



Pontificia Universidad
Católica del Ecuador

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Tema:

“LA ADAPTABILIDAD AL ROL MATERNO Y SU INFLUENCIA EN LOS
SÍNTOMAS ANSIOSOS DEPRESIVOS EN MUJERES EN LA ETAPA
POSTNEONATAL. CASO: CENTRO DE SALUD INGAHURCO AMBATO
ÁREA 1”

Proyecto de Investigación previo a la obtención del título de Psicóloga Clínica

Línea de Investigación:

Desarrollo Humano y Salud Mental

Autora:

DIANA CAROLINA LASCANO PAREDES

Directora:

DRA. MG. LUCÍA ALMEIDA MÁRQUEZ

Ambato – Ecuador
Junio 2018

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

SEDE AMBATO

HOJA DE APROBACIÓN

Tema:

“LA ADAPTABILIDAD AL ROL MATERNO Y SU INFLUENCIA EN LOS SÍNTOMAS ANSIOSOS DEPRESIVOS EN MUJERES EN LA ETAPA POSTNEONATAL. CASO: CENTRO DE SALUD INGAHURCO AMBATO ÁREA 1”

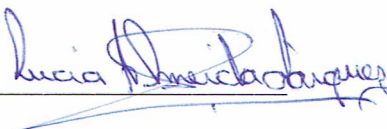
Línea de Investigación:

Desarrollo Humano y Salud Mental

Autora:

DIANA CAROLINA LASCANO PAREDES

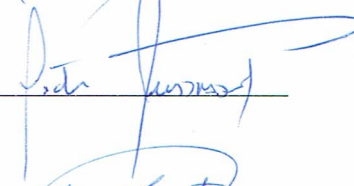
Lucia Almeida Márquez, Dra. Mg.
CALIFICADORA

f. 

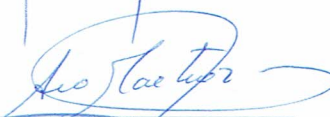
Norma Marlene Macías Herrera. Psc. Clin. Mg.
CALIFICADORA

f. 

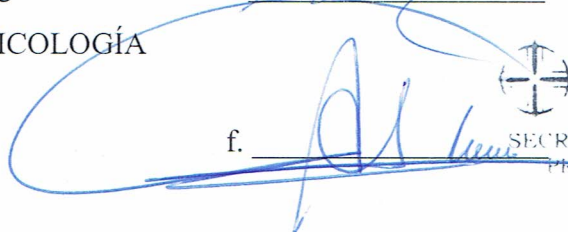

Víctor Manuel Cuadrado Rodríguez, Ps. Mg.
CALIFICADOR

f. 

Ana del Roció Martínez Yacelga, Dra. Mg.
DIRECTORA DE LA ESCUELA DE PSICOLOGÍA

f. 

Hugo Rogelio Altamirano Villarroel, Dr.
SECRETARIO GENERAL PUCESA

f.   Pontificia Universidad Católica del Ecuador
SECRETARIA GENERAL PROCURADURÍA

Ambato- Ecuador

Junio 2018

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo: **DIANA CAROLINA LASCANO PAREDES**, con CC. **180447867-3**, autora del trabajo de graduación intitulado: “LA ADAPTABILIDAD AL ROL MATERNO Y SU INFLUENCIA EN LOS SÍNTOMAS ANSIOSOS DEPRESIVOS EN MUJERES EN LA ETAPA POSTNEONATAL. CASO: CENTRO DE SALUD INGAHURCO AMBATO ÁREA 1”, previa a la obtención del título profesional de Psicóloga Clínica, en la escuela de Psicología.

- 1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.
- 2.- Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE Ambato, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad

Ambato, Junio 2018



DIANA CAROLINA LASCANO PAREDES

CC. 180447867-3,



Pontificia Universidad
Católica del Ecuador

BIBLIOTECA

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer en primer lugar a Dios, por cada bendición que ha puesto en mi vida.

A mi familia, especialmente a mis padres y hermano por el apoyo y amor incondicional que me brindan día a día.

A mi esposo, Carlos, por ser mi compañero de vida, por ser mi sostén, por ser mi mejor amigo, por ser el amor de vida, por demostrarme cada día que tu amor hacia a mí es infinito, te amo.

A mi querido hijo, José Andrés, por ser el mejor regalo que Dios me pudo dar, por ser mi más grande orgullo, por concederme la dicha de ser tu madre.

A mi tutora, Lucy Almeida, por la dedicación y paciencia que me ha brindado, por ser ejemplo y guía en mi vida.

DEDICATORIA

A mi esposo y a mi hijo, por ser el motor de mi vida.

RESUMEN

La presente investigación, tiene como objetivo principal, establecer la relación entre la adaptación al rol materno y la influencia que existe en la aparición de síntomas ansiosos depresivos, mediante un estudio correlacional de corte trasversal. Por tal motivo se tomó una muestra de 55 madres en la etapa postneonatal que acuden al centro de salud área 1 de la ciudad de Ambato, las cuales fueron evaluadas mediante la Escala de Adopción del Rol Materno (ARM), inventario de Ansiedad Rasgo – Estado, Inventario de Depresión Rasgo – Estado, adicional a estos reactivos se aplicó una ficha sociodemográfica. Gracias a los datos obtenidos, se determina que la adaptación al rol incide en los síntomas de depresión como rasgo con un $r = -0,535$ $p > 0,05$ $R^2 = 0,286$ y con la ansiedad como rasgo con un coeficiente de $r = -0,511$; $p < 0,01$ con $R^2 = 0,261$, por lo tanto, existe una correlación entre las variables estudiadas a través de los resultados se concluye que, a menor adaptabilidad mayor presencia de síntomas ansiosos depresivos.

Palabras clave: *adopción al rol materno, síntomas ansiosos - depresivos, etapa postneonatal.*

ABSTRACT

The main aim of this study is to establish the relationship between the adaptation to being a mother and its impact on the appearance of depression and anxiety symptoms through a cross-sectional correlational study. To this end, a sample was taken of 55 mothers in the post-neonatal stage who go to the Area 1 Health Center in the city of Ambato. They were evaluated using the Maternal Role Adoption Scale (A.R.M.), the Trait–State Anxiety Inventory and the Trait–State Depression Inventory. In addition to these reagents, a socio-demographical observation sheet was applied. Thanks to the obtained data, it is determined that the adaptation to the role influences the symptoms of depression as a trait by $r = -0.535$ $p > 0.01$ and with anxiety as a trait at a rate of $R^2 = 0.261$. Therefore, there is an interrelationship between the studied variables. With the results, it is concluded that with less adaptability, there is a greater presence of depression anxiety symptoms.

Key words: adoption of the maternal role, depression and anxiety symptoms, postneonatal stage.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

PRELIMINARES

AGRADECIMIENTO.....	iv
DEDICATORIA.....	v
RESUMEN.....	vi
ABSTRACT.....	vii
 CAPÍTULO I.....	 3
1. PLANTEAMIENTO DE LA PROPUESTA DE TRABAJO.....	3
1.1. Antecedentes investigativos sobre la adaptación al rol materno y los síntomas ansiosos depresivos.....	3
1.2. Problema de la investigación.....	5
1.2.1. Descripción del problema.....	5
1.2.2. Preguntas Básicas.....	7
1.3. Justificación.....	8
1.4. Objetivos.....	8
1.4.1. General.....	8
1.4.2. Específicos.....	8
1.5. Hipótesis de trabajo.....	8
1.6 Variables.....	9
 CAPITULO II.....	 10
2. MARCO TEÓRICO.....	10

2.1	Adaptación al rol materno	10
2.1.1	Teoría Bioecológica	12
2.1.2.	Fases de adquisición y de adaptación del rol materno	16
2.1.3.	Etapa Posneonatal.....	19
2.1.3.1.	El embarazo como crisis	20
2.1.3.1.	Preocupación maternal primaria	21
2.1.3.2.	Bebé imaginado vs Real	22
2.1.3.3.	Apoyo social en la adaptación al rol materno.....	23
2.2.	SÍNTOMAS ANSIOSOS DEPRESIVOS	25
2.2.1.	Ansiedad.....	25
2.2.2.	Depresión.....	27
CAPITULO III		29
3.	MARCO METODOLÓGICO.....	29
3.1.	Metodología de la investigación.....	29
3.1.1	Paradigma y tipo de la investigación.....	29
3.1.2	Método Aplicado.....	30
3.1.3	Técnicas e Instrumentos	30
Instrumentos.-.....		30
CAPÍTULO IV		35
4.	ANÁLISIS DE RESULTADOS	35
4.1.	Análisis sociodemográfico de los participantes	35

4.1.1 Análisis sociodemográfico de las variables individuales	35
4.1.2 Análisis sociodemográfico de las variables familiares	42
Figura 4.6: Distribución de los participantes de acuerdo a los cuidados del hijo	44
4.2. Análisis de la adaptabilidad al rol materno	47
4.2.1. Análisis de fiabilidad del cuestionario Adopción al rol materno (ARM)	47
4.2.2. Análisis descriptivo de la adaptabilidad al Rol Materno.....	49
4.2.3. Nivel de adaptabilidad al Rol Materno	53
4.3. Análisis de la ansiedad y depresión de la muestra	54
4.3.1. Análisis descriptivo y categórico	54
4.3.3. Análisis comparativo por grupos de edad	58
4.4. Análisis de correlación entre la ansiedad y la depresión y la adaptabilidad al rol materno.....	61
CAPITULO V	65
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	65
5.1 Conclusiones	65
5.2 Recomendaciones.....	67
BIBLIOGRAFÍA.....	69
ANEXOS.....	72
Anexo 1: CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	72
Anexo 2: FICHA SOCIODEMOGRÁFICA.....	73
Anexo 3 ESCALA DE ARM	75

ÍNDICE DE GRÁFICOS

FIGURAS

Figura 2.1 Modelo Ecológico de Bronfenbrenner.....	13
Figura 4. 1: Distribución de los participantes de acuerdo al sector en donde viven.	37
Figura 4. 2: Distribución de los participantes de acuerdo al nivel de estudio.....	38
Figura 4.3: Distribución de los participantes de acuerdo a la situación laboral.....	39
Figura 4.4: Distribución de los participantes de acuerdo a la situación laboral	40
Figura 4.5: Distribución de los participantes de acuerdo al nivel socioeconómico..	42
Figura 4.6: Distribución de los participantes de acuerdo a los cuidados del hijo	44
Figura 4. 7: Distribución de los participantes de acuerdo al tiempo que dedican a sus hijos	45
Figura 4.8: Distribución de los participantes de acuerdo a la reacción al enterarse del embarazo	46
Figura 4. 9: Análisis comparativo de los componentes del ARM entre el grupo de adolescentes y el grupo de jóvenes adultas	49
Figura 4.10: Análisis comparativo de los componentes del ARM entre el grupo de adolescentes y el grupo de jóvenes adultas	52
Figura 4. 11: Distribución de las categorías de la Depresión y la Ansiedad como estado y como rasgo	57
Figura 4. 12: Distribución de las categorías de la Depresión y la Ansiedad como estado y como rasgo	59
Figura 4. 13: Distribución de las categorías de la Depresión y la Ansiedad como estado y como rasgo	60

Figura 4. 14: Modelo empírico explicativo de la variabilidad de la Adaptación al rol materno.....	64
--	----

TABLAS

Tabla 4. 1 Análisis descriptivo de las características socio-demográficas de la muestra	36
Tabla 4. 2 Análisis descriptivo de las características familiares	43
Tabla 4. 3 Análisis de del cuestionario ARM	47
Tabla 4. 4 Análisis comparativo por etapa de vida del cuestionario ARM.....	50
Tabla 4. 5 Análisis de los Niveles de adaptabilidad al rol	53
Tabla 4. 6 Estadísticos descriptivos de la depresión y ansiedad como estado y rasgo	54
Tabla 4. 7 Análisis categórico de la depresión y la ansiedad de los participantes	56
Tabla 4. 8 Análisis comparativo por etapa de vida de la depresión y la ansiedad como estado y rasgo	58
Tabla 4. 9 Correlaciones.....	61
Tabla 4. 10 Análisis de la predictibilidad de la ansiedad y la depresión en el rol materno.....	62
Tabla 4. 11 Modelos de regresión lineal múltiple de la adaptación al rol materno...	63

INTRODUCCIÓN

La adaptabilidad es una relación dinámica armónica y recíproca entre el organismo y el medio ambiente, la cual puede influir positiva o negativamente en las mujeres que se encuentran en la etapa de post neonatal. Es por esta razón que la investigación busca analizar la adaptabilidad al rol materno y la influencia en los síntomas ansiosos depresivos a partir de nuevas experiencias y responsabilidades en el momento del nacimiento de un hijo.

Dado que la maternidad implica un cambio en la vida de la mujer ésta debe desempeñarse de manera diferente a lo habitual, por lo tanto, se necesita un proceso de adaptabilidad, el cual implica un desequilibrio en su estabilidad, produciendo sintomatología ansiosa- depresiva.

En la presente investigación el contenido se desarrolla a partir del primer capítulo en donde se detalla información relevante que forma parte de la base y el inicio de la investigación, en la cual se expone sus objetivos, sus antecedentes y su relación con otras investigaciones. En cuanto al segundo capítulo se basa en la recopilación teórica sobre la Adaptabilidad al rol y los Síntomas Ansiosos Depresivos en donde se puede caracterizar, conceptualizar, dando a conocer los diferentes procesos y fases de cada una de las variables, demostrando la importancia de la investigación. Cabe recalcar que la información utilizada es recopilada de fuentes técnicas, la cual permite el estudio de las mismas.

En el tercer capítulo se encuentra la metodología, la cual está sustentado a través de los antecedentes, significado y definición del problema, se plantea el tema y la hipótesis, posteriormente se delimitan las variables, objetivos, el tipo y el diseño de la investigación. Finalmente se determina el número de la muestra y se analizan las técnicas y los instrumentos a utilizarse.

La discusión de resultados, el análisis y la validación de los mismos, así como la comprobación o no de la hipótesis constituye el cuarto capítulo. El desarrollo y culminación de este capítulo permiten redactar el quinto capítulo en el cual, se plantean las conclusiones, recomendaciones. Finalmente se plantea la bibliografía.

CAPÍTULO I

1. PLANTEAMIENTO DE LA PROPUESTA DE TRABAJO

1.1. Antecedentes investigativos sobre la adaptación al rol materno y los síntomas ansiosos depresivos

La presente investigación adquiere importancia y validez a partir de una indagación a estudios realizados en varios países, los cuales arrojan diversos resultados con respecto a la temática abordada como: Adaptabilidad al rol y sintomatología ansiosa depresiva en madres. Por lo tanto, se mostrarán los resultados expuestos, sus objetivos y la población con la que trabajaron cada uno de estos.

El estudio realizado por Garrido y Marchan, (2011) a 66 madres adolescentes del hospital de Trujillo en Perú, que pretende comparar el nivel de adopción del rol materno en madres adolescente según su grupo de convivencia, determina que hay un nivel bajo de adopción al rol cuando el grupo de convivencia está conformando por la madre, la pareja y la familia de éste, en cambio hay mayor nivel cuando el grupo está formado por su madre, la pareja y la familia de origen. También se determina que la presencia de la pareja es un agente positivo para que dicho rol se manifieste favorablemente.

Por otra parte, el estudio desarrollado por Cavalcanti, Marques, Guimarães, Mangueira, Frazão, y Albuquerque (2014) con respecto al desempeño del papel ineficaz en puérperas, el estudio se realizó con 51 madres de Pernambuco, por lo tanto los resultados determinan que la Ansiedad, la adaptación inadecuada y el déficit en el autocontrol fueron las características definidoras al igual que la situación económica desfavorecida, estrés y bajo nivel de instrucción fueron los factores negativos para el desempeño del papel ineficaz

De igual manera se realizó una investigación por parte de López (2014) en Ecuador, acerca del bienestar psicológico en madre neonatas, se trabajó con una muestra de 50 participantes, cuyo objetivo a establecer los niveles de bienestar psicológico en madres y la relación existente con el período neonatal, el presente estudio arroja como resultados que a mayor bienestar psicológico menor presencia de irritabilidad, sentimiento de culpa, y síntomas ansiosos en la madre.

Además un estudio realizado por Canaval, González, Martínez, Tovar, & Valencia (2014), en donde la muestra es de 35 mujeres de la ciudad de Cali Colombia y cuyo objetivo es determinar si las mujeres expresan sintomatología depresiva durante la etapa prenatal y postnatal; si la calidad de vida y el apoyo social se relacionan con la sintomatología depresiva en el postparto y establecer cuáles de las variables estudiadas son predictoras de la sintomatología depresiva en el postparto. Los resultados de este estudio demuestran que un porcentaje alto de 66% expresa sintomatología depresiva en la etapa prenatal y 57% en la etapa postparto.

En las investigaciones antes mencionadas se obtiene similitud en los síntomas que se presentan en madres como: sintomatología ansiosa depresiva estos se pueden presentar por circunstancia internas de la madre, problemas externos y principalmente por una adaptabilidad inadecuada, lo cual coincide con la investigación que se pretende realizar.

1.2.Problema de la investigación

1.2.1. Descripción del problema

El ser madre puede ser tomado como un reto, ya que significa asumir nuevas responsabilidades al estar a cargo de un nuevo ser. En el Centro de Salud Ingahurco Ambato Área 1”, se ha observado en las mujeres que se encuentran en la etapa materna una serie de dificultades con respecto a la adaptabilidad al rol materno tales como: disminución de autoestima, pérdida de interés, desajuste personal, entre otros, que predisponen a la presencia de sintomatología ansiógena y depresiva, autores como Suárez y Miguel (2010) con respecto a la maternidad afirman que: “durante la maternidad aparecen sentimientos de inseguridad, incompetencia o culpabilidad que pueden desembocar en conflictos o situaciones de crisis, algunas de las cuales se van superando evolutivamente y otras se van complicando” (p.2). La etapa posterior al parto, por lo mencionado anteriormente, está considerada como crítica para la madre y para el bebé; porque se enfrentan a un nuevo rol al que deben asumir

La madre durante el embarazo sufre variaciones anímicas, que la llevan a experimentar estados de ánimo como felicidad e ilusiones y en ocasiones se siente triste y preocupada por el nuevo rol que le toca asumir frente a las necesidades que demanda el bebé, el cual conlleva compromiso y responsabilidad. (Molina, Barrera, & Cardozo, 2002). Dado que la maternidad implica un cambio en la vida de la mujer, ésta debe desempeñarse de manera diferente a lo habitual y por lo tanto genera cambios en su estado emocional y requiere de un proceso de adaptación al nuevo rol.

La adaptabilidad es considerada como "una relación dinámica armónica y recíproca entre el organismo y el medio ambiente que comprende todos los procesos vitales, biológicos y psicológicos que entran en juego en la vida familiar" (Mier, 2008, p. 8). Por lo tanto, la adaptabilidad es la capacidad que tiene la persona de enfrentarse a las demandas del entorno que implica factores internos y externos para lo cual, sus patrones de comportamiento deberes modificarse y acoplarse a la situación actual.

En cuanto a la adaptabilidad al rol materno se puede definir como un "proceso interactivo y evolutivo que se produce a lo largo del tiempo en el cual la madre crea un vínculo con su hijo y aprende las tareas asociadas al rol" (Díaz, 2011, p. 29). En esta etapa la madre adopta un nuevo estilo de vida y ante éste crea expectativas y aspiraciones con respecto a su maternidad, que en ocasiones no son como se las esperaba y esto puede generar malestar en la mujer durante los primeros meses de vida del niño.

Es de gran importancia esta investigación ya que se ha evidenciado a través de las observaciones preliminares realizadas en los centros, que la adaptabilidad está incidiendo en la aparición de síntomas ansiosos depresivos, por lo que se requiere una investigación de carácter descriptivo correlacional entre la adaptabilidad del rol materno y la influencia en la aparición de síntomas ansiosos depresivos.

1.2.2. Preguntas Básicas

¿Cómo aparece el problema que se pretende solucionar?

Las mujeres que se encuentran en la etapa postneonatal atraviesan una serie de dificultades con respecto a la adaptabilidad al rol materno, como; Disminución de autoestima, pérdida de interés, desajuste personal, entre otros, los cuales puede ocasionar en la madre sintomatología ansiosa depresiva.

¿Por qué se origina?

Se origina en el momento que la madre adopta un nuevo estilo de vida y ante ésta crea expectativas con respecto a su maternidad, pero en ocasiones éstas no son satisfechas lo cual genera malestar en la diada durante los primeros meses del niño, incidiendo en la aparición de síntomas ansiosos depresivos maternos.

¿Dónde se detecta?

Se detecta en madres que acuden al Centro de Salud Ingahurco Area 1

1.3. Justificación

1.4. Objetivos

1.4.1. General

Determinar la adaptabilidad al rol materno y su influencia en los síntomas ansiosos depresivos en mujeres en la etapa post neonatal en el Centro de Salud Ingahurco Ambato Área 1”.

1.4.2. Específicos

1. Recopilar bibliográficamente los aspectos importantes con respecto a la investigación.
2. Diagnosticar las condiciones actuales de la adaptabilidad y la sintomatología ansioso-depresiva.
3. Desarrollar un análisis estadístico correlacional acerca de la adaptabilidad y los síntomas ansiosos depresivos en mujeres en la etapa postneonatal
4. Proponer un modelo explicativo correlacional empírico en base a los resultados obtenidos de la adaptabilidad al rol y sintomatología ansiosa depresiva.

1.5. Hipótesis de trabajo

La adaptabilidad al rol materno incide en la aparición de síntomas ansiosos depresivos.

1.6 Variables

Variable 1: La adaptabilidad al rol materno

Variable 2: Influencia en los síntomas ansiosos depresivos en mujeres en la etapa postneonatal.

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Adaptación al rol materno

Durante el embarazo la mujer atraviesa cambios físicos, emocionales y sociales, la madre vive experiencias totalmente diferentes a las habituales, por tal motivo debe acoplarse a esta nueva etapa, aun después del nacimiento, por lo tanto, existe un período de adaptación en la etapa postneonatal del niño en la cual debe cumplir todas las necesidades que demanda el mismo.

La adaptación al rol es considerada como un proceso, en donde la relación madre-hijo se va fortaleciendo generado un vínculo entre ambos. En el transcurso de este proceso la madre adquiere experiencia en cuanto al cuidado del bebé, lo cual produce gratificación y placer. Por lo tanto, la identidad como madre es establecida por el estado personal de la mujer ya que éste influenciará en los sentimientos de confianza en cuanto al desempeño del rol (Enriquez, 2015). La adaptación al rol materno es un proceso en donde se involucra la responsabilidad y el estado personal de la madre, las cuales deberán presentarse de manera adecuada para que exista un equilibrio en la madre y haya un desarrollando materno

Varios autores también aportan diversas definiciones, las cuales describen y destacan el proceso de adquisición al rol materno y como la madre se identifica de manera positiva o negativa. La autora Rubín (1984) adjudica al rol materno como:

Un complejo proceso cognitivo y social que es aprendido recíproca e interactivamente y que tiene como fin la unión al niño y la identificación con el rol maternal al verse a una misma en el rol y sentirse cómodo con él (citado en Garrido y Marleny, 2010, p.4)

Existen factores que influyen de manera directa o indirecta sobre el rol, y el entorno en donde se desenvuelve el individuo, ya que la persona es un ente social, por lo tanto, Bronfenbrenner (1987), menciona que:

El desarrollo del rol/persona no puede considerarse independiente del entorno ya que existe una adaptación mutua entre la persona en desarrollo y las propiedades cambiantes de los ambientes inmediatos, las relaciones entre los ambientes y los contextos más grandes en los que se incluyen los ambientes (citado en Garrido y Marleny, 2010, p.5).

En la adquisición al rol materno la persona atraviesa por un proceso complejo, en donde todo es diferente a lo habitual, lo cual genera temor a lo desconocido pero la madre debe adaptarse a ese ambiente y a ese nuevo rol, cabe recalcar que el instinto maternal no es inherente a la mujer por lo tanto, para que esto suceda debe existir experiencias sociales maternas, las cuales dependerán del contexto en el que se desarrolló su embarazo como por ejemplo: embarazo placentero o apoyo familiar (Kimelman 2003). Las diferentes experiencia sociales y personales como; relación con la pareja, enfermedades durante el embarazo, la edad de la madre, el temperamento del bebé y la madre, todas estas intervienen en la relación madre e hijo y por ende en su adaptación

Por lo anteriormente mencionado la teoría de la adaptación al rol se complementa con la teoría Bioecológica que a continuación se detallará ampliamente

2.1.1 Teoría Bioecológica

La persona no se considera como un ente en el cual repercute el ambiente, sino como una entidad en desarrollo y dinámica, que progresivamente va reestructurando el contexto, en el cual se desarrolla la persona, por lo tanto, la interacción entre el ambiente y la persona debe ser mutua y la relación entre éstas debe ser bidireccional (Garcia, 2002). Existe una relacion bidireccional entre el ambiente y la persona, por lo que cada uno es dependiente e influye en el otro, ya que la persona en el

trascuro de su desarrollo tiene relacion con diferentes ambientes y esto ocasiona la influencia para poder pertenecer a un grupo social.

Bronfenbrenner (1979) postula cuatro niveles que se presentan directa o indirectamente en el desarrollo del individuo (ver gráfico 2.1)

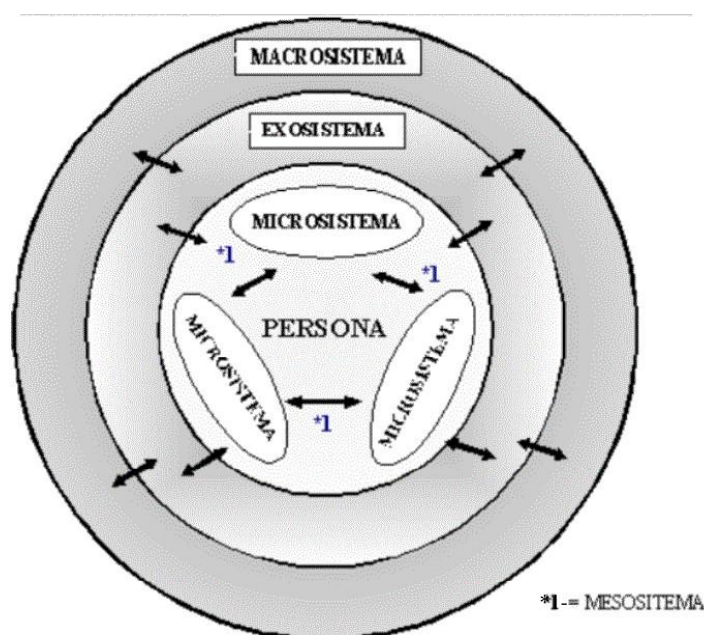


Figura 2.1
Modelo Ecológico de Bronfenbrenner
 Fuente: Torrico et al. (2002)

Tal como lo indica la figura anterior los niveles del modelo ecológico de Bronfenbrenner son: microsistema, mesosistema, exosistema y macrosistema. sin embargo, existe más niveles como Crosistema y Glosistema. El microsistema corresponde a los roles y actividades que la persona experimenta en un entorno determinado; Mesosistema explica que la persona en desarrollo interacciona en dos o más entornos; Exosistema se refiere a los entonos que la persona en desarrollo no

está incluida pero afectan a los entornos que la persona si está incluida directamente, podría ser para un niño el lugar de trabajo de los padres y el Macrosistema corresponde a la ideología que afecta de manera transversal a los sistemas de menor orden que les confiere a éstos una cierta uniformidad, en forma y contenido, y a la vez una cierta diferencia con respecto a otros entornos influidos por otros marcos culturales o ideológicos diferentes (Garcia, 2002). La teoría ecológica muestra cómo el contexto (familia, amigos, cultura, religión), puede tener impacto sobre la persona y cómo éstas pueden afectar en el desarrollo psicológico, tomando en cuenta que el individuo se encuentra en desarrollo por tanto los ambientes serán relativamente progresivos e interactivos en la vida cotidiana en donde hay una conexión entre en ambiente y la persona.

Cada sistema anteriormente mencionado incide de manera directa e indirecta en el rol materno, por lo que cada uno de estos aporta y participan en el proceso de adquisición al rol materno como: el apoyo social e ideologías y muchos factores que la madre atraviesa y debe adaptarse a los mismos.

La madre puede encontrarse en varios entornos los cuales pueden beneficiar o no al desarrollo evolutivo del proceso de adquisición al rol. según Raile & Marriener (2011) son

- a) **Microsistema** es el entorno inmediato donde ocurre la adopción del rol materno, que influyen factores como el funcionamiento familiar, la familia, el apoyo social y el estrés. El niño está incluido en el sistema familiar. La familia se considera como un sistema semicerrado que mantienen los límites y el control sobre el intercambio del sistema familiar. El microsistema es la parte que más afecta la adopción del rol maternal, este rol se consigue por las interacciones con el padre, la madre y el niño.
- b) **Mesosistema.** Las interacciones del mesosistema influyen en el rol materno en el desarrollo del niño; aquí participa. La escuela, guarderías, entorno laboral, lugares de culto y otras entidades de la comunidad
- c) **Macrosistema** se refiere a los prototipos que existen en la cultura en particular o en la coherencia cultural transmitida, también incluye influencias culturales, políticas y sociales. El macrosistema lo origina el entorno del cuidado de la salud sobre la adopción del rol maternal, las leyes nacionales respeto a las mujeres y niños y las prioridades del rol materno en la adopción del rol materno.

Por lo tanto, la adopción al rol se relaciona con los niveles del modelo ecológico de Bronfenbrenner, ya que, en el proceso de adquisición al rol, influye el contexto en el que se desarrolla la madre. Así como menciona Garrido & Marchan (2010)

el desarrollo de un rol/persona no puede considerarse independiente del entorno. Existe una adaptación mutua entre la persona en desarrollo y las propiedades cambiantes de los ambientes inmediatos, las relaciones entre los ambientes y los contextos más grandes en los que se incluyen los ambientes (p.6).

El embarazo es una etapa en donde los factores ambientales intervienen en la evolución y en la crianza del bebé, lo cual está ligado a la adopción al rol materno, porque el ambiente en el que se rodea influye positiva o negativamente en la adquisición de un rol adecuado.

2.1.2. Fases de adquisición y de adaptación del rol materno

La adquisición es el comienzo de acoplamiento y adaptación al nuevo rol que se va a enfrentar la mujer, éste se puede presentar de manera diferente en cada una ya que está influenciado por los factores externos como presencia de estrés, complicaciones en el embarazo o diferentes factores, para esto Mercer (2016), clasifica cuatro estadios los cuales son:

- **Anticipación:** esta etapa comienza con el embarazo y las primeras modificaciones físicas, sociales y psicológicas, aquí la madre está alerta y al tanto en cuanto información sobre la maternidad, en el cual influye la experiencia sociales vividas y adquiridas en el seno de su hogar, poco a poco va generando una relación con el feto dando inicio a la adquisición.
- **Formal:** esta fase implica el aprendizaje ya que aparecen las primeras experiencias relativas al cuidado y protección del bebé.
- **Informal:** Aquí la madre desempeña su rol basándose en las experiencias transmitidas por el sistema formal de ésta, con el fin de encajar a su nuevo estilo de vida
- **Personal:** la madre interioriza su rol de manera armónica y adquiere confianza en cuanto a su nueva identidad. (citado en Baño, 2016)

En cuanto a las fases de la adaptación Maroto, 2013 menciona que la fase de adaptación depende de proceso adaptativo que la madre adquiera de acuerdo al ambiente y el contexto de la madre y se explica a través de tres etapas:

- a) **Etapa de aceptación o período de conducta dependiente:** Durante el primer día la mujer tiende a permanecer pasiva y muestra una actitud dependiente, duda en la toma de decisiones y sigue las sugerencias. Se centra en sí misma, aunque también se preocupa por la salud general del recién nacido y requiere cuidados. Describe continuamente su vivencia del parto, estableciendo diferencias entre la realidad y su experiencia ideal.

- b) **Etapa de apoyo o de transición de dependencia a independencia:** durante el segundo o tercer día después del parto la mujer todavía se siente insegura como madre reciente, pero desea participar de forma activa y empieza a tomar decisiones independientes asumiendo así sus nuevas responsabilidades. La puérpera comienza a recuperar energía y experimenta un bienestar físico.

- c) **Etapa del abandono o de adopción de nuevas responsabilidades:** suele tener lugar después del alta cuando la mujer asume su nuevo rol materno y toma el control de la situación. La mujer se siente en su entorno y ve al recién nacido menos dependiente. La relación de pareja pasará por un proceso de evolución, así como el resto de la familia.

En la adaptación al rol materno influye el ambiente y el contexto en donde se relaciona, además la predisposición y el estado psíquico de la madre, los cuales son factores que

generan síntomas ansiosos depresivos, a continuación, se detallará las dificultades de la madre en la maternidad.

2.1.3. Etapa Posneonatal

La etapa posneonatal del bebé comprende desde un mes de vida hasta el año del mismo, aquí la madre experimenta la adaptación como tal, ya que las necesidades del bebé son demandantes por su evolución en el desarrollo. Es así que madre debe estar alerta y dispuesta a satisfacer las mismas, así como menciona Almonte & Montt (2012) que en esta etapa existe una competencia parental la que se refiere a la “sensibilidad que permite captar las señales del bebé para desplegar los actos maternos adecuados” (p.7). Para que la madre realice estas funciones maternas es necesario que haya una disponibilidad tanto psicológica como física.

La buena interacción conlleva una conexión mutua entre madre e hijo, lo cual genera un vínculo seguro, sin embargo, en una interacción insensible la madre no cubre las necesidades que demanda el bebé, lo cual va generando un vínculo ansioso, cabe recalcar que la personalidad y temperamento del bebé y la madre intervienen en este proceso.

Es así que la adaptación al rol materno se inicia desde la concepción del bebé hasta el año de vida del mismo, en este proceso de adopción intervienen aspectos psicológicos de la madre y el temperamento del bebé

2.1.3.1. El embarazo como crisis

En el embarazo se presenta una variedad de cambios, especialmente en los patrones de comportamiento, porque los que se realizaban en el pasado puede ser que ya no funcionen o ya no se puedan realizar en el presente, para esto, los patrones deben adecuarse a la actual situación, lo cual puede generar en los padres síntomas de estrés.

Como menciona García, 2014 que:

Durante el primer año el afrontamiento del rol pasa por diferentes fases, los tres primeros meses son los más importantes ya que los padres se enfrentan a nuevas experiencias y adoptan una actitud de dejarse llevar por los acontecimientos e ir adquiriendo funciones, aumentando durante este período la sensación de estrés hasta dominar esas funciones (p. 7).

El embarazo es considerado como crisis maduracional ya que revive conflictos psicológicos de fases de desarrollo previas, si esta crisis es tomada favorablemente se obtendrá un crecimiento psicológico, es así que se resolverán conflictos antiguos.

El embarazo y la maternidad están idealizados, por lo tanto, las expectativas al respecto son demandantes, al no suceder esto provoca un desequilibrio, por lo que, la realidad es diferente a lo que se imaginaban, entonces pone en juego todos los aspectos psicológicos personales y de pareja para resolver el evento de mejor manera (Bibring, 1959). Durante el embarazo y después del mismo, la madre cuestiona y planifica cómo será su relación con el bebé, cómo reaccionará frente a las necesidades que demande el recién nacido, por lo tanto, la madre genera expectativas positivas en cuanto al desempeño en la maternidad, pero en ocasiones, pueden no llegar a cumplirse esas expectativas, por el temperamento del bebé o las diferentes circunstancias, las cuales generan malestar en la madre.

2.1.3.1. Preocupación maternal primaria

Existe un periodo prenatal y posnatal en donde la madre se centra en las necesidades que demanda el bebé, gira su mundo alrededor de su hijo es así que la madre por cierto corto tiempo se despoja de sus interés centrándose en los del recién nacido Según Onofri, 2010 “La Preocupación Maternal Primaria es una capacidad que desarrollan las madres durante el embarazo y hacia el final del mismo, que les permite adaptarse delicada y sensiblemente a las necesidades del bebé y de este modo poder satisfacerlas adecuadamente”. Este proceso se presenta de manera gradual en la madre, en donde su

interés se centra específicamente en satisfacer las necesidades del bebé y adaptarse a estas.

El vínculo emocional de la madre con el bebé está tan fuerte que sabe lo que siente y conoce las necesidades de su hijo despojándose de sus intereses, pero este es un proceso que va desapareciendo a medida que la madre se adapta al rol, y recupera el interés por ella mismo, lo que quiere decir que la madre está apta para el cuidado de su bebé.

En ocasiones la madre no puede superar este proceso que puede durar entre el último trimestre de embarazo y las primeras semanas de vida del bebé, por lo tanto, no hay una disociación entre sus necesidades y las del bebé, la madre pierde el sentido de su yo despojando sus intereses para centrarse únicamente en las del bebé lo cual inhibe sus deseos y necesidades.

2.1.3.2. Bebé imaginado vs Real

La procreación en la madre implica dar vida a un nuevo ser, por el mismo hecho hay una ilusión y deseo de saber cómo será el bebé, puesto que la madre imagina y construye a este ser en su interior, así como lo afirma Sáez (2015) “Cada madre construye en su mente el bebé que desea, sueña y teme tener. Este proceso imaginado se produce de forma constante en las madres y constituye una forma creativa y útil de prepararse para las situaciones a las que pronto deberá enfrentarse” (Sáez, 2015). La

creación del bebé imaginario cumple la función de sostener emocionalmente a la madre, ya que se imagina al bebé como parte de ella.

Al momento del nacimiento del niño el bebé imaginario desaparece y se enfrenta al real, aquí la madre sufre un duelo ya no es parte de la madre y es el momento en donde debe afrontar las actividades que como madre debe realizarlas, en la cual va a experimentar una angustia de no ser lo suficientemente buena para el cuidado del bebé y piensa que no es capaz de cubrir todas las necesidades de su hijo.

Aquí la madre puede ser lo suficientemente buena generando una identificación con el bebé dentro de los primeros días, así como menciona Winnicott, (1991). una adaptación adecuada es cubrir las necesidades del bebé sin presentar inconveniente alguno, en cambio la madre insuficientemente buena, es impredecible por que al principio se adapta adecuadamente y después no existe una adaptación, hay tendencia a la negligencia por lo tanto provoca carencia en la satisfacción de necesidad.

2.1.3.3. Apoyo social en la adaptación al rol materno

El apoyo social en el proceso de adaptación al rol materno, Kahn (1979) definen el apoyo social como transacciones interpersonales que incluyen uno o varios de los

siguientes: expresión de afecto positivo de una persona hacia otra, la afirmación o respaldo de los comportamientos de otra persona, percepciones o puntos de vista expresados y la entrega de ayuda material o simbólica a otra (Muñoz, 2006). El apoyo social de una persona hacia la otra, brinda seguridad y confianza proporcionándole bienestar a la persona.

El apoyo social puede brindarse en diferentes áreas como lo menciona Enriquez (2015) las áreas son:

- Apoyo emocional: Es la posibilidad de compartir sentimientos, pensamientos y experiencias personales, desempeñando un importante rol en el bienestar y salud emocional de las personas, el apoyo emocional genera en la otra persona estrategias de afrontamiento a los distintas demandas del entorno.
- Apoyo informativo: Ayuda a la persona a ayudarse a sí mismo, por lo que le proporciona información que le será útil para la salud de la madre y del bebé.
- Apoyo físico: Es un tipo de ayuda directa, por lo tanto, es necesaria la presencia de la persona junto a la madre, se deberá ejecutar de manera directa las enseñanzas impartidas.

- Apoyo de valoración: Es un apoyo en donde se evalúa a la madre para ver cómo está llevando su nuevo rol en relación con otras personas que interpretan el mismo rol.

La madre al enfrentarse a las necesidades del bebé y al interés en cuanto a la crianza y al cuidado del bebé de manera excesiva pierde su interés propio disminuyen su autoestima generando síntomas de ansiedad y depresión

2.2. SÍNTOMAS ANSIOSOS DEPRESIVOS

2.2.1. Ansiedad

La ansiedad se considera como algo negativo, pero la presencia de ésta, permite que el organismo active la alerta ante situaciones estresantes o situaciones que se considera como amenazantes, la ansiedad es considerada como respuesta emocional que puede cambiar según el estímulo activador, presentando diferentes síntomas como: sentimientos de inquietud, recelo, miedo y nerviosismo, la mayor parte se asocia con preocupaciones excesivas y se considera como expectación aprensiva

La ansiedad también se puede presentar en diferentes etapas de la vida, así como en el transcurso del embarazo y aún después de éste la madre debe desarrollar un proceso de

adaptación, este cambio de rol en la mujer genera ansiedad al vivir cosas nuevas y diferentes a las habituales, así como menciona Torres (2004)

en el embarazo un cierto nivel de ansiedad es necesario, debido a que estimula a la mujer a encontrar herramientas en su interior y exterior, para enfrentar este proceso, sin embargo en algunas situaciones la mujer se siente inútil, en su forma de pensar y en su forma de actuar y puede interferir seriamente en las actividades diarias de la vida, ser incapaz de enfrentar el embarazo y el cuidado de su persona, lo que puede tener repercusiones tanto en la salud física y mental de ella como de su bebé.

Es así, que la madre frente a situaciones desconocidas, reacciona de distintas maneras, y presenta respuestas cognitivas y fisiológicas, pero la ansiedad puede ir desde lo normal hasta considerar a la ansiedad como amenazante, donde los síntomas son más frecuentes y provocan malestar en la vida cotidiana de la madre.

Es así que a la ansiedad se divide en ansiedad como rasgo y ansiedad como estado así como menciona Ries, Castañeda, Campos , & Del Castillo (2012) que la ansiedad como rasgo es inferida por la frecuencia en la que aparece en el individuo experimentando aumentos en la ansiedad, por lo tanto, la ansiedad no se presenta directamente en la conducta. Es así que la ansiedad-rasgo percibe en mayor frecuencia las situaciones como amenazantes, lo que refiere que existe una predisposición mayor ante la ansiedad-estado de forma más frecuente o con mayor intensidad. Es así que la ansiedad rasgo se

presenta de manera frecuente y la persona está predispuesta ante situaciones leves o graves a presentar sintomatología ansiosa.

En cuanto a la ansiedad como estado, hace referencia a un estado emocional transitorio y fluctuante en el tiempo, lo cual genera circunstancias amenazantes. Así como menciona Guillamón, (2004) "El nivel de un estado de ansiedad debería ser alto en circunstancias que sean percibidas por el individuo como amenazantes y bajo en situaciones no amenazantes, o en circunstancias en que, aun existiendo peligro, éste no es percibido como amenazante". En la ansiedad como estado el cuerpo y la mente están hiper reactivos frente a situaciones de peligro las cuales son generadas por preocupaciones temporales de la persona.

2.2.2. Depresión

Los seres humanos se comunican de manera emocional, expresando reacciones frente a estímulos positivos o negativos, es por eso que cuando se presentan situaciones estresantes las reacciones se manifiestan de manera emocional. Pues es así que la depresión aparece en circunstancias que provocan malestar presentando síntomas de "tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración (OMS, 2016). Estos síntomas que aparecen en la depresión pueden ser preocupantes cuando el tiempo de presencia es prologando, pues es aquí donde los síntomas causan malestar en la vida de la persona.

Es así que en el embarazo siendo un cambio en la vida de la mujer, presenta depresión “inmediatamente después del parto, debido a los cambios hormonales y a otros cambios físicos que acompañan el embarazo, el parto y el período inmediato al posparto” (Campbell, 2010). Pero en ocasiones estos síntomas no desaparecen y se prolongan durante los primeros años de vida del hijo, por lo que la crianza provoca en las madres episodios depresivos.

La presencia de depresión en el embarazo y después del mismo es influenciada por aspectos biológicos y psicosociales. En cuanto a los aspectos biológicos se manifiesta que en; el postparto se produce un descenso de estrógenos y progesterona, la cual desencadena cambios en el estado de ánimo y por lo tanto influye en la adaptación a su nuevo rol. Los aspectos psicosociales pueden ser un factor de riesgo para la presencia de depresión durante el postparto, este trastorno de depresión se asocia con factores desencadenantes como; rupturas amorosas, falta de preparación psíquica para el mismo, pérdida del trabajo, muerte de un ser querido, migración, bajos niveles de apoyo social y una historia previa de depresión (Navas, 2013). Estos factores pueden determinar la presencia de la depresión, la cual puede aparecer de diferentes grados y puede afectar de manera leve o grave a la madre, dependiendo de la intensidad de la depresión se producirá o no la adaptación a rol adecuado.

CAPITULO III

3. MARCO METODOLÓGICO

3.1. Metodología de la investigación

3.1.1 Paradigma y tipo de la investigación

Esta investigación corresponde a un estudio de tipo descriptivo en ésta “se destacan las características o rasgos de la situación, fenómeno u objeto de estudio” (Sierra, Tipos más usuales de Investigación, 2012). El mismo permite conocer las características de cada variable y analizar cada una de manera detallada, como sus causas y características, con el fin de analizar los resultados y obtener aportes significativos. La investigación tiene características exploratorias ya que implica indagar información preliminar sobre la adaptabilidad al rol y su influencia en los síntomas ansiosos depresivos por lo tanto estas variables no han sido aún estudiadas en este tipo de población.

Por último, el presente trabajo es correlacional ya que se basó en la correlación de la adaptabilidad al rol materno y los síntomas ansiosos depresivos mediante esta correlación se puede obtener los resultados esperados, por medio de éstos se podrá comprobar la hipótesis planteada.

3.1.2 Método Aplicado

La investigación se basó a un estudio descriptivo correlacional y de corte trasversal.

3.1.3 Técnicas e Instrumentos

Técnicas.-

En la presente investigación se utilizó como técnica la entrevista psicológica, la cual nos proporcionó la información específica de la muestra, la misma que es necesaria para el análisis de las variables.

Además, se utilizó técnicas psicométricas, con instrumentos de medición para obtener resultados cuantitativos dependiendo de la confiabilidad y validez de cada instrumento, la técnica psicométrica se utilizó para las variables: adaptación al rol materno y síntomas ansiosos depresivos.

Instrumentos.-

- **Ficha socio-demográfica:** se utilizó la ficha con la finalidad de obtener datos sociodemográficos de la población como: Edad, sector, ocupación, estado civil, nivel socio económico. Además, se obtuvo datos familiares tales como: rol de pareja, cuidados del hijo, reacción al enterarse de su embarazo, número de hijos.

(Anexo 2)

- **Escala de Adopción del Rol Materno (A.R.M).** Es un cuestionario creado por María del Carmen Garrido Hidalgo y Marleny Marchán Coronado en 2011 en la ciudad de Trujillo- Perú, la cual permite evaluar la adaptabilidad de la madre en cuanto al rol materno, esta escala comprende 56 Ítems, los cuales se dividen en 10 dimensiones ubicadas en los Factores A: Microsistema, B: Mesosistema y C: Macrosistema. En la tabla número 3.1, se detalla cada una de las dimensiones, en que factor se encuentra y que ítems pertenecen a cada dimensión (Anexo 3)

Tabla 3 1
Factores y dimensiones del ARM.

Factor	Dimensión
A Basado en la relación Madre-Hijo y en las características propias de ambos que influyen de forma significativa para que se dinamice el rol materno	II “Aceptación del Bebé”
	III “Contacto con el rol de madre”
	IV “Estimulación del Bebé” .
	VII “Expresiones maternas de afecto hacia el bebé”
B Basado en el entorno inmediato de la madre que influye en la adopción del rol materno, aunque no incluya en su estructura ni a la madre ni al bebé.	VIII “Bienestar del Bebé”
	IX “Preocupación y protección del bebé”.
	I “Interacción con la pareja respecto al bebé” V “Interacción con la Familia de Origen respecto al bebé”
C Basado en los aspectos sociales y culturales que influyen en la percepción de la maternidad.	VI “Cuidados al bebé”
	X “Conocimiento y cultura relacionados al bebé”

Fuente: Garrido & Marleny (2010)

Según Garrido & Marleny (2010) en su investigación Adopción al rol materno en madres primerizas, la Confiabilidad Alfa de Cronbach de 0.94 del cuestionario lo cual permite la aplicación del mismo siguiendo el procedimiento para la calificación.

- ***Inventario de Ansiedad Rasgo – Estado (IDARE)***: Fue elaborado por Spielberger, Gorsuch y Lushene 1966 evalúa dos formas relativamente independientes de la ansiedad: la ansiedad como estado y la ansiedad como rasgo cada una de ellas tiene 20 ítems, hay 10 ítems positivos de ansiedad y 10 negativos. (Anexo 5)

Para la calificación se debe conocer el puntaje alcanzado en cada ítem, proporciona una puntuación de ansiedad como estado y otra de ansiedad como rasgo, que son valores de 20 a 80 puntos.

Los reactivos positivos y directos para la ansiedad en la escala de ansiedad-estado son: 3,4,6,7,9,12,13,14,17 y 18 los negativos son: 1,2,5,8,10,11,15,16,19,20

En la escala ansiedad-rasgo los ítems positivos son: 22,23,24,25,28,29,31,32,34,35,37,38,40. Los negativos son: 21,26,27,30,33,36,39.

En cuanto a la validez y a la confiabilidad del cuestionario, Sergio , Graciela, Noemí , & Sotelo, (2012) menciona que por medio de su consistencia interna usando el método del Alpha de Cronbach. Para Ansiedad-Estado se obtuvo un alfa total de .908 y para Ansiedad-Rasgo el alfa total fue menor, de .874.

- ***Inventario de Depresión Rasgo – Estado (IDERE)***: este instrumento que se utilizó para la depresión en el año 1966, el cual evalúa depresión como estado y como rasgo, tiene 20 ítems y dependiendo la puntuación se coloca entre los niveles: alto, medio y bajo. (Anexo 5). Según Carbonell, y otros (2012) consistencia interna para ambas subescalas del IDERE (correlaciones ítem-ítem e ítem-escala con niveles de significación entre .05 y .01 para todas las asociaciones, y coeficiente alfa de Cronbach de .78 para la escala de depresión rasgo y de .79 para la escala de depresión como estado. Por lo tanto la aplicación del cuestionario es factible en la presente investigación.

3.1.4. Población y Muestra

La población de interés para la presente investigación comprende a madres que acuden al Centro de Salud Ingahurco Ambato Área 1 que atraviesan por el primer año de maternidad y cuya edad promedio oscila entre los 16 y 45 años de edad. Por lo tanto, el número total de casos de interés bordea los 50 casos. Para la realización de la presente investigación será necesario un proceso de aplicación y se lo realizará al total de casos de interés para la comprobación de la hipótesis.

Los parámetros para considerar una adecuada inferencia estadística de los resultados comprenden una confiabilidad del 95%, un margen de error del 5% y un cálculo de probabilidad de ocurrencia y no ocurrencia del 50%, la selección de los participantes se los realizara a través de un muestreo no probabilístico, según lo mencionado por Avila,

(1999) "en la muestra no probabilística la selección de las unidades de análisis dependen de las características, criterios personales, etc. del investigador" (p. 89). Por lo tanto, la selección de la muestra se lo realiza aleatoriamente dependiendo los criterios del investigador.

3.1.5. Procedimiento Metodológico

Para la presente investigación, se realizó primeramente la fundamentación teórica en el cuál se sintetizó y se analizó la información correspondiente las cuales abarcan cada variable. Subsiguiente a ello, se escogió los reactivos para cada variable, los cuales son: Escala de Adopción del Rol Materno (A.R.M) y los Inventarios de Ansiedad Estado-Rasgo y Depresion Estado-Rasgo

Para verificar la confiabilidad de los instrumento se realizó y aplicó una prueba piloto a 20 madres que acuden al Centro de Salud, dando como resultado en la Escala de Adopción del Rol Materno (ARM) un Alfa de Cronbach (α) de .94 que determina un nivel adecuado de consistencia interna y validez.

CAPÍTULO IV

4. ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1. Análisis sociodemográfico de los participantes

Dentro de este apartado se realiza el análisis sociodemográfico de las características de la población de estudio tomando en cuenta los resultados obtenidos de la ficha sociodemográfica tanto de las variables individuales como familiares.

La valoración se realizó mediante una evaluación psicológica a 50 madres que se encuentran en la etapa post neonatal, las cuales acudieron al Centro De Salud Número1 de Ingahurco en la ciudad de Ambato durante el periodo Octubre- Febrero 2017.

4.1.1 Análisis sociodemográfico de las variables individuales

Los resultados obtenidos de las variables edad, sector de domicilio, nivel de estudio, trabajo, estado civil y nivel socioeconómico, son sometidos a análisis dentro de esta sección.

Las variables cuantitativas se encuentran representadas a través de la media (M) y la desviación estándar (Ds); mientras que las variables cualitativas se muestran mediante la frecuencia (f) y la representación porcentual (%) (ver tabla 4.1)

Tabla 4. 1 *Análisis descriptivo de las características socio-demográficas de la muestra*

<i>Variables</i>	<i>Media</i>	<i>Desv. Est.</i>
Edad	24.32	5,23
	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Sector</i>		
Urbano	11	23%
Rkural	38	77%
<i>Nivel de estudio</i>		
Primaria	5	10%
Secundaria	31	62%
Universitaria	14	28%
<i>Actualmente trabaja</i>		
Si	16	32%
No	34	68%
<i>Estado civil</i>		
Soltera	14	28 %
Casada	23	46 %
Unión libre	12	24 %
Divorciada	1	2 %
<i>Nivel socio-económico</i>		
Bajo	3	6 %
Medio bajo	10	20 %
Medio	31	62 %
Medio alto	6	12 %
Alto	0	0 %

Nota: *n= 50 observaciones*

Los resultados obtenidos del análisis realizado muestran que la edad de la población de la presente investigación presenta una media de $M= 24.32$ años y una desviación de $Ds= 5.23$. Por lo tanto, estos resultados coinciden con los datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC, 2013) lo cual mencionan que la salud sexual y reproductiva de la población ecuatoriana oscila desde los 15 años hasta los 49 años

En lo que corresponde a la variable sector de domicilio, se halló que el 23% de la población reside en el sector urbano; mientras que el 77% restante se encuentra viviendo en la parte rural de la ciudad (ver figura 4.1).

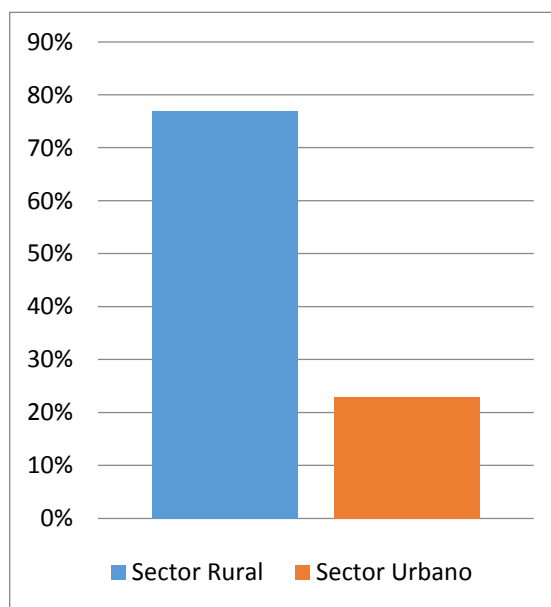


Figura 4. 1: *Distribución de los participantes de acuerdo al sector en donde viven*

En la Figura 4.1 los resultados indican que existe un predominio de participantes que provienen del sector urbano de la ciudad. por lo tanto, coinciden con lo mencionado

en La Hora (2016); los registros presentan mayor incidencia de embarazos en el sector rural y en menor porcentaje en el sector urbano ya que existen campañas de prevención de embarazos adolescentes en los cuales, imparten información de métodos anticonceptivos, al contrario, en el sector rural el tema de sexualidad es inhibido y hay escasa comunicación en cuanto al mismo.

El análisis de la variable nivel de estudios, muestra que el 10% de las participantes han culminado la primaria, el 28% la universidad y el 62% la secundaria (ver figura 4.2).

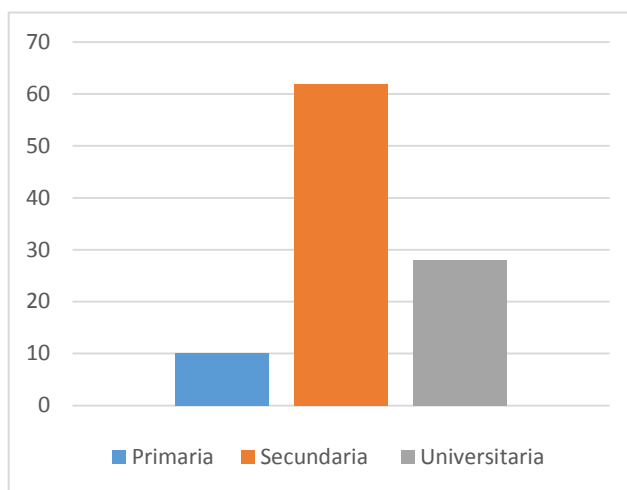


Figura 4. 2: *Distribución de los participantes de acuerdo al nivel de estudio*

La figura 4.2 señala que el mayor porcentaje de las participantes ha culminado la secundaria, seguido por quienes han finalizado sus estudios universitarios, coincide con la investigación realizada por el Ministerio de planificación (2011) las mujeres

abandonan los estudios secundarios y no continúan con los estudios superiores por demanda de actividades de su nuevo rol.

Tomando en consideración al variable trabajo, los resultados obtenidos del análisis arrojaron que el 32% de las integrantes del estudio actualmente sí trabajan, mientras que el 68% no lo hace (ver figura 4.3).

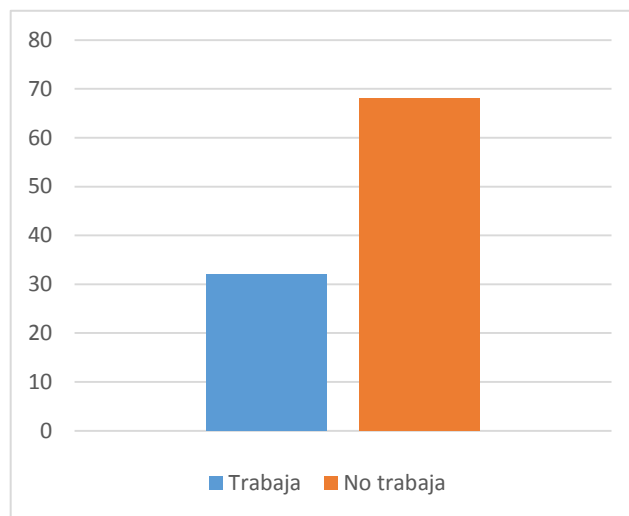


Figura 4.3: *Distribución de los participantes de acuerdo a la situación laboral*

De forma general, el gráfico expuesto previamente refleja que en el grupo de las participantes de la investigación existe un gran porcentaje de madres que no trabajan actualmente y se dedican a los cuidados del hogar, y a su vez muestra que el porcentaje restante se dedica a actividades fuera de casa.

Dichos resultados coinciden con un estudio realizado en Chile por el Ministerio de planificación INJUV (2011) ”en las zonas rurales preferentemente prevalecen imágenes de género tradicionales que sitúan a la mujer en el hogar, al cuidado de los hijos y de las labores domésticas; en estos casos, el trabajo doméstico es naturalizado y se percibe como la mayor expectativa” (p. 79). El contexto social y las tradiciones en cuanto al género, influyen para que el trabajo se lo realice dentro de casa, dedicándose a las labores domésticas y a la crianza de los hijos inhibiendo la posibilidad del trabaja fuera de este.

Con respecto al estado civil de las participantes, se encontró que el 2% están divorciadas, el 24% viven en unión libre con su pareja, el 28% permanecen solteras y el 46% actualmente están casadas (ver figura 4.4).

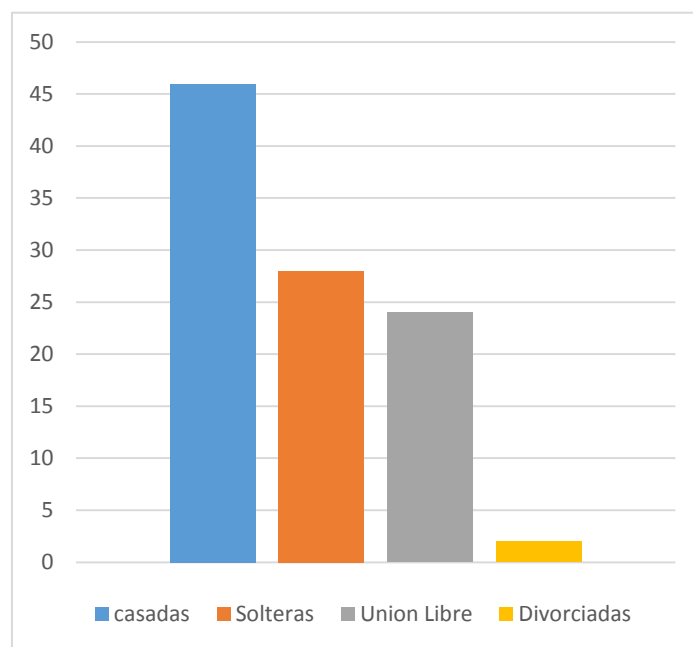


Figura 4.4: Distribución de los participantes de acuerdo a la

situación laboral

Los datos extraídos de esta variable se encuentran representados en el gráfico anterior, en el cual se aprecia el predominio de integrantes casadas, y en un porcentaje mínimo se encuentran aquellas participantes que en la actualidad están divorciadas. Lo cual coincide con los resultados del INEC (2014) que presenta el 45.29% de mujeres casadas en la región sierra siendo la región con mayor número de mujeres casadas.

Dentro de la variable nivel socioeconómico se halló como resultados que el 6% de las participantes posee un nivel bajo, el 12% medio alto, el 20% medio bajo y el 62% restante se encuentra en un nivel socioeconómico medio (ver figura 4.5).

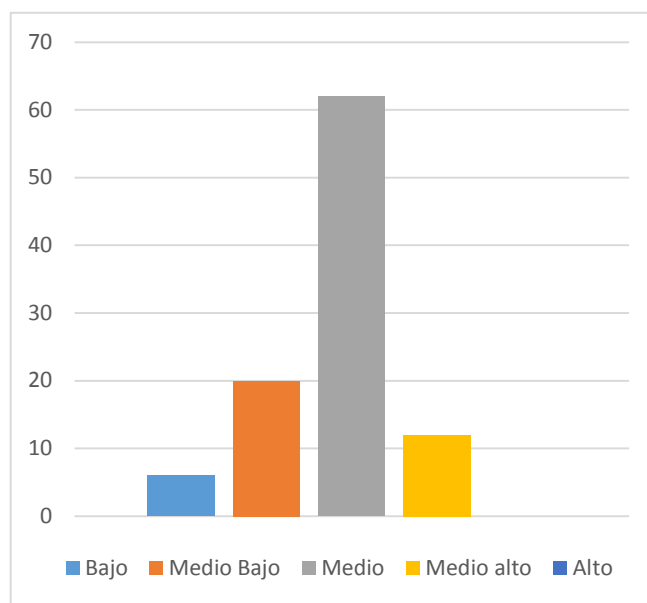


Figura 4.5: *Distribución de los participantes de acuerdo al nivel socioeconómico*

En la figura anterior se observa de manera global que el nivel socioeconómico que predomina en las participantes de la investigación es el nivel medio; mientras que en una mínima cantidad se encuentran las personas que poseen un nivel bajo. Así como coincide la investigación realizada por (INEC, 2017) a 9744 personas en las ciudades de Quito, Guayaquil, Cuenca, Machala y Ambato, en la cual se determinó el 83 % de los ecuatorianos están en un estrato económico medio

4.1.2 Análisis sociodemográfico de las variables familiares

El análisis de las variables familiares arroja datos que reflejan la relación interfamiliar y su dinámica, la cual está involucrada en la adaptación al rol maternal.

A continuación, se muestra el análisis realizado de las variables familiares, dentro de las cuales se encuentran cuidados del hijo, tiempo que dedica a su hijo, reacción al enterarse del embarazo. Los datos se muestran mediante frecuencias (*f*) y porcentajes (%) (ver tabla 4.2)

Tabla 4. 2

Análisis descriptivo de las características familiares

<i>Variables</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Cuidados del hijo</i>		
Niñera	6	12%
Familia materna	35	70%
Familia paterna	9	18%
<i>Tiempo que dedica a su hijo</i>		
Todo el día	22	44%
Solo la mañana	9	18%
Solo la tarde	19	38%
<i>Reacción al enterarse del embarazo</i>		
Felicidad	23	46%
Enojo	8	16%
Asombro	19	38%
<i>Rol de pareja</i>		
Si	40	80%
No	10	20%

Nota: *n= 50 observaciones*

En referencia a la variable cuidados del hijo, los datos extraídos dieron como resultado final que el 12% de las participantes a cargo de una niñera; el cuidado del 18% lo lleva a cabo la familia paterna mientras que del 70% restante lo hace la familia materna (ver figura 4.6).

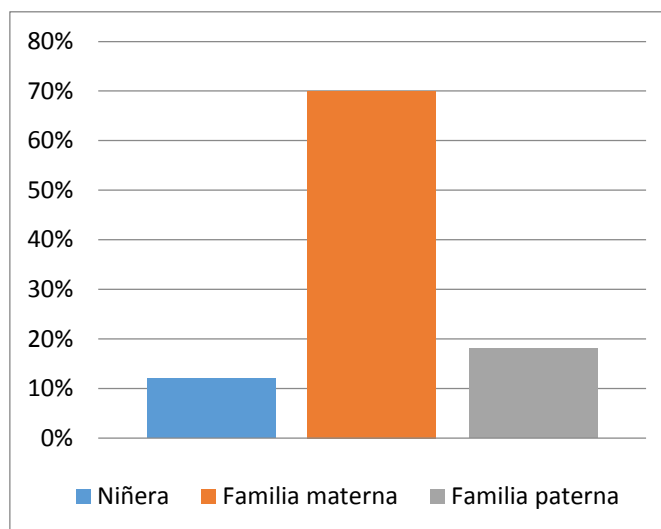


Figura 4.6: *Distribución de los participantes de acuerdo a los cuidados del hijo*

De forma muy clara se observa que el cuidado de los niños dentro de este grupo de participantes está en manos de la familia de la madre, seguido de la familia del padre con un porcentaje mínimo. Según Papalia (2004) la mayor parte de familias en la actualidad, papá y mamá trabajan, por lo tanto existe dificultad en conciliar la vida familiar con la laboral, es así que los abuelos son las personas de confianza que ayudan con el cuidado de los niños impartiendo su verdadero cariño.

Se encontró además que el 18% de las mujeres evaluadas les dedican tiempo a sus hijos únicamente en la mañana, el 38% lo hace en la tarde y el 44% todo el día (ver figura 4.7).

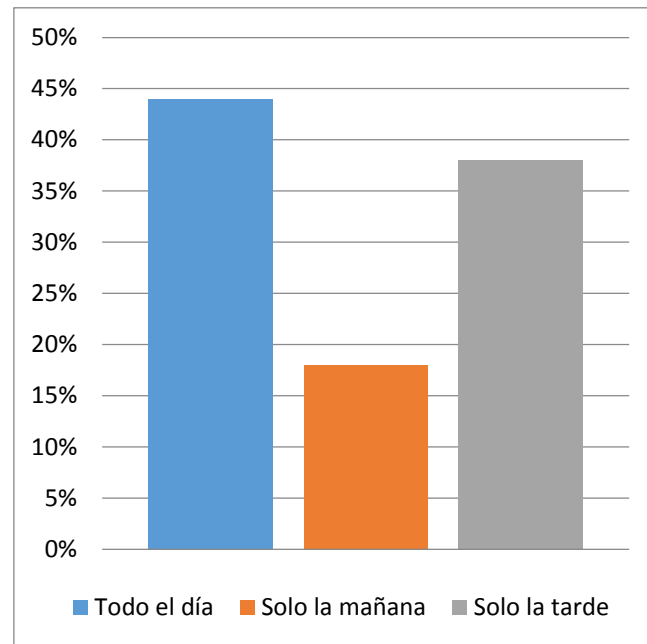


Figura 4. 7: *Distribución de los participantes de acuerdo al tiempo que dedican a sus hijos*

Muestra una prevalencia de las integrantes que comparten todo el día con sus hijos, siendo las de menor porcentaje aquellas madres que les dedican tiempo únicamente en la mañana. Los datos concuerdan con el análisis de horas trabajadas por las participantes, puesto que el 68% no trabajan y el 32% si lo hacen, por consiguiente la mayor parte de participantes dedican todo el día al cuidado de su hijo y las participantes que trabajan lo hacen de 5 a 8 horas al día.

Dentro de la variable reacción al enterarse del embarazo, se encontró que el 16% reaccionó con enojo, el 38% mostró asombro y el 46% felicidad (ver figura 4.8).

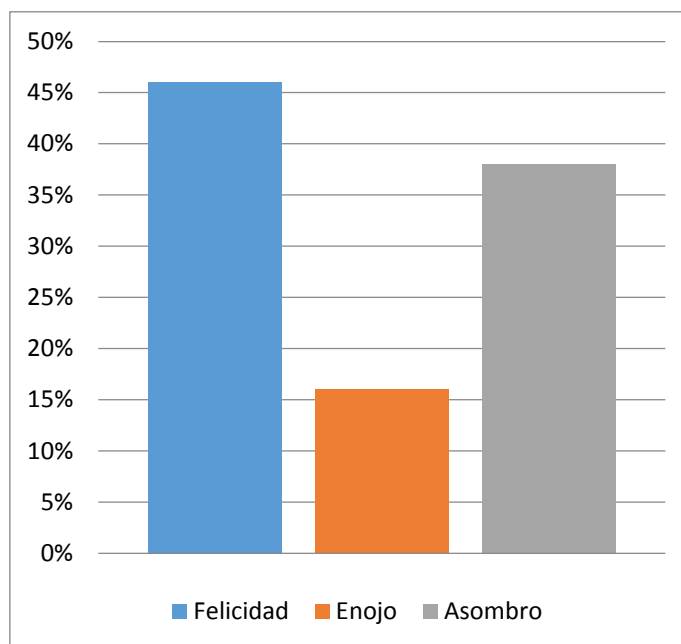


Figura 4.8: *Distribución de los participantes de acuerdo a la reacción al enterarse del embarazo*

Se observa que la reacción de mayor porcentaje dentro de las madres evaluadas fue de felicidad, estos resultados se relacionan con el análisis del lugar que ocupa el hijo menor de un año y se considera que el 76% son hijos primerizos, por esta razón la reacción que se manifestó fue de felicidad, así como lo afirma Puyana & Mosquera (2005) las reacciones que presenta ante el embarazo primerizo son "sentimientos de felicidad, de dicha infinita o de plenitud. Dichas expresiones representan la concreción del principio por el cual se considera que la mujer se realiza como ser social al procrear (p.10)". La reacción de felicidad se da al momento que la mujer entiende qué es un ente que puede procrear y dar vida a otro ser humano. El 16% presentó reacción de enojo lo cual coincide con Winkler, Pérez, & López (2005) que la reacción del entorno más inmediato que son los padres especialmente de los jóvenes presenta una reacción de

enojo. Esta reacción se da por la edad en la que tienen los futuros padres al no haber maneado con responsabilidad la sexualidad.

4.2. Análisis de la adaptabilidad al rol materno

Debido a que este constructo es de gran importancia, actualmente se han desarrollado e implementado varios reactivos cuyo fin es medir la variable de interés. En esta ocasión se utilizó el cuestionario de Adaptación al Rol Materno.

4.2.1. Análisis de fiabilidad del cuestionario Adopción al rol materno (ARM)

Este análisis se desarrolló con el objetivo de conocer y comprobar el grado de fiabilidad del cuestionario, para lo cual se empleó el coeficiente de fiabilidad Alfa de Cronbach (α) (ver tabla 4.3).

Tabla 4. 3 Análisis de del cuestionario ARM

<i>Dimensiones</i>	<i>Ítems</i>	<i>Alpha</i>	
		<i>Garrido y Marchan, 2010</i>	<i>Lascano 2017</i>
Interacción con la Pareja respecto al Bebé	5 ítems	.942	.914
Aceptación del bebé	10 ítems	.840	.749
Contacto con el rol de madre	6 ítems	.830	.755
Estimulación del bebé	7 ítems	.837	.846
Cuidados del bebé	3 ítems	.661	.614
Expresiones maternas respecto al bebé	5 ítems	.747	.757
Bienestar del bebé	5 ítems	.747	.667
Preocupación y protección del Bebé	5 ítems	.616	.737

Conocimiento y Cultura respecto al bebé	5 ítems	.677	.575
TOTAL	56 ítems	.947	.753(x)

Nota: $n= 50$ observaciones

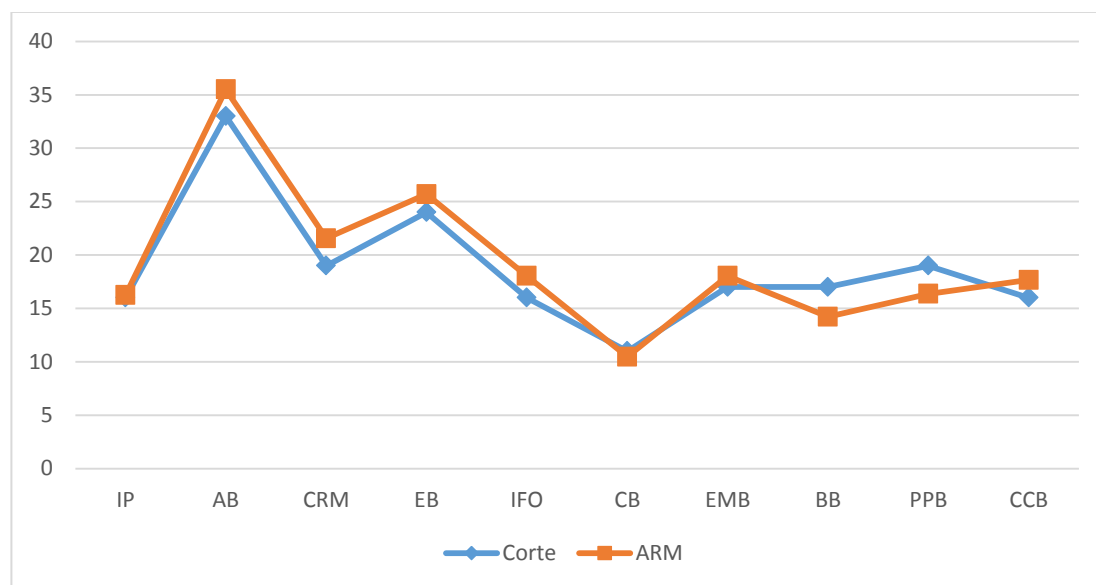
La dimensión “interacción con la pareja respecto al bebé” presentó un coeficiente de fiabilidad (α) alto con cinco ítems $\alpha = .914$, Por otra parte, el alfa (α) en la dimensión “aceptación del bebé” fue media alta $\alpha = .749$ El coeficiente de fiabilidad en “contacto con el rol de madre” fue medio alto $\alpha = .755$. A su vez, en la dimensión “estimulación del bebé” se encontró un alfa (α) de $\alpha = .846$ equivalente a alto. En la dimensión “cuidados del bebé” el alfa (α) que se encontró fue de $\alpha = .614$ equivalente a un índice moderado.

Además, se encontró un coeficiente de fiabilidad (α) de tipo medio alto en la dimensión “expresiones maternas respecto al bebé” $\alpha = .757$. Con respecto a la dimensión “bienestar del bebé” el alfa (α) fue de tipo moderado $\alpha = .667$. Dentro del factor “preocupación y protección del bebé”, se halló un coeficiente de fiabilidad (α) moderado $\alpha = .737$. El coeficiente de fiabilidad (α) en la dimensión “conocimiento y cultura respecto al bebé” fue moderado $\alpha = .575$.

El alfa de las dimensiones del ARM por medio del análisis presento un nivel moderado de confiabilidad y validez interna del cuestionario por lo tanto son adecuados y aptos para el estudio.

4.2.2. Análisis descriptivo de la adaptabilidad al Rol Materno

A continuación, se presentan los puntajes descriptivos obtenidos en el análisis de los nueve componentes del ARM para conocer la dinámica comportamental con respecto a la adaptabilidad al rol materno de la madre (figura 4.9)



Clave: **IP:** Interacción con la Pareja respecto al Bebé; **AB:** Aceptación del bebé; **CRM:** Contacto con el rol de madre; **EB:** Estimulación del bebé; **IFO:** Interacción con familia de origen **CB:** Cuidados del bebé; **EMB:** Expresiones maternas respecto al bebé; **BB:** Bienestar del bebé; **PPB:** Preocupación y protección del Bebé; **CCB:** Conocimiento y Cultura respecto al bebé

Figura 4. 9: Análisis comparativo de los componentes del ARM entre el grupo de adolescentes y el grupo de jóvenes adultas

La figura muestra que las dimensiones; interacción con la pareja al respecto del bebé, aceptación del bebé, contacto con el rol de madre, estimulación del bebé e interacción con familia de origen, son dimensiones que están por encima del corte lo que significa que hay mayor adaptabilidad en estas dimensiones, en cuanto a las dimensiones: cuidados del bebé, bienestar del bebé, preocupación y protección del bebé se ubican por debajo del corte.

Se realizó un estudio comparativo por grupos considerando la etapa de vida en el que se encuentran: a) el grupo de adolescentes tardíos (12 casos); y b) los grupos de jóvenes adultos (38 casos). En este análisis se contrastan los datos de los grupos a través de la prueba *t de student (t)* para conocer si se presentan o no diferencias estadísticamente significativas (ver tabla 4.4).

Tabla 4. 4 Análisis comparativo por etapa de vida del cuestionario ARM

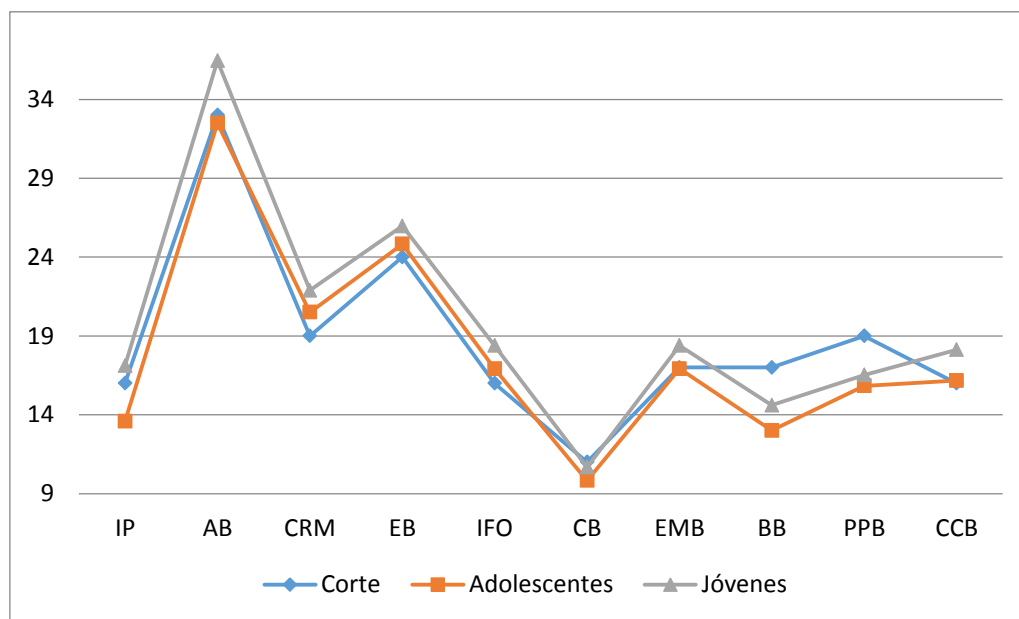
<i>Dimensiones</i>	<i>Adolescentes</i>		<i>Jóvenes</i>		<i>Contraste</i>
	<i>Media</i>	<i>Desv.</i>	<i>Media</i>	<i>Desv.</i>	<i>t</i>
Interacción con la pareja respecto al bebé	13,58	5,99	17,11	3,85	-2,40; 0,020
Aceptación del bebé	32,5	6,37	36,45	4,1	-2,53; 0,015
Contacto con el rol de madre	20,5	4,25	21,89	2,61	-1,38; 0,176
Estimulación del bebé	24,83	5,91	25,97	2,5	-0,96; 0,341
Interacción con familia de origen	16,92	4,21	18,39	1,82	-1,73; 0,089
Cuidados del bebé	9,83	3,07	10,68	1,88	-1,43; 0,160
Expresiones maternas respecto al bebé	16,92	4,21	18,39	1,82	-1,73; 0,089
Bienestar del bebé	13	3,79	14,61	1,59	-2,12; 0,039
Preocupación y protección del bebé	15,83	3,43	16,53	1,06	-1,11; 0,273
Conocimiento y cultura respecto al bebé	16,17	3,24	18,13	2,2	-2,39; 0,021
ARM global	180,08	35,96	198,16	13,9	-2,59; 0,013

Nota: $n= 50$ observaciones

Se encontraron que en los componentes internos del ARM existen diferencias significativas ($p < 0,05$) entre el grupo de adolescentes y el grupo de jóvenes adultas. Así es el caso del componente de Interacción con la pareja respecto al bebé con valores de $M_{(ad.)} = 13,58$ puntos; $Ds = 5,99$ y $M_{(jov.)} = 17,11$ puntos; $Ds = 3,85$ con diferencias de $t = -2,4$; $p < 0,05$. De igual manera en el componente de aceptación al bebé con resultados de $M_{(ad.)} = 32,5$ puntos; $Ds = 6,37$ y $M_{(jov.)} = 36,45$ puntos; $Ds = 4,1$ y con diferencias de $t = -2,53$; $p < 0,05$.

En el componente de Bienestar del bebé los hallazgos son de $M_{(ad.)} = 13$ puntos; $Ds = 3,79$ y $M_{(jov.)} = 14,61$ puntos; $Ds = 1,59$ en el que se hallaron diferencias significativas de $t = -2,12$; $p < 0,05$. Y en el factor de Conocimiento y cultura respecto al bebé con valores de $M_{(ad.)} = 16,17$ puntos; $Ds = 3,24$ y $M_{(jov.)} = 18,13$ puntos; $Ds = 2,2$ con diferencias de $t = -2,39$; $p < 0,05$.

A más de lo enunciado también en el puntaje global del ARM se encontraron diferencias entre los grupos $t = -2,59$; $p < 0,05$ con puntajes medios de $M_{(ad.)} = 180,08$ puntos; $Ds = 35,96$ y $M_{(jov.)} = 198,16$ puntos; $Ds = 13,9$ (ver Figura 4.10).



Clave: **IP:** Interacción con la Pareja respecto al Bebé; **AB:** Aceptación del bebé; **CRM:** Contacto con el rol de madre; **EB:** Estimulación del bebé; **IFO:** Interacción con familia de origen **CB:** Cuidados del bebé; **EMB:** Expresiones maternas respecto al bebé; **BB:** Bienestar del bebé; **PPB:** Preocupación y protección del Bebé; **CCB:** Conocimiento y Cultura respecto al bebé

Figura 4.10: Análisis comparativo de los componentes del ARM entre el grupo de adolescentes y el grupo de jóvenes adultas

La gráfica muestra que en todos los casos referidos previamente los puntajes del grupo de jóvenes adultos son superior a los puntajes del grupo de adolescentes tardíos. Es decir que dan muestras de un mejor perfil y de mayor adaptabilidad al rol materno en especial en las áreas de Interacción de la pareja con respecto al bebé, la aceptación del bebé, el bienestar del bebé y el conocimiento y cultura respecto al bebé debido a que las diferencias son significativamente superiores en términos estadísticos. Así como lo afirma Ortiz, Borre, Carrillo , & Guitierrez, (2006) ‘El embarazo durante la adolescencia se acompaña de niveles de estrés más altos que los evaluados en madres de

edad adulta por diversos factores'' (p.74). Hay mejor adaptabilidad entre mayor edad tenga la madre puesto que es más estable emocionalmente que la madre adolescente, ya que esta atraviesa por cambios que no son comunes dentro de su edad.

4.2.3. Nivel de adaptabilidad al Rol Materno

El análisis en cuanto al nivel de adaptabilidad al rol, se obtuvo mediante puntajes que obtuvieron las participantes evaluadas. Garrido & Marchan (2010) ubican en tres niveles de adaptabilidad: nivel alto con puntuaciones entre 203 y 224 puntos, nivel medio con puntuaciones entre 181 y 202 puntos y nivel bajo con puntuaciones entre 56 y 180 puntos.

Tabla 4. 5 *Análisis de los Niveles de adaptabilidad al rol*

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	10	20%
Medio	21	42%
Alto	19	38%

Nota: *n= 50 observaciones*

Los datos obtenidos del análisis arrojaron como resultados que el 20% de las participantes presentan un nivel bajo de adaptabilidad al rol materno; el 38% maneja una adaptabilidad alta y el 42% adaptabilidad media. Al igual que en la investigación realizada por Garrido & Marchan (2010) en la ciudad de Trujillo, menciona que el nivel predominantemente medio de adopción del rol materno es el compuesto por la madre adolescente, su pareja y la familia de origen de ésta.

4.3. Análisis de la ansiedad y depresión de la muestra

4.3.1. Análisis descriptivo y categórico

Se procedió al análisis de las puntuaciones generales que arrojan los instrumentos de depresión y ansiedad con respecto a las condiciones de la muestra. Para ello se procedió al análisis descriptivo tanto de las puntuaciones máximas y mínimas alcanzadas (*Mín.* - *Máx.*), así como la media global alcanzada por el grupo (*M*) y la desviación típica o estándar (*Ds.*). En este caso se estimó los puntajes de la depresión en los factores de estado y de rasgo así como de la ansiedad tanto en el estado como el rasgo (ver tabla 4.6).

Tabla 4. 6 Estadísticos descriptivos de la depresión y ansiedad como estado y rasgo

<i>Componentes</i>	<i>Mín. – Máx.</i>	<i>Media</i>	<i>Desv. típ.</i>
Depresión Estado	35 - 59	43,9	4,43
Depresión Rasgo	17 - 61	40,46	9,34
Ansiedad Estado	20 - 60	39,64	9,44
Ansiedad Rasgo	28 - 61	41,5	9,18

Nota: $n= 50$ observaciones

Como se visualiza en la tabla 4.1 en el componentes de Depresión-estado los puntajes encontrados fueron de *mín-max= 35-59 puntos*, con una media de $M= 43,9$ puntos; $Ds= 4,43$. Mientras que en el componente de Depresión-rasgo se encontraron valores de *mín-máx= 17-61 puntos* y $M= 40,46$ puntos; $Ds= 9,34$.

Por otra parte, en el análisis de la ansiedad, en el componente de Estado se encontraron puntajes de *mín-máx= 20-60 puntos* y $M= 39,64$ puntos; $Ds= 9,44$. A su vez que en el componente de rasgo se obtuvo *mín-máx= 28-61 puntos* y $M= 41,5$ puntos; $Ds= 9,18$

Se procedió a identificar las categorías diagnósticas que ocupan los resultados cuantitativos, a partir de ello se crearon tres categorías para cada uno de los factores (bajo, medio y alto). Los datos en la tabla 4.13 Se presentan por la frecuencia de ocurrencia en la cada categoría y su representación porcentual

Tabla 4. 7 Análisis categórico de la depresión y la ansiedad de las participantes

<i>Depresión</i>				
<i>Categorías</i>	<i>Estado</i>		<i>Rasgo</i>	
	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Bajo	2	4%	14	28%
Medio	39	78%	16	32%
Alto	9	18%	20	40%
<i>Ansiedad</i>				
<i>Categorías</i>	<i>Estado</i>		<i>Rasgo</i>	
	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Bajo	7	14%	3	6%
Medio	28	56%	30	60%
Alto	15	30%	17	34%

Nota: 50 observaciones

Sobre la distribución categórica, en la depresión se encontraron que el 4% presentan niveles bajo, el 78% niveles medios y un 18% niveles elevados de depresión como estado. Por otra parte, en la depresión como rasgo se encontró que un 14% presentan niveles bajos, un 32% niveles medios y un 40% niveles elevados.

Mientras que en la valoración de la ansiedad se encontraron en el campo del componente como estado que un 14% presentan niveles bajos, un 56% niveles medios y un 15% niveles altos. Sobre la característica como Rasgo la distribución encontrada fue de un 6% con niveles bajos, un 60% con niveles medios y un 34% con niveles altos (ver gráficos).

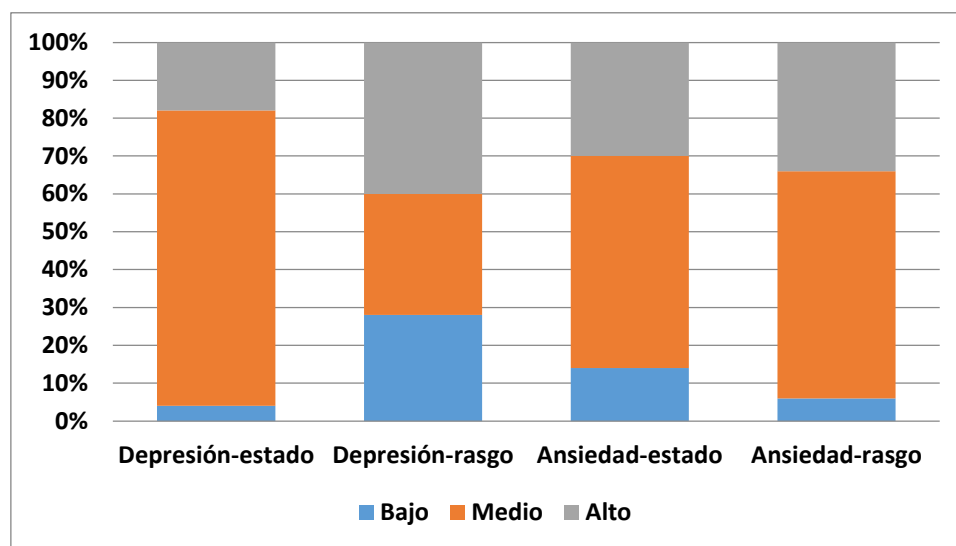


Figura 4. 11: *Distribución de las categorías de la Depresión y la Ansiedad como estado y como rasgo*

En el caso de la depresión, en el componente de estado predomina la categoría de presencia media, seguida por la alta y baja; mientras que en el componente de rasgo predomina el nivel alto, seguido cercanamente por el nivel medio y luego el bajo. Las distribuciones señalan que el componente estado es más significativo la presencia de depresión como una condición más representativa entre las participantes. La depresión como estado está constituida por síntomas depresivos en los cuales están presente los sentimientos de tristeza frente a situaciones de pérdida o amenaza, en cuanto la depresión como rasgo son síntomas frecuentes que están presentes en la vida cotidiana de la persona.

Mientras que, para la ansiedad, se observa en el componente de estado que el medio de presencia es el más representativo, seguido por el nivel alto y bajo; a su vez en el componente de rasgo predomina con una presencia significativa la ansiedad a nivel medio, seguido por el alto y luego el nivel bajo. Los resultados señalan la presencia representativa de ansiedad como media y alta tanto en el rasgo como en el estado de las participantes.

4.3.3. Análisis comparativo por grupos de edad

En esta sección se busca conocer el comportamiento de las puntuaciones tanto del IDERE como del IDARE con respecto a los grupos de edad (adolescentes y adultos jóvenes). Para ello se procedió a un análisis comparativo de las medias de las puntuaciones entre los grupos descritos. La prueba de contraste utilizada fue la prueba *t de student (t)* para conocer si existen o no diferencias significativas (ver tabla 4.8).

Tabla 4. 8 Análisis comparativo por etapa de vida de la depresión y la ansiedad como estado y rasgo

<i>Componentes</i>	<i>Adolescentes</i>		<i>Adultos</i>		<i>t</i>
	<i>Media</i>	<i>Desv. típ.</i>	<i>Media</i>	<i>Desv. típ.</i>	
Depresión Estado	44,83	4,53	43,61	4,42	0,834
Depresión Rasgo	43,75	10,34	39,42	8,90	1,414
Ansiedad Estado	41,92	12,74	38,92	8,22	0,957
Ansiedad Rasgo	42,83	10,73	41,08	8,76	0,573

Nota: *n*= 50 observaciones (Adolescentes: 12; Adultos jóvenes: 38).

Con respecto al análisis de depresión, en el componente de estado se encontraron valores de $M_{(adolescentes)} = 44,83$ puntos; $Ds = 4,53$ y $M_{(adultos)} = 43,61$ puntos; $Ds = 4,42$ y

en el que no se encontraron diferencias significativas $t_{(48)} = 0,834$; $p > 0,05$. Y en lo que respecta al componente de rasgo se obtuvo $M_{(adolescentes)} = 43,75$ puntos; $Ds = 10,34$ y $M_{(adultos)} = 39,42$ puntos; $Ds = 8,9$; sin encontrarse diferencias significativas $t_{(48)} = 1,414$; $p > 0,05$.

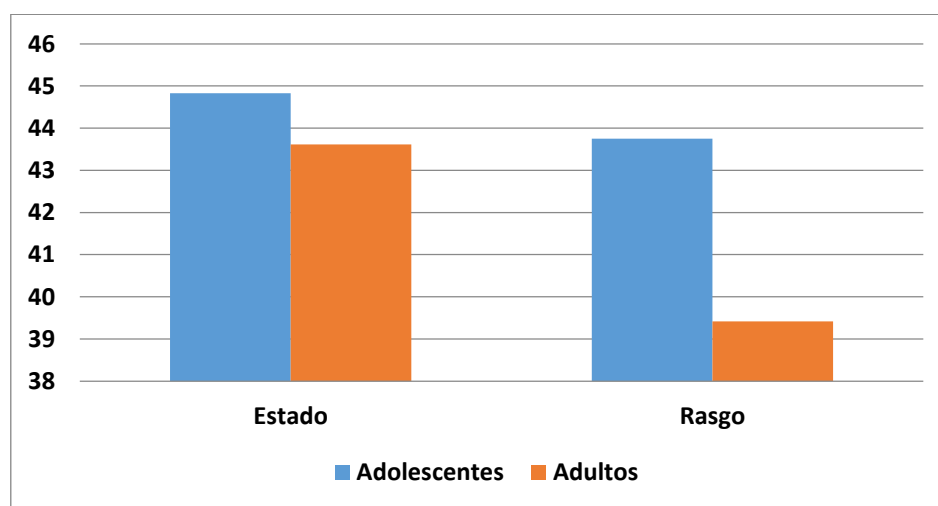


Figura 4. 12: Distribución de las categorías de la Depresión y la Ansiedad como estado y como rasgo

La figura muestra que las puntuaciones con respecto a la depresión como rasgo y estado es ligeramente superior en el grupo de las adolescentes que en el grupo de las jóvenes adultas. Por otra parte, la presencia de depresión como estado se encuentra por encima del punto de corte en los dos grupos, es decir su presencia es significativa, mientras que en el aspecto del rasgo se encuentra por debajo del punto de corte. Se observa que la depresión como estado está más marcado que en el rasgo entre las participantes lo cual no es normativo en el embarazo.

Mientras que en el análisis de la ansiedad, en el componente de estado se hallaron valores de $M_{(adolescentes)} = 41,92$ puntos; $Ds = 12,74$ y $M_{(adultos)} = 38,92$ puntos; $Ds = 8,22$ y en el que no se encontraron diferencias significativas $t_{(48)} = 0,957$; $p > 0,05$. Y en el componente de rasgo se obtuvo resultados de $M_{(adolescentes)} = 42,83$ puntos; $Ds = 10,73$ y $M_{(adultos)} = 41,08$ puntos; $Ds = 8,79$ y sin encontrarse diferencias significativas $t_{(48)} = 0,573$; $p > 0,05$.

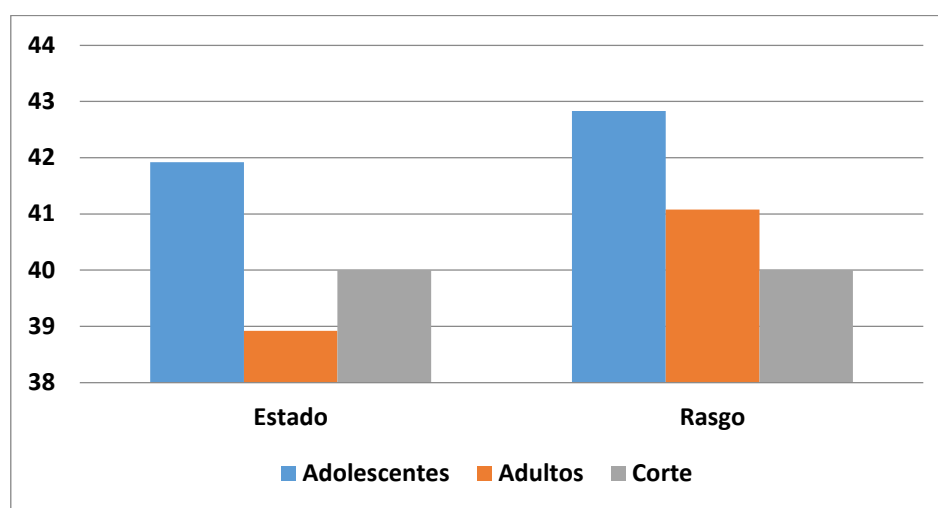


Figura 4. 13: Distribución de las categorías de la Depresión y la Ansiedad como estado y como rasgo

En lo que respecta a la ansiedad, el grupo de adolescentes tanto en la condición de estado y de rasgo muestra puntuaciones ligeramente superiores que a las puntuaciones del grupo de jóvenes adultos, aunque no de manera significativa. Además el grupo de adolescentes muestra puntuaciones que se encuentran por encima del punto de corte que señalan una presencia significativa de ansiedad como estado y rasgo; mientras que en el grupo de jóvenes adultos la condición de estado se encuentra por debajo del punto de corte señalando presencia poco significativa y el rasgo como

presencia considerable ya que la media se encuentra por encima del punto de corte. La gráfica señala la presencia de la ansiedad como rasgo como una condición característica mucho más presente entre los grupos analizados.

4.4. Análisis de correlación entre la ansiedad y la depresión y la adaptabilidad al rol materno

A continuación, se busca conocer la relación existente entre las variables de ansiedad y depresión como rasgo y estado con respecto a la adaptabilidad al rol materno. Para lo cual se procedió a un análisis de correlación con el Coeficiente momento-producto de Pearson (r).

Tabla 4.9 Correlaciones

<i>Componentes</i>	<i>Depresión</i>		<i>Ansiedad</i>		<i>ARM</i>
	<i>Estado</i>	<i>Rasgo</i>	<i>Estado</i>	<i>Rasgo</i>	
Depresión Estado	1	,402**	,683**	,242	-,244
Depresión Rasgo		1	,569**	,595**	-,535**
Ansiedad Estado			1	,543**	-,429**
Ansiedad Rasgo				1	-,511**
ARM					1

Nota: ** $p < 0,05$.

La adaptabilidad al rol materno a través de la prueba ARM muestra la presencia de una correlación baja negativa pero no significativa con la depresión como estado $r = -0,244$; $p > 0,05$. Mientras que las relaciones significativas y negativas se encontraron con la depresión como rasgo $r = -0,535$; $p < 0,01$ siendo una relación moderada; con la

ansiedad como estado $r = -0,429$; $p < 0,01$ y como rasgo $r = -0,511$; $p < 0,01$. En estos últimos casos como correlaciones moderadas. (ver tabla 4.10)

Tabla 4. 10 Análisis de la predictibilidad de la ansiedad y la depresión en el rol materno

<i>Predictores</i>	<i>ARM</i>	
	<i>R</i>	<i>R</i> ²
Depresión Estado	-,244	0,059
Depresión Rasgo	-,535**	0,286
Ansiedad Estado	-,429**	0,082
Ansiedad Rasgo	-,511**	0,261

Nota: ** $p < 0,05$.

Los componentes que presentan mayor coeficiente de determinación (R^2) son la Depresión como rasgo con $R^2 = 0,286$ y la Ansiedad como rasgo con $R^2 = 0,261$; es decir que tienen un potencial de predicción del 28,6% y 26,1% respectivamente de los cambios de la varianza en el Rol Materno. Mientras que la depresión como estado $R^2 = 0,059$ y la ansiedad como estado $R^2 = 0,082$ pueden predecir los cambios de la varianza en un 5,9% y un 8,2% respectivamente.

Si se quiere conocer de qué manera y de forma simultánea qué componentes de la ansiedad y depresión pueden predecir a través de un modelo explicativo los cambios en la asimilación del rol materno, es necesario proceder con un análisis de regresión

múltiple lineal para conocer el modelo de mejor ajuste a la predicción del rol materno (ver tabla 4.11).

Tabla 4. 11 Modelos de regresión lineal múltiple de la adaptación al rol materno

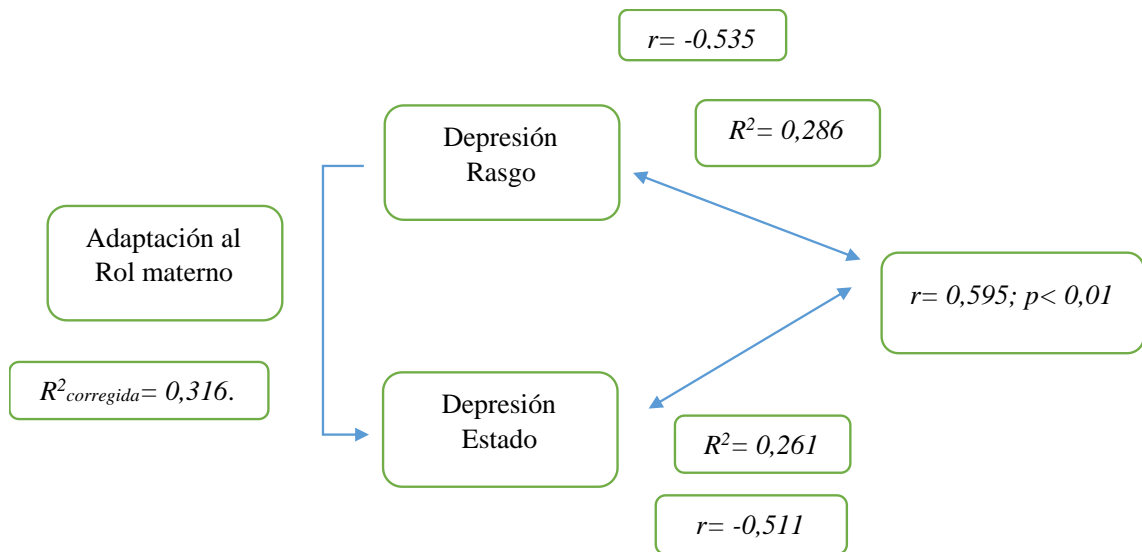
<i>Modelo</i>	R^2	$R^2_{\text{corregida}}$	<i>Durbin-Watson</i>	<i>ANOVA</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>
1 ^a	0,287	0,272		19,294***	245,524 -1,278	20,334*** -4,393***
2 ^{a,b}	0,344	0,316	1,710	12,332***	258,440 -0,855 -0,724	19,402*** -2,437* -2,029

a: Variable predictora: (Constante), Depresión como rasgo.

a, b.: Variables predictoras: (Constante), Depresión como rasgo, Ansiedad como rasgo

c. Variable dependiente: Adaptación al rol materno

A partir del análisis se han logrado desarrollar dos modelos predictores de la adaptación al rol materno. El primero con la Depresión como rasgo con un nivel de predicción de $R^2_{\text{corregida}} = 0,272$ y el segundo con la Depresión como rasgo y la Ansiedad como rasgo con un nivel de predicción de $R^2_{\text{corregida}} = 0,316$. Por lo que el mejor modelo de ajuste corresponde al segundo valores de $F = 19,294$; $p < 0,001$ y valores $\beta_0 = 258,44$ (constante), $\beta_1 = -0,855$ y $\beta_2 = -0,274$ (ver figura 4.14).



$$\beta_0 = 258,44; \beta_1 = -0,855; \beta_2 = -0,274$$

Figura 4. 14: Modelo empírico explicativo de la variabilidad de la Adaptación al rol materno

Mediante la figura anterior se puede observar que la depresión rasgo influye en la adaptabilidad al rol materno con un $r: -0,535$ $R^2 = 0,286$ y la ansiedad rasgo con $r: -0,511$ $R^2 = 0,261$, con una predicción del 31% lo que indica que la adaptabilidad sí influye en los síntomas ansiosos depresivos por lo cual la hipótesis fue comprobada.

CAPITULO V

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

- Se concluye que la adaptabilidad al rol es un proceso cognitivo y social en el cual la madre se establece tanto emocionalmente como físicamente y se acopla a las necesidades que el bebé demanda, en el transcurso de este proceso la madre atraviesa por cambios físicos y emocionales o pueden influir en una adaptabilidad favorable, lo que conlleva la presencia de sintomatología ansiosa depresiva, ya que las diferentes circunstancias generan en la madre malestar.
- La población estudiada fueron 50 madres que se encuentran en la etapa postneonatal, dentro de éstas la mayor parte de las participantes viven en el sector rural; su nivel académico corresponde en el nivel secundario con un 62%; el estado civil casado predomina en las participantes evaluadas. Se evidencia que un 68% de participantes actualmente no trabajan, sin embargo, las que sí trabajan solo lo hacen máximo 8 horas al día. Las madres evaluadas pertenecen a un nivel socio económico medio en un 62%.

- La adaptabilidad predomina con mayor incidencia en el nivel socio-económico medio con un 42%, seguido del nivel alto con un 38% y con menor porcentaje el nivel bajo, las dimensiones con mejor adaptabilidad fueron: Interacción con la pareja al respecto del bebé, aceptación del bebé, contacto con el rol de madre, estimulación del bebé e interacción con la familia de origen, y las dimensiones con menor adaptabilidad fueron los cuidados del bebé, bienestar del bebé, preocupación y protección del bebé, las que se ubican por debajo del corte. De manera comparativa entre adolescentes tardíos y jóvenes adultos, se observa que los adultos tienen mejor perfil de adaptabilidad especialmente en la interacción con la pareja, aceptación del bebé, mayor preocupación en el bienestar del bebé y el conocimiento y cultura respecto al bebé, por lo que su diferencia es significativa.
- En referencia a la depresión como estado se encontró en el nivel medio con un 78%, y como rasgo un 40% lo cual se ubica en un nivel alto, en cuanto la ansiedad como estado con un 56% y como rasgo en un 60% se encuentran en el nivel medio. En cuanto a la ansiedad y depresión comparativa entre adolescentes tardíos y jóvenes adultos no hay significancia, la sintomatología no varía con los estados evolutivos

- La depresión rasgo influye en la adaptabilidad al rol materno con un $r = -0,535$ $p > 0,05$ $R^2 = 0,286$ y con la ansiedad como rasgo con un coeficiente de $r = -0,511$; $p < 0,01$ con $R^2 = 0,261$ y con una predicción del 31% lo cual son significativas y negativas con una relación moderada.
- Por medio de los resultados se comprobó que las variables tienen una correlación bidireccional, por lo tanto, la adaptabilidad al rol materno influye en la aparición de sintomatología ansiosa depresiva en madres que se encuentran en la etapa post neonatal.

5.2 Recomendaciones

- Debido a los escasos estudios científicos sobre la adaptabilidad y los síntomas ansiosos depresivos, se sugiere abordar el tema con mayor profundidad para extender y entender este fenómeno.
- Siendo la población rural con mayor presencia de embarazos, se recomienda realizar charlas de educación sexual para fomentar información para prevenir los embarazos no deseados.

- Se recomienda la aplicación de la investigación, con un mayor número de participantes, con el fin de comparar los resultados y ampliar la información en cuanto al tema abordado.
- Es recomendable la realización de talleres psicoprofilácticos que permitan el desarrollo de estrategias de afrontamiento para las diferentes problemáticas de la vida, los cuales ayudarán de gran manera a reducir la ansiedad y depresión frente a esta situación.
- En posteriores investigaciones es recomendable utilizar instrumentos que ya hayan sido utilizados en varias investigaciones y validados por los investigadores

BIBLIOGRAFÍA

- Almonte, C., & Montt, M. (2012). Psicopatología Infantil y de la adolescencia. Mediterráneo.
- Baño, I. (2016). *Impacto de las redes de apoyo a la Región de Murcia*. Murcia. Obtenido de www.tdx.cat/bitstream/10803/396220/1/TIBP.pdf
- Campbell, S. (2010). Depresión Materna y la Adaptación de los Niños Durante la Primera Infancia.
- Carbonell, M., Riquelme, A., Ortigosa, J., Meda, M., Cerquera, M., Enríquez, J., & Pérez, R. (2012). Utilidad del Inventario de Depresión Rasgo-Estado (IDERE) para el diagnóstico clínico. *Anales de psicología*, 28(3).
- El comercio. (2016). La mayoría de madres en el Ecuador son Jóvenes y Casadas. *El comercio*. Obtenido de <http://www.elcomercio.com/tendencias/madres-ecuador-jovenes-casadas-fecundidad.html>
- Enriquez, X. (2015). Adopción al rol maternal de madres adolescentes y su relación con el estado nutricional del niño menor de un año según el modelo de Ramona Mercer. *Tesis Doctoral*.
- García, F. A. (2002). Modelo Ecológico / Modelo Integral de Intervención. *Bordón: Revista de Orientación Pedagógica*, 54(1), 39-52.
- García, L. (2014). *Afrontamiento del nuevo rol: Padres primerizos del Área Sanitaria*.

- Garrido, M., & Marchan, M. (2010). *Escala de adopcion al Rol Materno*. Trujillo-Peru.
- Gonzales, J. (1998). Resdes sociales ayoyo y salud.
- Guillamón, N. (2004). *Clínica de la Ansiedad. Psicólogos especialistas en el tratamiento de la ansiedad*. Obtenido de <https://clinicadeansiedad.com/problemas/introduccion/ansiedad-y-personalidad/>
- INEC. (2013). *Instituto Nacional de estadística y censos*. Obtenido de <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/msp-e-inec-presentan-resultados-de-demografia-y-salud-sexual-y-reproductiva/>
- INEC. (2014). *Anuario de estadísticas vitales, nacimientos y defunciones*. Obtenido de http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/Publicaciones/Anuario_Nacimientos_y_Defunciones_2014.pdf
- INEC. (Diciembre de 2017). El 83 % de población en Ecuador está en estrato económico medio. *Diario EL TELÉGRAFO*. Obtenido de <http://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/economia/8/inec-el-83-de-poblacion-en-ecuador-esta-en-estrato-economico-medio>
- Kimelman , M. (2003). El instinto materna. *Revista de Padres OK*. Obtenido de <http://www.padresok.com/2011/01/el-instinto-maternal/>
- La Hora. (2016). Hay más embarazos adolescentes en los sectores rurales.
- Maroto, V. (2013). Oposiciones de Matrona. Madrid : CTO EDITORIAL, S.L.
- Ministerio de planificación INJUV. (Noviembre de 2011). Estudio cualitativo: Representaciones y significaciones sobre el embarazo adolescente de padres y madres de hasta 19 años. Obtenido de <http://estudios.sernam.cl/documentos/?eMjE5MTAwMg>
- Munoz, L. (2006). El Apoyo social y el cuidado de la salud humana. Bogota .
- Navas, W. (2013). Depresión Pstparto. *Revista Medica De Costa Rica y Centroamérica LXX*, 639 - 647.
- OMS. (2016). Depresion. *Organizacion mundial de la Salud*. Obtenido de <http://www.who.int/topics/depression/es/>

- Onofri, M. L. (2010). Preocupación Maternal Primaria. *Periodico VAS*.
- Ortiz, J., Borre, A., Carrillo, S., & Guitierrez, G. (2006). Relacion de apego en madres adolescentes y sus bebes canguros. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(1), 71-86.
- Papalia, D. (2004). Desarrollo Humano . México: Mc Graw.
- Perinatología, I. N. (2002). *Psicología de la reproducción humana : un enfoque integral*. México, D.F: Trillas.
- Puyana, Y., & Mosquera, L. (2005). Traer “hijos o hijas al mundo”: significados culturales de la paternidad y la maternidad. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, Vol. 3* (No. 2). Obtenido de <http://biblioteca.clacso.edu.ar/Colombia/alianza-cinde-umz/20131029113246/art.YolandaPuyana.pdf>
- Raile, M., & Marriener, A. (2011). *Adopción del rol materno-convertirse en madre de Ramona T. Mercer. Modelos y teorías en enferm.* España: Elsevier.
- Ries, F., Castaneda, C., campos, M. d., & Del Castillo Andrés, O. (2012). Relaciones entre ansiedad-rasgo y ansiedad-estado en competiciones deportivas. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 12, 2, , 9-16.
- Ries, F., Castañeda, C., Campos, M., & Del Castillo, O. (2012). Relaciones entre ansiedad-rasgo y ansiedad-estado en competiciones deportivas. *Scielo*, 12(2).
- Sáez, R. C. (2015). Interaccion Temprana y sesnsibilidad materna en la diada madre-bebe prematuro.
- Sepúlveda, G., Henríquez, R., & Godoy, D. (s.f.). *Modelo Ecologico*.
- Sergio, D., Graciela, V., Noemí, S., & Sotelo, L. (2012). Revisión Psicométrica del Inventario Ansiedad Estado-Rasgo. *Revista de Peruana de Psicología y Trabajo Social*, 1(1).
- Sierra, M. (Enero de 2012). *Tipos más usuales de Investigación*. Obtenido de https://www.uaeh.edu.mx/docencia/P_Presentaciones/prepa3/tipos_investigacion.pdf
- Sierra, M. (2012). Tipos más usuales de Investigación.
- Torres, G. (2004). Impacto emocional del embarazo de alto riesgo. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 33(3).
- Winkler, M., Pérez, C., & López, L. (2005). ¿Embarazo Deseado o No Deseado?: Representaciones Sociales del Embarazo Adolescente, en Adolescentes Hombres y Mujeres Habitantes de la Comuna de Talagante, Región Metropolitana. *Terapia Psicologica*, 23(2). Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/785/78523203.pdf>

ANEXOS

Anexo 1: CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____, libre y voluntariamente acepto actuar como participante del proyecto de investigación realizado por Diana Carolina Lascano Paredes y dirigido por Dra. Lucia Almeida Mg.

He recibido una explicación clara y completa sobre el carácter general y los propósitos del proyecto de investigación con el tema: *“La adaptabilidad al rol materno y su influencia en los síntomas ansiosos depresivos en mujeres en la etapa postneonatal. Caso: Centro de Salud Ingahurco Ambato Área I”* y de las razones por las que se requiere en la investigación. Además, he sido informado de los tipos de pruebas y procedimientos que se aplicarán, así como de la manera en que se utilizarán los resultados. Sé que los datos obtenidos serán de tipo anónimo, por lo que no recibiré devolución de información

Comprendo que puedo poner fin a mi participación en el proyecto de investigación en cualquier momento.

Acepto participar voluntariamente en el desarrollo de la investigación.

Firma de la participante

C.I.....

Sra. Diana Lascano

Investigadora Responsable

Código asignado:

Fecha: ____/____/____

Anexo 2: FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

Tema de investigación: “La adaptabilidad al rol materno y su influencia en los síntomas ansiosos depresivos en mujeres en la etapa postneonatal. Caso: Centro de Salud Ingahurco Ambato Área 1”

1. Datos Informativos:

Código asignado:

- Lugar y fecha de nacimiento:.....
- Edad:
- Fecha de la entrevista: ___/___/___
- Dirección:..... Sector: ano ural
- Se considera:
 - Mestiza Indígena Blanca Afrodescendiente
 - Otra:

2. Datos acerca del área académica y laboral

- Nivel de estudios culminado:
 - Primaria Secundaria Universitaria Maestrías/Postgrados Ninguno
- Ocupación:.....
- Actualmente trabaja: Sí No En qué trabaja:.....
- Cuántas horas están destinadas a su trabajo? 3 5 8 11 más

3. Datos acerca de estado civil-socio-económico

- Señale: Estado civil:
 - Soltera Casada unión libre
 - Separada Divorciada Viuda
- Número de hijos:.....

➤ Lugar que ocupa su hijo (a) recién nacido:

1 2 3

➤ Señale: De qué nivel socio-económico se considera?

Bajo Medio-Bajo Medio

Medio-Alto Alto

➤ Señale con que personas actualmente vive:

Pareja Hijos (as) Padre/Madre Abuelos (as)

Hermanos (as) Sola Otro:.....

➤ Mantiene relación afectiva con el padre de su hijo/a (rol de pareja)

Sí No

➤ En caso que sea negativa como considera la relación con el padre de su hijo/a

Conflictiva Distante Otra.....

➤ ¿Quién cuida de su hijo en su ausencia?

Niñera familia materna familia paterna

➤ ¿Cuanto tiempo dedica a su bebé durante el día?

Todo el día lo la mañana solo la tarde

➤ ¿Cual fue la reacción de su familia al enterarse de su embarazo?

Felicidad Enojo Asombro

Gracias por su colaboración

Anexo 3 ESCALA DE ARM

INSTRUCCIONES: A continuación, encontrará una lista de afirmaciones respecto a su experiencia como madre. Deberá elegir, marcando con un aspa (X), la opción que más se asemeje a su forma de pensar, actuar y sentir. No hay respuestas buenas ni malas. Las opciones de respuesta son las siguientes:

TA = Totalmente de Acuerdo. A= De acuerdo D= Desacuerdo. TD=Totalmente en desacuerdo

Nº	Preguntas	TA	A	D	TD
1	Prefiero no dar de lactar a mi bebé para cuidar la estética de mis senos.				
2	Imito los balbuceos y sonidos que hace mi bebé.				
3	Estoy dispuesta a cambiarle el pañal a mi bebé cada vez que éste lo necesite.				
4	Leo información referente a los cuidados y temas relacionados a mi bebé.				
5	Me cuesta aceptar a este bebé.				
6	Cuando mi bebé llora dejo lo que estoy haciendo y voy a atenderlo.				
7	Pienso que la lactancia debería ser sustituida por la alimentación en biberón.				
8	Me cuesta decir que soy madre.				
9	Me siento capaz de salir adelante con mi bebé.				
10	Mi familia está contenta con el nacimiento de mi bebé				
11	Le doy objetos a mi bebé para que los pueda tocar y aprenda a manipularlos.				
12	Mi pareja y yo siempre estamos poniéndonos al tanto de las cosas que le pasan al bebé.				
13	Cuando mi bebé llora, le hablo con voz muy baja y susurrando palabras tranquilizadoras.				
14	Prefiero ser yo quien se encargue del baño de mi bebé.				
15	Cuando estaba gestando pensaba con entusiasmo en el momento en que tendría a mi bebé en brazos dándole de lactar.				
16	Pienso que el “control del niño sano” no es necesario para mi bebé.				
17	El personal de salud me ha enseñado cuidados que debo tener con mi bebé.				
18	Cuando le hablo a mi bebé, lo hago con palabras cariñosas.				
19	Cuando juego con mi hijo me gusta que el aprenda algo nuevo.				
20	Cuando doy de lactar a mi bebé me gusta hablarle.				
21	Me gusta mirar detenidamente a mi bebé intentándolo conociéndolo.				

22	Me hubiera gustado que mi bebé sea del sexo opuesto al que nació.				
23	El momento de juego con mi bebé es indispensable en mi rutina diaria.				
24	La salud de mi bebé para mí es muy importante.				
25	Para mí dar de lactar es más una obligación que una actividad agradable				
26	Cuando mi bebé responde a mis llamados, caricias u órdenes, yo lo abrazo o felicito.				
27	Me agrada masajear la espalda de mi bebé con mucha delicadeza.				
28	Mi pareja me hace recordar cuando nuestro bebé debe recibir sus vacunas y asistir al control del niño sano.				
29	Prefiero que alguien de mi familia se encargue de alimentar a mi bebé.				
30	Mientras doy de lactar a mi bebé me gusta acariciarlo.				
31	Cuando cosquileo a mi bebé observo una respuesta de alegría en él.				
32	Cuando voy a un lugar público hago valer mis beneficios por ser madre y estar con mi hijo en brazos.				
33	Aunque tenga muchas actividades que realizar, siempre me doy tiempo para cuidar de mi bebé.				
34	Constantemente me informo por programas de televisión de cómo cuidar a mi bebé.				
35	Hago vacunar a mi bebé en la fecha programada.				
36	Se que cuento con el apoyo de mi familia para el cuidado de mi bebé.				
37	Prefiero que mi hijo tome biberón a darle de lactar.				
38	Trato que mi bebé acaricie mi rostro.				
39	Tengo la seguridad que seré una buena madre.				
40	Mi pareja y yo compartimos los cuidados del bebé.				
41	Cuido que mi bebé utilice ropa adecuada a la estación para evitar que se enferme o tenga sarpullido.				
42	Creo que dar de lactar une emocionalmente a las madres con sus hijos.				
43	Me alegra mucho que mi hijo haya nacido sano.				
44	Cada vez que mi bebé llora me preocupo por saber que es lo que necesita.				
45	La forma en que crio a mi bebé es muy parecida a cómo me criaron a mí.				
46	Mi familia me aconseja sobre la crianza de mi bebé				
47	Me preocupo por que a su alrededor no existan objetos que puedan hacerle daño a mi bebé.				
48	Trato de ocultar el hecho de que tengo un bebé porque me avergüenza.				
49	Creo que otro familiar cuida a mi bebé mejor que yo.				

50	Terceras personas se encargan de la crianza de mi bebé.				
51	Si voy por la calle y alguien estornuda cerca, lo primero que hago es cubrir a mi bebé.				
52	Mi pareja es capaz de hacerse cargo de nuestro bebé cuando yo no lo puedo hacer.				
53	Practico con mi bebé ejercicios que le puedan ayudar a su desarrollo.				
54	Diariamente mi pareja busca saber cómo esta el bebé y coordinamos acerca de cómo satisfacer sus necesidades.				

Anexo 4 INVENTARIO DE DEPRESIÓN RASGO - ESTADO

Instrucciones: Algunas de las expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y escriba el número correspondiente a la respuesta seleccionada de acuerdo a como usted se sienta usted ahora mismo, en estos momentos. No hay respuestas buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos, ahora.

No, en absoluto --1

Un poco --2

Bastante --3

Mucho --4

No, en absoluto

Un poco

Bastante

Mucho

1. Pienso que mi futuro es desesperado y no mejorará mi situación.	1	2	3	4
2. Estoy preocupado.	1	2	3	4
3. Me siento con confianza en mi mismo.	1	2	3	4
3. Siento que me canso con facilidad.	1	2	3	4
5. Creo que no tengo nada de que arrepentirme.	1	2	3	4
6. Siento deseos de quitarme la vida.	1	2	3	4
7. Me siento seguro.	1	2	3	4
8. Deseo desentenderme de todos los problemas que tengo.	1	2	3	4
9. Me canso más pronto que antes.	1	2	3	4

10. Me inclino a ver el lado bueno de las cosas.	1	2	3	4
11. Me siento bien sexualmente.	1	2	3	4
12. Ahora no tengo ganas de llorar.	1	2	3	4
13. He perdido la confianza en mí mismo	1	2	3	4
14. Siento necesidad de vivir	1	2	3	4
15. Siento que nada me alegra como antes	1	2	3	4
16. No tengo sentimientos de culpa..	1	2	3	4
17. Duermo perfectamente	1	2	3	4
18. Me siento incapaz de hacer cualquier trabajo por pequeño que sea	1	2	3	4
19. Tengo gran confianza en el porvenir.	1	2	3	4
20. Me despierto más temprano que antes y me cuesta trabajo volverme a dormir.	1	2	3	4

Instrucciones: alguna de las expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y escriba el número correspondiente a la respuesta seleccionada de acuerdo a como usted se sienta usted **generalmente**. No hay respuestas buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos, **generalmente**.

Casi nunca --1

Algunas veces --2

Frecuentemente --3

Casi siempre --4

	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
1. Quisiera ser tan feliz como otras personas parecen serlo	1	2	3	4
2. Creo no haber fracasado más que otras personas	1	2	3	4
3. Pienso que las cosas me van a salir mal.	1	2	3	4
4. Creo que he tenido suerte en la vida.	1	2	3	4
5. Sufro cuando no me siento reconocido por los demás	1	2	3	4
6. Pienso que todo saldrá bien en el futuro	1	2	3	4
7. Sufro por no haber alcanzado mis mayores aspiraciones.	1	2	3	4
8. Me deprimó por pequeñas cosas.	1	2	3	4
Tengo confianza en mi mismo.	1	2	3	4
Me inclino a ver el lado bueno de las cosas.	1	2	3	4
11. Me siento aburrido	1	2	3	4
12. Los problemas no me preocupan más de lo que se merecen	1	2	3	4

13. He logrado cumplir mis propósitos fundamentales	1	2	3	4
14. Soy indiferente ante las situaciones emocionales	1	2	3	4
15. Todo me resulta de interés.	1	2	3	4
16. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	1	2	3	4
17. Me falta confianza en mi mismo	1	2	3	4
18. Me siento lleno de fuerzas y energías.	1	2	3	4
19. Pienso que los demás me estimulan adecuadamente.	1	2	3	4
20. Me ahogo en un vaso de agua	1	2	3	4
21. Soy una persona alegre.	1	2	3	4
22. Pienso que la gente no me estimula las cosas buenas que hago	1	2	3	4

Anexo 5 INVENTARIO DE ANSIEDAD RASGO - ESTADO

INSTRUCCIONES: Algunas expresiones que las personas usan para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y encierre en un círculo el número que indique **cómo se siente ahora mismo**, o sea, en estos momentos.

No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

	<i>No, en absoluto</i>	<i>Un poco</i>	<i>Bastante</i>	<i>Mucho</i>
1. Me siento calmado	1	2	3	4
2. Me siento seguro	1	2	3	4
3. Estoy tenso	1	2	3	4
4. Estoy contrariado	1	2	3	4
5. Estoy a gusto	1	2	3	4
6. Me siento alterado	1	2	3	4
7. Estoy preocupado actualmente por algún posible contratiempo	1	2	3	4
8. Me siento descansado	1	2	3	4
9. Me siento ansioso	1	2	3	4
10. Me siento cómodo	1	2	3	4
11. Me siento en confianza	1	2	3	4
12. Me siento nervioso	1	2	3	4
13. Me siento agitado	1	2	3	4
14. Me siento a punto de explotar	1	2	3	4

15. Me siento reposado	1	2	3	4
16. Me siento satisfecho	1	2	3	4
17. Estoy preocupado	1	2	3	4
18. Me siento muy excitado y aturdido	1	2	3	4
19. Me siento alegre	1	2	3	4
20. Me siento bien	1	2	3	4

INSTRUCCIONES: Algunas expresiones que las personas usan para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y encierre en un círculo el número que indique **cómo se siente generalmente**. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero describa cómo se siente generalmente.

		Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
1. Me siento bien	1	2	3	4	
2. Me canso rápidamente	1	2	3	4	
3. Siento ganas de llorar	1	2	3	4	
4. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo	1	2	3	4	
5. Pierdo oportunidades por no decidirme rápidamente	1	2	3	4	
6. Me siento descansado	1	2	3	4	
7. Soy una persona tranquila, serena y sosegada	1	2	3	4	
8. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas	1	2	3	4	
9. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	1	2	3	4	
10. Soy feliz	1	2	3	4	
11. Tomo las cosas muy a pecho	1	2	3	4	
12. Me falta confianza en mi mismo	1	2	3	4	
13. Me siento seguro	1	2	3	4	
14. Trato de evadir las crisis y dificultades	1	2	3	4	
15. Me siento melancólico	1	2	3	4	
16. Me siento satisfecho	1	2	3	4	
17. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan	1	2	3	4	
18. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	1	2	3	4	
19. Soy una persona estable	1	2	3	4	
20. Cuando pienso en las preocupaciones actuales me pongo tenso y alterado.	1	2	3	4	