el desarrollo infantil debemos tomar en cuenta cómo la madre asume la maternidad. Según Shea & Tronick (1988), la autoestima materna media los efectos de los factores psicosociales que influyen en

la adaptación de una mujer a la maternidad. De tal manera que evaluar el constructo nos brinda la posibilidad de conocer, sostener y proteger el vínculo madre-bebé.

La llegada de un hijo es un tránsito complicado para muchas mujeres. Es un proceso de adaptación en donde la madre se siente vulnerable ante una situación nueva que no puede controlar por sí sola. Sin duda, el padre también empieza a vivir los cambios y a modificar algunas conductas. La calidad de la relación de pareja es un componente afectivo fundamental para la dinámica familiar. Según Shea & Tronick (1988), circunstancias como un buen soporte social colabora con la salud emocional de la madre. Factores como este sirven de protección para una buena actitud y disposición al desenvolverse como madre. Según Moller et. al. (2008), existe una relación significativa entre las experiencias domésticas y la calidad de relación de pareja en el momento en que los adultos se convierten en padres. Asimismo, el estrés y el temperamento del niño llegan a influir negativamente en la calidad de relación de pareja. Esta investigación apunta a analizar cómo la autoestima materna se encuentra relacionada con la percepción que la madre tiene de su relación de pareja. Por ello, nuestra pregunta de investigación es:

¿Existirá una relación entre la autoestima materna y la calidad de la relación de pareja en madres de nivel socioeconómico medio-alto de Lima Metropolitana?

#### *Objetivo General*

Analizar la relación entre la autoestima materna y la calidad de la relación de pareja, en madres de niños menores de 3 años pertenecientes al nivel socioeconómico medio-alto de Lima Metropolitana

#### *Objetivos Específicos*

- Describir la autoestima materna de madres de niños menores de 3 años pertenecientes al nivel socioeconómico medio-alto de Lima Metropolitana.
- Describir la calidad de la relación de pareja de madres de niños menores de 3 años pertenecientes al nivel socioeconómico medio-alto de Lima Metropolitana.
- Determinar las diferencias significativas entre el nivel de autoestima materna y los factores sociodemográficos: tiempo en la relación de pareja, edad de la madre, número de hijos, edad del hijo, sexo del hijo y, edad y sexo del hijo simultáneamente.
- Determinar las diferencias significativas entre el nivel de calidad de la relación de pareja y los factores sociodemográficos: tiempo en la relación de pareja, edad de la madre, número de hijos, edad del hijo, sexo del hijo y, edad y sexo del hijo simultáneamente.

## CAPITULO 2 METODOLOGIA

### *Tipo y diseño de investigación*

El presente estudio es de tipo correlacional dado que se pretende determinar si existe algún grado de relación entre autoestima materna y calidad de la relación de pareja, que son las variables independientes de la investigación (Hernández, Fernández & Baptista, 2006).

Se trata de un diseño no experimental ya que no existe manipulación de variables. Se hacen inferencias sobre las relaciones entre las variables, sin intervención directa, observando los fenómenos tal y como se dan en forma natural (Kerlinger & Lee, 2002). Asimismo, es un diseño de investigación de tipo transaccional, ya que se recogen los datos en un solo momento con el propósito de describir las variables y analizar su incidencia e interrelación en un único tiempo, sin realizar un seguimiento de la muestra (Hernández et al., 2006).

### *Participantes*

#### *Descripción de la población*

El universo de estudio comprende las madres, cuyas edades oscilen entre los 20 y 40 años y que tengan al menos un hijo no mayor de 3 años. Estas mujeres deben encontrarse dentro de una relación de pareja y ubicarse en un nivel socioeconómico medio-alto, en Lima Metropolitana. En este sentido, la información otorgada por los nidos acerca de los padres, en términos de estilo de vida, nivel educativo y ocupación laboral; así como, el importe económico mensual que la institución solicita; resultan como un mecanismo de control de la pertenencia de las participantes a dicho estrato.

Las restricciones en cuanto a la edad y al nivel socioeconómico se deben a que la prueba de autoestima materna fue validada para una población bajo estos criterios. Asimismo, solamente se considerarán a las madres cuyo hijo menor de 3 años estudie en un nido inscrito en la Asociación de Promotores de Educación Inicial del Perú (APEIP), y se excluirán a las madres de niños que sufran de algún trastorno severo del desarrollo.

El tipo de muestreo es no probabilístico y accidental. El muestreo no probabilístico se basa en la elección de elementos que no dependen de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación o

de quién hace la muestra (Hernández et al., 2006). En este sentido, no todas las madres que forman parte de la población tuvieron las mismas posibilidades de ser elegidas.

A su vez, se considera un muestreo accidental (Hernández et al., 2006), debido a que se decidió reunir la muestra con la participación voluntaria de un grupo disponible al que se tenía acceso.

En las tablas 1 y 2, se presenta una descripción de las características sociodemográficas de la muestra con la que contó la presente investigación. Como puede observarse, se tuvo acceso a 51 madres, cuyas edades se agrupó en 3 rangos de edad: De 24 a 30, de 31 a 35 y de 36 a 40. El rango intermedio es quien muestra el mayor número de integrantes con 22 madres. De acuerdo al número de hijos, se agrupó acorde al número de hijos que cada una tenga precisamente, donde observa que la mitad de las participantes tienen dos hijos y ninguna de ellas tiene más de tres hijos.

**Tabla 1**  
*Distribución de la muestra según edad y número de hijos.*

	Edad		Nro. de hijos	
De 24 a 30 años	11	1 hijo	19	
De 31 a 35 años	22	2 hijos	25	
De 36 a 40 años	18	3 hijos	7	

N=51

En cuanto al tiempo de relación actual de pareja, se determinó que 5 y 8 años delimiten los grupos a comparar. Por otro lado, en cuanto a la edad del hijo que asiste al nido en que se realizó la evaluación, observamos que no participaron madres que tuvieran niños menores a 1 año, por lo que se establecieron los grupos de 1 a 2 años y el de 2 a 3 años.

**Tabla 2**  
*Distribución de la muestra según el tiempo de relación actual de pareja y la edad y sexo del hijo.*

Tiempo de relación (años)	Edad del hijo	Género del hijo		Total	
		Hombres	Mujeres		
$x < 5$	18				
$5 \leq x < 8$	17	1 a 2 años	8	5	13
$x \geq 8$	16	2 a 3 años	14	24	38

N=51

### *Instrumentos*

#### *Ficha sociodemográfica*

Se elaboró una ficha sociodemográfica con el fin de determinar si las madres satisfacían los criterios de inclusión, previamente señalados, para poder ser incluidas como participantes del estudio.

Los datos que se solicitan son: respecto a la madre; edad, estado civil, número de hijos, edades de los hijos, personas con las que vive; y respecto al hijo menor de 3 años; si sufre de algún trastorno del desarrollo, nombre del nido al que asiste, y si cuenta con una nana a su disposición. (Anexo B)

#### *Cuestionario de Autoestima Materna*

El instrumento utilizado en la presente investigación es el “*Cuestionario de Autoestima Materna*” (CM), el cual es una adaptación realizada por Rocio Luna (2010 en prensa) del “*The Maternal Self Report Inventory*” (MSI).

El MSI fue elaborado por Edward Shea & Edward Tronick en 1988, con el fin de obtener un instrumento que evalúe con precisión las 7 dimensiones que ellos consideran reflejan el lado subjetivo de una madre y que a su vez otorgue una perspectiva global en función a la influencia de cada sub-escala. Las 7 dimensiones que componen el MSI son: Habilidad para el cuidado; habilidad general como madre; aceptación del bebé; relación esperada con el bebé; sentimientos durante el embarazo, trabajo de parto y parto; aceptación parental; e imagen corporal y salud después del parto.

Los autores explican que primero determinaron teóricamente las 7 dimensiones que comprendía el constructo, para luego elaborar los ítems que eran destinados a revelar cómo una madre valora sus propios sentimientos de acuerdo a cada dimensión. Todos los ítems fueron escritos en primera persona y bajo una escala likert. Asimismo, aseguran que varios ítems de la escala son versiones modificadas de cuestionarios sobre actitudes de crianza (Schaefer & Bell, 1958), actitudes maternas hacia el embarazo (Blau et al., 1963), “*The Maternal Personality Inventory*” (Greenberg & Hurley, 1971), y de una entrevista estructurada de Barnard y Gortner (1977) designada para evaluar la adaptación materna (citado en Shea & tronick, 1988).

De acuerdo a la manera en que se elaboró el instrumento, los autores explican que se seleccionó al azar 30 madres, con sus respectivos hijos, de un centro de cuidados de recién nacidos del Centro Médico de Baystate en Springfield, Massachusetts. El único criterio de inclusión en el estudio fue que la madre y el infante hayan sido dados de alta juntos. De esta manera se aseguraba una salud relativa.

En este contexto, dos días después del parto, a todas las madres seleccionadas se les pedía completar el MSI y el “*Family Support Questionnaire*” (cuestionario sobre el grado de apoyo que ellas manifiestan recibir de su familia). Además, cada recién nacido fue evaluado por el “*Brazelton Neonatal Behavior Assessment Scale*”. Finalmente, se completó la primera etapa con la evaluación de la salud del infante y de la madre con la “*Parmelee Postnatal Complications Scale*” (según Dawson & Fisher

[1994]; citado en Shea & Tronick, 1988, esta escala resulta en un puntaje único en el que se resume el riesgo médico, teniendo en cuenta el distress respiratorio, infecciones, disturbios metabólicos, etc.) y la “Obstretical Complications Scale” (referida a las complicaciones durante el embarazo, trabajo de parto y el parto mismo). Un mes después que fueron dados de alta del hospital, se visitaron los hogares de las personas seleccionadas y se les pidió a las madres que completaran nuevamente el MSI y el “Family Support Questionnaire”. En esta visita a casa, la conducta y la salud del infante también se observó mediante la “Parmelee Postnatal Complications Scale”. La interacción madre – bebé se evaluó mediante la “teaching task” de Spietz & Eyres (1977) (Según Shea & Tronick [1988], la conducta de la madre y del infante en interacción, se le pide a la madre realizar tareas con niveles variados de dificultad, cuando la madre no puede seguir las instrucciones que le son dadas el investigador le cuestiona cómo se siente con el objetivo de observar la calidad de la interacción). Por último, las madres también completaron el “Broussard Neonatal Perception Inventory” (Según Shea [1988], este inventario es usado para evaluar la percepción que la madre tenga de su hijo en relación a lo que ella considera “bebés promedios”). Asimismo, 50 ítems del Epstein-O’Brien (1976) que miden autoestima general de la persona, se utilizaron como medida de validez concurrente. En esta misma línea, como una medida adicional de la autoestima, se registraron y calificaron las declaraciones maternas durante la visita domiciliaria como una madre con alta o baja autoestima, la fiabilidad de esta medida fue por encima de 0.90. Durante todos los procedimientos que se realizaron, el equipo investigador se aseguró de guardar la confidencialidad necesaria y de informar a las madres acerca de cómo se iban a manejar los resultados. De acuerdo a este riguroso proceso de evaluación se elaboró el presente inventario con 7 subescalas y los índices estadísticos respectivos (Shea & Tronick, 1988).

En cuanto a la confiabilidad, los autores basaron la confiabilidad del instrumento mediante el tipo test-retest, encontrando que la correlación entre las subescalas en ambos momentos resultó siendo significativa, indicando una gran estabilidad del constructo *Autoestima Materna*. En este sentido, el constructo demuestra ser más acorde a la personalidad de la madre, es decir mide aspectos estructurales de la persona, lo cual reduce la influencia de las circunstancias inmediatas que se puedan presentar.

En el Perú de “The Maternal Self Report Inventory” (MSI) fue estudiado por Rocío Luna (2010 en prensa) contando con 640 personas de nivel socioeconómico medio – alto y alto de Lima Metropolitana. Los resultados de confiabilidad indican lo siguiente: En la subescala Habilidad para el cuidado, suprimiendo el ítem 91, el alpha

de Cronbach aumentó de 0,76 a 0,79; en la sub escala de Habilidad general como madre, suprimiendo el ítem 44, el alpha de Cronbach aumentó de 0,86 a 0,87; en la subescala de Aceptación del bebé, eliminando el ítem 81, el alpha de Cronbach se mantuvo en 0,63; en la sub escala de Relación esperada con el bebé, no se eliminó ningún ítem y el alpha de Cronbach se mantuvo en 0,63; en la subescala de Sentimientos durante el embarazo, el trabajo de parto y parto, se eliminaron los ítems 21 y 48 y el alpha de Cronbach terminó siendo 0,71; en la subescala de Aceptación parental, eliminando el ítem 78, el alpha de Cronbach aumentó de 0,28 a 0,65; en la sub escala de Imagen corporal y salud después del parto, se eliminó el ítem 28 y el alpha de Cronbach aumentó de 0,50 a 0,58; y finalmente, el cuestionario total, sin los 7 ítems eliminados, el alpha de Cronbach aumentó de 0,92 a 0,93.

Asimismo, la investigadora recalca que cada ítem que se optó por suprimir demostraba poca discriminación, la confiabilidad de cada ítem eliminado era baja para la dimensión a la que pertenecía; y añade que suprimir fue una decisión que se tomó por el objetivo inicial de brindar un instrumento nuevo y útil para un contexto distinto (comunicación personal, 2009).

Cabe señalar, que en el presente estudio se optó por neutralizar los ítems que la autora consideró pertinente suprimir. Ello, con el objetivo de mantener la estructura original, debido a que la nueva versión requeriría de una subsiguiente validación.

#### *Escala de Ajuste Diádico (DAS)*

La escala de ajuste diádico es la versión adaptada para España de “The Dyadic Adjustment Scale” (DAS) prueba creada por Spanier en 1976. La DAS es una herramienta que mide la calidad de ajuste en matrimonios y otras diadas; en este sentido, puede usarse en todo tipo de parejas con la condición de que vivan juntas en una relación marital.

Spanier (1976) y Garrido, Jaén & Domínguez (2000) definen las 4 áreas de la siguiente manera: *Consenso diádico*, se manifiesta en el grado de concertación y acuerdo que alcanza la pareja cuando se deben tomar decisiones importantes, así como también puede darse en la elección de la orientación religiosa particular o en la planificación de las labores domésticas. *Satisfacción diádica*, se observa en la conducta interpersonal de la persona, manifestando así la satisfacción en este momento de la relación y el grado de compromiso para continuar con la misma. *Cohesión diádica*, se refiere al nivel de interacción que la pareja mantiene al realizar actividades conjuntas. Y *expresión afectiva*, que evalúa el grado en que la persona está percibiendo el afecto recibido de su pareja y cuán satisfactoria le resulta la relación sexual.

La DAS es un test que puede ser auto administrado. Es una escala tipo Likert de 32 reactivos, con 6 puntos de amplitud cada uno, salvo 2 elementos con 5 puntos y otros 2 dicotómicos. De la escala de 32 ítems; 13 miden consenso diádico, 10 miden satisfacción diádica, 5 miden cohesión diádica y 4 miden expresión afectiva. Una persona que desarrolla el test puede obtener puntajes que van de 0 a 151 puntos. Mientras más alto sea el puntaje, mejor será el ajuste que este individuo tenga con su pareja. Si bien no existen baremos de la prueba; Crane, Middleton & Bean (2000) y Graham, Liu & Jeziorski (2006) sugieren como punto de corte el puntaje 107 ya que es el más utilizado para discriminar entre una pareja de buen y mal ajuste, que además coincide con el punto 100 del *Marital Adjustment Test* (MAT).

Spanier en 1976, desarrolló el instrumento con el objetivo de mejorar la evaluación del ajuste marital que en ese momento contaba únicamente con la prueba creada por Locke & Wallace en 1959, llamada "Marital Adjustment Test" (MAT). De esta manera, 11 ítems de los 32 se seleccionaron directamente del MAT (Arias & Byrne, 1996). Según Spanier (1976), el cuestionario fue aplicado a 218 matrimonios entre personas de raza blanca y administrada vía mail a 94 individuos recién divorciados del centro de Pennsylvania. La muestra consistía básicamente en residentes de clase media que trabajan en 1 de 4 firmas industriales o corporativas que aceptaron participar del estudio. Se enviaron cuestionarios por mail a personas que habían obtenido el divorcio en el último año, esta información se extrajo de los registros del condado del estado. Se pidió que este grupo respondiera el test basándose en el recuerdo del último mes que convivieron con sus parejas.

En cuanto a la confiabilidad, los análisis realizados a la escala global resultaron siendo elevados, desde 0,96 (Spanier, 1976) hasta 0,91 (Spanier & Thompson, 1982). La confiabilidad de las 4 sub escalas específicas varía: Consenso diádico (0,90), satisfacción diádica (0,94), cohesión diádica (0,86) y expresión afectiva (0,73).

En 1993; Carey, Spector, Lantinga, & Krauss realizaron un estudio psicométrico del DAS en Estados Unidos basándose en un estudio que se construyó en base a 158 hombres y mujeres de edad media, a los cuales se les aplicó la prueba en 2 momentos distintos, con 2 semanas de separación. Los coeficientes alpha variaban desde 0,70 (sub escala de expresión afectiva) a 0,93 (escala global de 32 ítems).

Asimismo, Corveleyn, Lowyck, Luyten & Demyttenaere (2007), usaron la DAS en su investigación sobre los efectos de los Modelos Operativos Internos generales y específicos en la satisfacción de la relación de pareja en una muestra de adultos de la comunidad de habla holandesa en Bélgica. Los autores afirman que debido a la alta correlación entre las sub escalas y la escala total (correlaciones entre 0,70 y 0,85),



solo se usó en su investigación la escala total. Asimismo, el alpha de Cronbach de consistencia interna para la escala total fue de 0,94.

Santos-Iglesias, Vallejo-Medina & Sierra (2009) encontraron que ha sido adaptada en Francia (Vandeleur, Fenton, Ferrero & Preisig, 2003), Canadá (Baillargeon, Dubois & Marineau, 1986), China (Shek & Cheung, 2008), Italia (Gentili, Contreras, Cassaniti & D' Arista, 2002), Corea (Lem & kim, 1996), Australia (Antill & Coton, 1982), Turquía (Fisiloglu & Demir, 2000), Alemania (Dinkel & Balck, 2006) y a población hispana en Estados Unidos (Youngblut, Brooten & Menzies, 2006). Los estudios psicométricos demuestran una adecuada confiabilidad ya que los índices de consistencia interna presentan valores entre 0,5 y 0,96, tanto para la escala global como para las distintas sub escalas.

En 1988, Bornstein & Bornstein realizaron la adaptación española del Dyadic Adjustment Scale (DAS): La Escala de Ajuste Diádico (EAD). Santos-Iglesias, Vallejo-Medina & Sierra (2009) al no encontrar estudios que avalen psicométricamente esta adaptación, analizaron sus propiedades psicométricas y desarrollaron una versión abreviada de la misma. En España; Ortiz et. al. (2002), usando la adaptación de Bornstein & Bornstein en su estudio sobre apego y satisfacción afectivo-sexual en la pareja, donde participaron 206 parejas de edades comprendidas entre los 19 y 62 años con una media de 36,6 años, se obtuvo un índice de confiabilidad para el EAD de un alpha igual a 0,80 para la prueba total.

De la misma manera, Espina (2002), en su investigación sobre alexitimia y relaciones de pareja, utilizando la EAD, concluyeron que la alexitimia es un factor determinante de un mal ajuste diádico.

Finalmente, En el 2005, Cáceres & Cáceres emplearon la versión propuesta por Bornstein & Bornstein (1988) en su investigación sobre violencia en relaciones íntimas en dos momentos evolutivos. La correlación entre el índice de violencia y la EAD es de  $-0,72$ , es decir, a mayor violencia, menor calidad de relación de pareja. Ellos indican que los baremos de la prueba manifiestan que las parejas separadas obtienen, en la EAD, una puntuación inferior a 70, las parejas disfuncionales puntúan por debajo de 85 y las parejas constituidas resultan con puntuaciones por encima de los 115.

### *Procedimiento*

Se contactó con las directoras de 2 nidos miembros de la Asociación de Promotores de Educación Inicial del Perú (APEIP); quienes realizaron, gracias a un convenio de investigación, los trámites necesarios para permitirme solicitar a las madres de familia de sus nidos contesten la ficha sociodemográfica y los cuestionarios para la investigación.

Se le entregó a cada participante el consentimiento informado, la ficha sociodemográfica y ambos cuestionarios en un sobre, que contenía una esquila firmada por el nido pidiendo colaborar con la investigación, para que sea devuelto cerrado a la profesora del salón de su hijo y esta lo entregue al departamento psicopedagógico del nido, el cual se mantendrá en comunicación interdiaria con el investigador.

Se repartió 60 protocolos en cada nido. Se les otorgó una semana de plazo para entregar el protocolo en el sobre cerrado. Devolvieron 40 mamás en el 1er. nido y 32 en el 2do.; de los cuáles, luego de la depuración, la investigación empleó como muestra total a 51 protocolos (32 y 19 respectivamente).

Los resultados obtenidos de la ficha sociodemográfica fueron analizados mediante estadísticos descriptivos como son la media, la moda, la desviación estándar y los percentiles. Para ambas pruebas utilizadas se exploró la validez y confiabilidad usando el coeficiente de consistencia interna de Cronbach y el análisis factorial de rotación Varimax. Asimismo, se determinó la no normalidad que mostraron sus distribuciones se procedió a efectuar el análisis comparativo de medias con 2 o 3 variables independientes usando U de Mann Whitney o Kruskal Wallis, respectivamente. Finalmente, debido a que la investigación es de contrastes no paramétricos, el análisis de correlación se dio usando el coeficiente de Spearman.

### CAPÍTULO 3

## RESULTADOS

A continuación se procederá a presentar los resultados obtenidos, considerando los objetivos e hipótesis de la investigación, siguiendo tres etapas. La primera y segunda etapa consiste en los resultados descriptivos obtenidos a partir de la aplicación del Cuestionario Materno (CM) y de la Escala de Ajuste Diádico (EAD), respectivamente. Asimismo, se presentan los análisis comparativos a partir de los datos sociodemográficos realizados en cada prueba. Finalmente, la tercera etapa muestra la relación que existe entre la calidad de la relación de pareja y la autoestima materna.

#### *Resultados del Cuestionario Materno (CM).*

La evaluación de la autoestima materna se inició mediante el cálculo de la media y la desviación estándar para cada área y para el puntaje global del CM (tabla 1). De acuerdo a los baremos proporcionados por Luna (comunicación personal); la media de las áreas de habilidad para el cuidado; habilidad general como madre; sentimientos durante el embarazo, la labor de parto y el parto; aceptación parental y la media del puntaje global de la prueba se ubican, en promedio, en un nivel medio de autoestima materna. Asimismo, las medias de las áreas de aceptación del bebé, relación esperada con el bebé, y de imagen corporal y salud después del parto muestran que, en promedio, las participantes se encuentra en un nivel bajo de autoestima materna.

**Tabla 1**  
*Media y desviación estándar de la autoestima materna en la muestra.*

	ME	DE
Habilidad para el cuidado	103,39	11,96
Habilidad general madre	111,35	7,50
Aceptación del bebé	40,57	3,95
Relación esperada bebé	40,49	3,70
Sentimientos embarazo	56	6,14
Aceptación parental	22,29	3,37
Imagen y salud	30,31	5,50
Puntaje global	404,41	29,16

N=51

En la tabla 2 podemos observar que no existe una tendencia general que caracterice a todas las áreas. En habilidad para el cuidado, habilidad general como madre y aceptación parental, aproximadamente el 50% de las participantes se encuentran en un nivel alto de autoestima materna. Asimismo; en aceptación del bebé y en sentimientos durante el embarazo, la labor de parto y parto; el 39% de las participantes puntúan alto y bajo simultáneamente. Finalmente, el puntaje global del cuestionario refleja que el 45,10% de las participantes se encuentra en un nivel general promedio, el 29,41% en un nivel bajo y el 25,49% en un nivel alto.

**Tabla 2**  
*Distribución de la muestra respecto al nivel de autoestima materna.*

	Bajo	%	Medio	%	Alto	%
Habilidad para el cuidado	14	27,45	11	21,57	26	50,98
Habilidad general madre	9	17,65	17	33,33	25	49,02
Aceptación del bebé	20	39,22	11	21,57	20	39,22
Relación esperada bebé	23	45,10	12	23,53	16	31,37
Sentimientos embarazo	20	39,22	11	21,57	20	39,22
Aceptación parental	13	25,49	13	25,49	25	49,02
Imagen y salud	29	56,86	10	19,61	12	23,53
Puntaje global	15	29,41	23	45,10	13	25,49

N=51

Las comparaciones que resultaron siendo significativas en el CM fueron las que se evaluaron en función a la edad de la madre, al número de hijos, y a la edad y el sexo del hijo simultáneamente.

**Tabla 3**  
*Análisis de diferencias en la autoestima materna de acuerdo a la edad de la madre.*

	Entre 24 y 30		Entre 31 y 35		Entre 36 y 40		H
	ME	DE	ME	DE	ME	DE	
Habilidad para el cuidado	106,55	7,78	101,64	9,61	103,61	16,14	2,10
Habilidad general madre	112,73	3,44	110,68	7,15	111,33	9,68	1,17
Aceptación del bebé	39,18	4,90	40,91	3,05	41	4,31	1,26
Relación esperada bebé	40,55	4,39	39,59	2,65	41,56	4,25	8,39*
Sentimientos embarazo	55,27	5,16	56,05	6,29	56,39	6,77	0,53
Aceptación parental	21	4,10	23,14	2,12	22,06	3,99	1,67
Imagen y salud	31,73	5,18	29,41	5,84	30,56	5,35	1,04
Puntaje global	407	19,94	401,41	20,90	406,5	41,31	1,63

N=51

\* $p < 0,05$

En la tabla 3 vemos que existe diferencia significativa en el área de relación esperada con el bebé. La significancia de las mujeres de 36 a 40 años, de acuerdo a las madres de 31 a 35 años es de 0.01 (U de Mann-Whitney). En este sentido, podemos inferir que las mujeres que tienen entre 36 y 40 años alcanzan un mayor sentimiento de realización y gratificación en la interacción con su hijo, que las mujeres de 31 a 35 años.

En la tabla 4 se observa la existencia de diferencias que resultan siendo significativas entre las mujeres que tienen 1, 2 o 3 hijos en el área específica de aceptación del bebé. La significancia que sostiene la relevancia de la comparación entre las mujeres que tienen 1 hijo respecto a las que tienen 2 hijos es de 0.00 (U de Mann-Whitney). Por ello, podemos señalar que las mujeres que tienen 2 hijos tienen una mayor capacidad para poder ajustar la imagen ideal, que tuvo de su bebe durante el embarazo, a la imagen real de su bebe cuando nace, a diferencia de las mujeres que solo tienen un hijo.

**Tabla 4**  
*Análisis de la diferencia en la autoestima materna de acuerdo al número de hijos.*

	1 hijo		2 hijos		3 hijos		H
	ME	DE	ME	DE	ME	DE	
Habilidad para el cuidado	103,89	9,49	104,6	9,46	97,71	22,80	0,12
Habilidad general madre	110,26	7,35	113	4,38	108,43	14,34	1,01
Aceptación del bebé	38,74	3,89	42,2	2,52	39,71	6,05	8,09*
Relación esperada bebé	39,74	3,91	41,16	2,53	40,14	6,23	1,79
Sentimientos embarazo	57	5,27	56,16	6,18	52,71	7,91	2,01
Aceptación parental	22,32	2,91	22,6	3,28	21,14	4,95	0,40
Imagen y salud	29,84	5,33	30,48	6,04	31	4,43	0,40
Puntaje global	401,79	21,87	410,2	20,25	390,86	60,28	1,01

N=51

\* $p < 0,05$

En la tabla 5 podemos apreciar 2 diferencias significativas: En primer lugar, notamos que las mujeres que tienen una hija mujer entre 2 y 3 años, poseen mayor capacidad para poder ajustar la imagen ideal, que tuvo de su bebe durante el embarazo, a la imagen real de su bebe cuando nace, a diferencia de las mujeres que tienen una hija mujer de 1 a 2 años.

En segundo lugar, en las mujeres que tienen un hijo hombre entre 1 y 2 años, las experiencias y vivencias infantiles que esta madre estableció con sus padres resultarán siendo más influyentes que en las mujeres que tienen un hijo hombre de 2 a 3 años.

**Tabla 5**  
*Análisis de diferencias en la autoestima materna de acuerdo a la edad del hijo.*

	Femenino				U
	Entre 1 y 2 años		Entre 2 y 3 años		
	ME	DE	ME	DE	
Habilidad para el cuidado	102,14	12,48	103,55	11,89	64
Habilidad general madre	110,86	3,89	111,55	7,45	62,5
Aceptación del bebé	37,57	3,87	41,23	3,69	35,5*
Relación esperada bebé	39,14	5,37	40,64	2,98	66,5
Sentimientos embarazo	56,71	6,42	55,91	6,43	74,5
Aceptación parental	19,57	5,09	23,32	2,19	45
Imagen y salud	30,71	3,45	30,68	5,63	74,5
Puntaje global	396,71	28,32	406,86	26,81	55

  

	Masculino				U
	Entre 1 y 2 años		Entre 2 y 3 años		
	ME	DE	ME	DE	
Habilidad para el cuidado	103,67	7,17	103,63	14,09	35
Habilidad general madre	113,67	4,84	110,44	9,64	40,5
Aceptación del bebé	41,5	2,81	40,63	4,36	46,5
Relación esperada bebé	41,83	2,99	40,38	4,13	40
Sentimientos embarazo	55,17	5,98	56,13	6,24	40,5
Aceptación parental	24,33	0,82	21,31	3,59	21*
Imagen y salud	31,5	5,86	29,19	6,17	40,5
Puntaje global	411,67	17,28	401,69	36,64	39,5

N=51

\* $p < 0,05$

Las comparaciones que se analizaron y resultaron siendo estadísticamente irrelevantes fueron las que se hicieron en función a la edad del hijo, al tiempo en la relación de pareja y al sexo del niño (Anexo E).

#### *Resultados de la Escala de Ajuste Diádico (EAD)*

El análisis de la calidad de la relación de pareja se llevó a cabo mediante el cálculo inicial de la media y la desviación estándar para cada área y para el puntaje global de la EAD. Como se muestra en la tabla 6, la muestra presenta que el promedio del percentil 25 está por encima del punto de corte establecido, 107 (según Crane et. al. 2000), por ello consideramos que en promedio se encuentra un nivel elevado de buen ajuste diádico.

**Tabla 6**  
*Media y desviación estándar de la calidad la relación de pareja en la muestra.*

	Consenso	Cohesión	Expresión del afecto	Satisfacción	Puntaje global
ME	53,65	19,02	9,73	42,47	124,86
DE	5,90	3,48	1,55	3,65	10,58

N=51

Podemos observar además que existe en las participantes de la investigación una tendencia a percibir como positiva su relación de pareja. En este sentido, y teniendo en consideración el punto de corte establecido por Crane et. al. (2000); en la tabla 7, vemos que 47 de las 51 madres participantes muestran un buen nivel de ajuste diádico, las cuales representan el 92,15% del total de la muestra. Asimismo, 4 de las 51 madres participantes muestran un mal nivel de ajuste diádico, representando el 7,85% de la muestra.

**Tabla 7***Distribución de la muestra respecto a la calidad de relación de pareja.*

	Bueno	%	Malo	%
Puntaje global	47	92,15	4	7,85

N=51

Se realizaron análisis de comparación entre grupos para ver si existen diferencias estadísticamente significativas de acuerdo a la edad de la madre, al número de hijos, al tiempo de duración de su relación de pareja, al sexo de su hijo, y al sexo y edad de su hijo conjuntamente. Las únicas comparaciones que resultaron siendo significativas en la EAD fueron las que se evaluaron en función a la edad del hijo, y en función al sexo y edad del hijo.

En la tabla 8 vemos que existe diferencia significativa en el nivel de satisfacción que reporta la madre de su relación de pareja entre quienes tienen hijos de 1 a 2 años y las que tienen hijos de 2 a 3 años. En este caso, podemos inferir que las madres que tienen hijos entre 2 y 3 años manifiestan mayor satisfacción en este momento de su relación de pareja, y un mayor compromiso en continuar con la relación, que las que tienen hijos de 1 a 2 años.

Asimismo, resulta significativa la diferencia en estos dos grupos de madres cuando hablamos en general, de la calidad de la relación de pareja. Las madres que tienen hijos con edades entre 1 y 2 años reportan una menor calidad de relación de pareja que las madres que tienen hijos con edades entre 2 y 3 años.

**Tabla 8***Análisis de diferencias en la calidad de la relación de pareja de acuerdo a la edad del hijo.*

	Entre 1 y 2 años		Entre 2 y 3 años		U
	ME	DE	ME	DE	
Consenso	51,54	6,29	54,37	5,67	169,5
Cohesión	18,77	2,74	19,11	3,73	211
Expresión del afecto	9,38	1,61	9,84	1,53	199
Satisfacción	40,77	3,68	43,05	3,50	155*
Puntaje global	120,46	9,26	126,37	10,69	155,5*

N=51

\* $p < 0.05$

**Tabla 9***Análisis de diferencias en la calidad de la relación de pareja de acuerdo al sexo y edad del hijo.*

	Femenino				U
	Entre 1 y 2 años		Entre 2 y 3 años		
	ME	DE	ME	DE	
Consenso	50,14	5,70	54,32	5,26	39,5*
Cohesión	19	2,31	19,09	3,35	71
Expresión del afecto	9,71	1,60	9,95	1,59	67,5
Satisfacción	41,14	2,80	43,09	3,89	46,5
Puntaje global	120	7,33	126,45	10,60	46
	Masculino				U
	Entre 1 y 2 años		Entre 2 y 3 años		
	ME	DE	ME	DE	
Consenso	53,17	7,08	54,44	6,37	42
Cohesión	18,50	3,40	19,13	4,32	39,5
Expresión del afecto	9	1,67	9,69	1,49	34,5
Satisfacción	40,33	4,76	43	3,01	32,5
Puntaje global	121	11,73	126,25	11,17	33

N=51

\* $p < 0,05$ 

En la tabla 9 se observan las diferencia de medias respecto al sexo y edad del hijo. Existe diferencia estadísticamente significativa en el área de consenso, específicamente en las madres que tienen una hija mujer. Se puede inferir que las madres que tienen una hija entre 2 y 3 años de edad reflejan mayor grado de acuerdo existente entre ambos miembros de la pareja en aspectos importantes de la relación, a comparación de las madres que tienen una hija entre 1 y 2 años. Asimismo, resulta importante destacar, a pesar de no alcanzar una diferencia estadísticamente significativa, la diferencia de más de 6 puntos en lo que respecta al puntaje global, lo cual significaría una mejor calidad de relación de pareja en la madres que tienen una hija mujer de 2 a 3 años, en desmedro de las que tienen una hija de 1 a 2 años.

Por otro lado, siguiendo el mismo análisis de medias, las comparaciones que no mostraron diferencia estadística significativa fueron las realizadas en función de la edad de la madre, en función al número de hijos, en función al tiempo de duración de la relación de pareja y en función al sexo del hijo (Anexo F).

### *Resultados de las correlaciones*

Considerando el objetivo principal de la investigación, se procedió a efectuar el análisis correlacional de las variables principales y sus respectivas áreas. En este sentido, se obtuvieron datos que ratifican la hipótesis inicial: A mayor autoestima materna, mayor calidad de relación de pareja y viceversa. La correlación es positiva,



significativa y calificada como fuerte de acuerdo a los criterios de Cohen. Mientras la madre se autoevalúe positivamente de acuerdo a su rol de madre, y se califique como más facilitadora y menos disruptiva en cuanto al desarrollo de su hijo, percibirá una mayor calidad en su relación de pareja, y viceversa.

Particularmente, vemos que una alta calidad en la relación de pareja se vincula directamente con una mejor percepción de la madre en lo que implica cubrir las necesidades básicas del niño, confiar en su capacidad para hacerse cargo, mayor capacidad para ajustar la imagen del niño ideal a la real y una percepción positiva de su salud y estado físico; de tal modo, influye directamente en el nivel de autoestima materna que subjetivamente manifiesta la madre.

Además, encontramos que el nivel de autoestima materna y puntualmente, la destreza percibida de la madre para cubrir las necesidades básicas del niño, las cuales están basadas en la experiencia misma de cuidar y calmar a su bebé, implica subjetivamente mayor grado de consenso respecto a toma de decisiones importantes, un mayor involucramiento con la pareja en actividades conjuntas, sentimiento positivo respecto al afecto recibido de su pareja, y la intención de continuar con la relación dada la satisfacción que percibe de su calidad de relación de pareja.

Asimismo, vemos que cuando una madre refiere tener buena capacidad para hacerse cargo y disfruta de la tarea, basándose en la confianza de ser una madre eficaz, mostrará una mejor calidad de relación de pareja, y específicamente una mayor participación, con su pareja, en actividades fuera del hogar.

Por otro lado, las relaciones parentales positivas establecidas desde etapas tempranas se vinculan directamente con una percepción satisfactoria del afecto.

Finalmente, concluimos que la percepción que tenga la madre de su imagen y salud después del parto, se asocia con un mayor grado de consenso al tomar decisiones relevantes y en general, con una mayor calidad de la relación de pareja.

**Tabla 10**  
*Relación entre la calidad de la relación de pareja y autoestima materna.*

	Consenso	Cohesión	Expresión afecto	Satisfacción	Puntaje EAD
Habilidad para el cuidado	0,36**	0,39**	0,29*	0,33*	0,50**
Habilidad general madre	0,27	0,39**	0,13	0,13	0,38**
Aceptación del bebé	0,17	0,18	0,17	0,17	0,28*
Relación esperada bebé	0,27	0,12	0,01	-0,02	0,20
Sentimientos embarazo	0,09	0,20	0,06	0,17	0,15
Aceptación parental	0,06	0,15	0,34*	0,09	0,18
Imagen y salud	0,41**	0,24	0,16	0,14	0,39**
Puntaje CM	0,42**	0,43**	0,33*	0,29*	0,54**

N=51

\* $p < 0,05$

\*\* $p < 0,01$

## CAPÍTULO 4

### DISCUSION

En este capítulo se procederá a analizar los resultados obtenidos en la presente investigación. En este sentido, mantendremos el orden en el que fueron presentados previamente. Discutiremos, en primer lugar, los datos encontrados con el cuestionario materno (CM) y la escala de ajuste diádico (EAD); que, posteriormente, nos permita fundamentar las razones del cumplimiento del objetivo e hipótesis principal de este trabajo.

Considerando el análisis realizado a la variable autoestima materna, el estudio destaca que las participantes se encuentran en un nivel general medio de autoestima materna; donde las participantes muestran niveles significativamente altos en las dimensiones habilidad para el cuidado y habilidad general como madre, así como un puntaje significativamente bajo en imagen y salud corporal después del parto. Como hemos mencionado, este constructo se enmarca en aspectos subjetivos de la madre que han sido, y son, influenciados por factores que escapan al control usado en la presente investigación dado que no era el objetivo trazado; por ello, resulta absurdo adjudicar este dato con certeza a ciertos elementos que aún no han sido evaluados puntualmente. Sin embargo, podemos asegurar que uno de los aspectos que ha colaborado con el sostenimiento de la autoestima materna de las participantes es la buena calidad de la relación de pareja que ellas perciben, incluyendo en esto a la seguridad que te brinda el matrimonio y el tiempo en una relación, ya que prácticamente dos tercios de la muestra revelaron vivir un matrimonio que supera los 5 años, siendo la mitad de ellos, matrimonios que superan los 8 años.

Asimismo, observamos que las tres áreas con el nivel más bajo fueron: aceptación del bebé, relación esperada con el bebé e imagen corporal y salud después del parto. Ahora, la ubicación de las participantes en un nivel bajo implica que las dificultades a las cuales hicimos y haremos referencia, y que siempre se van a percibir, no han sido incorporadas positivamente por la madre aún, lo cual influirá en su autoestima materna. Según Laplanche (1981), la fantasía es el guión imaginario en el que se halla presente el sujeto, y que representa, en forma deformada por los procesos defensivos, la realización de un deseo y, en último término, de un deseo inconsciente. En la primera área, teóricamente, existe una dificultad en las madres para aceptar las características reales de su hijo, probablemente, las imágenes que las madres fantaseaban de sus hijos antes del nacimiento distan de lo que ellas percibieron realmente. Podríamos interpretarlo como una arista de lo que involucra la

idealización de la maternidad para una mujer, la fantasía como contraparte a la realidad, siendo además el aspecto físico del hijo participe de esta dimensión.

En la segunda área, como lo detalla Piazzon (2005), los avances tecnológicos en el campo médico, como el ultrasonido 4D, y los programas de estimulación prenatal logran que los padres se contacten de una manera especial con su hijo que aún se encuentra en el vientre de la madre. De esta manera, este contexto despierta la fantasía en la madre sobre el primer encuentro y la relación con su hijo a través que vaya creciendo, lo cual probablemente influya en cómo se sienten actualmente las participantes con la interacción que mantienen con su bebé ahora que también deben sobrellevar las dificultades que su rol implica.

La última área aquí mencionada es la que está en función al aspecto corporal de la madre posterior al parto, desde su propia perspectiva. En este caso, aceptar el cambio que sufre su cuerpo después del embarazo es un proceso que les está generando complicaciones. El 56.86% de las participantes puntuaron bajo en esta dimensión. Por lo tanto, considerando las hipótesis vertidas sobre estas 3 dimensiones y recordando que ha transcurrido al menos 1 año del parto, las participantes de la investigación muestran aparente dificultad para ajustar las imágenes idealizadas que han construido durante el embarazo a lo que objetivamente vivencian en su nuevo rol, así como también les cuesta manejar la percepción corporal que ellas tienen de sí mismas porque parece que el aspecto físico es un tema susceptible que genera inseguridad en las participantes.

Uno de los resultados significativos que nuestro estudio destaca es que las madres que tienen entre 36 y 40 años alcanzan un mayor sentimiento de realización y gratificación en la interacción con su hijo, que las madres de 31 a 35 años. Sabemos que a las madres que se ven inmersas en la maternidad a los 35 años o después, médicamente se les califica su embarazo como riesgoso. En el 2002, Sampedro, Gómez, & Montero, desde una perspectiva de género, explican que esta conducta se ha convertido en una tendencia, a la cual la califican como la planificación esperada por una mujer que aspira a consolidarse profesionalmente y disfrutar de su poder de consumo. Consideramos relevante que el 35.2% de la muestra tiene al menos un hijo por encima de los 35 años, y aunque la investigación no puede asegurarnos la intención firme y planificada de las participantes de querer ser madres en esta etapa por lo antes expuesto, sí validamos la hipótesis de que es una etapa de la vida donde la mujer se siente consolidada como persona y puede afrontar el hecho de ser (nuevamente) madre con mayor tranquilidad y goce. Por ello, nos permitimos asociar la felicidad experimentada por la madre, con la relación con su hijo, con la madurez con la que enfrentan las madres este nuevo reto, lo cual subjetivamente implica mayor

seguridad y control personal, y ello devenga en mejores recursos para consolidar la diada y establecer un vínculo sólido. Por ello, probablemente a la mujer que es madre a los 35 años o después, se le puede catalogar emocionalmente como “mejor preparada”, a pesar de los justificados temores que puede experimentar la madre durante el embarazo por el riesgo que atraviesa. Asimismo, como la mayoría de estas participantes han tenido hijos previamente, la experiencia que tienen se adiciona a la madurez que alcanzan. La madurez parece ser la condición necesaria para que la interacción con el hijo sea percibida como gratificante.

Otro resultado significativo encontrado en la presente investigación es el cual nos dice que las mujeres que tienen 2 hijos tienen una mayor capacidad para poder ajustar la imagen ideal que tuvo de su bebé durante el embarazo a la imagen real de su bebé cuando nace, a diferencia de las mujeres que solo tienen 1 hijo. Como explicábamos anteriormente, la fantasía es un elemento determinante para la primacía de la maternidad idealizada sobre todo en las madres primerizas, las cuales no cuentan con una experiencia previa. En este caso, la experiencia misma de haber tenido un hijo brinda a la madre un panorama distinto. Aunque sintomáticamente la experiencia previa del parto y el parto mismo fuera distinta a su primera vez, ya se encuentra instalada en la madre una concepción más objetiva que le permite justamente tener la capacidad de limitar su fantasía hacia aspectos más concretos y reales. La madre podrá acceder con mayor facilidad a integrar la imagen real de su hijo, a la imaginada, y sentirse complacida con las características de él, siempre y cuando las expectativas y fantasías que construya la madre sobre la imagen del bebé que ansía tener no distan demasiado del bebé que obtiene, es precisamente en este punto donde la experiencia de ser madre previamente sirve como un mecanismo de ajuste.

Asimismo, la investigación detalla que las mujeres que tienen una hija entre 2 y 3 años manifiestan mayor aceptación y felicidad en cuanto a las características de su hija, a comparación de las mujeres que tienen una hija entre 1 y 2 años. Es decir, las madres de niñas de 2 a 3 años logran ajustar la imagen ideal a la real significativamente mejor que las madres de niñas de 1 a 2 años. En este caso, hay 2 aspectos a tener en cuenta. En primer lugar, como parte del desarrollo madurativo en los niños de 2 años, a comparación de los que son menores, tenemos el desarrollo del lenguaje mediante el cual se pueden expresar, y se les puede comprender, con mayor propiedad y facilidad; el desarrollo cognitivo manifestado en el ingreso a la etapa preoperatoria donde empiezan a representar la acción mediante el pensamiento y el lenguaje; y el desarrollo psicomotor que les permite el desplazamiento y la exploración con mayor seguridad (Piaget, 1999). A partir de los 2 años, en términos generales y

bajo condiciones normales, la persona adquiere habilidades y destrezas que le permiten desenvolverse con mayor autonomía. Este primer aspecto, la independencia, es un hito determinante para los padres como tal, y para su relación como pareja como veremos más adelante. Sin embargo, para efectos de este resultado, esta diferencia evolutiva resulta siendo una condición necesaria pero no suficiente para explicar una mejor aceptación del hijo, dado que no ocurre lo mismo en el caso de que el bebé sea varón. Por ello, en segundo lugar, considerando lo encontrado y que nuestro análisis es en base a las madres, el género tiene un lugar central. Probablemente, la autonomía en la niña a la cual se hace referencia provoca en la madre una mayor satisfacción, quizás inconsciente, al notar en su hija actitudes o conductas socialmente más cercanas al ámbito femenino, como pueden ser iniciativas propias de jugar con juguetes “de niñas”. Lo cual se reafirma, observando que en el caso de las madres con hijos varones no existe descriptivamente variación estadística entre edades en este rubro.

Particularmente, en cuanto a la variable autoestima materna, también se destaca una última diferencia significativa entre edades del hijo, la cual nos señala que en las mujeres que tienen un hijo hombre entre 1 y 2 años las experiencias y vivencias infantiles que esta madre estableció con sus padres resultarán siendo más positivas que en las mujeres que tienen un hijo hombre de 2 a 3 años. En este caso, según Sumbland (2006), a partir de los 15 meses el niño alcanza un vocabulario de 10 palabras aproximadamente y que superando los 2 años y medio puede alcanzar unas 50 palabras. Evidentemente, la capacidad verbal del niño de 1 a 2 años aún sigue siendo básica y sustentada en señalamientos y gesticulaciones. Asimismo, motrizmente, durante el segundo año de vida, es que se empieza a consolidar la estabilidad y a perfeccionar el andar bípedo en el niño. En este sentido, Shaffer (2007) hace hincapié en que el desarrollo motriz es el que primero desarrolla el varón, en desmedro del verbal, lo cual es inverso en el género femenino. Bajo estas características generales de desarrollo del niño de 1 a 2 años, donde el bebé es descrito como una persona aún dependiente pero con la firme intención de conocer el mundo que le rodea es que hipotetizamos el alto nivel de preocupación y angustia a la que las madres pueden estar expuestas, por ejemplo al cuidar a su hijo de las caídas que pueda tener dado el desarrollo motriz que un niño muestra a diferencia de una niña y de un niño con un control corporal más consolidado. En este sentido, probablemente la madre se angustiaría como sus propios padres se angustiaron con ella, reactivando con ello inconscientemente experiencias y vivencias infantiles personales, significativas y positivas.

Por otro lado, centrándonos en la otra variable de estudio, la presente investigación resalta la percepción de buena calidad de sus relaciones de pareja que la mayoría de las mujeres participantes refieren tener. En primer lugar se deben tomar en cuenta ciertos aspectos como son la edad de las participantes y el tiempo en el que se encuentran en una relación de pareja. Nuestro estudio indica que la mayoría de las madres han tenido a sus menores hijos en etapas de mayor madurez y dentro de una relación de pareja sostenida por años. El 90% de las madres tienen por lo menos 30 años, de las cuales la mitad tiene más de 35 años. En ese sentido hablamos probablemente de madres más preparadas para la maternidad. Según Papalia et al. (2005), la madre en la tercera década de vida está mejor preparada para la maternidad que una particularmente muy joven. Asimismo, las madres mayores reportan más satisfacción con la maternidad, le dedican más tiempo y promueven la respuesta del niño. Asimismo, más del 80% se encuentra con la misma persona en una relación de pareja por lo menos en los últimos 5 años, lo cual marca una tendencia de la muestra hacia la estabilidad marital, por lo menos hasta la fecha en que se dio la investigación, donde existe mayor probabilidad de que estas parejas hayan planificado consensualmente la llegada de los hijos. Por ello, podemos decir que estas madres podrían organizar mejor sus horarios y manejar con mayor destreza su rol de madre sin abandonar su rol de pareja.

Un segundo aspecto para entender esta afirmación puede ser que la muestra elegida fue íntegramente recogida del estrato socioeconómico medio-alto de Lima Metropolitana. Como sabemos, el nacimiento de un hijo implica que los padres deban adecuarse a un estilo de vida diferente, que implica cambiar la rutina diaria y brindarle al hijo un tiempo que antes era destinado a otra actividad. Desde la alteración del ciclo sueño-vigilia durante los primeros meses del bebé, el distanciamiento natural de la pareja por la presencia del niño que consume la atención de los padres, y hasta el gasto económico que significa mantener al hijo, dinero que antes era destinado a la pareja probablemente, son algunos de los cambios que alteran una relación de pareja cuando se inicia el proceso de ser padres. Lo cual implica que la vida de pareja que comparten sin hijos, deberá ser redistribuida significativamente, implica adecuarse a la nueva dinámica que impone a una persona más, fruto de la pareja, que va a demandarles el tiempo, el dinero y la energía que eran utilizados para ellos mismos como independientes y como pareja.

En este sentido, un solvente nivel socioeconómico puede facilitar el acceso de la pareja a tener comodidades. Estudios actuales (Moller et. al., 2008) demostraron la correlación que existe entre la satisfacción marital y las labores domésticas; así como también, la satisfacción marital con el estrés que le genera al padre las horas de

trabajo durante la semana. En este caso, por ejemplo, las participantes de esta investigación tendrían la oportunidad de contar con empleadas domésticas que organicen sus casas o con nanas que le dediquen horas al cuidado del bebé, con la finalidad de que puedan disponer de tiempo para ellas como mujeres en actividades de su propio interés y evitar de esta manera sentir el desgaste físico y psíquico que ello conlleva, o simplemente para evitar asumir que el ser madres las limita en ciertos aspectos. Entonces, en este contexto donde aún la madre es quien asume la mayor parte de la crianza, ha ocurrido una liberación de los roles de cuidado del niño generando oportunidades en las mujeres. Por ello, el eje de vida femenino probablemente dejó de ser el de ser madre para incluso ver esta posibilidad como una alternativa que limita el crecimiento, el nivel socioeconómico podría suplir, en parte, esta perspectiva. Ahora, teniendo cuenta que la mujer no siente que el ser madre pueda limitarla y que puede desarrollarse, se sentiría satisfecha en sus roles de madre y mujer, y poder así organizar su tiempo para retomar o mantener una buena relación de pareja que es uno de los aspectos de la vida por el que el ser humano se interesa y preocupa.

Por otro lado, el presente estudio indica que las madres que tienen hijos entre los 2 y 3 años demuestran en este momento una mayor satisfacción y un mayor compromiso para seguir en la relación, que las madres de los niños que tienen entre 1 y 2 años. En general, las madres de los niños entre 2 y 3 años reflejan una mayor calidad de relación de pareja que las participantes con hijos menores. Observando a nivel descriptivo podemos señalar que se evidencian los reajustes a los que los padres deben adaptarse. En términos generales, la presencia de una persona más en el hogar que solicita atenciones, ya que no puede satisfacerse por sí misma, con un estilo de vida que no respeta horarios, o momentos, desorganiza el ritmo de vida que lleva cualquier familia. Empezando por la alteración del ciclo sueño-vigilia los primeros meses, el bebé prácticamente los obliga a que los padres se adecuen a sus necesidades, proceso que parecen ocupar los dos primeros años de vida del menor y que invade el área romántica y social de sus padres. El desgaste físico y psíquico al que son exigidos los padres, de tener la obligación de atender, cuidar y entender a su hijo, se refleja en la escasa energía que les resta para ellos mismos y para dárselo al otro (Dell & Erem, 2004). De alguna manera, la independencia o autonomía que el hijo desarrolla permite a los padres sentirse menos subyugados al niño y en la capacidad de retomar y fortalecer la vida de pareja que se había visto desplazada, lo cual parece haber sucedido en las participantes de nuestra investigación.

Otro resultado significativo para el entendimiento de la influencia que tiene la aparición de los hijos en la calidad de la relación de pareja de una familia, es el que

distingue la presencia de una hija en el hogar. La presente investigación nos señala que las madres que tienen una hija entre 2 y 3 años muestran un mayor grado de acuerdo entre ella y su pareja en aspectos importantes de su relación, en comparación con las madres que tienen hijas menores. Como hemos anotado previamente, la niña que supera los 2 años adquiere, en suma, la capacidad verbal, motora y cognitiva como para hacer ejercicio de una independencia hasta entonces ajena para ella y para los mismos padres. Evolutivamente, las niñas suelen desarrollar mayor independencia que los niños en etapas tempranas del desarrollo. Así como normalmente los niños desarrollan las habilidades motoras antes que el lenguaje, en las niñas el desarrollo del lenguaje es adquirido antes que la parte motora (Shaffer, 2007). En este caso, los padres pueden sentir un menor desgaste al ver que su hija ya no requiere del cuidado que requería anteriormente. Pueden ahora comunicar verbal y claramente lo que desean con un nivel de pensamiento más elaborado, además de tener la posibilidad de movilizarse y emplear un juego más dinámico, lo que propicia una mayor interacción con su grupo de pares. Probablemente, el alivio que genera en los padres la independencia de la niña genera una mayor disposición para escuchar, compartir y acordar con la pareja.

En general, analizando particularmente la variable calidad de la relación de pareja, encontramos resultados que nos inducen a colocar esta variable en función de la independencia o autonomía del hijo. De alguna manera parece que el mismo hijo, quien es en principio el causante de la separación, es quien permite el reencuentro de los padres gracias al desarrollo madurativo que obtiene y a la progresiva independencia que va adquiriendo. Sin duda, evolutivamente y en condiciones normales debe darse esta dinámica pero existen variables físicas, mentales y de carácter del hijo y de los padres que pueden desencadenar un proceso mucho más complejo y con un final diferente.

Finalmente, luego de considerar la descripción de las variables del estudio y argumentar los resultados significativos que se desprendieron del análisis de diferencias realizado individualmente, nos disponemos a explicar los resultados de las correlaciones obtenidas en la investigación relacionando las dimensiones y puntajes globales de cada variable entre ellas mismas, lo que corroborará la hipótesis asumida y concluirá con los objetivos trazados desde que se planteó la necesidad de realizar el presente estudio.

Cómo primer resultado tenemos que el puntaje global de la Escala de Ajuste Diádico (EAD) correlaciona directa y significativamente con 4 de las 7 dimensiones del Cuestionario Materno (CM): Habilidad para el cuidado, habilidad general como madre, aceptación del bebé, e imagen corporal y salud después del parto. Ello implica que un



nivel alto de calidad de relación de pareja que perciba la madre influirá determinadamente en la percepción que ella misma tenga de sus propias destrezas como madre para calmar y cuidar a su bebé; en cumplir, valorar positivamente y disfrutar su nuevo rol; en la capacidad de la madre para ajustar la imagen ideal que concibió previamente al parto con la imagen real del niño que obtuvo; en la evaluación personal que cada madre realiza de su aspecto físico, su adaptación a estos cambios; y viceversa.

Catalogar una relación amorosa con el nivel más alto posible implica que esta persona considera a su pareja como alguien que cubre ampliamente sus expectativas, en este caso, el apoyo que la madre recibe de su esposo puede resultarle un motor que cimienta una confianza y seguridad particular de su nueva etapa, precisamente autoestima materna, paralela a las construidas previamente, que esta mujer debe concebir cuando empieza a cumplir labores de madre.

Vemos, específicamente, que en lo que respecta a la habilidad para el cuidado y a la habilidad general como madre, la presencia e influencia del esposo probablemente se concentre tanto en aspectos de participación activa que le permita a la madre dosificar energía, realizando labores de cuidado como alimentar al hijo, cambiarlo o corregir alguna conducta, como en aspectos netamente emocionales de sostenimiento, apoyo y tranquilidad cuando madre lo necesite, compartiendo los temores, y reforzando su confianza. En cuanto a la aceptación del bebé, el esposo puede fungir como alguien transcendental que se manifiesta verbal o conductualmente acerca de la imagen del niño y le otorgue a la madre una visión distinta a la que ella misma pueda tener. En cuanto a la aceptación de la nueva imagen corporal y salud después del parto por parte de la madre, probablemente la opinión y actitud del esposo resulta de las personas externas, como los amigos o padres, la más influyente; como hipotetizamos anteriormente, existe en las participantes una aparente preocupación excesiva por la apariencia física y dado el contexto amoroso en el que se encuentran, la manifestación del esposo puede ser el eje referencial externo de estas madres. Inclusive, a pesar de que no sabemos con precisión el peso que le otorgue la madre a la opinión externa ya que ello depende de una evaluación personal distinta, si podemos corroborar una influencia importante. Por ello, el sostenimiento y contención que ejerce el padre del niño al cumplir su rol de pareja, al margen de las destrezas como padre que pueda tener y de la respectiva calificación que pueda recibir, logra unificar y relacionar las variables que hemos mencionado.

Un segundo resultado enlaza significativamente la dimensión habilidad general como madre del CM con el área cohesión de la EAD. Este dato nos indica que de acuerdo al grado en que la pareja mantenga actividades conjuntas netamente

recreativas, manteniendo al margen probables nexos de índole laboral, la madre demostrará una mayor capacidad para desempeñarse en su nuevo rol de madre y disfrutar de ello, en cierta manera, consolidará la adaptación de la mujer a ser madre. Sin duda, la naturalidad que perciba la madre, siendo tal, implicará que la tranquilidad y organización que haya alcanzado en ese campo, le permita retomar actividades con su pareja de una manera distendida y con la intención de disfrutar el momento. Por otro lado, el esposo percibirá en su pareja una mayor disposición para compartir eventos, lo cual reforzará y promoverá esta conducta en particular. Asimismo, retomar estas actividades recreativas con la pareja, les hará compartir ideas, opiniones o pensamientos que quizás hayan dejado de compartir y que fortalecerá el acercamiento y la confianza entre ambos, resultando de ello, una presencia del esposo más significativa, en términos del apoyo y comprensión que pueda otorgarle a su esposa, en este caso como madre. En este sentido, la participación activa de los esposos en actividades distendidas los compenetra y unifica. La madre percibe una pareja “más cercana” que la apoya y facilita su adaptación a labor de madre y el esposo percibe a una madre que se permite ser pareja y dispuesta a compartir con él, momentos que marcan el inicio de retomar actividades que probablemente se hayan visto suplantadas.

Un tercer resultado vincula la dimensión aceptación parental del CM con el área expresión del afecto de la EAD. Las experiencias y vivencias infantiles que esta madre instauró durante sus primeros años respecto a sus padres, y sobre todo la forma positiva o negativa en que han sido percibidas y ahora son evocadas, tendrán directa significancia en el grado de satisfacción que pueda sentir de acuerdo al nivel de afecto que recibe y con el grado de satisfacción que alcance en su vida sexual, y viceversa. En 1979, Bowlby, creador de la teoría del apego, fue el primero en destacar la importancia del vínculo temprano en las experiencias afectivas posteriores. Años después, y como hemos señalado previamente, se corrobora la hipótesis de que el aspecto emocional y conductual que rige el enamoramiento de una persona, es compatible con lo postulado por la teoría del apego de Bowlby. En este caso, el vínculo que se establezca con el principal cuidador, la predisposición o accesibilidad que perciba este aún recién nacido de él, y la seguridad o ansiedad que le proporcione, intervendrá directamente en el campo afectivo del futuro adulto. El bebé aprenderá con sus principales cuidadores a relacionarse, a comunicarse con los demás, así como también a recibir y dar muestras de cariño mediante el contacto físico como son los besos y abrazos, conductas estimuladas por el campo afectivo de la persona. Por ello, probablemente las experiencias y vivencias tempranas, determinan posteriormente el desenvolvimiento y predisposición afectiva que, en este

caso, la madre tenga con su esposo, incluyendo la satisfacción sexual que pueda sentir. Por otro lado, las demostraciones afectivas que pueda expresar el padre hacia ella, como esposo, parece encaminar lo que la madre inconscientemente evoque afectivamente, lo cual evidentemente también se notará en su rol materno. Probablemente, el afecto positivo que reciba la madre de su esposo sirva como un instrumento de elaboración para ciertos elementos propios y tempranos que la madre reactive inconscientemente en esta nueva etapa.

Un cuarto resultado relaciona la dimensión imagen corporal y salud después del parto del CM con el área consenso de la EAD. Inevitablemente, el embarazo y el parto ocasionan cambios físicos, y en algunos casos problemas de salud si ocurre alguna complicación, a los cuales la madre debe adaptarse. La aceptación de su nueva imagen influirá en el grado de interés por llegar a un acuerdo existente entre ella y su pareja en temas de importancia para la pareja. Hemos detallado la asociación que se presenta entre la percepción de la imagen corporal con la autoestima de la persona, en este sentido, la autoestima parece ser el factor determinante en este resultado. Una alta autoestima impulsará a la persona a manejarse con mayor seguridad y confianza en sus actividades cotidianas, mostrará una mejor presencia a nivel de relaciones interpersonales y defenderá sus ideas y opiniones. En este caso, que la madre se perciba positivamente al verse, probablemente generará en ella mayor seguridad y confianza que se traduciría en un mayor ánimo disposición e interés por participar activamente de las decisiones por tomar. Asimismo, el esposo percibirá esta actitud en su pareja creándose una dinámica entre ambos en este aspecto. Por otro lado, definiendo al consenso como una intención de satisfacer los deseos del otro, el padre y esposo es quien puede propiciar en la madre mayor confianza y seguridad en sí misma, alentando su importancia en la incursión de toma de decisiones que le competen a ambos como padres de familia y como pareja. Hemos hipotetizado anteriormente, en esta muestra, una posible preocupación excesiva por el aspecto físico y el rol de facilitador que cumple en ello el esposo, este resultado afianza el argumento de que el esposo y padre es visto por la mujer como el eje externo referencial sobre el cual construye, a diferentes niveles, su nueva visión de mujer y esposa cuando ya es madre. Además de sí misma, la madre podrá adquirir de su pareja elementos de contención y soporte en caso ella lo necesite, y él se encuentre atento y presto a proveerla.

En nuestro primer resultado detallamos la correlación existente entre la dimensión habilidad para el cuidado del CM y otras 3 dimensiones adicionales con el puntaje global de la EAD. Como quinto resultado presentamos las asociaciones significativas establecidas entre las 4 áreas de la EAD (consenso, cohesión, expresión

del afecto y satisfacción) y la dimensión habilidad para el cuidado del CM. Como analizamos en el párrafo anterior, el consenso o el grado de mutua participación en la toma de decisiones importantes predispone a generar un clima familiar y de pareja igualitario, donde ambos reconocen y destacan a la otra persona. En este caso, este reconocimiento alimenta la confianza y seguridad de la madre como tal, cuestionada incluso por ella misma en los inicios de su práctica como madre, como cuando tiene que aprender a identificar los llantos que reflejan cada uno una necesidad, aprender a satisfacer estas necesidades y calmar al hijo, entre otras, son algunas de las labores de aprendizaje que pueden afectar la confianza y seguridad de la madre, que caracterizan a la dimensión habilidad para el cuidado y que aparentemente se apoyan en el grado de consenso que adquiere con su pareja. Por otro lado, sabemos que el cuidado del niño requiere de mucha atención y desgaste, tanto psíquico como físico. Vemos que resulta saludable proteger el área emocional de la madre ya que de ello dependerá, en cierta medida, el área emocional del hijo. Por ello, en lo que respecta a la cohesión, la participación conjunta de la pareja en actividades no laborales, más bien de índole recreativa, esta área permite liberar la tensión acumulada, optimizando su destreza a favor de los cuidados del niño y fortaleciendo la alianza sentimental que tiene con su esposo, aumentando la confianza y seguridad en sí misma. En cuanto a la expresión del afecto, destacamos la influencia que tenga el afecto que reciba de su pareja en su destreza para el cuidado. Como mencionamos previamente, lo importante es la adecuada percepción de afecto que la madre sienta que recibe de su pareja, y eso dependerá del aspecto emocional de la madre en mayor medida que de la expresión verbal o gestual que manifieste el esposo. Al sentir afecto, la madre sentirá el respaldo, la comprensión y el aliento de su pareja. La satisfacción nos indica el grado de satisfacción de la pareja con la relación en el actual momento y su interés en continuar con la misma. Señalábamos aspectos que la madre recibía del padre en cuanto a afecto, o permitirse ambos realizar actividades conjuntas o tomar juntos decisiones importantes, pero esta área implica que la madre califique su relación y en base a ello, evalúe su compromiso. Mientras ella perciba una relación estable y se sienta comprometida con su pareja, su habilidad para el cuidado será mejor aprovechada. Por otro lado, así como la habilidad para el cuidado es empezar a poner en práctica el rol de madre, de alguna manera en desmedro del rol de pareja, su buen manejo y organización favorecerá al equilibrio y la convivencia de ambos roles.

Así como acabamos de argumentar las asociaciones entre las áreas de la EAD y la dimensión habilidad para el cuidado del CM, presentaremos como sexto resultado las correlaciones significativas que se dieron entre el puntaje global del CM, es decir el nivel de autoestima materna, y las áreas de la EAD (consenso, cohesión, expresión

del afecto y satisfacción). Así como a la dimensión habilidad para el cuidado, la influencia de las áreas de la EAD al constructo autoestima materna son de índole emocional, brindando a la madre el soporte, la contención y la motivación necesaria para desarrollar un proceso materno adecuado. Asimismo, la madre con un buen nivel de autoestima materna logrará estimular junto con su pareja los pilares de su relación. Cuando la madre se sienta adaptada y cómoda con su rol de madre, podrá organizarse adecuadamente y realizar actividades que fomenten su desarrollo como persona, tanto en su vida sentimental, como en la profesional.

Finalmente, como último resultado del análisis, se comprueba la validez de la hipótesis planteada en esta investigación. El nivel de autoestima materna correlaciona positiva y significativamente con el nivel de calidad de relación de pareja que la madre perciba. Mientras mayor sea el nivel de autoestima materna, mayor será el nivel de relación de pareja que se perciba, y viceversa. Se establece un nexo cercano y trascendental entre lo que, en algún momento, se deslinda, como es el rol de padres con el rol de pareja. Según Bowlby (1964), es una suerte para los bebés y su supervivencia, que hayan sido hechos por la naturaleza para seducir y esclavizar a sus madres. Es pues, tarea del padre tolerar pacientemente el desplazamiento al que ha sido objeto por alguien que él mismo contribuyó a crear para hacer que el niño se perciba como hijo de una pareja y no como un producto únicamente materno (Schoffer, 2008). Sin embargo, la dinámica triangular padre-madre-hijo es más compleja e intervienen en él, factores como el sostenimiento emocional del padre a una madre que vive cautivada por su hijo, y que se refleja finalmente en la percepción que esta madre tenga de su relación de pareja puesta en tela de juicio por este niño a quien se intenta educar. Resulta pareciendo un círculo vicioso donde el hijo, que es el objeto de amor del personaje principal que es la madre, depende significativamente del cada vez menos personaje secundario que es el padre.

Elegimos presentar los resultados de las correlaciones en este orden por fines didácticos y para resaltar el rol determinante que juega la dimensión habilidad para el cuidado. En términos psicológicos, probablemente, esta dimensión está asociada en nuestra sociedad con la consecución de las habilidades necesarias para que se les otorgue el título de madre. Bajo esta premisa, una mujer que acaba de tener un hijo puede percibirse como una madre de alto nivel, adicionalmente motivada por el reconocimiento social, a medida que vaya adquiriendo mayor destreza al cuidar y calmar a su hijo. De esta manera, si bien la habilidad para el cuidado conforma un aspecto de todo lo que engloba la autoestima materna, es quizás el aspecto más destacado a nivel social, lo cual lo convierte subjetivamente en un factor determinante de la autoestima materna.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Andino, L. (1994). *Psicoanálisis de la maternidad*. (1era. ed.). Madrid: Grupo Cero
- Amati, J. (2006). La maternidad. En: *La maternidad y sus vicisitudes hoy*. (pp. 37-53). Lima: Siklos
- Apéstegui, C., Chu, G., Garay, M., Hartley, J., Orellana, C., Levy, T., & Tapia, C. (2005). Cuando la envoltura se rompe antes de tiempo: el trabajo de *acogida* de La Casa de la Familia con padres y bebés prematuros, en el Departamento de Neonatología del Instituto Materno Perinatal de Lima. En: *Transiciones 10*. (pp. 43-52). Lima: Laberintos.
- Arias, I. & Byrne, Ch. (1996). Evaluación de los problemas de pareja. En: *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*. (pp. 356-374). Madrid: Siglo XXI.
- Bornstein, Ph., & Bornstein, M. (1988). *Terapia de pareja: Enfoque conductual sistémico*. (1era. ed.). Madrid: Pirámide.
- Bowlby, J. (1964). *Los cuidados maternos y la salud mental*. (1era. ed.). Buenos Aires: Humanitas.
- Bowlby, J. (1979). *Cuidado maternal y amor*. (1era. ed.). México D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- Brazelton, B. & Cramer, B. (1993). La relación más temprana: Padres, bebés y el drama del apego inicial. (1era. ed.). Barcelona: Paidós
- Brazelton, B., & Greenspan, S. (2005). *Las necesidades básicas de la infancia*. (1era. ed.). Barcelona: Graó
- Carey, M., Spector, I., Lantinga, L., & Krauss, D. (1993). Reliability of the Dyadic Adjustment Scale. En: *Psychological Assessment*, 5(2), 238-240.
- Castro, T. (2007). *Maternidad sin matrimonio: Nueva vía de formación de familias en España*. (1era. ed.). Bilbao: Fundación BBVA.
- Cornejo, D. (2005). La trama donde se construye el vínculo: Lucía y sus inicios. En: *Transiciones 10*. (pp. 33-42). Lima: Laberintos
- Corveleyn, J., Lowyck, B., Luyten, P., & Demyttenaere, K. (2007). Efectos de los Modelos Operativos Internos (MOI) generales y específicos en la satisfacción de la relación de pareja: Un estudio prospectivo. En: *Persona*, 1(10), 13-27.
- Crane, R., Middleton, K., & Bean, R. (2000). Establishing criterion scores for the Kansas Marital Satisfaction Scale and the revised Dyadic Adjustment Scale. En: *The American Journal of Family Therapy*, 28(1), 53-60.
- Chen, Ch., & Conrad, B. (2001). The relationship between maternal self-esteem and maternal attachment in mothers of hospitalized premature infants. En: *Journal of Nursing Research*, 9(4), 69-82.
- Dam, R. (2005). Ser padre: se nace y se hace. Desde la biología hasta la cultura. En: *Transiciones 9*. (pp. 123-142). Lima: Laberintos

- Dell, D., & Erem, S. (2004). *¿Realmente quiero tener hijos?*. (1era. ed.). Bogotá: Norma
- Dema, S. (2006). *Una pareja, dos salarios. El dinero y las relaciones de poder en las parejas de doble ingreso*. (1era. ed.). Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS).
- Eagly, A., & Chaiken, S. (1998). Attitude structure and function. En: *The Handbook of Social Psychology*, 1(4), 269-322.
- Epstein, S. (1979). The stability of behavior I: On predicting most of the people most of the time. En: *Journal of Personality and Social Psychology*, 37(1), 1097-1126.
- Erikson, E. (1963). *Childhood and society*. (1era. ed.). New York: W.W. Norton
- Erikson, E. (2005). *Identidad, juventud y crisis*. (1era. ed.). Buenos Aires: Paidós.
- Espina, A. (2002). Alexitimia y relaciones de pareja. En: *Psicothema*, 14, 760-764.
- Estrella, C. (1986). Estudio comparativo de las actitudes maternas en dos sectores sociales distintos. Tesis para optar el grado de Licenciatura en Psicología. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú (PUCP).
- Farrow, C., & Blissett, J. (2007). The development of Maternal Self-Esteem. En: *Infant Mental Health Journal*, 28(5), 517-535.
- Flores, S. (2005). Relación de amor o conflicto entre el niño y la trabajadora del hogar como madre sustituta. En: *Transiciones 10*. (pp. 229-238). Lima: Laberintos
- Fuller, N. (2001). Maternidad e identidad femenina: relato de sus desencuentros. En: *Adolescencia y juventud en América Latina*. (pp. 225-242). Costa Rica: Libro Universitario Regional (EULAC-GTZ)
- García, L. (1999). Modelo interactivo asertivo de la relación de pareja. En: *Revista de Psicología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM)*, 3(5), 6-19.
- Garrido, M., Jaén, P., & Dominguez, A. (2002). Relaciones de pareja y juego patológico: Un estudio descriptivo a través de la escala de ajuste diádico (DAS). En: *Apuntes de Psicología del Colegio Oficial de Psicología de Andalucía Occidental (COP)*, 20(1), 3-14.
- González, N., & Gil, M. (2006). Autoestima y socialización maternal: Un análisis transcultural. En: *Persona*, 1(9), 189-201.
- Graham, J., Liu, Y., & Jeziorski, J. (2006). The Dyadic Adjustment Scale: A reliability generalization meta-analysis. En: *Journal of Marriage and Family*, 68(3), 701-717.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación*. (4ta. ed.). México D.F.: McGraw-Hill Interamericana

- Hidalgo, M., & Menéndez, S. (2003). La pareja ante la llegada de los hijos e hijas: Evolución de la relación conyugal durante el proceso de convertirse en padre y madre. En: *Infancia y Aprendizaje*, 26(4), 469-483.
- Houle, R., Simo, C., Solsona, M., & Treviño, R. (1999). Análisis biográfico del divorcio en España. En: *Revista Española de Investigaciones Sociológicas (REIS)*, 1(88), 11-35.
- Huapaya, N. (2004). Representaciones de las relaciones de pareja en jóvenes universitarios. Tesis para optar el grado de Licenciatura en Psicología. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú (PUCP).
- Ilizarbe, C. (2000). Románticos y modernos: El amor, la pareja y la sexualidad en jóvenes de sectores medios de Lima. Tesis para optar el grado de Licenciatura en Antropología. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú (PUCP).
- Kail, R. (2006). *Desarrollo humano: Una perspectiva del ciclo vital*. (3era. ed.). México D.F.: Thomson.
- Kerlinger, F., & Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento*. (4ta. ed.). México D.F.: McGraw-Hill.
- Klaus, M., Klaus, P. & Kennell, J. (2002). *The Doula Book*. (2da. ed.). USA: Perseus Books Group
- Klausli, J., & Tresch, M. (2009). Stable maternal cohabitation, couple relationship quality, and characteristics of the home environment in the child's first two years. En: *Journal of Family Psychology*, 23(1), 103-106.
- Lamanna, M., & Riedmann, A. (1993). *Marriages and families: Making choices and facing change*. (5ta. ed.). USA: Wadsworth Publishing Company.
- Laplanche, J., Pontalis, J., & Cervantes, F. (1981). *Diccionario de psicoanálisis*. (3era. ed.). Barcelona: Labor.
- Linares, J., Romero, G., Moreno, H. (1998). Factores de riesgo de salud materno infantil en madres adolescentes de Colombia. En: *Revista Panamericana de Salud Pública*, 4(2), 80-86.
- MacGrath, M., & Meyer, E. (1992). Maternal self- esteem: from theory to clinical practice in special care nursery. En: *Chestnut Hill College*, 21(4), 199- 205.
- Mahler, M. (1977). *El nacimiento psicológico del infante humano: Simbiosis e individuación*. (1era. ed.). Buenos Aires: Marymar.
- Miret, P. (2007). ¿Son diferentes las uniones consensuales y los matrimonios?. En: *Revista Internacional de Sociología (RIS)*, 55(48), 55-74.
- Miret, P. (2009). Pautas y factores concomitantes en la formación y disolución de la pareja en España: Análisis longitudinal y patrones territoriales. En: *Revista de Estudios Geográficos*, 70(267), 491-529.
- Moller, K., Hwang, Ph., & Wickberg, B. (2008). Couple relationship and transition to parenthood: Does workload at home matter?. En: *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 26(1), 57-68.



- Morris, Ch., & Maisto, A. (2005). *Psicología*. (12ava. ed.). México D.F.: Pearson Educación
- Ortiz, M., Gómez, J., & Apodaca, P. (2002). Apego y satisfacción afectivo-sexual en la pareja. En: *Psicothema*, 14(2), 469-475.
- Papalia, D., Olds, S., & Feldman, R. (2005). *Desarrollo Humano*. (9na. ed.). México D.F.: Mc Graw Hill.
- Peña, S. (2005). Maternidad, paternidad y vínculo temprano. En: *Transiciones 10*. (pp. 17-32). Lima: Laberintos
- Person, E. (2007). *Sueños de amor y encuentros decisivos: El poder de la pasión romántica*. (1era. ed.). Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú (PUCP).
- Piaget, J. (1999). *La psicología de la inteligencia*. (1era. ed.). Madrid: Psique.
- Piazzon, E. (2005). Comentarios a la ponencia de Joan Raphael-Leff: Paradojas de la reproducción en el siglo XXI. En: *Transiciones 10*. (pp. 33-42). Lima: Laberintos
- Quintín, P. (2010, marzo 24). Reír en pareja: Notas a propósito de un estudio en Cali. En: *Universidad del Valle*. Recuperado de <http://parentescofamilia.univalle.edu.co/reir.pdf>
- Raez, L. (2005). La primera entrevista en la observación de infantes: Un caso de inmersión abrupta. En: *Transiciones 10*. (pp. 143-152). Lima: Laberintos
- Ragúz, M. (1999). Masculinidad, femeneidad y género: Un enfoque psicológico diferente. En: *Encrucijadas del Saber: Los Estudios de Género en las Ciencias Sociales*, 1(1) 31-73
- Ramirez, M. (2007). Los padres y los hijos: Variables de riesgo. En: *Educación y Educadores*, 10(1), 27-37.
- Raznoszczyk, C., Lapidus, A., Vardy, I., Leonardelli, E., Silver, R., Umansky, E., Míndez, S., Duhalde, C., Huerin, V., Mrahad, M., & Zucchi, A. (2005). Estudio de la expresividad emocional y la regulación afectiva en díadas madre-bebé durante el primer año de vida y su relación con la autoestima materna. En: *Anuario de Investigaciones de la Universidad de Buenos Aires (UBA)*, 12(1), 327-336.
- Roca, M. (2005). Menopausia: Entre el duelo por el cese de la maternidad y la proyección al futuro. En: *Transiciones 10*. (pp. 33-42). Lima: Laberintos
- Sampedro, R., Gómez, M., & Montero, M. (2002). Maternidad tardía: incidencia, perfiles y discursos. En: *Empiria: Revista de Metodología de Ciencias Sociales*, 1(5), 11-36
- Sangrador, J. (1993). Consideraciones psicosociales sobre el amor romántico. En: *Psicothema*, 5(1), 181-196.
- Santos-Iglesias, P., Vallejo-Medina, P., & Sierra, J. (2009). Propiedades psicométricas de una versión breve de la Escala de Ajuste Diádico en muestras españolas. En: *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9(3), 501-517.

- Schoffer, D. (2008). *La función paterna en la clínica freudiana*. (1era. ed.). Buenos Aires: Lugar Editorial
- Shaffer, D. (2007). *Psicología del desarrollo: Infancia y adolescencia*. (7ma. ed.). México D.F.: Thomson.
- Shea, E., & Tronick, E. (1988). The Maternal Self- Report Inventory. A research and Clinical instrument for Assessing Maternal Self Esteem. En: *Theory and research in behavioral pediatrics* (pp. 109-140). New York: Plenum Press
- Spanier, G. (1976). Measuring dyadic adjustment: new scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. En: *Journal of Sex and Marital Therapy*, 38(1), 15-28.
- Spanier, G. (1988). Assessing the strengths of the Dyadic Adjustment Scale. En: *Journal of Family Psychology*, 1(2), 92-94.
- Spitz, R. (1973). *El primer año de vida del niño: Génesis de las primeras relaciones objetales*. (1era. ed.). Madrid: Aguilar.
- Stern, D. (1998). *La primera relación madre hijo*. (1era. ed.). Madrid: Morata
- Sternberg, R. (2000). *El triángulo del amor: intimidad, pasión y compromiso*. (1era. ed.). Barcelona: Paidós.
- Sumbland, C. (2006). *50 actividades para tu hijo*. (1era. ed.). Buenos Aires: Grupo Imaginador de Ediciones.
- Traverso, P. (2006). *Adolescent mothers in a context of poverty in Perú: Maternal representations and mother-infant interactions*. (1era. ed.). Leuven: University of Leuven
- Velásquez, T. (1997). *Balance bibliográfico sobre la maternidad desde la teoría psicoanalítica y con un enfoque de género*. (1era. ed.). Lima: PUCP
- Vera, J., Félix-Castro, J., & Rodríguez-Barreras, A. (2001). Satisfacción marital, edad, número de hijos y años en pareja. En: *Revista de Psicología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM)*, 5(2), 233-250.
- Winnicott, D. (1956). Preocupación maternal primaria. En: *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. (pp. 397-404). Barcelona: Paidós
- Winnicott, D. (1976). *La familia y el desarrollo del individuo*. (1era. ed.). Buenos Aires: Hormé.
- Yela, C. (1997). Curso temporal de los componentes básicos del amor a lo largo de la relación de pareja. En: *Psicothema*, 9(1), 1-15.
- Zelaya, C., Mendoza, J., & Soto, E. (2006). *La maternidad y sus vicisitudes hoy*. (1ra. ed.). Lima: Siklos
- Zucchi, A., Huerin, V., Duhalde, C., & Raznoszczyk, C. (2010, marzo 22). Aproximación al estudio del funcionamiento reflexivo materno. En: *Scielo*. Recuperado de [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-16862007000100052&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-16862007000100052&script=sci_arttext&tlng=pt)

## ANEXOS



## ANEXO A

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Descripción**

Usted está siendo invitada a participar en una investigación sobre aspectos relacionados a la maternidad. El propósito es entender a la madre desde diferentes aspectos, por lo que se le consultará sobre cómo se siente y piensa. Esta investigación es realizada por el estudiante del último año de psicología Alvaro Hinostroza Ballón. Asimismo, la investigación se encuentra supervisada por la Mg. Mónica Cassaretto, docente de la Pontificia Universidad Católica del Perú, quien atenderá sus dudas en el 995512634 o en el 6262000 anexo 4560.

Usted fue seleccionada para participar en esta investigación dado que es una madre que tiene un hijo, no mayor de 3 años, que estudia en un nido inscrito en la Asociación de Promotores de Educación Inicial del Perú (APEIP). Esperamos que, en total, acepten integrar este estudio, 100 madres aproximadamente.

Si usted decide aceptar, se le solicitará contestar una pequeña encuesta sobre datos sociodemográficos y 2 pruebas psicológicas relacionadas con los temas arriba mencionados. Su colaboración permitirá obtener valiosa información científica que ayudará a un mejor entendimiento de las emociones y conductas maternas.

Recuerde que usted cuenta con los siguientes derechos:

**Anonimato:** Todos los datos que usted ofrezca son absolutamente anónimos, por lo tanto, no habrá manera de identificarla individualmente.

**Participación voluntaria:** Tiene el derecho a abstenerse de participar o incluso de retirarse de esta evaluación cuando lo considere conveniente.

En función a lo leído:

¿Desea participar en la investigación? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

**ANEXO B**  
**FICHA SOCIODEMOGRAFICA**

Sobre la madre:

Edad: \_\_\_\_\_

Número de hijos: \_\_\_\_\_

Edades de los hijos: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_

Si usted es casada:

¿Hace cuánto tiempo está casada? (especificar en años y meses):

\_\_\_\_\_

¿Actualmente mantiene una relación de pareja con su esposo?:

(marcar)

Si

No

Si usted no es casada o no mantiene una relación de pareja con su esposo:

¿Tiene pareja actualmente (marcar)?:  Si  No

¿Hace cuánto tiempo tiene pareja? (especificar años y meses):

\_\_\_\_\_

Personas con las que vive: \_\_\_\_\_

Datos del niño de menor edad que está en el nido:

Sexo (marcar):  M  F

Edad (especificar años y meses): \_\_\_\_\_

Dificultades psicológicas y/o físicas del niño: \_\_\_\_\_

¿Su pareja actual es el padre del niño(a)?:  Si  No

## ANEXO C

## CUESTIONARIO MATERNO

Por favor, lea las siguientes afirmaciones y registre cuán precisas son describiendo cómo es que usted se siente. Lea cada ítem con detenimiento y marque su respuesta con una "X" en el casillero correspondiente. Ésta debe ser la que mejor exprese el grado en que la afirmación es verdadera para usted.

Califique cada afirmación del siguiente modo:

TF	MF	NI	MV	TV
Totalmente falso	Mayormente Falso	Ni verdadero ni falso, no está segura	Mayormente verdadero	Totalmente verdadero

Por ejemplo, marque "TF" si usted siente que la afirmación es completamente falsa, "MF" si la afirmación es mayormente falsa, "MV" si la afirmación es mayormente verdadera y "TV" si es totalmente verdadera. Si no está del todo segura o si siente que la afirmación no es ni verdadera ni falsa, haga un círculo en "NI".

Por favor, responda a cada ítem tan honestamente como sea posible, y vaya marcándolos rápidamente porque las primeras impresiones son tan válidas como cualquier otra. Trate de responder a todos los ítems, y cuando dude marque la opción que expresa más cercanamente lo que usted siente. Aunque algunas de las afirmaciones parecen muy similares, no son idénticas y deben ser respondidas independientemente. Todas sus respuestas van a ser tratadas con total confidencialidad. No hay respuestas correctas o incorrectas.

**RESPONDA A LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES PENSANDO EN EL O LA MENOR DE SUS HIJOS O HIJAS.**

1	Siento que el ser mamá será una experiencia muy gratificante.	TF	MF	NI	MV	TV
2	Alimentar a mi hijo/a es divertido.	TF	MF	NI	MV	TV
3	Mi hijo/a es muy frágil y me preocupa ser muy brusca con él o ella.	TF	MF	NI	MV	TV
4	Estoy decepcionada del sexo de mi hijo/a.	TF	MF	NI	MV	TV
5	Confío en ser capaz de satisfacer las necesidades físicas de mi hijo/a.	TF	MF	NI	MV	TV
6	Considero que la experiencia del trabajo de parto y parto han sido una de las experiencias más desagradables que he tenido.	TF	MF	NI	MV	TV
7	Confío en ser capaz de saber qué es lo que mi hijo/a necesita.	TF	MF	NI	MV	TV
8	Supongo que seré por lo menos tan buena madre como mi madre lo fue.	TF	MF	NI	MV	TV
9	Me siento incapaz de darle a mi hijo/a el amor y el cuidado que él o ella necesita.	TF	MF	NI	MV	TV
10	No me molesta tener que sacrificar mis actividades personales para quedarme en casa con mi hijo/a.	TF	MF	NI	MV	TV
11	Pienso que seré una buena madre.	TF	MF	NI	MV	TV
12	Me sentí emocionalmente "vacía" después de dar a luz a mi hijo/a.	TF	MF	NI	MV	TV
13	Estoy segura que tendré una relación cercana y cálida con mi hijo/a.	TF	MF	NI	MV	TV
14	Este es un momento muy feliz de mi vida.	TF	MF	NI	MV	TV
15	No confío demasiado en mi capacidad para ayudar a mi hijo/a a aprender nuevas cosas.	TF	MF	NI	MV	TV
16	Dar de lactar es importante porque acerca a la madre y a su hijo/a.	TF	MF	NI	MV	TV
17	A veces me siento muy molesta cuando un bebé no para de llorar.	TF	MF	NI	MV	TV
18	Me sentí muy emocionada cuando vi por primera vez a mi hijo/a.	TF	MF	NI	MV	TV
19	La expectativa de tener un bebé fue más placentera que tenerlo.	TF	MF	NI	MV	TV
20	Me preocupa haber perdido mi figura luego de haber tenido a mi hijo/a.	TF	MF	NI	MV	TV
21	Me sentí levemente deprimida poco después del parto.	TF	MF	NI	MV	TV
22	Tengo serias dudas de que mi hijo/a vaya a desarrollarse normalmente.	TF	MF	NI	MV	TV
23	Pienso que mi hijo/a es muy bello/a.	TF	MF	NI	MV	TV
24	Me siento lo suficientemente capaz para cuidar a mi nuevo/a hijo/a.	TF	MF	NI	MV	TV
25	Me preocupaba que alimentar a mi hijo/hija fuera una carga para mí.	TF	MF	NI	MV	TV

26	Estaba demasiado contenta cuando supe que estaba embarazada.	TF	MF	NI	MV	TV
27	Tener que bañar a mi hijo/a me pone muy nerviosa porque él o ella es demasiado difícil de manejar.	TF	MF	NI	MV	TV
28	En general, no me preocupa el que mi propia salud interfiera con mi habilidad para cuidar a mi hijo/a.	TF	MF	NI	MV	TV
29	Mi mamá era poco cariñosa conmigo por lo que me preocupa no poder ser cariñosa con mi hijo/a.	TF	MF	NI	MV	TV
30	Me preocupaba que cambiarle los pañales a mi hijo/a fuera difícil para mí.	TF	MF	NI	MV	TV
31	Esperaba con ansias el poder llevarme a mi hijo/a a casa.	TF	MF	NI	MV	TV
32	Pienso que ahora por lo menos estoy tan linda como antes de tener a mi hijo/a.	TF	MF	NI	MV	TV
33	Dudo de ser capaz de satisfacer las necesidades emocionales de mi hijo/a.	TF	MF	NI	MV	TV
34	Creo que la experiencia del parto fue muy atemorizante y desagradable.	TF	MF	NI	MV	TV
35	Me gusta la idea de tener a mi hijo/a en brazos y abrazarlo/a.	TF	MF	NI	MV	TV
36	Me preocupa saber si soy lo suficientemente sana como para cuidar a mi hijo/a.	TF	MF	NI	MV	TV
37	Cuando me enteré que estaba embarazada, tuve sentimientos encontrados acerca de tener un bebé.	TF	MF	NI	MV	TV
38	A menudo me preocupa que algún descuido mío pueda causarle algo malo a mi hijo/a.	TF	MF	NI	MV	TV
39	Yo siento que seré una muy buena madre.	TF	MF	NI	MV	TV
40	No me preocupa todo lo que hay que hacer como madre.	TF	MF	NI	MV	TV
41	Me siento emocionalmente preparada para cuidar bien a mi hijo/a.	TF	MF	NI	MV	TV
42	Cuando vi por primera vez a mi hijo/a me sentí decepcionada.	TF	MF	NI	MV	TV
43	Siento que algo que hice durante mi embarazo pudo o podría haberle causado problemas a mi hijo/a.	TF	MF	NI	MV	TV
44	Hay algunas cosas que únicamente yo puedo aportar a la vida de mi hijo/a.	TF	MF	NI	MV	TV
45	Confío en que seré capaz de solucionar problemas normales que pueda tener con mi hijo/a.	TF	MF	NI	MV	TV
46	No me importa el tener que levantarme en medio de la noche para alimentar a mi hijo/a.	TF	MF	NI	MV	TV
47	Me preocupa que pueda tener problemas para darme cuenta de las necesidades de mi hijo/a.	TF	MF	NI	MV	TV
48	Luego del parto extrañé la sensación de estar embarazada.	TF	MF	NI	MV	TV
49	Siento que no me relaciono muy bien con bebés pequeños.	TF	MF	NI	MV	TV
50	Siento que tengo suficiente energía como para cuidar a mi hijo/a.	TF	MF	NI	MV	TV



51	Cuando estaba embarazada esperaba con ansias el nacimiento de mi hijo/a.	TF	MF	NI	MV	TV
52	Me preocupa gustarle a mi hijo/a.	TF	MF	NI	MV	TV
53	Me siento culpable de estar trayendo un hijo/a a este mundo problemático.	TF	MF	NI	MV	TV
54	Me siento capaz de alimentar a mi hijo/a.	TF	MF	NI	MV	TV
55	Mi madre fue una persona muy cariñosa y protectora y supongo que podré serlo también.	TF	MF	NI	MV	TV
56	No me molesta quedarme en casa cuidando a mi hijo/a.	TF	MF	NI	MV	TV
57	No me gusta cómo me veo después de haber tenido a mi hijo/a.	TF	MF	NI	MV	TV
58	La experiencia del parto me pareció muy emocionante.	TF	MF	NI	MV	TV
59	Yo siento que seré un fracaso como madre.	TF	MF	NI	MV	TV
60	Necesito más tiempo para adaptarme a mi hijo/a.	TF	MF	NI	MV	TV
61	Me inquieta pensar si mi hijo/a tendrá un desarrollo normal.	TF	MF	NI	MV	TV
62	No soy muy buena calmando a mi hijo/a.	TF	MF	NI	MV	TV
63	Durante el embarazo me cuidé mucho.	TF	MF	NI	MV	TV
64	Nunca tengo deseos de darle unas palmadas a un bebé que llora.	TF	MF	NI	MV	TV
65	Dudo que mi hijo/a logre amarme de la forma que soy.	TF	MF	NI	MV	TV
66	Pensar en todo lo que hay que hacer como madre realmente me deprime.	TF	MF	NI	MV	TV
67	Mi padre me hizo sentir muy amada, y siento que yo también puedo dar a mi hijo/a amor y afecto.	TF	MF	NI	MV	TV
68	Me entusiasma tener la responsabilidad de cuidar a mi hijo/a.	TF	MF	NI	MV	TV
69	Me preocupa no saber qué hacer si es que mi hijo/a se enferma.	TF	MF	NI	MV	TV
70	Me es difícil saber lo que mi hijo/a quiere.	TF	MF	NI	MV	TV
71	Siento que soy una mamá demasiado buena como para nunca perder la paciencia con mi hijo/a.	TF	MF	NI	MV	TV
72	Creo que toda la experiencia del trabajo de parto y el parto ha sido una de las mejores experiencias de mi vida.	TF	MF	NI	MV	TV
73	Creo que disfrutaré más a mi hijo/a cuando él o ella sean más grandes y tengan su propia personalidad.	TF	MF	NI	MV	TV
74	Temo ser torpe y tosca al atender a mi hijo/a.	TF	MF	NI	MV	TV
75	Esperaba con ansias darle de lactar a mi hijo/a.	TF	MF	NI	MV	TV

76	Siento que tengo mucho amor para darle a mi hijo/a.	TF	MF	NI	MV	TV
77	Confío en ser capaz de enseñarle cosas nuevas a mi hijo/a.	TF	MF	NI	MV	TV
78	Siento que mis padres al criarme cometieron muchos errores, y estoy segura de que no cometeré los mismos errores con mi hijo/a.	TF	MF	NI	MV	TV
79	Confío que mi hijo/a será fuerte y saludable.	TF	MF	NI	MV	TV
80	Me asustan todas las responsabilidades cotidianas de tener que cuidar a mi hijo/a.	TF	MF	NI	MV	TV
81	El parto me pareció atemorizante.	TF	MF	NI	MV	TV
82	Me inquieta pensar si mi hijo/a tendrá un desarrollo normal.	TF	MF	NI	MV	TV
83	Me tomará buen tiempo retomar la energía que tenía antes para cuidar adecuadamente a mi hijo/a.	TF	MF	NI	MV	TV
84	Tengo grandes expectativas sobre cómo será mi hijo/a.	TF	MF	NI	MV	TV
85	Me preocupa el ser capaz de alimentar adecuadamente a mi hijo/a.	TF	MF	NI	MV	TV
86	Cuando estaba embarazada a menudo tenía fantasías atemorizantes de dar a luz a un bebé anormal.	TF	MF	NI	MV	TV
87	Me sentí emocionalmente preparada para el nacimiento de mi hijo/a.	TF	MF	NI	MV	TV
88	Dudo que mi figura se vea tan bien como antes de tener a mi hijo/hija.	TF	MF	NI	MV	TV
89	Temo que algún día pueda lastimar a mi hijo/a.	TF	MF	NI	MV	TV
90	Ser madre no me parece una experiencia tan satisfactoria como pensé que lo sería.	TF	MF	NI	MV	TV
91	Mientras ame a mi hijo/a no importa si le doy pecho ó mamadera.	TF	MF	NI	MV	TV
92	No me gustó cómo era mi madre y me preocupa no gustarle a mi hijo/a.	TF	MF	NI	MV	TV
93	Me siento algo ansiosa ante todas las cosas que una madre tiene que hacer.	TF	MF	NI	MV	TV
94	Siento que haré un buen trabajo cuidando a mi hijo/hija.	TF	MF	NI	MV	TV
95	No me siento suficientemente segura como para cuidar a mi hijo/a por mí misma.	TF	MF	NI	MV	TV
96	Sé lo suficiente como para ser capaz de enseñarle a mi bebé muchas cosas que él o ella tendrá que aprender.	TF	MF	NI	MV	TV
97	Siento que me veía muy bien durante mi embarazo.	TF	MF	NI	MV	TV
98	Me preocupa ser lo suficientemente capaz como para satisfacer las necesidades emocionales de mi hijo/a.	TF	MF	NI	MV	TV
99	Confío en que mi hijo/a me querrá mucho.	TF	MF	NI	MV	TV
100	Tengo sentimientos encontrados con respecto al hecho de ser madre.	TF	MF	NI	MV	TV

Muchas gracias por su colaboración

## ANEXO D

## ESCALA DE AJUSTE DIADICO (EAD)

La mayoría de las personas muestran algún tipo de desacuerdos en sus relaciones. Indique, por favor, el grado aproximado de acuerdo o desacuerdo entre usted y su pareja en cada uno de los elementos que figuran a continuación.

- Siempre en desacuerdo 0
- Casi siempre en desacuerdo 1
- A menudo en desacuerdo 2
- A veces en desacuerdo 3
- Casi siempre de acuerdo 4
- Siempre de acuerdo 5

Aquí coloque el número

1. Manejo de la economía doméstica \_\_\_\_\_
2. Tiempo de ocio \_\_\_\_\_
3. Religión \_\_\_\_\_
4. Demostraciones de cariño \_\_\_\_\_
5. Amistades \_\_\_\_\_
6. Relaciones sexuales \_\_\_\_\_
7. Muestras de educación (conductas correctas o apropiadas) \_\_\_\_\_
8. Filosofía de la vida \_\_\_\_\_
9. Relaciones con los familiares próximos \_\_\_\_\_
10. Cosas y objetivos considerados importantes \_\_\_\_\_
11. Cantidad de tiempo pasado juntos \_\_\_\_\_
12. Toma de decisiones importantes \_\_\_\_\_
13. Tareas domésticas \_\_\_\_\_
14. Intereses y actividades de ocio \_\_\_\_\_
15. Decisiones en relación con el futuro de uno \_\_\_\_\_

- Casi siempre 1
- A menudo 2
- A veces 3
- Casi nunca 4
- Nunca 5

16. ¿Con qué frecuencia hablan o consideran la posibilidad de divorciarse, separarse o poner fin a su relación? —
17. ¿Con qué frecuencia usted o su pareja se van de casa después de una riña? —
18. ¿Con qué frecuencia considera que la relación entre usted y su pareja funciona, en general, adecuadamente? —
19. ¿Confía usted en su pareja? —
20. ¿Se arrepiente en alguna ocasión de haberse casado (o de haberse ido a vivir juntos)? —
21. ¿Con qué frecuencia discuten usted y su pareja? —
22. ¿Con qué frecuencia acaban usted y su pareja por perder el control en el transcurso de una discusión? —

23. ¿Besa usted a su pareja? —
- Nunca 0
  - Casi nunca 1
  - A veces 2
  - Casi todos los días 3
  - Todos los días 4

24. ¿Participa usted y su pareja en actividades externas a la familia? —
- En ninguna 0
  - En casi ninguna 1
  - En algunas 2
  - En la mayoría 3
  - En casi todas 4

- Nunca 0
- Menos de una vez al mes 1
- Una o dos veces al mes 2
- Una o dos veces a la semana 3
- Una vez al día 4
- Más a menudo incluso 5

25. ¿Tienen ustedes un intercambio enriquecedor de ideas? —
26. ¿Se ríen juntos? —
27. ¿Dialogan tranquilamente sobre cualquier cosa? —

28. ¿Colaboran juntos en un proyecto? \_\_\_\_\_

Hay algunos aspectos en los que las parejas están a veces de acuerdo y a veces en desacuerdo. Indique si alguno de los dos elementos señalados a continuación ha sido motivo de discordia o de diferencias de opinión en la relación de pareja en las últimas semanas. (Señale sí o no).

	Sí	No
29. Demasiado cansado para practicar el sexo	0	1
30. Ausencia de muestras de cariño	0	1

31. Las alternativas que aparecen debajo de estas líneas representan grados diversos de felicidad en la relación de pareja. La alternativa central ("feliz") representa el mayor grado de felicidad de la mayor parte de las relaciones. Rodee con un círculo, por favor, la alternativa que describa mejor el grado de felicidad, tras hacer un balance global, de su relación de pareja.

- 0 Muy desgraciada
- 1 Bastante desgracias
- 2 Algo desgraciada
- 3 Feliz
- 4 Bastante feliz
- 5 Muy feliz
- 6 Radiante

32. ¿Cuál de las frases que figuran a continuación describen mejor sus sentimientos acerca del futuro de su relación de pareja?

- 5. Quiero a toda costa que mi relación tenga éxito y haría cualquier cosa para conseguirlo.
- 4. Tengo mucho interés en que mi relación tenga éxito y haré todo lo que pueda para conseguirlo.
- 3. Tengo mucho interés en que mi relación tenga éxito y pondré de mi parte lo necesario para conseguirlo.
- 2. Sería muy agradable si mi relación de pareja tuviera éxito, pero no puedo hacer mucho más de lo que ya hago ahora para conseguirlo.
- 1. Sería muy agradable si mi relación de pareja tuviera éxito, pero me niego a hacer más de lo que ya hago ahora para contribuir a que la pareja vaya bien.
- 0. Mi relación de pareja no puede tener éxito nunca, y yo no puedo hacer más de lo que hago para mantener a la pareja con éxito.

Muchas gracias por su colaboración

## ANEXO E

## COMPARACIONES NO SIGNIFICATIVAS: CUESTIONARIO MATERNO (CM)

**Tabla 1***Análisis de diferencias en la autoestima materna de acuerdo a la edad del hijo*

	Entre 1 y 2 años		Entre 2 y 3 años		U
	ME	DE	ME	DE	
Habilidad para el cuidado	102,85	10	103,58	12,68	206
Habilidad general madre	112,15	4,41	111,08	8,34	236,5
Aceptación del bebé	39,38	3,86	40,97	3,94	180
Relación esperada bebé	40,38	4,48	40,53	3,46	244,5
Sentimientos embarazo	56	6,01	56	6,26	240,5
Aceptación parental	21,77	4,40	22,47	2,99	244
Imagen y salud	31,08	4,52	30,05	5,83	220,5
Puntaje global	403,62	24,20	404,68	30,96	225

N=51

\* $p < 0.05$ **Tabla 2***Análisis de diferencias en la autoestima materna de acuerdo al tiempo en la relación de pareja*

	Menor a 5 años		Mayor o igual a 5 y menor a 8 años		Mayor o igual a 8 años		H
	ME	DE	ME	DE	ME	DE	
Habilidad para el cuidado	105,11	9,92	103,71	9,13	101,13	16,35	0,76
Habilidad general madre	110,78	7,43	112,53	4,96	110,75	9,82	0,17
Aceptación del bebé	39,11	4,36	42,18	2,56	40,5	4,23	4,21
Relación esperada bebé	40,44	4,41	40,47	2,24	40,56	4,27	0,74
Sentimientos embarazo	56,39	5,55	55,47	6,29	56,13	6,94	0,10
Aceptación parental	22,33	3,18	22,65	2,80	21,88	4,21	0,10
Imagen y salud	32,17	5,33	29,12	5,85	29,5	5,06	2,57
Puntaje global	406,33	24,47	406,12	19,94	400,44	41,31	0,18

N=51

\* $p < 0.05$ **Tabla 3***Análisis de diferencias en la autoestima materna de acuerdo al sexo del niño*

	Femenino		Masculino		U
	ME	DE	ME	DE	
Habilidad para el cuidado	103,21	11,82	103,64	12,42	290
Habilidad general madre	111,38	6,71	111,32	8,61	299
Aceptación del bebé	40,34	3,99	40,86	3,96	290,5
Relación esperada bebé	40,28	3,64	40,77	3,84	282,5
Sentimientos embarazo	56,10	6,32	55,86	6,04	306,5
Aceptación parental	22,41	3,44	22,14	3,36	290,5
Imagen y salud	30,69	5,13	29,82	6,04	289
Puntaje global	404,41	27,02	404,41	32,41	281

N=51

\* $p < 0.05$

## ANEXO F

## COMPARACIONES NO SIGNIFICATIVAS: ESCALA DE AJUSTE DIADICO (EAD)

**Tabla 1***Análisis de diferencias en la calidad de la relación de pareja de acuerdo a la edad de la madre*

	Entre 24 y 30		Entre 31 y 35		Entre 36 y 40		H
	ME	DE	ME	DE	ME	DE	
Consenso	42,09	6,09	42,05	4,46	41,06	5,14	0,24
Cohesión	15,73	3	17,27	2,88	15,83	3,67	5,16
Expresión afecto	9,36	1,36	9,95	1,43	9,67	1,81	1,05
Satisfacción	36,64	4,61	38,23	2,49	37,89	3,80	2,09
Puntaje global	103,82	12,02	107,50	8,09	104,44	10,27	1,41

N=51

\* $p < 0.05$ **Tabla 2***Análisis de diferencias en la calidad de la relación de pareja de acuerdo al número de hijos*

	1 hijo		2 hijos		3 hijos		H
	ME	DE	ME	DE	ME	DE	
Consenso	41,89	5,17	40,96	5,22	43,86	3,34	3,67
Cohesión	16,63	2,73	16,72	2,91	14,86	5,21	0,46
Expresión afecto	9,79	1,23	9,80	1,63	9,29	2,14	0,56
Satisfacción	38,21	2,97	37,28	4,05	38,29	2,69	0,94
Puntaje global	106,53	8,38	104,76	10,84	106,29	10,23	1

N=51

\* $p < 0.05$ **Tabla 3***Análisis de diferencias en la calidad de la relación de pareja de acuerdo al tiempo de duración*

	Menor a 5 años		Mayor o igual a 5 y menor a 8 años		Mayor o igual a 8 años		H
	ME	DE	ME	DE	ME	DE	
Consenso	41,78	4,72	42,12	4,51	41,19	5,98	0,32
Cohesión	17,39	2,45	16,29	3,35	15,50	3,72	0,81
Expresión afecto	9,89	1,32	9,88	1,69	9,38	1,67	1,07
Satisfacción	38,28	3,43	37,53	3,56	37,44	3,63	0,98
Puntaje global	107,33	8,00	105,82	9,74	103,50	11,61	1,20

N=51

\* $p < 0.05$ **Tabla 4***Análisis de diferencias en la calidad de la relación de pareja de acuerdo al sexo del hijo*

	Femenino		Masculino		U
	ME	DE	ME	DE	
Consenso	41,24	4,70	42,32	5,41	301,5
Cohesión	16,48	3,04	16,36	3,53	306,5
Expresión afecto	9,90	1,57	9,50	1,54	264
Satisfacción	37,86	3,49	37,64	3,55	294,5
Puntaje global	105,48	9,35	105,82	10,47	315,5

N=51

\* $p < 0.05$