



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DEL PERÚ

FACULTAD DE LETRAS Y CIENCIAS HUMANAS

VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO DE AUTOESTIMA MATERNA EN UN GRUPO DE
MADRES DE LIMA METROPOLITANA

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

Bachiller:

ROCIO PATRICIA LUNA DE LAS CASAS

ASESOR: Magaly Nóbrega

Lima, 2011

Agradecimientos

En primer lugar, quiero agradecerles a cada una de las madres que se tomó un tiempo para contestar a este cuestionario y de esta manera contribuir a una tesis, que sin su aporte no hubiese “nacido”. Sé que muchas dejaron algunas de sus responsabilidades para ayudarme y otras me apoyaron animando a otras madres que respondieran el cuestionario. Por ello, no tengo palabras que pueden expresar el inmenso agradecimiento que tengo hacia ellas.

En segundo lugar, quiero agradecer de manera especial al Dr. Edward Z. Tronick quien desde un principio, y sin conocerme, me permitió utilizar su prueba para validarla. Agradezco mucho la confianza y el cariño con el cual siempre me atendió y respondió a mis preguntas. Por otro lado, agradecerle por ser tan dedicado a su profesión lo que ha permitido entender más a las madres y a sus bebés. Ha sido un gusto no solamente conocer su trabajo sino poder conocer al gran ser humano que es.

Luego, agradecer a mi universidad y a todos aquellos que pusieron un granito de arena para que esta tesis saliera adelante. Un agradecimiento especial, a mi asesora de tesis, Magaly Nóbrega, quien aceptó apoyarme desde un principio y por permitirme terminar con la presente investigación. Gracias por responder a mis innumerables preguntas estadísticas y empujarme a salir adelante cuando sentía que ya no podía más. Un cariñoso agradecimiento a Pierina Traverso, quien se entusiasmó con esta tesis y apoyó mi investigación para seguir conociendo más sobre las madres y sus hijos, tema que nos apasiona. También deseo agradecer a Patricia Martínez quien me ayudó a comenzar este proyecto.

Finalmente, un especial agradecimiento a Carolina Romero quien fue mi sostén a lo largo de todo este difícil proceso. Creo que nunca podré agradecer todo lo que hiciste por mí. Solo puedo repetir que, amigas como tú, hay pocas. A Diego Guerrero que fue un ángel de guarda que me acompañó en el último proceso de esta tesis. A mi familia, a Mauricio y amigos quienes siempre me dieron fuerza y me alentaban para seguir adelante con este proyecto.

Por último, a Dios, por ser un gran compañero, en los momentos más felices pero también en los más dolorosos y complicados, y, por permitirme terminar con esta tesis.
¡GRACIAS!

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación es validar el “*Maternal Self-Report Inventory*” (Shea & Tronick, 1988), en un grupo de madres, de nivel socio-económico medio-alto de Lima Metropolitana. Se aplicó el Cuestionario de Autoestima Materna a 618 madres cuyas edades oscilan entre 20 y 45 años ($M = 32.92$, $DE = 4.63$) y su último hijo tenía entre 0 y 24 meses ($M = 15.25$, $DE = 7.51$). Con respecto al análisis estadístico, en primer lugar, se analizó la confiabilidad de cada una de las dimensiones y del cuestionario total mediante el Alpha de Cronbach. Los resultados demostraron que el instrumento es confiable a nivel de las dimensiones (entre .58 y .87) y del cuestionario total (.93). Se encontró que 7 ítemes del cuestionario no funcionaban adecuadamente por lo que se eliminaron. Para analizar la validez del cuestionario, se seleccionaron criterios externos, tales como el estado psicológico de la madre y las características del temperamento del hijo, entre otros. Se encontró que el instrumento evidenciaba cierta validez de criterio ya que se encontraron los resultados esperados teóricamente. Adicionalmente, se pudo comprobar a través del análisis factorial que las siete dimensiones, miden un único factor, la autoestima materna, explicando un 56.9 % de la varianza.

Palabras claves: *autoestima materna, confiabilidad, validez, maternidad, hijos*

ABSTRACT

This investigation sought to investigate the validity of the “*Maternal Self-Report Inventory*” (Shea and Tronick, 1988), in a group of mothers, of a medium-high socio-economic level of Lima Metropolitana. The questionnaire was applied to 618 mothers in Lima aged between 20 and 45 years ($M = 32.92$, $SD = 4.63$), which his last son is in between 0 and 24 months ($M = 15.25$, $SD = 7.51$). With regard to the statistical analysis, in first place, an analysis of reliability, using Alpha of Cronbach, was proceeded in each one of the dimensions and the questionnaire. Statistical analysis showed that the Alpha de Cronbach test was reliable for each dimension tested (.58 and .87) and for the overall questionnaire (.93). Seven items on the questionnaire did not function adequately and were removed. The validity of the questionnaire was analyzed through selection of external criteria's, such as the psychic state of the mother and the temperament of the child, among others. The tool was found to have certain criteria of validity due that the results corresponded to the theoretical expectations, although with low correlations. In addition, the factor analysis showed that the seven dimensions measure one single factor – maternal self esteem, explaining a variance of 56.9%.

Key words: *maternal self-esteem, reliability, validity, maternity, children*

Tabla de contenidos

Introducción.....	i
Validación del Cuestionario de Autoestima Materna en un grupo de madres de Lima Metropolitana	1
Planteamiento del problema.....	16
Método.....	19
Participantes.....	19
Medición.....	19
Procedimiento.....	24
Resultados.....	27
Discusión.....	41
Referencias Bibliográficas.....	53
Anexos.....	
A Cuestionario de Autoestima Materna.....	
B Ficha socio-demográfica y de desarrollo.....	
C Consentimiento Informado.....	
D Correlación ítem-test inicial y final del Cuestionario de Autoestima Materna...	
E Adaptación del Cuestionario de Autoestima Materna.....	
F Correlación entre la edad de la madre, las dimensiones del Cuestionario de Autoestima Materna y el puntaje total de la prueba.....	
G Significancia de la diferencia de medias entre la variable apoyo de nana, las dimensiones del Cuestionario de Autoestima Materna y el puntaje total de la prueba.....	

Introducción

La importancia del estado físico, cognitivo y psicológico de la madre es un tema que preocupa a los investigadores y estudiosos desde las diferentes ciencias humanas. A lo largo de mis años de estudio, prácticas y trabajos encontré que la forma como cada madre desarrollaba su maternidad tenía una influencia significativa, no solo en el desarrollo de su hijo, sino también en el interjuego generado entre ambos. A partir de estas experiencias, surge en mí el interés por encontrar un instrumento que me permita conocer e investigar con mayor claridad la maternidad en nuestro medio.

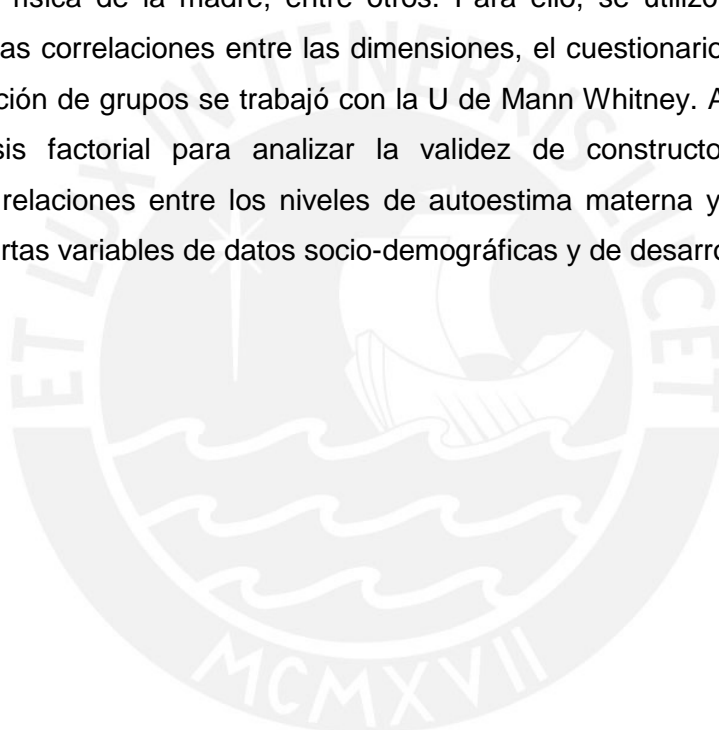
La importancia de dicho constructo se basa en que la maternidad representa una circunstancia de vida que afecta profundamente la identidad de una mujer (McGrath & Meyer, 1992). Señalan estos autores que la autoestima materna es un componente esencial de la maternidad dado que media entre los factores biopsicosociales que tienen influencia sobre el rol materno. De esta manera, concluyen que es el valor que una mujer atribuye, previa reflexión, a su habilidad como madre.

Para evaluar dicho constructo, los investigadores Shea & Tronick, en el año 1988, crearon un instrumento llamado *“The Maternal Self-Report Inventory”*. Dicho instrumento ha sido creado en base a una serie de investigaciones sobre sentimientos y actitudes de las madres hacia el embarazo y la maternidad. Los autores consideran que la autoestima materna es una variable psicológica que se ve afectada por factores biológicos y sociales, los cuales van a ejercer una influencia en la adaptación de una mujer hacia la maternidad. Estos autores consideran que algunos de los elementos influyentes por ejemplo son, las variaciones en la salud del infante y de la madre, el sexo del infante, los datos demográficos, la separación después del nacimiento, el canal de parto, el soporte social, entre otros.

El objetivo de la presente investigación es la validación de dicho cuestionario en nuestro medio dada la ausencia de cuestionarios que midan la autoestima materna. Por lo tanto, se busca que este cuestionario de autoreporte pueda ser parte de los instrumentos de investigación psicológica actualizados. Esto podrá permitir que se realicen más investigaciones sobre el vínculo diádico y así aportar a la comunidad clínica y científica. Por otro lado, la utilización de este instrumento podría permitir una intervención temprana antes que el vínculo madre-hijo se vea deteriorado o dañado por una baja autoestima materna. Esto debido a que los creadores del Cuestionario de Autoestima Materna (Shea & Tronick, 1988) encontraron que una madre con baja

autoestima materna es menos afectiva y se encuentra menos dispuesta emocionalmente para sus hijos lo que provoca interrupciones en la adaptación de esta nueva relación.

La presente investigación se llevó a cabo con 618 madres, de nivel socioeconómico medio-alto de Lima Metropolitana, cuyo último hijo tenía entre 0 y 24 meses de edad. Para ello, se contactaron una serie de centros pre-escolares, guarderías y centros de estimulación temprana. Luego se realizaron los análisis estadísticos de confiabilidad de cada una de las dimensiones y del cuestionario total mediante el alpha de Cronbach. Para analizar la validez de criterio del cuestionario se trabajó en base a criterios externos, tales como la percepción de la madre con respecto al temperamento de su hijo, la salud física de la madre, entre otros. Para ello, se utilizó el coeficiente de Spearman para las correlaciones entre las dimensiones, el cuestionario y las variables; y para la comparación de grupos se trabajó con la U de Mann Whitney. Adicionalmente, se utilizó un análisis factorial para analizar la validez de constructo. Finalmente, se describieron las relaciones entre los niveles de autoestima materna y sus dimensiones considerando ciertas variables de datos socio-demográficas y de desarrollo.



Validación del Cuestionario de Autoestima Materna

La maternidad, como condición femenina, ha sido y sigue siendo un tema de enormes implicancias en el desarrollo humano por lo que ha generado un gran interés desde distintas disciplinas. Dentro de ellas, la psicología ha aportado significativamente sobre este tema de estudio asumiendo diversas perspectivas. Debido a ello y dada la gran amplitud de perspectivas de investigación a continuación se expondrán las ideas de algunos autores que han trabajado sobre la autoestima materna dentro del amplio espectro que implica la maternidad. No obstante, en primer lugar, se presentarán las ideas de diversos autores sobre las implicancias de la maternidad a nivel físico y psicológico.

Brazelton (1990) considera que la naturaleza les da a las madres nueve meses para que tomen conciencia de su maternidad y al mismo tiempo se generan dudas, miedos y ambivalencias sobre sus futuros hijos. Esto les brinda a las madres la oportunidad de prepararse psicológica y físicamente. La preparación psicológica –consciente e inconsciente- está íntimamente relacionada a los cambios físicos experimentados en las diferentes etapas del embarazo. Luego de los nueve meses, la mayoría de madres suelen alcanzar la sensación de haber concluido un proceso y de estar preparados para esta tarea. No obstante, cuando dicho período es más corto –como en los embarazos prematuros- los padres se pueden sentir poco preparados. En el caso que existan complicaciones físicas en el bebé, este hecho puede poner en peligro la adaptación psicológica de las madres. Finalmente, cerca al momento del parto, el hecho de que el bebé ya esté completamente formado, le brinda a la madre una mayor seguridad acerca del buen funcionamiento de su cuerpo y de su capacidad reproductora. Todo esto se acompaña de que la esperanza de ser madre se verá finalmente realizada.

Como mencionamos anteriormente, los cambios corporales y fisiológicos se dan paralelamente a los cambios psicológicos y emocionales que afectan el sentido de identidad, carácter y autoestima de las madres. Benedek (1959, citado en Trad, 1990) manifiesta que el incremento de los niveles de hormonas –sobre todo la progesterona- juega un papel importante en la transformación de las características psicológicas de la mujer embarazada. Dicho autor considera que las transformaciones corporales externas del embarazo se convierten en el reflejo de la profunda preparación emocional que las mujeres realizan con respecto a la maternidad. Para Bibring (1959, citado en Trad, 1990) una mujer embarazada, ante los ojos de los demás, se transforma en una “madre”, a

pesar que ella pueda ser la última en comprender todos los cambios físicos y psicológicos que empiezan a llevarse a cabo. Ella, ante el proceso de culminación del embarazo irá comprendiendo mejor la maternidad. Es decir, este autor argumenta que el embarazo representa un nuevo estado de desarrollo a través del cual la organización y el sentido del self e identidad de la mujer se suelen reordenan.

Winnicott (1998) manifiesta que cuando las mujeres se enteran que van a ser madres, súbitamente descubren que se han convertido en “anfitrionas de un nuevo ser humano” (p.21); aquel que está instalado dentro de ellas y que va a ir incrementando paulatinamente sus demandas. Este autor asevera que el tiempo que dura el embarazo es un período de mucha importancia porque va preparando a la madre para la llegada de su hijo. Asimismo señala que meses antes y meses después del nacimiento, las madres adquieren la habilidad de ponerse en el lugar del bebé desarrollando una impresionante capacidad para identificarse con su hijo. Al dar a luz, la madre entra en una fase en la cual, en gran medida, ella es el bebé y el bebé es ella. Gracias a lo que él denomina la “preocupación maternal primaria”, la madre puede satisfacer las necesidades básicas de su bebé como ninguna otra persona lo podría hacer.

Por su parte, Brazelton (1990) sostiene que en todos y en cada uno de los embarazos se ve reflejada toda la vida previa de la mujer: las experiencias con sus padres, sus vivencias posteriores en el triángulo edípico y, finalmente, su propio proceso de separación e individuación de sus padres. En definitiva, las vivencias y experiencias en las relaciones filiales, de acuerdo a la satisfacción o no de las necesidades, de la futura madre, durante la infancia y adolescencia, condicionarán el deseo de la madre de quedar embarazada así como la adaptación a su embarazo. En esta línea, Belsky (1984, citado en Luster y Okagaki, 1993) propone que el futuro comportamiento parental está determinado por las características de los padres, las características del niño y el contexto en el que la relación padre-hijo se desarrolla. Bowlby (2009) sostiene la misma postura dado que asegura que los sentimientos de una madre por su bebé y su conducta mostrada hacia él están profundamente influidos por sus anteriores experiencias personales, sobre todo las que tuvo y sigue sosteniendo con sus propios padres.

En esta línea, la concepción es el comienzo de una historia bizarra debido a que el óvulo fertilizado tiene el increíble poder de arrastrar a la mujer hacia las profundidades de su espacio psíquico; despertando las representaciones inconscientes más poderosas que invaden sus sueños, sus fantasías y su vida emocional. En el embarazo hay dos cuerpos, uno dentro del otro: “dos personas viven debajo de una piel” (p.8). Esta extraña unión

hace que la mujer embarazada “vuelva hacia atrás” al útero de su propia madre (Raphael-Leff, 1995). El que existan dos seres humanos dentro de un mismo cuerpo resulta ser un enigma biológico porque el cuerpo de la madre suprime sus defensas inmunológicas para permitir que un cuerpo extraño resida dentro de ella. Bajo dicha lógica, la autora sugiere que también existe un enigma psicológico que le permite (a la madre) hacer un embarazo en el cual ha de suprimir, en este caso, las amenazas psicológicas planteadas por la concepción. Considera que cada embarazo es diferente debido a la historia personal de cada madre; es decir, de sus emociones, esperanzas, memorias y poderosas mitologías inconscientes.

Recogiendo lo propuesto por los diversos autores mencionados, se puede apreciar entonces que la maternidad es una de las transformaciones más complejas y poderosas del ser humano. Tal como Trad (1990) propone a lo largo de su ciclo vital, las mujeres experimentan diversas alteraciones corporales, fisiológicas y psicológicas perceptibles por quienes las rodean. Sin embargo, el embarazo se revela como un fenómeno mágico e impresionante debido a que inspira en los seres humanos una sensación de milagro y temor (Trad, 1990).

Para el mismo autor, el deseo de una madre por tener un bebé nace de diversos motivos e impulsos, siendo éstos imposibles de ignorar. Así, por ejemplo, la identificación con la función materna es un fuerte aliciente del deseo de ser madre. Dado que todas las mujeres han experimentado cuidados maternos, la niña ha aprendido, por imitación, cómo se comportan las figuras maternas. Los que la rodean se deleitarán con sus imitaciones, reforzando y fortaleciendo su identificación inconsciente con su madre y las figuras maternas.

Por otro lado, es posible que una mujer busque quedar embarazada por motivos narcisistas debido a que en el deseo de un hijo se encuentra el deseo de duplicarse o reflejarse uno mismo y poder ver realizados los propios ideales. El deseo de ‘ser completa’ se puede satisfacer tanto con el embarazo como con el bebé. Para algunas mujeres, el deseo de estar embarazadas es el que predomina porque el embarazo brinda la oportunidad de sentirse llena, completa y considerar su cuerpo como poderoso y productivo. Es así que el embarazo, en ciertos casos, podría maquillar los sentimientos de vacío y la preocupación de concebir su cuerpo como incompleto. El deseo narcisístico de completarse a una misma a través de un hijo es más complejo, debido a que la madre verá, en primer lugar, al hijo deseado como una extensión de su propio self, como un

apéndice de su cuerpo; y, en segundo lugar, reforzará su imagen corporal mostrando que ella es capaz de concebir un hijo, que puede exponer con orgullo.

Adicionalmente, Brazelton (1990) plantea que junto al deseo de ser completa está la fantasía de simbiosis –de fusión de uno mismo con su hijo. Además, el deseo de fusión con el bebé está acompañado del deseo de fusión con la propia madre. La oportunidad que brinda el embarazo para vivenciar dichas fantasías de simbiosis, lo convierte en un tiempo para la ensoñación y revelación de las fantasías de unión. En esta línea, el autor plantea que el deseo de una mujer por un hijo se vincula con la esperanza de que ella será capaz de duplicarse a sí misma, adquiriendo cierta inmortalidad. El niño imaginado consagra el ego ideal de los padres. El futuro bebé entonces no solamente será una extensión del cuerpo de su madre, sino también una extensión de su imagen. En esta línea, el bebé fantaseado tendrá que ser perfecto y deberá realizar cada potencial no desarrollado por sus padres. Estos deseos narcisísticos que podrían posteriormente interferir con el desarrollo del niño, son al mismo tiempo indispensables para preparar a la madre para la futura relación: ella debe ver a su hijo como el único, como el potencial compensador de sus esperanzas perdidas y como el todo poderoso realizador de sus deseos.

La madre sueña también con un bebé perfecto –siempre capaz de responder a sus estímulos y a las demandas del medio- que duplica su ideal del self y le hará saber qué tan exitosa es ella como madre. Cualquier miedo de un bebé imperfecto amenaza a su imagen del self y debe ser repudiado. El deseo de tener un hijo es también el deseo de ver reflejado en el niño la propia creatividad y la capacidad de cuidado de la madre Brazelton (1990).

Por otro lado, el mismo autor, plantea que el hijo mantiene la línea generacional de los valores familiares y, por tanto, es visto como el eslabón de una gran cadena que une a cada uno de los padres con sus propios padres y antepasados. Es así que una madre puede buscar tener un hijo porque desea un compañero con quien revivir antiguas relaciones. Un hijo mantiene la promesa de renovar viejas ataduras y de esta manera es dotado de atributos de personas importantes del pasado de los padres.

Al desear tener un hijo, una mujer experimenta una doble identificación debido a que se identificará simultáneamente con su madre y con el feto. Así, trabajará y elaborará los roles y atributos de su madre y los de su bebé, tomando en cuenta experiencias pasadas con su propia madre y a ella misma como bebé. Al sostener a su bebé, ella logrará conseguir su muy anhelado sueño de ser como su propia madre, ya que hace

suyos los atributos mágicos y envidiados de la creatividad que implica la reproducción Brazelton (1990).

Por otro lado, Walzer (1995) afirma que la maternidad como rol social está relacionada con la salud mental y física de la mujer y el niño. Sin embargo, poco se sabe del proceso por el cual las mujeres desarrollan y definen sus identidades como madres, particularmente durante el embarazo. Fischer's (1992, citado en Walzer, 1995) en su investigación sobre la relación madre-hija encuentra que el primer embarazo es un punto claro de transición durante el cual, las hijas se acercan y se identifican más con sus madres. A pesar de ello, Walzer (1995) indica que las mujeres embarazadas pueden también utilizar a sus madres como puntos de referencia para ellas mismas desarrollar un enfoque propio sobre la maternidad. Adicionalmente, señala que las hijas podrían tener sentimientos y pensamientos ambivalentes con respecto a sus madres y no solo de cercanía, identificación y reconciliación, como suele pensarse.

La importancia de las propuestas de los autores señalados está en que coinciden en que la maternidad, no solo va a ser trascendental para la madre y su identidad, sino que va a ser ella, el primer elemento estructurante, organizador y continente de su futuro hijo. Retomando a Winnicott (1969, citado en Gillerault, 2009), la madre será una figura sumamente importante para el devenir potencial de su hijo. Por lo tanto, para dicho autor, no existe el bebé por sí solo sino una "pareja nodriza-lactante" (p.40) dado que existe una suerte de fusión y dependencia absoluta en la que el hijo se confunde con y en su madre. Esto le permite al autor concluir que "existe, pues, un estadio donde el lactante solo existe en razón de los cuidados maternos, con los cuales, forma un todo, una unidad" (p.41). Adicionalmente, argumenta que la madre es el ambiente del bebé y por tanto cualquier defecto de ese sostén radical y absoluto es vivido por el niño en términos de "nihilización" (p.43). Por lo que plantea que se puede distinguir dos tipos de seres, según cómo hayan sido tratados de niños: aquellos que no han tenido la experiencia de un abandono significativo, y, quienes, por el contrario, recordarán, a lo largo de sus vidas, experiencias de mucha angustia.

Moreno (2002) nos recuerda que el bebé es muy sensible al estado mental de ese "auxiliar externo" (p.128) que, en la mayoría de casos, es la madre. Considera que dicho estado mental es más importante que la leche u otra provisión de la madre. Para Dolto (1984, citado en Gillerault, 2009) quien comparte las ideas de Winnicott, la madre es "portador" y "estructurante" (p.47) del bebé debido a que la vida de éste se organiza y se enmarca en la relación con su madre, cuya presencia y características le son

fundamentales: “el equilibrio de la díada madre-hijo es esencial para su devenir humano” (p.48).

Las ideas hasta ahora desarrolladas resaltan las diferentes nociones importantes con respecto a la maternidad. Entre ellas está la gran transformación por la que atraviesan las madres tanto física como psicológicamente durante el embarazo. En este sentido, McGrath & Meyer (1992) incluso plantean que las transformaciones durante este periodo –si la mujer considera su embarazo como algo central en su personalidad– pueden influir en su autoestima materna. En este sentido, autores como Winnicott (1969), Dolto (1984) y Moreno (2002) señalan que el buen estado de salud mental de la madre está estrechamente ligado con el devenir de un buen estado de salud mental del hijo. Asimismo, es importante entender por qué la madre ha deseado tener un hijo para así poder comprender qué sucede en la mente de esta madre y entender qué sucederá en el vínculo con su hijo. Debido a ello, entender la autoestima materna es de suma importancia para conocer qué sucede emocionalmente con la madre y por lo tanto con la díada y en un futuro con el bebé.

Con respecto a la autoestima materna, McGrath, Boukydis & Lester (1993) afirman que las madres asumen el rol materno valiéndose de una serie de recursos personales, incluyendo su autoestima general. Dichos autores definen la autoestima materna como el valor que una mujer le da, previa reflexión, a su habilidad como madre. En este sentido, la percepción de sí misma, como madre, está compuesta por elementos cognitivos y afectivos. Por lo tanto, los autores hacen hincapié en que la autoestima no solo requiere de un proceso de evaluación cognitiva sino también se le atribuye un valor afectivo (como orgullo, vergüenza) relacionado a la autoevaluación.

Para entender aún más este constructo, McGrath, Boukydis & Lester (1993), afirman que la expectativa de una madre con respecto a su efectividad como figura parental surge de su propia expectativa de competencia pero, a su vez, se verá condicionada por las experiencias que tenga con el infante. Bromwich (1990, citado en McGrath, Boukydis & Lester, 1993) añade que la percepción que tienen las madres de sí mismas y de sus futuros hijos determinará, en gran medida, el tipo de madre que ésta será y cómo será la disposición que tenga para vincularse con su hijo. Asimismo, los patrones adquiridos en la propia experiencia relacional, durante el periodo de infancia de la madre, jugarán un rol importante en su futuro modo de relación e interacción con su bebé (Vondra & Belsky, 1993).

Farrow & Blissett (2007), en su afán de investigar la autoestima materna refieren que encontraron ciertas dificultades en las definiciones de este constructo dado que la abundante literatura sobre este tema no precisa las diferencias conceptuales, lo que podría generar confusión al trabajar con este concepto. Por lo cual, recurren a la definición de Robson (1988) sobre la autoestima quien la define como el sentido de satisfacción y autoaceptación que proviene de la apreciación de una persona con respecto a su propio valor, significancia, competencia y habilidad para satisfacer sus aspiraciones. Es decir, la autoestima materna está estrechamente relacionada con la autoestima general debido a que las dos son autoevaluaciones cognitivas derivadas de la propia apreciación personal. No obstante, mientras la autoestima general refleja la evaluación que una persona hace de sus competencias y satisfacción en general; la autoestima materna está asociada con la evaluación que hace la madre sobre su habilidad materna.

En su investigación, Farrow & Blissett (2007) reconocen que el constructo de autoeficacia materna es muy similar al constructo de autoestima materna. Sin embargo, plantean que se diferencian en que la autoestima supone la evaluación global que cada uno realiza de su satisfacción personal; mientras, que la autoeficacia, se relaciona específicamente con la evaluación de la performance de uno. En este sentido, la autoeficacia de ambos padres puede ser definida como la evaluación de su habilidad para producir resultados deseables en sus hijos. Las autoras indican que a pesar de dichas diferencias estos dos constructos son usados indistintamente y, por ello, recientes investigadores sugieren que tanto la autoestima como la autoeficacia podrían ser parte de un constructo de mayor orden. Esto fue comprobado gracias a una investigación realizada por Hirschy & Morris (2002, citados en Farrow & Blissett, 2007) en la cual se encontró una mediana correlación ($r=.40$, $p<.001$) entre las medidas de la autoestima y la autoeficacia general.

Duhalde, et al. (2008), tomando la investigación de Shea & Tronick (1988) para realizar un estudio, consideran que la autoestima materna es “un concepto específico que describe un factor psicológico básico, moderador de los efectos biológicos y sociales que afectan a las mujeres en su adaptación a la maternidad” (p.74). Adicionalmente, los creadores de la prueba, señalan que los elementos influyentes son por ejemplo: las variaciones en la salud del infante y de la madre, el sexo del infante, los datos demográficos, la separación después del nacimiento, el canal de parto, el soporte social y otras circunstancias. Asimismo, agregan que dependiendo de cómo la mujer se adapte a

la maternidad y desarrolle su autoestima materna, su autoestima general, y por tanto, su identidad, pueden verse afectadas.

Los creadores del Cuestionario de Autoestima Materna (Shea & Tronick, 1988) consideran que la autoestima consta de un componente general así como de componentes específicos. Es así que los autores afirman que la autoestima general es un elemento esencial y relativamente estable de la personalidad, a pesar de ser vulnerable a las circunstancias cambiantes en la vida de las personas. Asimismo, los mismos, aluden que los componentes más específicos de la autoestima se relacionan con la evaluación que se realice en una situación particular. Estas evaluaciones son normalmente más transitorias y están vinculadas a situaciones y condiciones específicas. En concordancia con lo anterior, Epstein (1979, citado en Shea & Tronick, 1988) indica que en diversas investigaciones se ha encontrado que la autoestima es una característica tanto unificada como diferenciada y tiene extensas ramificaciones para el funcionamiento general.

Shea & Tronick (1988) en su interés por indagar más sobre este concepto realizaron una revisión de investigaciones que aportaron información sobre los sentimientos y las actitudes de las madres con respecto al embarazo y la maternidad. Se basaron en dichas investigaciones debido a la gran cantidad de observaciones, entrevistas clínicas con madres, y resultados de cuestionarios creados para identificar y evaluar factores que intervienen en la adaptación de una mujer a su maternidad. De todos estos elementos, los creadores del cuestionario, identificaron una serie de factores considerados como dimensiones de la autoestima materna. Estas dimensiones son siete: 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.

Con respecto a la dimensión “Habilidad para el cuidado” los autores de la prueba la definen como las creencias que tienen las madres sobre sus habilidades instrumentales –cambiar pañales, alimentar y bañar al bebé- y por otro lado, las creencias sobre sus capacidades en tareas que involucran sobre todo el encuentro afectivo entre la madre y su bebé, como el darle de lactar. Por lo tanto, se espera que las madres puedan llevar a cabo todos los cuidados que sus hijos necesitan pudiendo mostrarles al mismo tiempo afecto, siendo capaces de contener y calmar al bebé emocionalmente y entender sus necesidades. Para la construcción de esta dimensión, tomaron como referencia a Leifer (1977, citado en Shea & Tronick, 1988) para quien las creencias de una madre sobre su nivel de adecuación estaban relacionadas a los momentos en los cuales debía de cuidar y

calmar a su bebé. Por ejemplo, este autor señala que una mujer toma la decisión de amamantar o no a su bebé durante el embarazo o inmediatamente después del parto. Para lo cual, ella considera sus propias necesidades, miedos, y habilidades para responder a las demandas de su bebé. Para algunas madres esta decisión es fácil de tomar y la llevan a cabo de manera natural; sin embargo, este proceso puede ser más complicado. En este sentido, las madres que no pueden dar de lactar o continuar haciéndolo pese a sus deseos, así como las madres que se sienten presionadas para amamantar podrían terminar experimentando sentimientos de fracaso e inadecuación en relación al rol materno.

En investigaciones más recientes, se sigue estudiando la importancia del amamantamiento, sin embargo, por el contexto actual en el que vivimos, dar de lactar es cada vez más complicado pero, a pesar de ello, para las madres sigue siendo un ideal a cumplir no sólo por los beneficios físicos sino también emocionales. Por ejemplo, Mezzacappa (1997, citado en Wilkinson & Scherl, 2006) sostiene que la lactancia suele promover la relajación general y genera efectos emocionales positivos en las madres por la satisfacción de darle al bebé su alimento. De esta manera, se promueve más el vínculo entre ambos. Asimismo, Wisenfeld et al., 1985; Virden, 1988; Heck & de Castro, 1993; Mezzacappa et al., 2000 (citados en Wilkinson & Scherl, 2006) también han encontrado que las madres que dan de lactar reportan sentirse más calmadas, menos ansiosas, en comparación con las madres que alimentan a sus hijos con fórmula, por lo que pueden encargarse con mayor facilidad de éstos.

Por otro lado, Seashore, Leifer, Barnett & Leiderman (1973, citados en Shea & Tronick, 1988) realizaron una investigación en la que evaluaron, por un lado, las creencias de las madres sobre sus habilidades instrumentales –cambiar pañales, alimentar y bañar al bebé- y por otro, sus creencias sobre sus capacidades en tareas que involucran sobre todo el encuentro afectivo entre la madre y su bebé. Esto es, mostrar afecto al bebé, sostenerlo y calmarlo de manera satisfactoria y entender sus necesidades emocionales. Los investigadores encontraron que, a mayor habilidad instrumental percibida, la madre se sentía en mayor capacidad para encontrarse afectivamente con su bebé. Consideran que será importante la respuesta que tenga el bebé para ayudarla a reconocer cómo va ejerciendo su rol como madre. Es así que, las características de temperamento del hijo, percibidas por la madre, se encuentran estrechamente relacionadas con esta dimensión. Boom y Hoeksma (1994, en Katainen, Nen y Rvinen 1997) encontraron que el comportamiento de los padres era sistemáticamente más positivo en relación a infantes

no irritables en comparación con los infantes que eran considerados como irritables. En la investigación de Calkins, Hungerford y Dedmon (2004) hallaron que las variables funcionamiento materno y temperamento del niño interactuaban para predecir el comportamiento de la madre. Pudieron apreciar que las madres de niños altamente irritables solían establecer menos contacto físico y una menor estimulación “efectiva” con sus hijos. Incluso, Schaefer & Bell (1958, citados en Shea & Tronick, 1988) encontraron que dichas madres tenían menos confianza en su habilidad para el cuidado.

Finalmente, Greenberg (1979, citado en Shea & Tronick, 1988) encontró que madres de niños discapacitados manifestaron no confiar en su propia habilidad de cuidado y sentían que podían ser potencialmente peligrosas o perjudiciales para sus hijos.

Con respecto a la segunda dimensión, “Habilidad general como madre”, Schaefer & Bell (1958, citados en Shea & Tronick, 1988) sugirieron que el placer y el gusto que la madre siente al cuidar a su bebé se relaciona con cuán segura se siente de su habilidad general para cuidar a su hijo. Esta habilidad se diferencia de la “Habilidad para el cuidado” debido a que involucra sentimientos que atañen la competencia general para asumir y llevar a cabo los deberes maternos –como el estar presente cuando son necesitadas, enseñarle a un hijo todo lo que él o ella necesita aprender y ser una madre amorosa y cariñosa. Estos investigadores también encontraron que la aceptación o rechazo del rol materno y los sentimientos relacionados al sacrificio personal estaban fuertemente vinculados a las expectativas que tenían las madres en relación a sus habilidades, como tal.

Blau, Slaff, Easton, Welkowitz, Spingain & Cohen (1963, citados en Shea & Tronick, 1988) encontraron que la percepción de una madre sobre su habilidad provee contribuciones únicas al desarrollo de su bebé y le enseña tareas importantes relacionadas con sus sentimientos y competencias. Por otro lado, las madres normalmente experimentan cierta ansiedad y aprensión con respecto a toda la responsabilidad que deben asumir, como ocurre, sobre todo, con madres de recién nacidos. Sin embargo, Bibring (1959) y Brazelton (1976) (citados en Shea & Tronick, 1988) sugieren que la habilidad de las madres para lidiar con estos sentimientos y la capacidad para adaptarse a esta nueva crisis está fuertemente relacionada con cómo se sienten ellas con respecto a su habilidad para cuidar a sus bebés.

Es así que se observa que el estado psicológico de la madre influye claramente en la percepción que tiene sobre su habilidad general como madre. Sin embargo, es importante considerar que existen factores, como el hecho que el hijo haya sido deseado

o no, que influyen en su estado psicológico. Con respecto a este tema, Miller, Sable & Cizmada (2008) afirman que por décadas se ha asumido que un embarazo deseado suele tener resultados más positivos en los padres, la pareja y como consecuencia en el hijo deseado. Adicionalmente, manifiestan que la capacidad adaptativa de los padres, sobre todo de las madres, de niños no deseados, se ve seriamente afectada debido a que aluden tener sentimientos negativos. Esto se aprecia desde antes del nacimiento en donde la madre no desarrolla un buen vínculo de apego con el feto, lo que luego, se ve reflejado en la relación que se establece entre ambos.

Al igual que en la dimensión anterior, las reacciones que tenga el hijo le podrán brindar a la madre información sobre cómo va ejerciendo su rol. Con respecto a este tema, Calkins, Hungerford y Dedmon (2004) aseguran que cualquier relación entre el temperamento del niño y la conducta de los padres –con fines de crianza o de la relación de apego- es causada, al menos en parte, por estos comportamientos infantiles que aparecen tempranamente. En este sentido, Bell (1968, citado en Lerner, 1993) manifiesta que la socialización del niño implica un proceso mutuo con los padres -el niño influye en sus padres y éstos en su hijo. Dado que cada niño es único en sus características de temperamento, el proceso de socialización será distinto para cada caso. Si bien no hay estudios específicos en los que se reconoce que las variaciones del temperamento del niño afectan la autoestima materna, se ha encontrado que sí tienen un efecto en cómo la madre interactúa con su hijo y asimismo, cómo se define en su rol materno. Por ejemplo, Gauvin y Fagot (1995) aluden que las interacciones padres-hijo se basan en cierto grado en el temperamento del hijo pudiendo esto conllevar a patrones particulares de relación a lo largo del tiempo. En este sentido, las características del temperamento del niño constituirían la particularidad principal que defina la diada.

Para la tercera dimensión planteada por los autores, “Aceptación del bebé”, éstos manifiestan que durante el embarazo, la futura madre evalúa sus capacidades como tal, lo que usualmente incluye visualizar cómo será el bebé, el sexo que tendrá y si se desarrollará normalmente. Brazelton (1976, citado en Shea & Tronick, 1988) manifiesta que la habilidad de la madre para ajustar sus expectativas y fantasías del bebé que “espera” con respecto al bebé que “obtiene” es importante debido a que influirá en la adaptación a su nuevo rol y en la aceptación de su bebé. Se espera que la madre acepte y se sienta feliz con las características de su bebé debido a que esto influirá en sus sentimientos de competencia como madre. Greenberg & Hurley (1971, citados en Shea & Tronick, 1988) encontraron que las madres que no veían cumplidas sus expectativas con

respecto al bebé y aquellas que veían a su hijo como una extensión negativa de sí mismas mostraban una baja autoestima. Berger (1952, citado en Shea & Tronick, 1988) halló que la aceptación que uno tiene de sí mismo se relaciona positivamente con la aceptación hacia los demás. En este sentido, puede ser que las madres que tienen sentimientos negativos hacia sí mismas también manifiesten sentimientos negativos hacia sus infantes.

Haciendo alusión a lo anterior, la futura madre espera que su hijo pueda cumplir con sus fantasías y expectativas por lo que deseará, por ejemplo, que sea un bebé con características del temperamento que correspondan a sus deseos. En relación a esto, los investigadores como Thomas, Chess (1977, citados en Lerner, 1993) aseguran que si las características del temperamento del bebé se ajustan a las demandas de un entorno específico sobrevienen resultados adaptativos. Esto porque los bebés, reciben una retroalimentación enriquecedora y positiva que genera un desarrollo más adaptativo, tanto en lo conductual como en lo cognitivo. Adicionalmente, comentan que es importante qué es lo que los padres esperan de sus hijos y en base a ello, se hará una designación subjetiva del temperamento de éste. Esto debido a que los autores afirman que no existe una clasificación universal que defina, de manera exacta, la idea de temperamento “fácil” o “difícil” dado que dependerá de la percepción de los padres, su sistema de creencias y la cultura en la que viven— que incluso puede no estar estrechamente relacionada con el temperamento actual o real del infante (Stifter y Wiggings, 2004, citados en Blackwell, 2004). En este sentido se puede pensar que lo más relevante es cómo percibe la madre a su hijo y esto va a estar vinculado a cómo esperó que fuera su hijo y es a partir de esto que se llevará a cabo un modo particular de relación y por tanto, de aceptar al bebé.

Por otro lado, los creadores del cuestionario han señalado la importancia del bienestar psicológico de la madre para aceptar con mayor facilidad a su bebé. Con respecto a esto, Barber, Axinn & Thornton (1999) añaden que la relación padres-hijo son el componente central de la vida social, importante en muchos sentidos para el bienestar individual, tanto para los padres como para los hijos. Estos investigadores encontraron que, la crianza de niños no deseados tiene una influencia particular en las relaciones que se establecen entre la madre y su hijo. Esta situación puede afectar la salud mental de las madres, que a la larga puede dañar el curso de vida de ambos seres humanos. En este sentido, si la madre deseó o no tener a su hijo también será una variable interesante a tomar en cuenta porque influirá en cómo la mujer está dispuesta para aceptar a su bebé y por tanto ser madre.

Para la cuarta dimensión, “Relación esperada con el bebé”, los autores tomaron en cuenta a Benedeck (1949, citado en Shea & Tronick, 1988) quien señala que la madre que encuentra su realización y gratificación en la interacción con su bebé y desarrolla una relación cercana con él, se sentirá más confiada de su habilidad como madre y satisfecha en su rol como tal. Greenberg & Hurley (1971, citados en Shea & Tronick, 1988), utilizando entrevistas clínicas, encontraron que la autoestima parental se relacionaba no solamente con la expectativa de la imagen del bebé, sino también, con la expectativa de la relación que establecerán con él. Adicionalmente, estos autores encontraron que las madres que se devaluaban a sí mismas y/o a sus infantes tenían baja autoestima.

Para esta dimensión se supone que la madre ha visualizado cómo será su futura relación ideal con su bebé. Como es de esperar, la madre va a preferir que su hijo tenga el temperamento agradable que deseó. Por su parte Miller, Barr & Eaton (1993, citados en Blackwell, 2004) aluden que el estado emocional de la madre influye en la crianza y que eventualmente puede influir en el temperamento del niño. En esta dualidad compleja, tanto la madre como el niño se verán condicionados al comportamiento y a las actitudes del otro. En esta investigación se encontró que las madres que tenían una percepción positiva del temperamento de sus hijos se veían más dispuestas a llevar a cabo sus funciones de cuidado, provocando así un vínculo más favorable. Es decir, aquellas madres que percibían que la relación que establecían con sus hijos coincidía con la que ellas hubiesen deseado tener, podían aceptar con mayor facilidad la relación establecida con su bebé.

Por otro lado, tomando en cuenta lo planteado por Brazelton (1990), las madres suelen soñar con un bebé y un vínculo de ciertas características que en algunas ocasiones no coincide con la realidad. Sin embargo, si las madres han deseado tener un hijo les resultará más fácil aceptarlo y relacionarse con éste, a pesar de que el mismo no cumpla exactamente con sus ideales o fantasías. En este sentido, el autor considera que dependiendo de cómo se sienta la madre emocionalmente estará más o menos dispuesta a ajustarse a los ideales que estableció para relacionarse con su hijo.

En la dimensión “Sentimientos durante el embarazo, trabajo de parto y parto” los investigadores Bibring (1959) y Davids (1968) (citados en Shea & Tronick, 1988) encontraron que las madres con embarazos inicialmente no deseados solían desarrollar relaciones complicadas con sus bebés. Grossman (1980, citado en Shea & Tronick, 1988) encontró que las madres que experimentaban dificultades en el parto o que requerían grandes cantidades de anestesia solían demorar más en desarrollar actitudes maternas

positivas en comparación con las mujeres sin estas dificultades. Benedek (1949, citado en Shea & Tronick, 1988) halló que muchas madres que habían experimentado partos muy largos y difíciles desarrollaban síntomas depresivos que provocaban un alejamiento por parte de ésta con respecto al bebé. Por otro lado, otras madres rechazaban a sus bebés debido a que los percibían como los responsables del surgimiento de sentimientos negativos. Años después, Grunebaum, Weiss, Cohler, Harman & Gallant (1980, citados en Shea & Tronick, 1988) encontraron que las complicaciones durante el parto producían sentimientos de culpa e inadecuación, incluso, los partos por cesárea muchas veces generaban en las madres depresión, ansiedad y sentimientos negativos hacia el embarazo.

Adicionalmente, Brown & Eisenberg (1995, en Afable-Munsuz & Braveman, 2008) han encontrado que los embarazos no deseados a menudo modifican el estado psicológico de la madre –pudiendo esto provocar depresión y estrés psicológico-. Asimismo, se ha encontrado que estas madres pueden no desarrollar conductas saludables hacia sus hijos y poco cuidado durante su embarazo, lo que frecuentemente genera posteriores dificultades sociales en el niño.

En la sexta dimensión, “Aceptación parental”, los creadores del cuestionario se basaron en Benedek (1949, citado en Shea & Tronick, 1988) quien enfatizó la importancia de las experiencias infantiles de la madre con sus propios padres para desarrollar sus habilidades maternas. Davids (1969, citado en Shea & Tronick, 1988) encontró que las madres que aún no habían resuelto actitudes negativas con respecto a su propia crianza, tenían con frecuencia problemas al relacionarse con sus bebés. Ricks (1981, citado en Shea & Tronick, 1988) halló que las madres de niños con apego seguro evaluaban la relación con sus propios padres como aceptable y contenedora, en comparación con las madres de hijos con apego inseguro, quienes evaluaban la relación con sus padres negativamente. Las madres de niños con apego seguro tenían mayor autoestima en comparación con las madres de niños de apego inseguro.

Asimismo, Leerkes & Crockenber (2002) aluden que el desarrollo del rol materno tiene relación con la historia y vivencias que ha experimentado la madre con sus propios padres en -cómo ha sido querida, aceptada, rechazada o devaluada. Bowlby (1973, citado en Leerkes & Crockenber, 2002) argumenta que un niño desarrolla su sentido de self en un contexto de relaciones con los otros, durante su infancia, que finalmente van a reproducir en su vida adulta. Por lo tanto, niños que han sido deseados, queridos por sus padres desarrollaran modelos de sí mismos de competencia, dignidad y de ser cariñosos,

esperando la misma respuesta de los demás. Es así que, las experiencias positivas de la infancia, de la madre, promoverán el deseo de tener un hijo para poder brindarle todo lo que sus padres le ofrecieron a ella.

De esta manera, se entiende por qué es de suma relevancia la relación que la madre ha mantenido en el pasado con sus padres, siendo también importante tomar en cuenta el vínculo que establece con ellos actualmente. Retomando lo propuesto, Belsky (1984, citado en Luster y Okagaki, 1993), asegura que los futuros padres verán su comportamiento parental influenciado por sus propias características, las características del niño y el contexto en el que la relación padre-hijo se desarrolla. Por lo tanto, si la madre durante su embarazo vive algún evento negativo con sus padres puede verse afectada su percepción de aceptación parental.

Para la última dimensión, "Imagen corporal y salud después del parto", los autores revisaron las investigaciones de Rosenberg (1979) y Epstein (1976) (citados en Shea & Tronick, 1988) en las que se encontró que la imagen corporal y la satisfacción con la apariencia física están muy relacionadas a la autoestima general. Aseguran que las mujeres embarazadas atraviesan cambios dramáticos en su apariencia física y funcionamiento corporal, lo cual probablemente afecta su autoconcepto. Siguiendo esta línea de investigación, Blau et al. (1963, citados en Shea & Tronick, 1988) encontraron dos factores que se relacionan positivamente con la adaptación materna: por un lado, el sentirse y verse bien antes y después del embarazo, y por el otro, la falta de preocupación por los cambios que sufre el cuerpo después del parto.

Tomando en cuenta lo planteado previamente, la percepción que tenga la madre con respecto a su estado salud psicológico y físico está íntimamente relacionada con esta dimensión debido a que la insatisfacción de la imagen corporal puede conllevar a estados depresivos, ansiedad y a tener una disminución en la autoestima lo que perjudica el bienestar de la madre y por ende el del bebé (Duncombe, Wertheim, Skouteris, Paxton & Kelly, 2008). Estos investigadores encontraron que, las madres que se sentían bien con su cuerpo, antes del embarazo, solían sentirse bien emocionalmente a lo largo de este periodo; no obstante, ocurría lo contrario si las madres no se sentían bien con su cuerpo, antes del embarazo.

En síntesis, los autores consideran que son siete las dimensiones que integran el concepto de autoestima materna, si bien las cuatro primeras están muy relacionadas entre sí, se espera que cada una mida un componente distinto de la autoestima materna.

Los autores del Cuestionario de Autoestima Materna decidieron, luego de haber identificado las siete dimensiones, crear diversos ítems –en primera persona- para medir el modo en que las madres califican sus propias emociones con respecto a cada una de las dimensiones, en una escala de Likert de cinco opciones de respuestas, con un rango que iba desde totalmente verdadero a totalmente falso. Algunos ítems del cuestionario fueron ítems tomados de cuestionarios que miden las actitudes frente a la crianza de los hijos (Schaefer & Bell, 1958, citados en Shea & Tronick, 1988), actitudes maternas frente al embarazo (Blau, Slaff, Easton, Welkowitz, Spingain & Cohen, 1963, citados en Shea & Tronick, 1988), *The Maternal Personality Inventory* (Greenberg & Hurley, 1971, citados en Shea & Tronick, 1988) y la entrevista estructurada para evaluar la adaptación materna (Barnard & Gortner, 1977, citados en Shea & Tronick, 1988).

Con el fin de verificar si el cuestionario creado se dividía en las siete dimensiones consideradas por los autores, se realizó un piloto con diez madres y cinco psicólogos, con la finalidad de evaluar la validez aparente. Debido a que el piloto confirmó que los ítems se dividían en siete categorías, para los creadores de la prueba se confirmó la composición del Cuestionario de Autoestima Materna que constaría entonces de las siete dimensiones, con un promedio de quince afirmaciones cada una. Por último, los ítems fueron organizados de tal manera que los ítems positivos y negativos se ubicaran equitativamente para así evitar respuestas automáticas.

Planteamiento del problema

Todo lo desarrollado previamente muestra que el constructo de autoestima materna merece ser investigado debido a que dependiendo del estado de salud mental de la madre, el vínculo diádico y, como consecuencia, el devenir emocional de su hijo pueden verse afectados (Moreno, 2002). En esta misma línea, Farrow & Blissett (2007) afirman que el estudio de la autoestima materna es importante porque puede explicar la conducta de los padres y, por lo tanto, cómo se desarrollará el niño. Estos autores recogen de diversas investigaciones que existe una asociación entre una baja autoestima y niveles altos de rabia y un excesivo control por parte de los padres. Asimismo, Shea & Tronick (1988) revelan que una madre con baja autoestima materna es menos afectiva y se encuentra menos dispuesta emocionalmente para sus hijos, lo que provoca interrupciones en la adaptación de esta nueva relación. Adicionalmente, se ha encontrado que una baja autoestima materna se asocia con problemas de conducta en los infantes y esto es aún más intenso en familias con niños con déficit de atención y madres

potencialmente abusadoras. Por otro lado, una madre con mayor autoestima materna se relaciona con mejores competencias maternas, mayor sensibilidad y menores problemas para amamantar.

Así, la utilización del Cuestionario de Autoestima Materna permitiría realizar un trabajo de prevención en la relación madre-hijo debido a que se podrían detectar las áreas de mayor conflicto en la madre para trabajarlas en espacios de intervenciones tempranas. Sin embargo, esta prueba aún no tiene una versión en español que haya sido validada en nuestro país, así la presente investigación propone, como objetivo general, establecer la confiabilidad, validez y normas de interpretación del Cuestionario de Autoestima Materna en un grupo de madres, de nivel socio-económico medio-alto de Lima Metropolitana, cuyo último hijo tenga entre 0 y 24 meses. Adicionalmente, como objetivo específico se analizarán cómo se relacionan los distintos niveles de autoestima materna y sus dimensiones con respecto a ciertos datos socio-demográficos y de desarrollo.





Método

Participantes

El presente estudio contó con una muestra de 618 madres con un promedio de edad de 32.92 años (DE = 4.63; rango entre 20 y 45 años). Con respecto al grado de instrucción, el 84% contaba con estudios superiores y el 14% con estudios técnicos. El 57% trabajaba profesionalmente a tiempo completo, el 23% trabajaba por horas, el 2% estudiaba y el 18% se dedicaba únicamente a su casa. Por último, 86% de las madres estaban casadas, el 6.5% eran solteras, el 5% convivían, el 2% estaban separadas y el 0.5% estaban divorciadas. Como dato adicional, el último hijo de dichas madres tenía un promedio de 15.25 meses (DE = 7.51; rango entre 0 y 24 meses).

La selección de los participantes fue no probabilística debido a que no fueron elegidas al azar sino a partir de los criterios establecidos para la investigación (Hernández et al., 2006). Siendo estos criterios los siguientes: las madres debían ser mayores de 18 años, pertenecer a un nivel socioeconómico medio o alto y haber finalizado la secundaria. Debido a que se requería que las madres que pertenezcan a un nivel socioeconómico medio o alto, se buscó que sus hijos acudan a un centro pre-escolar, guardería o centro de estimulación temprana, de tipo privado de los distritos de Miraflores, San Isidro, Surco y La Molina.

Adicionalmente, el tipo de muestreo fue accidental en tanto que se eligieron a las madres disponibles en el momento de la aplicación y que cumplían con los requisitos establecidos (Hernández et al., 2006).

Medición

La autoestima materna definida como el valor que una mujer le da, previa reflexión, a su habilidad como madre (McGrath, Boukydis & Lester, 1993) se evalúa a través del "*Maternal Self-Report Inventory*" creado por Shea & Tronick, en el año 1988. Este instrumento consta de cien ítems presentados en una escala Likert de cinco opciones de respuesta (totalmente falso, mayormente falso, ni verdadero ni falso, mayormente verdadero y totalmente verdadero). Asimismo, está compuesto por las siete dimensiones, descritas anteriormente: *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* (Anexo A).

La primera dimensión busca evaluar las creencias de las madres sobre sus habilidades instrumentales –cambiar pañales, alimentar y bañar al bebé- y por otro, las creencias sobre sus capacidades en tareas que involucran sobre todo el encuentro afectivo entre la madre y su bebé, como el darle de lactar.

La dimensión “Habilidad general como madre” se asocia con la confianza que siente la madre con respecto a su habilidad como cuidadora, relacionada directamente con el placer que pueda sentir al cuidar a su hijo. En este sentido, fue diseñada para encontrar cómo es que se siente la mujer con respecto a su rol como madre.

La tercera dimensión, “Aceptación del bebé” evalúa la habilidad que posee la madre para ajustar las expectativas y fantasías del bebé que “espera” con respecto al bebé que “obtiene”.

La dimensión “Relación esperada con el bebé” fue creada para evaluar la capacidad de la madre para sentirse gratificada por la interacción con su bebé y desarrollar una relación cercana con él.

La quinta dimensión, “Sentimientos durante el embarazo, trabajo de parto y parto” tiene como objetivo recoger la actitud de la madre hacia su embarazo, trabajo de parto y parto. En este sentido, los ítems buscan conocer los sentimientos de la madre al enterarse que estaba embarazada, cómo se sentía emocionalmente antes y después de haber dado a luz, cómo percibió que fue el parto y por último indagar si la madre consideraba que se había cuidado lo suficiente durante el embarazo como para tener un hijo sano.

La dimensión “Aceptación parental” se relaciona con la importancia de las experiencias infantiles de la madre con sus propios padres y las vivencias actuales con éstos para desarrollar sus habilidades maternas. En este sentido, busca encontrar qué valoración le da la madre a estas experiencias para poder reconocer, por ejemplo, cuán identificada se siente con respecto a su propia madre y los sentimientos de aceptación y afecto hacia sus padres.

La última dimensión, “Imagen corporal y salud después del parto”, busca evaluar cuán satisfechas se sienten las madres con su apariencia física y su funcionamiento corporal durante el embarazo y después de éste.

Una vez creado el cuestionario, con la finalidad de evaluar las características psicométricas de la prueba, los autores seleccionaron a un grupo de 30 madres y se les

aplicó el cuestionario en dos momentos diferentes junto con otros instrumentos¹: dos días después del parto y un mes después de haber sido dadas de alta. Adicionalmente, el niño fue evaluado, en ambos momentos, con diversas pruebas de desarrollo².

Para la validez concurrente del instrumento se correlacionó el Cuestionario de Autoestima Materna con la versión corta del “*The Self-Report Inventory*” de Epstein & O’Brien (1976, citados en Shea & Tronick, 1988). Se encontraron altas correlaciones entre los puntajes totales de la autoestima general y la autoestima materna, tanto en la primera ($r = .74$, $p < .001$) como en la segunda aplicación ($r = .76$, $p < .001$). Adicionalmente, se encontró que todas las dimensiones correlacionan significativamente con el puntaje total del “*The Self-Report Inventory*”. Éstas fueron significativas, tanto en la primera como en la segunda aplicación y oscilaron entre .37 ($p < .007$) para “Aceptación parental” y .75 ($p < .001$) para “Habilidad general como madre”.

A pesar que todas las dimensiones del Cuestionario de Autoestima Materna correlacionaron significativamente con el puntaje total de la versión corta del “*The Self-Report Inventory*”, las correlaciones no son lo suficientemente altas como para sugerir que ambas escalas están midiendo factores idénticos. En la primera aplicación, las correlaciones oscilaron entre .44 ($p < .007$) para Aceptación Parental y .75 ($p < .001$) para Habilidad general como madre. En la segunda aplicación, las correlaciones se encontraban entre .37 ($p < .02$) para Aceptación Parental y .70 ($p < .001$) para Habilidad general como madre. Debido a que ambas escalas comparten la misma técnica de medición, tiempo y marco de administración se considera que la diferencia en las confiabilidades, entre ambas pruebas, se explica por los aspectos únicos de cada uno de los constructos: la autoestima general y la autoestima materna. Por lo tanto, para Shea & Tronick “*The Self-Report Inventory*” no es capaz de evaluar las características más sutiles de la autoestima materna.

Otro procedimiento para validar el instrumento fue el uso del juicio clínico de expertos quienes evaluaban, a través de su trabajo clínico, cómo encontraba la autoestima materna de la mujer. La correlación entre la evaluación de la Autoestima

¹ The Parmelee Obstetrical Complications Scale; The 16-item Family Support Questionnaire; Broussard’s Neonatal Perception Inventory; The teaching task designed by Spietz and Eyres; and The Epstein-O’Brien Self-Report Inventory.

² The Parmelee Postnatal Complications Scale; The Neonatal Behavioral Assessment Scale; and The teaching task designed by Spietz and Eyres.

Materna realizada por clínicos expertos y el Cuestionario fue de .35 ($p < .02$), lo que de acuerdo al autor confirma la validez concurrente del cuestionario.

Por otro lado, con el fin de determinar la validez de constructo del cuestionario, la misma se analizó mediante correlaciones entre los puntajes del Cuestionario de Autoestima Materna y ciertas variables independientes –que lógica y teóricamente, se esperaba que correlacionen con la autoestima materna- procedimiento que se replica en la presente investigación. Las variables consideradas para este análisis se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1: Correlación entre las variables y el puntaje del Cuestionario de Autoestima Materna

Variable	Instrumento utilizado para evaluar	Aplicación	
		2 días después del parto	1 mes después de haber sido dadas de alta
Salud del infante	The Parmelee Postnatal Complications Scale	$r = .52; p < .01$	$r = .41; p < .01$
Salud materna	The Parmelee Obstretical Complications Scale	$r = .38; p < .01$	$r = -.15; p < .10$
Soporte familiar	The 16-item Family Support Questionnaire	$r = .69; p < .01$	$r = .79; p < .01$
Comportamiento del recién nacido	Brazelton Neonatal Behavior Assessment Scale	-	-
Percepción materna del infante	Broussard's Neonatal Perception Inventory		$r = .36; p < .01$
Interacción madre-hijo	A teaching task designed by Spietz and Eyres "Disbrow Interactive Score"		$r = .33; p < .05$

Como lo indica la Tabla 1, existe una correlación positiva entre la salud del infante y la autoestima materna. Por otro lado, en la primera aplicación, la salud materna se asocia positiva y significativamente con la autoestima materna; no obstante, en la segunda aplicación establece una asociación negativa con la autoestima materna. Adicionalmente, no se encontró ninguna correlación significativa con el tipo de parto.

Asimismo, los creadores de la prueba esperaban que el comportamiento del recién nacido correlacionen significativamente con la autoestima materna pero los resultados no indicaron que existía una asociación. No se halló ninguna correlación entre los puntajes de la evaluación de las respuestas del bebé y los puntajes del Cuestionario de Autoestima Materna.

Los investigadores también hallaron que madres de hijos hombres tenían una mayor autoestima materna en comparación con aquellas que tenían hijas mujeres. No obstante, al realizar estudios más específicos encontraron que las madres de hijos hombres percibían tener mayor soporte familiar. Por lo tanto, los investigadores dedujeron que probablemente esta asociación entre la autoestima materna y el sexo del infante no era tan relevante, como sí lo era la asociación entre la autoestima materna y el soporte social.

Por otro lado, en relación a la confiabilidad, el Cuestionario de Autoestima Materna demostró tener una buena estabilidad a lo largo del tiempo, dado que después de cuatro semanas el coeficiente de confiabilidad test re-test fue de .85. En una investigación, McGrath, Zacharian & Lester (1993) indican que la confiabilidad test re-test, obtuvo una correlación de .88. En relación a la confiabilidad por consistencia interna, Carlson (1991) obtuvo un alfa de Cronbach de .81.

En el año 1998, Tronick y Weinberg presentaron una investigación sobre las características emocionales de los infantes en asociación a la depresión y ansiedad de las madres, donde también se utilizó el Cuestionario de Autoestima Materna. Por último, es importante resaltar que el instrumento ha sido utilizado en Latinoamérica por Duhalde et al. (2008), investigadores argentinos, que llevaron a cabo un estudio sobre la regulación diádica y su relación con la autoestima materna y la función reflexiva.

Finalmente, con respecto a la medición utilizada en esta investigación es importante mencionar que con el fin de recoger información sobre las madres –características sociodemográficas y aspectos del desarrollo de sus hijos y de su maternidad-, se elaboró una Ficha de datos socio-demográficos y de desarrollo (Anexo B). En este sentido, además de recoger información objetiva en relación a la madre y su bebé, también se formularon preguntas en las que la subjetividad de la madre constituía un elemento importante de la respuesta. Por ejemplo, el estado de salud físico y psicológico de la madre durante el embarazo y la percepción de la madre sobre las características del temperamento de su bebé. Se decidió evaluar el temperamento a partir del reporte de la madre dado que algunas investigaciones, como la de Stifter y Wiggings (2004, citados en Blackwell, 2004) hacen hincapié en la importancia de las percepciones de las madres sobre el temperamento del bebé más allá de los hechos objetivos y cómo esto afecta el vínculo.

Procedimiento

Luego de tomar contacto directo con uno de los autores del instrumento, se realizó la traducción del mismo del inglés al español. Para ello, se buscó la ayuda de dos expertos bilingües y de un lingüista para obtener una versión equivalente a la versión original que tome en cuenta las particularidades de nuestro lenguaje.

Se realizó un piloto con cinco madres, que cumplieran con las condiciones para participar en la investigación, con el objetivo de recoger sus comentarios y apreciaciones sobre el Cuestionario de Autoestima Materna y la Ficha de datos socio-demográficos y de desarrollo. A partir de ello se modificó la redacción de algunos ítemes del cuestionario. Por ejemplo, el ítem 16 que inicialmente estaba redactado de la siguiente manera: “Si amamantar es importante, lo es porque acerca a la madre y a su hijo/a” fue modificado a: “Dar de lactar es importante porque acerca a la madre y a su hijo/a”.

Para proceder a la aplicación del cuestionario se contactó a 36 diversos centros pre-escolares, guarderías y centros de estimulación temprana que estuvieran dispuestos a participar en la investigación. En estos lugares, se envió a cada madre un sobre cerrado con el consentimiento informado (Anexo C), la Ficha de datos socio-demográficos y de desarrollo y el Cuestionario de Autoestima Materna para que lo respondan en sus hogares. Adicionalmente, las madres que participaron refirieron a otras, con las que se realizó el mismo procedimiento.

Al final de la aplicación, se contó con la participación de 636 madres, sin embargo, 18 protocolos fueron eliminados debido a que las madres habían dejado más de tres ítemes sin responder por lo que éstos no se podían considerar como protocolos confiables.

Inicialmente, se evaluó la normalidad de los datos a través del estadístico Kolmogorov-Smirnov ($KS = .0729$; $df. = 618$; $p = 2.75E-08$). Luego, se procedió a realizar el análisis de confiabilidad de cada una de las dimensiones y del cuestionario, y la capacidad discriminativa de los ítemes mediante el alpha de Cronbach. Para evaluar estos resultados tendremos en consideración el criterio planteado por Hernandez, et. al. (2006) quienes consideran que confiabilidad de .25 en la correlación, indica una baja confiabilidad, y si se obtiene un valor de .50, la confiabilidad es media o regular. Sin embargo, si supera el .75 es una confiabilidad aceptable; y, por último si es mayor a .90, la confiabilidad es elevada. Posteriormente, se buscó evidenciar la validez del instrumento a través de la validez de criterio y la validez de constructo. En relación a la validez de criterio, se planteó, al igual que en la versión original propuesta por Shea & Tronick

(1988), que existían diferentes variables, tales como las características del temperamento del hijo percibido por la madre, la percepción de la madre sobre su estado de salud psicológico y físico que se asociaban estrechamente con diferentes niveles de la autoestima materna. Para analizar las correlaciones, de las variables previamente mencionadas y la autoestima materna, se utilizó el Coeficiente de Spearman y para la comparación de grupos, la U de Mann Whitney.

Por otro lado, si bien en la versión original no se evaluó la validez de constructo del cuestionario a través del Análisis Factorial para la presente investigación se realizó la consulta al autor (Tronick, comunicación personal, 28 de abril, 2008). Lo que se buscaba era estudiar la validez de constructo con el fin de analizar si los ítemes se agrupan en siete factores. Utilizando un análisis factorial exploratorio con rotación oblicua Oblimin, decidiéndose el número de factores a través de los criterios de autovalor de Kaiser y el del porcentaje de varianza explicada acumulada. Estos resultados mostraron que los ítemes se agrupaban en 30 factores, lo que no correspondía con la estructura factorial de la prueba. Debido ello, se buscó entonces confirmar que las distintas dimensiones evaluadas por el Cuestionario de Autoestima Materna se agruparan en un único factor, siendo este la autoestima materna.

Adicionalmente, se calcularon los percentiles de las puntuaciones directas tanto para el cuestionario total como para las distintas dimensiones, estableciéndose así niveles interpretativos bajo, medio y alto.

Por último, se describieron los niveles de autoestima materna y sus dimensiones considerando otros datos recogidos de la Ficha de datos sociodemográficos y de desarrollo, como por ejemplo, la edad, la ocupación de las madres, entre otros. De esta manera, se buscaba encontrar las diferencias en la autoestima materna a partir de diferentes variables para así ampliar más el conocimiento sobre éste constructo en una muestra específica de Lima Metropolitana.



Resultados

En el presente estudio se expondrá, en primer lugar, el análisis de confiabilidad del Cuestionario de Autoestima Materna a través del Coeficiente de alpha de Cronbach. Para ello, se trabajó con cada una de las dimensiones del instrumento de manera independiente y, paralelamente, con la prueba total.

En la dimensión “Habilidad para el cuidado” (26 ítems) se obtuvo un alpha de Cronbach de .76. El único ítem con dificultades fue el 91, “Mientras ame a mi hijo/a no importa si le doy pecho o mamadera”, con una correlación ítem-test de -.07 dentro de su escala y de -.10 con la prueba total (Anexo D). Se optó por eliminar este ítem por su escasa capacidad de discriminación, con lo que el alpha de Cronbach se elevó a .79, con 25 ítems (Tabla 1).

La segunda dimensión, “Habilidad general como madre”, de 25 ítems, obtuvo un alpha de Cronbach de .86. El ítem 44, “Hay algunas cosas que únicamente yo puedo aportar a la vida de mi hijo/a”, fue el único que mostró una correlación ítem-test baja con su dimensión y con la prueba total ($r = .01$ en ambos casos) por lo que se decidió eliminar el ítem (Anexo D). Así, el alpha de Cronbach subió a .87, como se muestra en el Tabla 1.

La dimensión “Aceptación del bebé” (10 ítems) alcanzó un alpha de Cronbach de .59. En esta dimensión dos ítems presentaron una baja correlación ítem-test con la escala y la prueba total: el ítem 18 “Me sentí levemente deprimida poco después del parto” y el ítem 84 “Tengo grandes expectativas sobre cómo será mi hijo/a”. El primero alcanzó una $r = .15$ con la escala y .20 con la prueba total; el segundo, una $r = .12$ y .16 respectivamente (Anexo D). Se decidió eliminar el ítem 84 por su poca capacidad discriminativa y esto aumentó la confiabilidad de la dimensión. Por otro lado, se decidió mantener el ítem 18 debido a que el funcionamiento que desempeña en la prueba total es óptimo ($r = .20$), a pesar que en la dimensión no demuestra tener una correlación ítem-test adecuada. Luego de la eliminación del ítem 84, el alpha de Cronbach se elevó a .63 (Tabla 1).

Con respecto a la dimensión, “Relación esperada con el bebé” (9 ítems) obtuvo un alpha de Cronbach de .62, mostrado en el Tabla 1. Todos los ítems tienen una correlación ítem-test adecuada.

La dimensión “Sentimientos relacionados al embarazo, trabajo de parto y parto” (15 ítems) obtuvo un alpha de Cronbach de .70. Dos ítems de esta dimensión presentan una correlación ítem-test baja. El ítem 48, “Luego del parto extrañé la

sensación de estar embarazada” que alcanzó una correlación de .03 dentro de la dimensión y de .08 en la prueba total, por lo que fue eliminado (Anexo D). El ítem 21, “Me sentí levemente deprimida después del parto” obtuvo una correlación ítem-test de .14 en su dimensión y .19 en la prueba total (Anexo D), por lo cual se optó también por su eliminación, quedando finalmente un alpha de Cronbach de .71, con 13 ítems.

La sexta dimensión, “Imagen corporal y salud después del parto” de nueve ítems alcanzó un alpha de Cronbach de .50 (Tabla 1). El ítem 28 “En general, no me preocupa el que mi propia salud interfiera con mi habilidad para cuidar a mi hijo/a” presentó una correlación ítem-test de .03 con su dimensión y .08 con la prueba total, por lo que se eliminó (Anexo D). El alpha de Cronbach se elevó así a .58.

Finalmente, la dimensión “Aceptación Parental”, de 6 ítems, presentó un alpha de Cronbach de .28. El ítem 78 “Siento que mis padres al criarme cometieron muchos errores, y estoy segura de que no cometeré los mismos errores con mi hijo/a” obtuvo una correlación ítem-test de -.33 con la dimensión y -.16 con la prueba total (Anexo D). Debido a ello se eliminó y el alpha de Cronbach se elevó a .65 (Tabla 1).

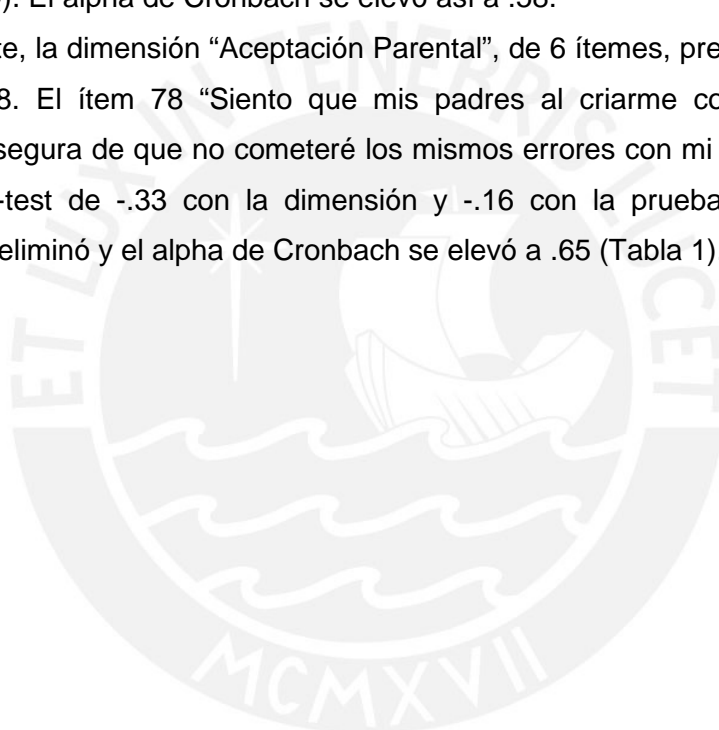


Tabla 1
Correlación ítem-test de todas las dimensiones del Cuestionario de Autoestima Materna

Habilidad para el cuidado			Habilidad general como madre			Sentimientos relacionados al embarazo, trabajo de parto y parto		
Item	r inicial	r final	Item	r inicial	r final	Item	r inicial	r final
2	.37	.38	1	.51	.51	6	.39	.38
5	.40	.39	10	.39	.39	12	.28	.27
7	.43	.43	11	.61	.62	21	.14	-
9	.35	.36	14	.54	.54	26	.29	.30
16	.23	.29	15	.48	.49	34	.41	.42
17	.28	.28	24	.49	.49	37	.26	.24
25	.40	.41	31	.27	.27	43	.23	.22
27	.26	.26	39	.59	.59	48	.03	-
30	.23	.21	40	.33	.33	51	.28	.28
33	.50	.49	41	.60	.60	58	.48	.50
38	.24	.24	44	.01	-	63	.25	.25
46	.33	.35	45	.48	.47	72	.45	.49
47	.39	.39	53	.26	.26	81	.39	.38
54	.39	.39	56	.46	.46	86	.22	.21
62	.47	.47	59	.45	.46	87	.44	.46
64	.21	.23	66	.56	.57			
69	.30	.30	68	.56	.57	Aceptación parental		
70	.42	.42	77	.48	.48	Item	r inicial	r final
71	.27	.26	80	.48	.49	8	.32	.41
74	.40	.40	90	.43	.44	29	.26	.33
75	.28	.32	93	.33	.33	55	.20	.57
76	.28	.28	94	.60	.60	67	.35	.41
85	.48	.47	95	.56	.56	78	.28	-
89	.35	.35	96	.39	.38	92	.39	.36
91	-.07	-	100	.43	.44			
98	.40	.40						
Aceptación del bebé			Relación esperada con el bebé			Imagen corporal y salud después del parto		
Item	r inicial	r final	Item	r inicial		Item	r inicial	r final
3	.21	.23	13	.32		20	.22	.25
4	.21	.23	19	.26		28	.03	-
18	.15	.16	35	.20		32	.27	.33
22	.39	.20	49	.35		36	.22	.23
23	.23	.42	52	.28		50	.30	.32
42	.30	.27	60	.39		57	.28	.31
61	.40	.45	65	.41		83	.34	.37
79	.42	.39	73	.20		88	.26	.25
82	.46	.51	99	.49		97	.27	.27
84	.12	-						

Por consiguiente, se eliminaron un total de siete ítems de la prueba, la cual alcanzó un alpha de Cronbach de .93, con 93 ítems restantes. Es importante resaltar que solamente fueron eliminados aquellos ítems que presentaron bajas correlaciones tanto en su propia dimensión como en el total del cuestionario. Estos resultados se presentan en la Tabla 2, donde se pueden observar los coeficientes alpha de Cronbach para cada una de las dimensiones. La versión final, con los 93 ítems y las dimensiones respectivas se presentan en el Anexo E.

Tabla 2
Confiabilidad inicial y final de cada una de las dimensiones y del cuestionario en general

Dimensiones	# ítems	r inicial	# ítems	r final
Habilidad para el cuidado	26	.76	25	.79
Habilidad general como madre	25	.86	24	.87
Aceptación del bebé	10	.59	9	.63
Relación esperada con el bebé	9	.62	9	.62
Sentimientos relacionados al embarazo, trabajo de parto y parto	15	.70	13	.71
Aceptación parental	6	.28	5	.65
Imagen corporal y salud después del parto	9	.50	8	.58
Cuestionario de Autoestima Materna	100	.92	93	.93

Una vez probada la confiabilidad del instrumento, se procedió a estudiar la validez del mismo a través de criterios externos, método realizado en la versión original. Los criterios externos que se usaron son datos socio-demográficos y de desarrollo que también corresponde a lo propuesto por los creadores del cuestionario. Para hacer los análisis estadísticos de la presente investigación se utilizaron correlaciones y diferencia de medias, según el tipo de variable. A continuación se presentará con qué variables y qué tipos de análisis se utilizaron para estudiar cada una de las dimensiones.

En relación a la dimensión, “Habilidad para el cuidado”, según los autores de la prueba (Shea & Tronick, 1988), se esperaría se relacione con la lactancia y la percepción del temperamento de su hijo. En la presente investigación, se halló una asociación débil entre la dimensión y la percepción que tiene la madre sobre el temperamento de su hijo. Se encontró que la madre tenderá a percibirse con mayores habilidades para el cuidado si percibe a su hijo como más fácil de llevar ($r = .214$; $p < .001$), más fácil de calmar ($r = .273$; $p < .001$) y más sonriente ($r = .123$; $p = .003$). Por otro lado, la madre tenderá a

sentirse menos hábil para cuidar a su hijo si lo percibe como más irritable ($r = -.289$; $p < .001$), más llorón ($r = -.164$; $p < .001$) y más demandante ($r = -.118$; $p = .005$).

En la Tabla 3, se puede apreciar que en esta dimensión se encontró una diferencia de medias entre aquellas madres que sí daban de lactar y aquellas que no. Las madres que le daban de lactar a su hijo se percibían con más habilidades para el cuidado en comparación con aquellas madres que no daban de lactar.

Tabla 3

Diferencias de medias en las dimensiones de la Autoestima Materna con relación a las diferentes variables

Dimensión	Variable	Sí			No			z	p	r
		N	M	D.E.	N	M	D.E.			
Habilidad para el cuidado	Lactancia	564	102.79	7.93	52	100.04	7.26	-2.508	.012	.101
Habilidad general como madre	Hijo deseado	548	109.13	8.26	65	104.02	10.1	-4.148	.000	.168
Aceptación del bebé	Hijo deseado	548	42.13	2.47	65	41.37	2.78	-2.117	.034	.086
Relación esperada con el bebé	Hijo deseado	548	41.66	2.73	65	40.62	2.6	-3.386	.001	.137
Sentimientos relacionados al embarazo, trabajo de parto y parto	Parto vaginal	215	56.31	5.34	399	57.51	5.16	-2.708	.007	.109
	Hijo deseado	548	22.4	2.71	65	21.06	3.33	-3.348	.001	.135
Aceptación parental	Evento negativo	180	21.73	3.05	434	22.5	2.66	-2.894	.004	.117

En cuanto a la dimensión “Habilidad general como madre”, Shea & Tronick (1988) plantean que el placer y el gusto que la madre siente al cuidar a su bebé se relaciona con cuán segura se siente de su habilidad general para cuidar de éste. En este sentido, los creadores de la prueba esperan que se relacione con el estado psicológico de la madre - durante el embarazo-, la percepción de la madre sobre el temperamento de su hijo y el deseo de haber tenido un hijo. En esta investigación, se encontró que el estado psicológico de la madre se asocia débil pero significativamente con esta dimensión. En este sentido, se puede decir que las madres tienden a percibir que tienen mayores habilidades generales como madre si perciben que tienen un mejor estado psicológico, ($r = .255$; $p < .001$).

Asimismo, se encontró que había una correlación entre la dimensión “Habilidad general como madre” y la percepción del temperamento del hijo. Los resultados muestran que aquella madre que tiende a percibirse más hábil en su rol como madre, suele percibir

a su hijo como fácil de llevar ($r = .214$; $p < .001$) y fácil de calmar ($r = .247$; $p < .001$). Ocurre lo contrario cuando la madre percibe a su hijo como irritable ($r = -.221$; $p < .001$), llorón ($r = -.116$; $p = .006$) y muy demandante ($r = -.112$; $p = .015$).

Por otro lado, se encontró que existe una diferencia de medias con respecto a aquellas madres que desearon tener a su hijo y aquellas que no lo desearon. En la Tabla 3, se puede apreciar que las madres que se sienten más hábiles como madres son aquellas que han deseado tener a su hijo.

En la dimensión “Aceptación del bebé”, los autores de la prueba (Shea & Tronick, 1988), esperan que exista una relación entre esta dimensión y la percepción de la madre sobre su estado psicológico y las características de temperamento de su hijo, y con el deseo o no del hijo. En esta investigación, se encontró la tendencia de que la madre aceptará mejor a su bebé si considera que se encuentra bien psicológicamente ($r = .157$; $p < .001$).

Adicionalmente, se hallaron asociaciones débiles pero significativas entre dicha dimensión y la percepción del temperamento del hijo. Los resultados muestran que las madres suelen aceptar mejor a su hijo si consideran que es fácil de llevar ($r = .208$; $p < .001$), fácil de calmar ($r = .186$; $p < .001$) y muy sonriente ($r = .109$; $p = .008$). Sin embargo, una madre tenderá a aceptar menos a su bebé si lo percibe como irritable ($r = -.118$; $p = .005$).

Para esta dimensión también se encontró, como lo muestra la Tabla 3, que existe una diferencia de medias entre las madres que desearon tener a su hijo en contraste con las que no. Analizando los resultados se entiende que hay una mayor aceptación del bebé si este fue deseado, ocurriendo lo opuesto con aquellas madres que no lo desearon.

Para los creadores de la prueba, la cuarta dimensión, “Relación esperada con el bebé” se espera que se relacione con la percepción del temperamento del bebé, estado emocional de la madre e hijo deseado. Los resultados indican que existe una asociación débil, aunque significativa, entre la dimensión y la percepción del temperamento del hijo. En este sentido, se encontró que la madre tenderá a sentir que la relación establecida con su bebé es similar al que esperó tener, si percibe a su hijo como más fácil de llevar ($r = .138$; $p = .001$) y/o calmar ($r = .218$; $p < .001$). Por el contrario, los puntajes en esta dimensión disminuyen si la madre percibe a su hijo como irritable ($r = -.225$; $p < .001$) y/o llorón ($r = -.123$; $p = .004$).

Los resultados también indican que las madres que sienten que la relación que han entablado con sus bebés es similar a la que desearon tener, están propensas a manifestar que se sienten bien psicológicamente ($r = .199$; $p < .001$).

Asimismo, en esta dimensión se halló una diferencia de medias significativa con respecto a la variable hijo deseado. En la Tabla 3, se puede apreciar que las madres que consideran que la relación con su hijo es como la esperada, han deseado tenerlo; sin embargo, ocurre lo contrario con las madres que no lo desearon.

Con respecto a la dimensión, “Sentimientos relacionados al embarazo, trabajo de parto y parto” los autores plantean que las madres que se sienten bien emocionalmente podrán manejar mejor los diversos sentimientos que emergen durante el embarazo, trabajo de parto y parto. Igualmente, se espera que las madres que han tenido un parto vaginal tengan mejores puntajes en esta dimensión. En alusión al bienestar psicológico de la madre se encontró una correlación moderada. Los resultados expresan que existe una tendencia de las madres a sentirse mejor con respecto al embarazo, trabajo de parto y parto si perciben que su estado psicológico es bueno ($r = .306$; $p < .001$). Adicionalmente, la Tabla 3 muestra que las madres que tienen mayores puntajes en esta dimensión son aquellas que han dado a luz por parto vaginal.

Para la dimensión, “Aceptación parental”, Shea & Tronick (1988) plantean que para desarrollar habilidades maternas, las mujeres le darán importancia a las experiencias infantiles que hayan tenido con sus propios padres, así como a las vivencias actuales. En este sentido, los investigadores asumen que debería existir una relación entre esta dimensión y las variables hijo deseado y la presencia de un evento negativo durante el embarazo. Los resultados presentados en la Tabla 3, indican que existe una diferencia de medias con respecto a estas dos variables. Se halló que las madres que tenían una mayor aceptación parental eran aquellas que habían deseado tener a su hijo. Asimismo, hay un incremento en el puntaje de esta dimensión si la madre manifiesta que no ha experimentado un evento negativo durante el embarazo.

Los creadores del cuestionario, afirman que la dimensión, “Imagen corporal y salud después del parto”, está estrechamente relacionada con la percepción del bienestar psicológico y físico de la madre. En la presente investigación se encontró que existía una tendencia en las madres a sentirse mejor con su imagen corporal y salud después del parto, si se percibe bien psicológica ($r = .204$; $p < .001$) y físicamente ($r = .120$; $p < .003$).

A manera de síntesis, se pueden apreciar en la Tabla 4, las correlaciones y el tamaño del efecto de las diferencias de medias de las dimensiones del cuestionario de

Autoestima Materna con respecto a las variables socio-demográficas y de desarrollo utilizadas para la validación. Es una tabla que tiene la intención de generar una mejor lectura de la influencia que pueden tener cada una de las variables en relación a las dimensiones del Cuestionario de Autoestima Materna y el puntaje total de la prueba. De esta manera, se puede apreciar, por ejemplo, que las características de temperamento percibidas por la madre es la variable que discrimina mejor en las primeras cuatro dimensiones que buscan evaluar el vínculo que ha establecido la madre con su bebé y cómo se siente ella frente a estas vivencias. En esta misma línea, otras de las variables que han tenido una influencia significativa en varias de las dimensiones son el estado psicológico de la madre y que el hijo haya sido deseado.

En conclusión, los resultados presentados nos indican que hay una tendencia estadística en cada una de las dimensiones que va acorde con lo que planteado por los autores Shea & Tronick, en el año 1988. Adicionalmente, esto también se encuentra soportado por las diferencias de medias que han sido significativas, pero con un tamaño de efecto bajo. Por lo tanto, si bien no se puede hablar de resultados conclusivos debido a que las correlaciones son débiles, sí se ha podido encontrar que los resultados de la presente investigación van en la misma línea de lo esperado teóricamente, lo cual es un indicativo de la validez de la prueba.

Tabla 4

Correlaciones y tamaño del efecto de las diferencias significativas entre las dimensiones del cuestionario y las variables socio-demográficas y de desarrollo

		Habilidad para el cuidado	Habilidad general como madre	Aceptación del bebé	Relación esperada con el bebé	Sentimientos relacionados al embarazo, trabajo de parto y parto	Aceptación parental	Imagen corporal y salud después del parto	Cuestionario total
Características del temperamento del hijo percibido por la madre	Fácil de llevar	.214 ***	.214 ***	.208 ***	.138 **				
	Fácil de calmar	.273 ***	.247 ***	.186 ***	.218 ***				
	Muy sonriente	.123 **		.109 **					
	Irritable (-)	-.289 ***	-.221 ***	-.118 **	-.225 ***				
	Llorón (-)	-.164 ***	-.116 **		-.123 **				
	Muy demandante (-)	-.118 **	-.112 *						
Salud de la madre	Estado físico							.120 **	
	Estado psicológico		.255 ***	.157 ***	.199 ***	.306 ***		.204 ***	
Variables socio-demográficas y de desarrollo	Hijo deseado		.168 ***	-.086 ***	.137 **		.135 **		
	Lactancia	.101 *							
	Evento negativo (-)						-.117 **		
	Nacimiento								
	Parto vaginal					.109 **			

* p < .05, ** p < .01, *** p < .001

(-) los resultados eran negativos

A continuación se presentarán los resultados de la validez de constructo para lo cual se realizó un Análisis Factorial con el fin de analizar si los ítemes se agrupan en siete factores. Debido a los resultados tanto del KMO (.903) como del test de Barlett ($p < .001$) se procedió a hacer un análisis factorial exploratorio con rotación oblicua Oblimin. Se encontró que los ítemes se agrupaban en 30 factores, con un porcentaje de 60.86 de la varianza explicada. La composición de 30 escalas no concuerda con la estructura factorial de la prueba.

Debido a estos resultados, se buscó entonces realizar un Análisis Factorial con las dimensiones de la prueba para confirmar que se agruparan en un único factor, siendo este la autoestima materna. Habiendo previamente obtenido los resultados de las pruebas KMO y el test de Bartlett se confirmó la adecuación a un modelo factorial. Luego se procedió a confirmar que la estructura de siete dimensiones, propuesta por los autores

Shea & Tronick (1988), se organizaban en un único componente. En la Tabla 5, se exhibe, según el criterio de Kaiser, que las dimensiones se organizan en un único componente, al obtener un autovalor superior a uno (3.988). A su vez, en base al criterio de la varianza explicada, este único componente estaría explicando el 56.97% de la varianza de los resultados.

Tabla 5
Varianza total explicada del análisis factorial

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	3.988	56.969	56.969	3.988	56.969	56.969
2	0.77	10.993	67.962			

Por último, se calcularon los baremos para cada una de las dimensiones y para el cuestionario en general (Tabla 6). Es importante resaltar que para determinar tres niveles: alto, medio y bajo se utilizaron los rangos percentiles (33 y 66).

Tabla 6
Baremos de cada una de las dimensiones y el cuestionario en general

Dimensiones	Puntajes		
	Bajo	Medio	Alto
Habilidad para el cuidado	98 ó menos	99 – 105	106 ó más
Habilidad general como madre	105 ó menos	106 – 113	114 ó más
Aceptación del bebé	40 ó menos	41 – 42	43 ó más
Relación esperada con el bebé	40 ó menos	41 – 42	43 ó más
Sentimientos relacionados al embarazo, trabajo de parto y parto	53 ó menos	54 – 58	59 ó más
Aceptación parental	21 ó menos	22 – 23	24 ó más
Imagen corporal y salud	31 ó menos	32 – 34	35 ó más
Cuestionario total	398 ó menos	399 – 421	422 ó más

Luego de haber expuesto los resultados obtenidos de los análisis de confiabilidad del cuestionario, validez de criterio y de constructo, se procedió a realizar diversos contrastes con distintas variables –recogidas de la Ficha de datos socio-demográficos y de desarrollo- con el fin de analizar si se encontraban diferencias significativas y/o correlaciones en relación a la autoestima materna y a sus diferentes dimensiones.

Una de estas variables fue la edad de la madre, sin embargo, no se encontró ninguna correlación significativa con la mayoría de las dimensiones ni con el total del cuestionario (Anexo, F). Sin embargo, es importante mencionar que la única correlación significativa se estableció con la dimensión “Sentimientos relacionados al embarazo, trabajo de parto y parto”, no obstante, ésta fue una correlación baja ($r = .093$; $p = .021$).

Por otro lado, se analizó si se encontraban diferencias de medias entre la variable “vive con pareja” y cada una de las dimensiones de la autoestima materna y el cuestionario total. La Tabla 7 muestra que la mayoría de las dimensiones y el cuestionario total presentan diferencias de medias con respecto a la variable “vive con pareja”. Cabe resaltar que la única dimensión que no presenta esta diferencia de medias es “Imagen corporal y salud después del parto”. Por lo cual, se afirma que en general los puntajes de las dimensiones y el cuestionario total son mayores cuando la madre vive con su pareja.

Tabla 7
Variable “vive con pareja” y dimensiones de la autoestima materna y cuestionario total

Dimensión	Sí ¹		No ²		z	p	r
	M	D.E.	M	D.E.			
Habilidad para el cuidado	102.87	7.77	99.5	8.99	-2.553	.011	.103
Habilidad general como madre	109.12	8.09	103.50	11.62	-3.325	.001	.135
Aceptación del bebé	42.19	2.42	40.68	3.11	-3.533	.000	.143
Relación esperada con el bebé	41.69	2.65	40.30	3.35	-2.847	.004	.115
Sentimientos relacionados al embarazo, trabajo de parto y parto	57.05	5.15	54.14	5.87	-3.362	.001	.099
Aceptación parental	22.39	2.73	21.26	3.18	-2.454	.014	.136
Imagen corporal y salud después del parto	33.87	3.41	33.12	3.84	-1.272	.203	.052
Total	409.17	25.06	392.5	32.80	-3.429	.001	.139

¹: N = 559, ²: N = 50

Luego, se estudió la variable “madre trabaja” con respecto a todas las dimensiones y el cuestionario total. De ello se encontró que existían diferencias de medias en la mayoría de las dimensiones y el cuestionario total, entre las madres que lo hacen y quienes no lo hacen, como lo muestra la Tabla 8. Los puntajes de dichas dimensiones y el cuestionario total eran mayores si la madre no trabajaba. Las dimensiones en las cuales no se encontró una diferencia de medias con respecto a esta variable fueron “Sentimientos relacionados al embarazo, trabajo de parto y parto” y “Aceptación parental”.

Tabla 8

Variable “madre trabaja” y dimensiones de la autoestima materna y cuestionario total

Dimensión	Sí ¹		No ²		z	p	r
	M	D.E.	M	D.E.			
Habilidad para el cuidado	102.11	7.94	103.85	7.68	-2.376	.017	.096
Habilidad general como madre	107.88	8.71	110.93	7.82	-4.176	.000	.168
Aceptación del bebé	41.87	2.56	42.67	2.27	-3.732	.000	.150
Relación esperada con el bebé	41.40	2.78	42.07	2.54	-2.717	.007	.109
Sentimientos relacionados al embarazo, trabajo de parto y parto	56.57	5.26	57.27	5.43	-1.436	.231	.058
Aceptación parental	22.30	2.79	22.18	2.86	-1.574	.482	.063
Imagen corporal y salud después del parto	33.61	3.54	34.36	3.08	-2.175	.030	.087
Total	405.64	26.58	413.66	24.06	-3.486	.000	.140

1: N = 467, 2: N = 151

Después de hacer el análisis anterior se decidió hacer un análisis más profundo para ver si existía alguna diferencia dentro del grupo de madres que sí trabajaba con respecto a las horas de trabajo (por horas, a tiempo parcial ó a tiempo completo). Lo que se halló es que en las dimensiones “Relación esperada con el bebé” y los resultados del cuestionario total había diferencias de medias.

Así, se encontró que las madres que sentían que habían desarrollado una mayor relación esperada con su bebé eran aquellas que trabajaban a tiempo parcial en comparación con aquellas madres que trabajaban por horas ó a tiempo completo (Tabla 9). Asimismo, los resultados muestran que las madres que tienen mayor autoestima materna son aquellas que trabajaban a tiempo parcial en contraste con las madres que trabajaban por horas ó a tiempo completo.

Tabla 9

Variable “tipo de horario de trabajo de la madre” y la dimensión “Relación esperada con el bebé” y el cuestionario total

Dimensión	Por horas ¹		Tiempo parcial ²		Tiempo completo ³		z	p	r
	M	D.E.	M	D.E.	M	D.E.			
Relación esperada con el bebé			42.06	2.65	41.18	2.86	-2.871	.004	.155
	41.24	2.67	42.06	2.65			-2.713	.007	.178
Total			411.37	25.11	403.81	27.54	-2.339	.019	.126
	404.06	25.42	411.37	25.11			-2.520	.012	.166

1: N = 122, 2: N = 109, 3: N = 236

Por último, se analizó si existía alguna diferencia de medias en relación a la variable “apoyo de nana” y cada una de las dimensiones y el cuestionario total. Se encontró que no había diferencia de medias con dicha variable en relación a cada una de las dimensiones y el cuestionario total (Anexo, G).





Discusión

La importancia del presente trabajo se centra en poder brindar a la comunidad científica un instrumento validado en Lima, que permita estudiar con mayor certeza la autoestima materna. Como aseguran Farrow & Blisset (2007), la importancia de estudiar la Autoestima Materna se debe a que es capaz de predecir, tanto el comportamiento materno como el desarrollo del niño. Ello debido a que una baja autoestima materna se asocia con mayores sentimientos de cólera y un uso más firme de la disciplina. En contraste, una mayor autoestima materna se asocia a una mayor aceptación materna (Shea & Tronick, 1988). Por lo tanto, al conocer los grandes beneficios emocionales que implica que un bebé tenga una madre con una buena autoestima materna, el principal aporte de esta investigación es poder ayudar a la madre y a su bebé, a partir de la medición de la autoestima materna.

El objetivo principal de este estudio, entonces, es analizar las características psicométricas del Cuestionario de Autoestima Materna, creado por Shea & Tronick en el año 1988. Para la presente investigación, primero se determinó la confiabilidad del instrumento, encontrándose una consistencia interna elevada, lo cual indica que los resultados obtenidos son consistentes y no se deben al azar. Ya en investigaciones anteriores se ha evaluado la confiabilidad del instrumento con el mismo estadístico, tales como las de McGrath, Boukydis & Lester (1993) y Carlson (1991), quienes en sus estudios obtuvieron coeficientes de confiabilidad *aceptables*, entre .81 y .88, respectivamente. Además, el nivel de confiabilidad obtenido en esta investigación es superior en comparación a las investigaciones previamente señaladas, por lo que se puede afirmar que el instrumento está midiendo, de manera consistente, el constructo para las madres que tienen un hijo entre 0 y 24 meses de edad y que pertenecen a un nivel socioeconómico medio alto de Lima Metropolitana.

Al analizar la confiabilidad de cada una de las dimensiones se obtuvo el alpha de Cronbach de las dimensiones, que osciló entre .58 y .87. Se encontró que dos dimensiones presentaban una confiabilidad *aceptable* –“Habilidad para el cuidado”, “Habilidad general como madre” y, las otras cinco dimensiones que componen el Cuestionario de Autoestima materna presentaban una confiabilidad *media o regular*. Estos resultados son similares a los valores obtenidos en la versión original.

Estos resultados nos permiten entender mejor el comportamiento de las dimensiones que componen la autoestima materna. Si analizamos la confiabilidad de las

dimensiones, las que han tenido una mayor confiabilidad, son aquellas que evalúan cómo se siente la madre con respecto a sus habilidades maternas. Esto podría deberse a que son dimensiones que buscan recoger si la madre percibe que tiene o no tiene cierta habilidad. En este sentido, estas dimensiones están evaluando con mayor precisión probablemente porque cada una de ellas captura una única habilidad de la madre. No obstante, las dimensiones con menor confiabilidad son aquellas que recogen cómo percibe la madre a su bebé y su relación con él, a sus padres y, por otro lado, cómo percibe su imagen corporal y salud después del parto. Estos resultados se pueden deber a que las percepciones pueden estar influenciadas por diversas circunstancias o emociones lo que provoca una disminución en la confiabilidad dado que ya no se está pudiendo medir exclusivamente aquello que se propuso medir. Esto puede estar evidenciando entonces, lo que los creadores de la prueba manifiestan, que la autoestima materna es un constructo psicológico que tiene una serie de diversas manifestaciones.

Adicionalmente, es importante señalar, con respecto a lo mencionado anteriormente, que las tres dimensiones con mayor confiabilidad son aquellas que poseen una mayor cantidad de número de ítemes, en comparación con las dimensiones de menor confiabilidad. En este sentido, un mayor número de ítemes permite representar mejor el universo de la dimensión, provocando así el aumento de la confiabilidad. Asimismo, la varianza aumenta en relación a una mayor cantidad de ítemes, por tanto, mientras más ítemes, más varianza y como consecuencia mayor confiabilidad.

A continuación, se discutirá la composición de los ítemes de cada una de las dimensiones y, de igual modo, se analizará el motivo por el cual se decidió eliminar siete ítemes. Con respecto a la dimensión “Habilidad para el cuidado” su confiabilidad coincide con la confiabilidad de la versión original. Sin embargo, el ítem 91, “Mientras ame a mi hijo/a no importa si le doy pecho ó mamadera”, exhibió una correlación inversa tanto en su escala como en la prueba total; es decir, no mide el constructo de manera directa. Esto puede deberse a la actual valoración que se le da a la lactancia natural, lo que haría que las madres con mayor habilidad para el cuidado encuentren diferencias en el modo de alimentación que den a sus hijos. Esta idea actual puede ser contraria a la sostenida en la época en que la prueba fue creada (Mata, 1978) lo cual permite entender por qué esta correlación fue directa en la versión original.

La segunda dimensión, “Habilidad general como madre”, también obtuvo una confiabilidad similar a los resultados presentados en la versión original. A pesar de ello, el ítem 44, “Hay algunas cosas que únicamente yo puedo aportar a la vida de mi hijo/a”,

mostró dificultades debido a que obtuvo una correlación baja en su dimensión y en la prueba total. En esta muestra, la mayoría de las madres marcó “mayormente verdadero” y “totalmente verdadero”, lo cual podría estar respondiendo al efecto que provoca la deseabilidad social; ello debido a que el ítem ha sido redactado de un modo muy directo y, como consecuencia, induce a un tipo de respuesta socialmente aceptada (Warner, 1965).

El alpha de Cronbach de la dimensión “Aceptación del bebé” fue *media o regular*, sin embargo, los creadores obtuvieron una confiabilidad *aceptable*. Es importante señalar que en la versión original, los autores realizaron una selección de los participantes –tanto de las madres como de los hijos- incluyendo sólo a aquellos con buena salud. En la presente investigación no se implementó dicho filtro. Por tanto, si bien es probable que la diversidad de los participantes haya provocado una disminución en la confiabilidad, ésta ha sido *media*, lo cual confirma la potencia de esta dimensión para evaluar la aceptación que tiene la madre sobre su bebé en una población específica por lo que sería interesante que pueda ser más estudiada, por ejemplo, en distintas poblaciones.

Dentro de esta dimensión, el ítem 84 -“Tengo grandes expectativas sobre cómo será mi hijo/a”- mostró una baja correlación tanto en su propia escala como en la prueba total. En este caso, el ítem fue redactado de tal modo que incitaba a las madres a responder de una manera determinada, restringiendo así la variabilidad de sus respuestas. Por tanto, las madres parecen haberse restringido a responder aquello que socialmente se espera –que los padres tengan grandes expectativas de sus hijos (Nahmad, 2011)- sin brindárseles la posibilidad de responder según sus propias creencias o sentimientos.

La quinta dimensión -“Sentimientos relacionados al embarazo, trabajo de parto y parto”- mostró una confiabilidad que no se diferencia de los resultados de la versión original. No obstante, fue la única dimensión en la cual se eliminaron dos ítems, el 21 -“Me sentí levemente deprimida después del parto”- y el 48 -“Luego del parto extrañé la sensación de estar embarazada”-. En el caso del ítem 21, es posible que la deseabilidad social ha provocado que las madres marquen, en su mayoría, respuestas que nieguen esta situación lo que no permite que el ítem discrimine entre quienes tienen sentimientos positivos o negativos hacia el embarazo, trabajo de parto y parto. A pesar que el ítem solo indica que la madre puede sentirse levemente deprimida parece ser que las madres han marcado lo que se suele esperar socialmente: que la madre se sienta contenta después del parto, con la llegada del bebé (AMEI-WAECE, 2011). Debido a ello, sería importante,

en futuras investigaciones, revisar la pertinencia del ítem modificando el contenido del mismo ya que éste ha sido redactado de manera directa y genera que las madres tiendan a responder con aquello que se espera. Por ejemplo, podría ser redactado de la siguiente manera: “Me sentí un poco triste después de haber dado a luz”.

Por otro lado, en relación al ítem 48, se ha podido observar que el 84% de las madres respondió de manera negativa, afirmando que no extrañaron la sensación de estar embarazadas después del parto. Clark, Skouteris, Wertheim, Paxton, & Milgrom, (2009) plantean que durante el embarazo se da un aumento significativo tanto del nivel de adiposidad como del índice de masa corporal, lo que puede resultar en insatisfacción corporal dado que se alejan del ideal impuesto por la sociedad y los medios de comunicación. Adicionalmente, es un período en el cual la madre experimenta una serie de cambios físicos que pueden generar mucho malestar. Es interesante revisar las características demográficas de la población de la versión original y compararlas con las de la presente investigación. En el estudio de la versión original, el 36.7% eran amas de casa y, en la presente investigación, solo el 18% se dedica a su casa. Se puede entender entonces que en la investigación actual las madres podrían no extrañar la sensación de estar embarazadas porque posiblemente les impedía desenvolverse plena y cómodamente en sus trabajos y no necesariamente por un sentimiento negativo hacia el embarazo. Por lo tanto, existen variaciones en el estilo de vida de las personas por lo que la diferencia de época (23 años, aproximadamente) ha provocado, posiblemente, que el contenido del ítem no sea actualmente eficaz para esta dimensión.

En relación a la confiabilidad de la dimensión “Aceptación Parental” no existe gran diferencia con la de la versión original. A pesar de ello, el ítem 78, “Siento que mis padres al criarme cometieron muchos errores, y estoy segura de que no cometeré los mismos errores con mi hijo/a”, presentó una correlación negativa con su escala y con la prueba total. Es posible que este ítem no haya sido comprendido adecuadamente ya que contiene dos mensajes independientes. Por lo tanto, al ser medidos en un solo ítem no se produce una evaluación pertinente. Adicionalmente, esta frase requiere que las madres hagan una evaluación de la crianza que recibieron de sus propios padres para analizar qué tan seguras se sienten de cometer o no los mismos errores con sus hijos lo cual puede dificultar la comprensión y el análisis del ítem.

Por último, la dimensión “Imagen corporal y salud después del parto”, presenta un alpha de Cronbach *media o regular*, lo que también fue encontrado en los resultados de la prueba original. En esta dimensión, el ítem 28 -“En general, no me preocupa el que mi

propia salud interfiera con mi habilidad para cuidar a mi hijo/a”- exhibió dificultades en su propia dimensión y en el cuestionario total. Se podría suponer que este ítem no fue adecuadamente contestado dado que fue escrito con un adverbio negativo lo que pudo haber provocado confusiones al momento de marcar las opciones de respuesta. Además, el ítem parece no estar evaluando la dimensión, que busca determinar cuán satisfechas se sienten las madres con su apariencia física y su funcionamiento corporal durante el embarazo y después de éste. Por el contrario, pareciera medir qué tan hábil se percibe para cuidar a su hijo/a.

Una vez demostrada la confiabilidad de las dimensiones se evaluó la validez de criterio utilizando las variables de datos socio-demográficos y de desarrollo. En términos generales se encontró que todas las dimensiones siguen la misma tendencia de lo planteado por los autores Shea & Tronick en el año 1988. Sin embargo, los resultados han mostrado que se obtuvieron correlaciones débiles que no permiten hablar de resultados concluyentes, pero sí de indicativos de validez.

Con respecto a las características del temperamento y del comportamiento del bebé, investigadores como Farrow & Blisset (2007) manifiestan que la percepción de la madre con respecto al temperamento de su hijo tiene una influencia sobre la autoestima materna y la autoeficacia materna. Probablemente esto se debe a que las respuestas del bebé son tomadas por la madre como indicadores con respecto a la eficacia de su función materna. Si bien en la presente investigación se encontraron correlaciones entre la variable ‘percepción del temperamento del bebé’ y ciertas dimensiones esperadas del Cuestionario de Autoestima Materna –Habilidad para el cuidado, Habilidad general como madre, Aceptación del bebé y Relación esperada con el bebé- éstas fueron bajas pero significativas.

Es importante resaltar que la aplicación que realizaron los creadores del cuestionario fue, en un primer momento, a los dos días de haber dado a luz, y en un segundo momento, un mes después del parto. En este sentido, la población infantil de la presente investigación es bastante mayor ($M = 1.5$ años) que la población infantil de la versión original (como máximo, un mes y unos días). Esto podría llevar a pensar que las madres que participaron en la investigación de los creadores del cuestionario, por encontrarse más cerca del parto y recién iniciando un vínculo con su hijo podrían estar más susceptibles y vulnerables frente a cualquier cambio en la conducta o en el temperamento de su hijo. Como plantea Winnicott (1998), la madre al dar a luz entra en una fase que denomina “preocupación maternal primaria” en la cual, en gran medida, ella

es el bebé y el bebé es ella. En este período –que inicia principalmente después del parto y dura hasta unas semanas después de éste- estaría mucho más alerta de los cambios de su bebé y éstos tendrían un mayor impacto en la madre. Por tanto, las madres de dicha investigación provocaron probablemente que las correlaciones sean más elevadas, lo que no sucedió en la presente investigación en donde las madres posiblemente estuvieron menos vulnerables a los cambios de su hijo, realizando así una evaluación más global de éstos.

La variable ‘estado físico de la madre’ durante el embarazo, fue una variable controlada en la investigación original debido a que se utilizó como criterio de inclusión dado que participaron solamente aquellas madres que se encontraban bien físicamente. No obstante, se encontró que las madres que percibían que tenían algún problema físico, dentro de lo esperado (como por ejemplo, las molestias naturales después del parto), tenían una menor autoestima materna en comparación con las madres que no percibían tener estos problemas. Las correlaciones de dicha investigación disminuyeron de la primera a la segunda aplicación; y, en este estudio, la correlación es menor que la que se obtuvo en la segunda aplicación de la investigación original. Esto nos permite sostener que los resultados de ambas investigaciones están orientados hacia una misma dirección porque nos demuestran que a medida que va pasando el tiempo del embarazo y del parto, las madres se van sintiendo mejor físicamente y, por tanto, sus cuerpos dejan de ser una preocupación de peso. Es importante mencionar que mientras existan cambios y malestares físicos, el individuo siempre se va a ver forzado a dirigir gran parte de su atención hacia sí mismo, en tanto, se trata de la propia supervivencia. Una vez que los cambios y malestares físicos han desaparecido o disminuido, la atención así liberada puede volcarse hacia un otro, en este caso, el bebé. En este sentido, las señales del cuerpo de la madre no serán tan relevantes para la evaluación de sus habilidades como tal, como sí lo serán aquellas que provengan de su bebé como, por ejemplo, las características de su temperamento.

El ‘estado psicológico de la madre’ durante el embarazo no fue una variable que se utilizó en el estudio original; sin embargo, se consideró tomarla como un criterio externo para la presente investigación por su importancia teórica. Esto debido a que el bienestar psicológico de la madre es fundamental para el desarrollo saludable del bebé (Winnicott, 1969; Dolto, 1984 & Moreno, 2002). No obstante, si bien se han encontrado asociaciones con las dimensiones esperadas éstas han sido bajas pero significativas. Esto podría deberse a que cuando se aplicó el Cuestionario de Autoestima Materna ya había

transcurrido un tiempo prolongado desde el inicio del embarazo y el fin de éste por lo cual la intensidad de dichas emociones era baja, generando así una baja correlación. Sin embargo, pese al tiempo transcurrido, los resultados dan cuenta de la importancia de la percepción de un buen estado psicológico en la madre para una mayor autoestima materna.

La variable 'hijo deseado', al igual que la variable anterior, no fue considerada una variable para la investigación original pero su relevancia teórica hizo que se tomara como criterio externo para el presente estudio. Este criterio generó diferencias significativas de medias con un tamaño de efecto bajo. Como lo plantean diversos investigadores, como Barber, Axxin y Thornton (1999) que el hijo no haya sido deseado provoca efectos desde el embarazo dado que la madre se encuentra poco satisfecha, descuidando usualmente su embarazo; asimismo, esto provoca una pobre calidad del vínculo que la madre establece con su hijo –en términos de afecto y soporte social. Por tanto, es una variable que afecta la autoestima materna desde el principio y puede seguir impactando el vínculo futuro de la madre con su bebé, lo cual a su vez afecta negativamente la percepción de la madre sobre su habilidad materna. En este estudio, se corrobora la importancia de esta variable por lo que es un aporte más para la validez del instrumento.

La lactancia fue una variable que tampoco fue considerada en la versión original como criterio externo, no obstante, debido a la gran influencia que genera en la percepción de la madre sobre su habilidad para el cuidado, fue utilizada en la presente investigación. Desde hace varios años, se reconoce el impacto biológico y emocional de la lactancia en el bebé lo cual se mantiene hasta la actualidad. Conociendo esta información, y probablemente viendo también los efectos de ello en el bebé, como el establecimiento de un vínculo más cercano, las madres que han dado de lactar se sienten más hábiles para cuidar a su hijo (Mezzacappa 1997, citado en Wilkinson & Scherl, 2006). Ello fue comprobado en la presente investigación. Por lo tanto, la lactancia es una actividad que implica un cuidado concreto, que es el de alimentar al hijo, pero al mismo tiempo es un momento en donde se espera que la madre y su hijo se conecten emocionalmente. En este sentido, ejemplifica adecuadamente lo que se busca evaluar en la dimensión "Habilidad para el cuidado".

Los creadores del cuestionario no encontraron una diferencia de medias entre la variable 'tipo de parto' y el puntaje total del cuestionario. Si bien este análisis específico no se realizó en la presente investigación, sí se utilizó esta variable como criterio externo para la dimensión "Sentimientos relacionados al embarazo, trabajo de parto y parto" dada

su relevancia teórica relacionada a esta dimensión. Al comparar las medias se encontró una diferencia significativa con un tamaño de efecto bajo que indicaba que las madres que habían tenido un parto vaginal se sentían mejor con su embarazo, trabajo de parto y parto. Revisando los datos de la investigación original, la mayoría de las madres (N = 20) tuvieron un parto vaginal y la minoría (N = 10) tuvieron una cesárea, sea programada o de emergencia. En contraste, en la presente investigación, los datos aparecen invertidos dado que la mayoría de las madres tuvieron un parto a través de una cesárea (N = 399) y el resto de madres dieron a luz vaginalmente (N = 215). Por lo tanto, como la mayoría de las madres ha tenido un parto por cesárea, a diferencia de la investigación inicial, por lo que posiblemente han experimentado las consecuencias de una cirugía como ésta, provocándoles sentimientos negativos hacia el momento o acontecimiento. Adicionalmente, como varios investigadores afirman, madres que han dado a luz por cesárea muchas veces pueden experimentar sentimientos negativos hacia el embarazo, suelen sentirse deprimidas y ansiosas (Grunebaum, et al., 1980, citados en Shea & Tronick, 1988). Posiblemente esto puede deberse a que una cesárea le hace sentir a la madre que su cuerpo no es lo suficientemente poderoso como para dar a luz a un hijo y esto le provoca una serie de sentimientos negativos.

Por último, la presencia de un evento negativo durante el embarazo también fue un criterio externo utilizado únicamente en el estudio actual para la dimensión “Aceptación parental”. Al pedir información sobre algún evento negativo en el embarazo, las madres reportaron, en la mayoría de los casos, que habían experimentado peleas con sus familiares cercanos y con sus parejas. Más adelante en el análisis, se encontró que las madres que habían vivido eventos negativos durante el embarazo tenían una menor aceptación parental. Esto se puede comprender si tomamos en cuenta que las madres se basarán en las experiencias pasadas y presentes con sus propios padres para desarrollar sus habilidades maternas (Leekers & Crockenber, 2002). Por tanto, dependiendo del tipo de evento negativo que esta madre haya vivido con sus padres, existen una serie de consecuencias posibles. Por ejemplo, no es lo mismo que las dificultades en el vínculo se hayan dado en la infancia de la madre a que se hayan dado durante su adultez. En el primer caso, las probabilidades de que existan dificultades para generar relaciones saludables son bastante altas, en tanto que en el segundo caso, el impacto de la problemática puede no tener tantas repercusiones en la posibilidad de generar vínculos significativos. En este sentido, si la madre se ubica en el primer caso, es probable que haya desarrollado una percepción negativa de la maternidad y, por ende, le resulte más

difícil entablar una relación significativa y espontánea con su hijo. Por lo tanto, estos resultados demuestran que son un aporte más para la validez del cuestionario.

Luego se analizó la validez de constructo a través de un Análisis Factorial que evidenció que la prueba no tenía una estructura como la planteada por los autores de la prueba. Es posible que esto se deba a que el instrumento posee dimensiones que correlacionan alta, significativa y positivamente entre sí, por lo cual la comunalidad entre las dimensiones es elevada. Teóricamente se espera que las dimensiones de la Autoestima Materna, aunque correlacionen estrechamente entre sí, sean independientes; sin embargo, el análisis factorial exploratorio no confirma esta hipótesis debido a que muchos de los ítemes se agrupan entre sí. No obstante, es importante resaltar que el Análisis Factorial, a nivel de las escalas, demuestra que las siete dimensiones sí miden un único factor, la autoestima materna. Frente a este escenario, sería de mucha utilidad que posteriores investigaciones realicen un análisis más profundo para investigar más sobre la validez de constructo, a través del Análisis Factorial, del Cuestionario de Autoestima Materna. Por ejemplo, al probar distintas posibilidades de reconstrucción de la prueba a través de la eliminación de ítemes o la reformulación de los mismos.

En conclusión, el Cuestionario de Autoestima Materna ha demostrado ser confiable y presenta ciertos indicios de validez. Cabe resaltar que la diferencia en el número de participantes entre la investigación original y el presente estudio es bastante alta. Debido a ello, se hubiese esperado que en la presente investigación, las correlaciones hayan sido mayores en comparación a las correlaciones de la versión original. Sin embargo, los análisis estadísticos del presente estudio no mostraron este comportamiento, por lo tanto es de suma importancia seguir estudiando las tendencias que se han encontrado en el estudio actual para así tener un mayor conocimiento del comportamiento del instrumento.

Por otro lado, al analizar ciertas variables socio-demográficas y de desarrollo se volvió a encontrar, como en la investigación original que la 'edad de la madre' no afecta la autoestima materna. No obstante, se puede pensar que la edad podría afectar pero los resultados vuelven a comprobar que no existe dicha asociación. Sin embargo, la única dimensión que se asocia significativamente pero muy débilmente con esta variable es "Sentimientos relacionados al embarazo, trabajo de parto y parto". Esto puede deberse a que el 75.7% de las madres se encuentran entre los 30 y 39 años de edad y socialmente se espera que una mujer sea madre durante ese momento de su vida dado que ya ha logrado obtener una serie de objetivos previos, como por ejemplo, haber terminado una

carrera y haber trabajado. Es decir, durante esos años, la madre podría sentirse más cómoda con su embarazo a diferencia de una madre que es más joven o mayor quien posiblemente siente una serie de emociones más complejas por la misma situación de vida que implica cada edad.

La variable 'vive con pareja' ha provocado que en casi todas las dimensiones una diferencia de medias significativa, menos en la dimensión "Imagen corporal y salud después del parto". Diversos investigadores, como Brazelton (1990) han manifestado que la pareja es el contenedor de las angustias de la madre dado que le brinda seguridad a la futura madre en tanto no es la única responsable de cualquier éxito o fracaso en esta nueva etapa. En este sentido, el autor considera que puede atenuar los posibles temores de la madre sobre ser inadecuada y su ansiedad respecto a su nuevo rol. Entonces es interesante haber encontrado que los análisis estadísticos indican que efectivamente una madre que se siente acompañada por su pareja, va a evaluarse a sí misma como una mejor madre. En esta línea, el que dicha variable no haya provocado cambios en los niveles de la dimensión "Imagen corporal y salud después del parto" puede deberse a que la figura paterna es percibida por la madre más como un soporte emocional importante con respecto a la crianza del nuevo hijo, mas no como un referente de su imagen corporal.

Otra de las variables que ha generado diferencias de medias en casi todas las dimensiones es la ocupación de la madre. Aquellas madres que no trabajan tienen mejores puntajes en las dimensiones y en el cuestionario total. En este sentido, se puede entender que madres que permanecen más tiempo con sus hijos tienen el tiempo para poder conocer más a su hijo y así desarrollar mejores habilidades como madre y se sienten más tranquilas de la relación que han establecido con él/ella. Posiblemente para dichas madres, su rol materno es sumamente importante en su vida y su única fuente de su autoestima en general. Sin embargo, al hacer un análisis más profundo es interesante encontrar que las madres que consideran que han establecido una relación esperada con su bebé y han resultado tener una mayor autoestima materna son aquellas que trabajan a tiempo parcial. Si entendemos que la autoestima materna, es uno de los componentes de la autoestima general, el hecho que las madres trabajen y al mismo tiempo puedan criar a sus hijos las hará sentirse y evaluarse mejor a sí mismas en general, provocando así un aumento en su autoestima materna. Esta evaluación también tiene un referente social porque se espera que una mujer pueda ser capaz de mantenerse bien en el mundo laboral y, al mismo tiempo, sea capaz de cuidar a sus hijos adecuadamente.

Por último, el recibir el apoyo de una nana no provocó ninguna diferencia de medias significativa en las dimensiones ni en el cuestionario total. Esto podría tener sentido en la medida en la que, cuán hábil se percibe una madre, en su rol como tal, va a estar asociada a variables relacionadas, por ejemplo, a su percepción sobre el temperamento de hijo y no al vínculo que ha establecido con la nana. No obstante, como en nuestro país, a diferencia del país en donde fue creado el instrumento y muchos otros países, las nanas son personas que ejercen un rol importante en la crianza de los hijos y ha sido interesante observar que no genera una influencia en cómo se percibe la mujer como madre.

En conclusión, basándonos en lo previamente mencionado, podríamos entender qué aspectos pueden ser trabajados con el apoyo de un psicólogo porque están asociados a una baja autoestima materna. Es así que podríamos entender que una madre, por ejemplo, que no vive con su pareja, se siente mal psicológicamente, tiene un hijo no deseado y que ha experimentado eventos negativos a lo largo del embarazo, sería vulnerable a presentar bajos niveles de autoestima materna.

En este sentido, sería importante que, en primer lugar, se siga investigando el instrumento para así entender mejor las características psicométricas del mismo que llevarían a una mejor comprensión de la estructura del constructo de la autoestima materna. Adicionalmente, se puede ampliar más la presente investigación o generar nuevas investigaciones haciendo uso de las diversas variables que fueron recogidas por la Ficha de datos socio-demográficos y de desarrollo que no han podido incluirse en este trabajo. En un segundo lugar, sería muy enriquecedor que este cuestionario pueda ser aplicado en diferentes sectores de la población limeña dado que esta investigación solamente se ha centrado en un sector específico. Esto podrá ayudar a observar las diferencias y similitudes en cuanto a los resultados que puede provocar la propia diversidad de una población distinta. De esta manera, se podrían obtener resultados que hablen de una manera más global acerca de nuestro contexto. Este tipo de análisis también permitiría analizar las características psicométricas del instrumento en diferentes poblaciones con distintos contextos socioculturales para así ir comprobando su confiabilidad y validez.

Finalmente, consideramos que este instrumento ayudará a la prevención de dificultades a establecerse en el desarrollo del vínculo entre la madre y su bebé. Actualmente, se conocen cada vez más problemas emocionales en niños más pequeños y el efecto que causan en ellos, la conducta y las emociones de madres que no se

encuentran bien emocionalmente. Por lo tanto, está siendo indispensable que se intervenga pronto, con el apoyo de pruebas, para llevar a cabo un adecuado trabajo de intervención. Dado que el rol del psicólogo gira en torno al planeamiento de un tratamiento con el fin de ayudar a las personas, en este caso las madres, a mantener o mejorar su bienestar psicológico; particularmente, la autoestima materna y así poder potenciar, de alguna manera, el buen desarrollo del niño. Por lo tanto, el contar con el Cuestionario de Autoestima Materna que ha demostrado ser confiable y tener ciertos indicadores de validez en esta muestra, le permitirá al psicólogo acercarse a la madre con un adecuado entendimiento de la dinámica, posibilitándose la creación de una estrategia terapéutica pertinente, bien enfocada, para el beneficio de la diada y el futuro del bebé.





Referencias bibliográficas

- Afable-Munsuz, A. & Braveman, P. (2008). Pregnancy intention and preterm birth: differential associations among a diverse population of women. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 40(2), 66-73. doi: 10.1363/4006608
- Ammaniti, M. (1991). Maternal representations during pregnancy and early infant-mother interactions. *Infant mental health journal*. 12(3), 246–255. doi: 10.1002/ 1097-0355
- Asociación Mundial de Educadores Infantiles / World Association of Early Childhood Educators (AMEI-WAECE). La madre después del parto. Recuperado de <http://www.waece.org/embarazo/nacimiento/cap5.htm>
- Aucouturier, B. (2004). *Los fantasmas de acción y la práctica psicomotriz*. Barcelona: Editorial GRAÓ.
- Bao-Alonso, M. Vega-Dienstmaier, J. & Saona-Ugarte, P. (2010). Prevalencia de depresión durante la gestación. *Revista de Neuropsiquiatría*. 73(3), 95-103. Recuperado de <http://www.upch.edu.pe/famed/rnp/73-3/rnpv73n3ao3.pdf>
- Barber, J.; Axxin, W. & Thornton, A. (1999). Unwanted Childbearing, Health, and Mother-Child Relationships. *Journal of Health and Social Behavior*. 40(3), 231-257. doi: 10.2307/2676350
- Bassin, D.; Honey, M. & Kaplan Mahrer, M. (1994). *Representations of motherhood*. Connecticut: Yale University Press.
- Benjamin, J. (1996). *Los Lazos de Amor. Psicoanálisis, feminismo y el problema de la dominación*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Biringen, Z. (1990). Direct Observation of Maternal Sensitivity and Dyadic Interactions in the Home: Relations to Maternal Thinking. *Developmental Psychology*. 26(2), 278-284. doi: 10.1037/0012-1649.26.2.278
- Blackwell, P. (2004). The Idea of Temperament: Does it help parents understand their babies? *Zero to Three*. March, 37-41. Recuperado de <http://main.zerotothree.org/site/DocServer/vol24-4b.pdf?docID=1762&AddInterest=1158>

- Brazelton, T. & Cramer, B. (1990). *The Earliest Relationship: parents, infants, and the drama of early attachment*. Massachusetts: Addison-Wesley Publishing Company.
- Bowlby, J. (2009). *Una base segura: Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Buenos Aires (1ra edición en dicho país): Editorial Paidós.
- Boyd, R.; Zayas, L. & McKee, D. (2006). Mother-Infant Interaction, Life Events and Prenatal and Postpartum Depressive Symptoms Among Urban Minority Women in Primary Care. *Maternal and Child Health Journal*. 10(2), 139-148. doi: 10.1007/s10995-005-0042-2
- Calkins, S.; Hungerford, A. & Dedmon, S. (2004). Mother's interactions with temperamentally frustrated infants. *Infant Mental Health Journal*. 25(3), 219-239. doi: 10.1002/imhj.20002
- Carlson, K. (2001). The relationship of maternal self-concept, depressive symptoms, and social support to the perception of maternal role attainment and premature infant health outcomes (DISS). *University of New Mexico*. Recuperado de <http://www.nursinglibrary.org/Portal/main.aspx?pageid=4024&sid=98>
- Chen, C. & Conrad, B. (2001). The relationship between maternal self-esteem and maternal attachment in mothers of hospitalized premature infants. *Journal of Nursing Research*. 9(4), 69-82. doi: 10.1097/01.JNR.0000347565.84564.d2
- Clark, A.; Skouteris, H.; Wertheim, E.; Paxton, S. & Milgrom, J. (2009). The relationship between depression and body dissatisfaction across pregnancy and the postpartum: A perspective Study. *Journal of Health Psychology*. 14(1), 27-35. doi: 10.1177/1359105308097940
- Clements, M. (2009). Breastfeeding, the Mother in Charge. *UN Chronicle*. 46, 24-27. Recuperado de <http://www.un.org/wcm/content/site/chronicle/cache/bypass/home/archive/issues2009/breastfeedingthemothereincharge?print=1>
- Coleman, P. & Hildebrandt, K. (2003). Maternal Self-efficacy Beliefs, Competence in Parenting, and Toddler's Behavior and Developmental Status. *Infant Mental Health Journal*. 24(2), 126-148. doi:10.1002/imhj.10048

- Cox, M. J.; Owen, M. T.; Lewis, J. M. & Henderson, V. K. (1989). Marriage, adult adjustment, and early parenting. *Child Development*. 60(5), 1015-1024. Recuperado de <http://www.jstor.org/stable/1130775?seq=1>
- David. H.; Dytrych, Z. & Matejcek, Z. (2003). Born unwanted. Observations from the Prague Study. *American Psychologist*. 58(3), 224-229. doi: 10.1037/0003-066X.58.3.224
- DiPietro. J. (2010). Psychological and psychophysiological considerations regarding the maternal-fetal relationship. *Infant and Child Development*. 19(1), 27-38. doi: 10.1002/icd.651
- Duhalde, C.; Huerin, V.; Zucchi, A.; Leonardelli, E.; Mrahad, M.; Silver, R.; Mindez, S.; Feldberg, L.; Esteve, M.; Vernengo, P.; Vardy, I.; Barreyro, J. & Schejtman, C. (2008). Regulación afectiva diádica y autorregulación afectiva del niño. Su relación con la autoestima y el funcionamiento reflexivo de la madre. *Primera Infancia, Psicoanálisis e Investigación*. Buenos Aires: Librería Akadia Editorial.
- Duncombe, D.; Wertheim, E.; Skouteris, H.; Paxton, S.J. & Kelly, L. (2008). How well do women adapt to changes in their body size and shape across the course of pregnancy. *Journal of Health Psychology*. 13(4), 503-515. doi: 10.1177/1359105308088521
- Dunne, L.; Sneddon, H.; Iwaniec, D. & Stewart, M. (2007). Maternal Mental Health and Faltering Growth in Infants. *Child Abuse Review*. 16(5), 283-295. doi: 10.1002/car.993
- Ericsson, B. & Pehrsson, G. (2002). Evaluation of psycho-social support to parents with an infant born preterm. *Journal of Child Health Care*. 6(1) 19-33. doi: 10.1177/136749350200600103
- Farrow, C. & Blissett, J. (2007). The development of maternal self-esteem. *Infant Mental Health Journal*. 28(5), 517-535. doi: 10.1002/imhj.20151
- Gallagher, S.; Phillips, A. & Douglas, C. (2010). Parental stress is associated with poor sleep quality in parents caring for children with developmental disabilities. *Journal of Pediatric Psychology*. 35(7), 728-737. doi: 10.1093/jpepsy/jsp093

- Gauvin, M. & Fagot, B. (1995). Child temperament as a mediator of mother-toddler problem solving. *Social Development*. 4(3), 257-276. doi: 10.1111/j.1467-9507.1995.tb00065.x
- George, D. & Mallery, P. (2003). *SPSS for windows step by step: A simple guide an reference 11.0 (4th edition)*. Boston: Allyn & Bacon.
- Gerdes, A.; Hoza, B.; Arnold, E.; Pelham, W.; Swanson, J.; Wigal, T. & Jensen, P. (2007). Maternal Depressive Symptomatology and Parenting Behavior: Exploration of Possible Mediators. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 35(5), 705-714. doi: 10.1007/s10802-007-9134-3
- Goodnow, J. (1988). Parents' Ideas, Actions, and Feelings: Models and Methods from Developmental and Social Psychology. *Child Development*. 59(2), 286-320. doi: 10.2307/1130312
- Grunebaum, H.; Weiss, J.; Cohler, B.; Harman, C. & Gallant, D. (1975). *Mentally ill mothers and their children*. Chicago: University of Chicago Press.
- Guillerault, G. (2009). *Dolto/Winnicott: el bebé en psicoanálisis*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Hall, L.; Rayens, M. & Peden, A. (2008). Maternal Factors Associated with Child Behavior. *Journal of Nursing Scholarship*. 40(2), 124-130. doi: 10.1111/j.1547-5069.2008.00216.x
- Hernández, R.; Fernández-Collado, C. & Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación*. México DF: Mc Graw Hill.
- Hwang, C. (1987). Cesarean Childbirth in Sweden: effects on the mother and father-infant relationship. *Infant Mental Health Journal*. 8(2), 91-99. doi: 10.1002/1097-0355(198722)8:2<91::AID-IMHJ2280080202>3.0.CO;2-D
- Joyce, T.; Kaestner, R. & Korenman, S. (2000). The effect of pregnancy intention on child development. *Demography*. 31(1), 83-94. doi: 10.2307/2648098
- Katainen, S.; Nen, K. & Rvinen, L. (1997). Childhood temperament and mother's child-rearing attitudes: stability and interaction in a three-year follow-up study. *European Journal of Personality*. 11(4), 249-265. doi: 10.1002/(SICI)1099-0984

- Leekers, E. & Crockenberg, S. (2002). The Development of Maternal Self-Efficacy and its Impact on Maternal Behavior. *Infancy*. 3(2), 227-247. doi: 10.1207/S15327078IN0302_7
- Lerner, J. (1993). The Influence of Child Temperamental Characteristics on Parents Behaviors. *Parenting: An Ecological Perspective*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc., Publishers.
- Loutzenhiser, L. & Sevignv, P. (2008). Infant Sleep and the Quality of Family Life for First-time Parents of Three-Month-Old Infants. *Fathering*. 6(1), 2-19. doi: 10.3149/ft.0601.2
- Luna, N. (2011). *Cada año se practican 13 mil cesáreas no justificadas*. El Comercio. Recuperado el 30 de mayo de 2011, de <http://elcomercio.pe>
- Luster, T.; & Okagaki, L. (1993). *Parenting: An Ecological Perspective*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc., Publishers.
- Mantymaa, M.; Puura, K.; Luoma, I.; Vihtonen, V.; Salmelin, R. & Tamminen, T. (2009). Child's Behaviour in Mother-Child Interaction Predicts Later Emotional and Behavioural Problems. *Infant and Child Development*. 18, 455-467. doi: 10.1002/icd.633
- Marshall, X. & Woollett, X. (2000). Fit to reproduce? The regulative role of pregnancy texts. *Feminism & Psychology*. 10 (3), 351-366. doi: 10.1177/0959353500010003005
- Marston, C. & Cleland, J. (2003). Do unintended pregnancies carried to term lead to adverse outcomes for mother and child? An assessment in five developing countries. *Populations Studies*. 57(1), 77-93. doi: 10.1080/0032472032000061749
- Mata, L. (1978). Breast-feeding: main promoter of infant health. *The American Journal of Clinical Nutrition*. 31(11), 2058-2065. Recuperado de <http://www.ajcn.org/content/31/11/2058.full.pdf+html>
- McGrath, M. & Meyer, E. (1992). Maternal Self-Esteem: From Theory to Clinical Practice in a Special Care Nursery. *Children's Health Care*. 21(4), 199-205. doi: 10.1207/s15326888chc2104_2.

- McGrath, M.; Boukydis, Z.C.F. & Lester, B.M. (1993). Determinants of Maternal Self-Esteem in the Neonatal Period. *Infant Mental Health Journal*. 14(1), 35-48. doi: 10.1002/1097-0355(199321)
- Miller, W.; Sable, M. & Csizmadia, A. (2008). Pregnancy Wantedness and Child Attachment Security: is there a relationship? *Maternal and Child Health Journal*. 12(4), 478-487. doi: 10.1007/s10995-007-0254-8
- Mintzer, D.; Als, H.; Tronick, E. & Brazelton, T. (1984). *Parenting an infant with a birth defect – the regulation of self-esteem*. En: Parent-Infant Psychodynamics. Londres: Whurr Publishers Ltd.
- Moreno, J. (2002). *Ser Humano. La inconsistencia, los vínculos, la crianza*. Buenos Aires: Libros del Zorzal.
- Murray, L. (1992). The effects of postnatal depression on infant development. *Archives on Disease in Childhood*. 77, 99-101. doi: 10.1136/adc.77.2.99
- Nahmad, D. (2011, junio). *Cómo influyen los padres en la autoestima de sus hijos*. Recuperado de <http://www.cerebrito.com/como-influyen-los-padres-en-la-autoestima-de-sus-hijos/>
- National Institute of Child Health and Human Development (NICHD) Early Child Care Research Network. (1999). Child Care and Mother-Child Interaction in the First 3 Years of Life. *Developmental Psychology*. 35(6), 1399-1413. doi: 10.1037/0012-1649.35.6.1399
- Nelson, L. & Fazio, A. (1995). Emotional content of talk to the fetus and health coping behaviors during pregnancy. *Infant Mental Health Journal*. 16(3), 179-191. doi: 10.1002/1097-0355(199523)16:3<179::AID-IMHJ2280160304>3.0.CO;2-Y
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2005) (s.f.). Recuperado el 26 de abril de 2011, de http://www.who.int/entity/whr/2005/06_chap4_es.pdf
- Persad, M. & Mensinger, J. (2008). Maternal Breastfeeding Attitudes: association with breastfeeding intent and socio-demographics among urban primiparas. *Journal of Community Health*. 33(2), 53-60. doi: 10.1007/s10900-007-9068-2
- Raphael-Leff, J. (1995). *Pregnancy: The inside story*. Londres: Jason Aronson INC.

- Raphael-Leff, J. (2003). *Parent-Infant Psychodynamics*. Londres: Whurr Publishers Ltd.
- Sable, M.; Washington, C.; Schwartz, L. & Jorgenson, M. (2007). Social well-being in pregnant women. Intended versus unintended pregnancies. *Journal of Psychosocial Nursing*. 45(12), 24-31. Recuperado de <http://proquest.umi.com/pqdweb?index=0&did=1393563931&SrchMode=1&sid=1&Fmt=6&VInst=PROD&VType=PQD&RQT=309&VName=PQD&TS=1320014441&clientId=39490>
- Shang, C.; Gau, S. & Soong, W. (2006). Associations between childhood sleep problems and perinatal factor, parent mental distress and behavioral problems. *Journal of Sleep Research*. 15(1), 63-73. doi: 10.1111/j.1365-2869.2006.00492.x
- Shea, E. & Tronick, E. (1988). The Maternal Self-Report Inventory: A research and clinical instrument for assessing maternal self-esteem. In H. E. Fitzgerald, B. Lester & M. W. Yogman. *Theory and Research in Behavioral Pediatrics*. New York: Plenum. 4, 101-139.
- Shin, H.; Park, Y.; Ryu, H. & Seomun, G. (2008). Maternal Sensitivity: A Concept Analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 64(3), 304-314. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04814.x
- Surkan, P., Schnaas, L., Wright, R., Téllez-Rojo, M., Lamadrid-Figueroa, H., Hu, H., Hernández-Avila, M., Bellinger, D., Schwartz, J., Perroni, E. & Wright, R. (2008). Maternal Self-esteem, Exposure to Lead, and Child Neurodevelopment. *Neurotoxicology*. 29(2), 278-285. doi: 10.1016/j.neuro.2007.11.006
- Tallandini, M. & Scalembra, C. (2006). Kangaroo Mother Care and Mother-Premature Infant Dyadic Interaction. *Infant Mental Health Journal*. 27(3), 251-275. doi: 10.1002/imhj.20091
- Trad, Paul V. (1990). On becoming a mother: In the throes of developmental transformation. *Psychoanalytic Psychology*. 7(3), 341-361. doi: 10.1037/h0079217
- Trad, Paul V. (1991). Adaptation to developmental transformation during the various phases of motherhood. *Journal of American Academy of Psychoanalysis*. 19(3), 403-421. Recuperado de <http://www.pep-web.org/document.php?id=jaa.019.0403a>

- Vondra, J. & Belsky, J. (1993) *Developmental Origins of Parenting: Personality and Relationship Factors. Parenting: An Ecological Perspective*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc., Publishers.
- Walzer, S. (1995). Transition into Motherhood: pregnant daughter's responses to their mothers. *Families in Society: The Journal of Contemporary Human Services*. 76(10), 596-603. doi: 10.1606/1044-3894.1289
- Warner, S. L. (1965). Randomized Response: A Survey Technique for Eliminating Evasive Answer Bias. *Journal of the American Statistical Association*. 60(309), 63-69. Recuperado de <http://www.jstor.org/pss/2283137>
- Weinberg, M. & Tronick, E. (1998). Emotional care of the at-risk infant: Emotional Characteristics of Infants associated with Maternal Depression and Anxiety. *Pediatrics*. 102(5), 1298-1304. doi: 10.1542/peds.102.5.SE1.1298
- Wilkinson, R. & Scherl, F. (2006). Psychological health, maternal attachment and attachment style in breast –and formula- feeding mothers: a preliminary study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 24(1), 5-19. doi: 10.1080/02646830500475153
- Winnicott, D. (1998). *Los bebés y sus madres*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- White, C.; White, M. & Fox, M. (2009). Maternal fatigue and its relationship to the caregiving environment. *Families, Systems & Health*. 27(4), 325-345. doi: 10.1037/a0018284
- Zelaya, C.; Mendoza, J. & Soto de Dupuy, E. (2006). *La maternidad y sus vicisitudes hoy*. Lima: Siklos.
- Zhar, L. (1991). The Relationship between Maternal Confidence and Mother-Infant Behaviors in Premature Infants. *Research in Nursing & Health*. 14(4), 279-286. doi: 10.1002/nur.4770140406

ANEXO A

CUESTIONARIO DE AUTOESTIMA MATERNA

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.

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



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
	No olvide estar demasiado contenta cuando supe que estaba embarazada.	TF	MF	NI	MV	TV

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



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

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



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
	Me siento capaz de enseñarle cosas nuevas a mi hijo/a.	TF	MF	NI	MV	TV

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

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 B

FICHA SOCIO-DEMOGRÁFICA Y DE DESARROLLO

N°

DATOS PERSONALES:

Edad: _____

Grado de instrucción:

Secundaria Completa	
Técnica Completa	
Técnica Incompleta	
Superior Completa	
Superior Incompleta	
Postgrado Completo	

Ocupación:

Madre trabaja:

Por horas	
Tiempo Parcial	
Tiempo Completo	

Estado civil:

Soltera	
Casada	
Conviviente	
Viuda	
Separada	
Divorciada	

¿Con quién vive?:

PARENTESCO	SEXO		EDAD
	M	F	
	M	F	
	M	F	
	M	F	
	M	F	

MATERNIDAD:

Su hijo más pequeño fue un niño deseado o esperado:

SI NO

Sexo deseado por madre:

HOMBRE MUJER

Estado físico de la madre durante el embarazo:

BUENO REGULAR MALO

Estado psicológico de la madre durante el embarazo:

BUENO REGULAR MALO

¿Hubo algún acontecimiento importante durante el embarazo?

SI NO

¿Cuál?:

¿Pasó por algún proceso de fertilización?

SI NO

Hijo/a nació a:

TÉRMINO PREMATURO

Parto:

CESÁREA NORMAL

¿Requirió cuidados especiales?

SI NO

¿Cuáles?:

DATOS DEL ÚLTIMO HIJO/A:

¿Su hijo/a es adoptado/a?

SI NO

Salud de su hijo/a durante los primeros seis meses:

BUENA REGULAR MALA

Lactancia materna:

SI NO

¿Cuánto Tiempo?:

El temperamento de mi hijo/a es:

	A	B	C	D	E	
Activo						Pasivo
Calmado						Irritable
Llorón						No llora
Difícil de llevar						Fácil de llevar
Muy demandante						Poco demandante
Difícil de calmar						Fácil de calmar
Muy sonriente						Poco sonriente
Sociable						Retraído

Dificultad para el sueño:

SI NO

Salud general de mi hijo/a:

BUENO REGULAR MALO

¿Recibe el apoyo de alguna nana?

SI NO

ANEXO C
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimada mamá,

Soy Rocio Luna de las Casas y estoy realizando mi tesis sobre el vínculo madre-hijo bajo la supervisión de la profesora Patricia Martínez de la Pontificia Universidad Católica del Perú. Para poder cumplir con las características de este trabajo es indispensable que pueda colaborar conmigo respondiendo a una breve ficha demográfica y un cuestionario psicológico, cuyo desarrollo toma entre 15 y 20 minutos.

Para ello, usted cuenta con los siguientes derechos:

- **Confidencialidad:** Todos los datos ofrecidos serán manejados en absoluto anonimato, por lo tanto, no habrá manera que sea identificada ya que no se revelará su identidad en ningún momento de la evaluación.
- **Integridad:** Ninguna de las pruebas que se le apliquen le resultará perjudicial como evaluada.
- **Participación voluntaria:** Tiene el derecho a abstenerse de participar o incluso de retirarse de esta evaluación cuando lo considere conveniente.

Debido a que el análisis se realizará de manera global no se le brindará ningún tipo de resultado de la evaluación.

Los minutos de usted pueda dedicarme de su tiempo van a ser de mucha utilidad para el desarrollo de este estudio y espero que a usted también le sean provechosos ya que podrá recordar momentos gratos con su hijo/a.

Saludos cordiales,

ANEXO D

CORRELACIÓN ÍTEM-TEST INICIAL Y FINAL DEL CUESTIONARIO DE AUTOESTIMA
MATERNA

Ítem	r inicial	r final	Ítem	r inicial	r final	Ítem	r inicial	r final
1	.46	.46	35	.27	.25	69	.30	.29
2	.36	.38	36	.34	.35	70	.40	.40
3	.28	.28	37	.25	.25	71	.29	.28
4	.26	.25	38	.22	.22	72	.36	.36
5	.48	.48	39	.58	.58	73	.21	.21
6	.24	.23	40	.31	.31	74	.41	.41
7	.50	.50	41	.56	.56	75	.30	.31
8	.41	.41	42	.27	.27	76	.36	.36
9	.44	.46	43	.33	.33	77	.42	.42
10	.35	.36	44	.01	-	78	-.16	-
11	.58	.59	45	.47	.47	79	.47	.47
12	.32	.32	46	.42	.43	80	.54	.54
13	.41	.41	47	.39	.39	81	.28	.28
14	.55	.55	48	.08	-	82	.45	.46
15	.50	.51	49	.41	.42	83	.50	.50
16	.19	.21	50	.49	.49	84	.16	-
17	.25	.24	51	.34	.34	85	.47	.47
18	.20	.21	52	.33	.33	86	.26	.27
19	.31	.31	53	.29	.29	87	.43	.44
20	.18	.19	54	.45	.45	88	.17	.15
21	.19	-	55	.32	.33	89	.37	.37
22	.38	.39	56	.41	.42	90	.45	.45
23	.23	.23	57	.21	.20	91	-.60	-
24	.48	.48	58	.35	.35	92	.35	.35
25	.39	.39	59	.46	.46	93	.40	.40
26	.31	.32	60	.49	.49	94	.59	.59
27	.30	.29	61	.37	.38	95	.58	.57
28	.08	-	62	.46	.47	96	.42	.41
29	.30	.30	63	.27	.27	97	.31	.31
30	.24	.22	64	.20	.20	98	.42	.42
31	.28	.28	65	.50	.51	99	.57	.57
32	.33	.34	66	.56	.56	100	.44	.45
33	.55	.55	67	.33	.34			
34	.29	.29	68	.55	.55			

ADAPTACIÓN DEL CUESTIONARIO DE AUTOESTIMA MATERNA

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 ítemes, 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.

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



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

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



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

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



46	Siento que tengo suficiente energía como para cuidar a mi hijo/a.					
----	---	--	--	--	--	--

		TF	MF	NI	MV	TV
47	Cuando estaba embarazada esperaba con ansias el nacimiento de mi hijo/a.					
48	Me preocupa gustarle a mi hijo/a.					
49	Me siento culpable de estar trayendo un hijo/a a este mundo problemático.					
50	Me siento capaz de alimentar a mi hijo/a.					
51	Mi madre fue una persona muy cariñosa y protectora y supongo que podré serlo también.					
52	No me molesta quedarme en casa cuidando a mi hijo/a.					
53	No me gusta cómo me veo después de haber tenido a mi hijo/a.					
54	La experiencia del parto me pareció muy emocionante.					
55	Yo siento que seré un fracaso como madre.					
56	Necesito más tiempo para adaptarme a mi hijo/a.					
57	Me inquieta pensar si mi hijo/a tendrá un desarrollo normal.					
58	No soy muy buena calmando a mi hijo/a.					
59	Durante el embarazo me cuidé mucho.					
60	Nunca tengo deseos de darle unas palmadas a un bebé que llora.					
61	Dudo que mi hijo/a logre amarme de la forma que soy.					
62	Pensar en todo lo que hay que hacer como madre realmente me deprime.					
63	Mi padre me hizo sentir muy amada, y siento que yo también puedo dar a mi hijo/a amor y afecto.					
64	Me entusiasma tener la responsabilidad de cuidar a mi hijo/a.					
65	Me preocupa no saber qué hacer si es que mi hijo/a se enferma.					
66	Me es difícil saber lo que mi hijo/a quiere.					
67	Siento que soy una mamá demasiado buena como para nunca perder la paciencia con mi hijo/a.					
68	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
Totalmente falso	Mayormente falso	Ni verdadero ni falso, no está segura	Mayormente verdadero	Totalmente verdadero



69	Creo que disfrutaré más a mi hijo/a cuando él o ella sean más grandes y tengan su propia personalidad.					
70	Temo ser torpe y tosca al atender a mi hijo/a.					

		TF	MF	NI	MV	TV
71	Esperaba con ansias darle de lactar a mi hijo/a.					
72	Siento que tengo mucho amor para darle a mi hijo/a.					
73	Confío en ser capaz de enseñarle cosas nuevas a mi hijo/a.					
74	Confío que mi hijo/a será fuerte y saludable.					
75	Me asustan todas las responsabilidades cotidianas de tener que cuidar a mi hijo/a.					
76	El parto me pareció atemorizante.					
77	Me inquieta pensar si mi hijo/a tendrá un desarrollo normal.					
78	Me tomará buen tiempo retomar la energía que tenía antes para cuidar adecuadamente a mi hijo/a.					
79	Me preocupa el ser capaz de alimentar adecuadamente a mi hijo/a.					
80	Cuando estaba embarazada a menudo tenía fantasías atemorizantes de dar a luz a un bebé anormal.					
81	Me sentí emocionalmente preparada para el nacimiento de mi hijo/a.					
82	Dudo que mi figura se vea tan bien como antes de tener a mi hijo/hija.					
83	Temo que algún día pueda lastimar a mi hijo/a.					
84	Ser madre no me parece una experiencia tan satisfactoria como pensé que lo sería.					
85	No me gustó cómo era mi madre y me preocupa no gustarle a mi hijo/a.					
86	Me siento algo ansiosa ante todas las cosas que una madre tiene que hacer.					
87	Siento que haré un buen trabajo cuidando a mi hijo/hija.					
88	No me siento suficientemente segura como para cuidar a mi hijo/a por mí misma.					
89	Sé lo suficiente como para ser capaz de enseñarle a mi bebé muchas cosas que él o ella tendrá que aprender.					
90	Siento que me veía muy bien durante mi embarazo.					
91	Me preocupa ser lo suficientemente capaz como para satisfacer las necesidades emocionales de mi hijo/a.					



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

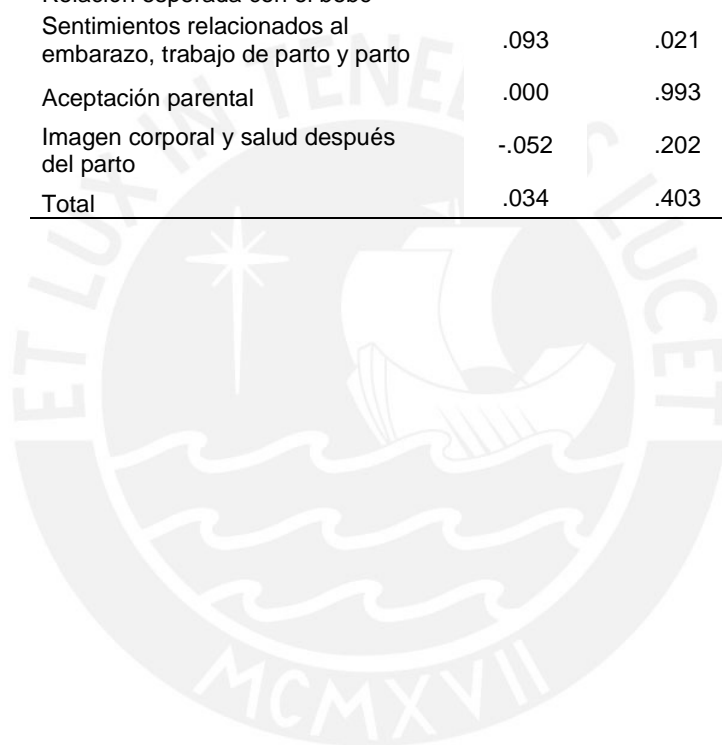
		TF	MF	NI	MV	TV
92	Confío en que mi hijo/a me querrá mucho.					
93	Tengo sentimientos encontrados con respecto al hecho de ser madre.					



ANEXO F

CORRELACIÓN ENTRE LA EDAD DE LA MADRE, LAS DIMENSIONES DEL CUESTIONARIO DE AUTOESTIMA MATERNA Y EL PUNTAJE TOTAL DE LA PRUEBA

Dimensión	r	p
Habilidad para el cuidado	.036	.380
Habilidad general como madre	.034	.407
Aceptación del bebé	.017	.677
Relación esperada con el bebé	.059	.142
Sentimientos relacionados al embarazo, trabajo de parto y parto	.093	.021
Aceptación parental	.000	.993
Imagen corporal y salud después del parto	-.052	.202
Total	.034	.403



ANEXO G

SIGNIFICANCIA DE LA DIFERENCIA DE MEDIAS ENTRE LA VARIABLE APOYO DE NANA,
LAS DIMENSIONES DEL CUESTIONARIO DE AUTOESTIMA MATERNA Y EL PUNTAJE TOTAL
DE LA PRUEBA

Dimensión	p	z
Habilidad para el cuidado	.236	-1.186
Habilidad general como madre	.360	-.916
Aceptación del bebé	.200	-1.282
Relación esperada con el bebé	.591	-.537
Sentimientos relacionados al embarazo, trabajo de parto y parto	.266	-1.111
Aceptación parental	.613	-.505
Imagen corporal y salud después del parto	.557	-.587
Total	.259	-1.129