

REPRESENTACIONES MENTALES DEL ROL MATERNO Y RESILIENCIA0

**UNIVERSIDAD PERUANA DE CIENCIAS APLICADAS**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**Relaciones entre Representaciones Mentales Del Rol  
Materno Y Resiliencia En Madres Con Hijos En  
Tratamiento De Fisura Palatina en Lima.**

PROYECTO PROFESIONAL PARA OBTENER LA LICENCIATURA DE  
PSICOLOGÍA

FIORELLA HUARCAYA SOMOZA

2016

*A todas las madres e hijos con malformación labio leporino y paladar hendido. A mis hermanos, Pamela y Mauricio.*

## **Agradecimiento**

El presente trabajo de investigación ha contado con el apoyo de muchas personas, quienes creyeron y compartieron sus conocimientos, experiencias y cariño conmigo.

Agradezco a mis padres quienes me enseñaron que toda acción se hace con dedicación y pasión.

Mi familia y novio, por su invaluable apoyo y confianza hacia mis logros en mi carrera.

A mi hermana Pamela, que me regalo los mejores años de mi vida y me enseñó que es importante mirar a los que no son mirados. Dondequiera que te encuentres disfruta conmigo esta primera etapa que culmino en mi vida.

A mi hermano Mauricio, persona encantadora. Quien a su corta me enseña a ser valiente y asumir retos así estos sean difíciles de realizar.

A las organizaciones que se convierten día a día en redes de soportes para las familias con hijos con malformación de labio y paladar. Transformadores de alegría, sonrisas y esperanza para niños y madres. Gracias por enseñarme a dar sonrisas y contención.

A la Mag. Carolina Florez, quién soñó a mi lado. Mi gran compañera y asesora de tesis, mi gran guía en este trabajo maravillo.

Al Lic. Mario Reyes quién compartió sus conocimientos para que este trabajo sea fructífero para las familias con hijos con malformación.

## **Resumen**

Esta investigación busca establecer la relación entre las representaciones mentales del rol materno positivo y negativo, y la resiliencia en madres durante el tratamiento de sus hijos con fisura palatina según variables sociodemográficas. Por ello, se aplicó la Escala de Representación Mental del Rol Materno (RMRM) y Escala de Resiliencia (CD-RISC) a 60 madres con hijos con fisura palatina, participantes de un tratamiento postquirúrgico. Se obtuvo, el 52 % de las madres muestran representación mental positivo, el 32 % de madres muestran representación mental negativa; y 76% de madres, muestran ser resiliente. Se obtuvo una correlación entre representaciones mentales del rol materno positivo y resiliencia debido logran construir constelaciones maternas adecuadas. Transforman y reorganizan sus mentes para crear un vínculo saludable con su hijo. Las madres que cuentan con redes de soporte, construyendo factores protectores que ayuden a disminuir el riesgo, como es el cuidado especial del niño fisurado.

## **ABSTRACT**

This research seeks to establish the relationship between mental representations of positive and negative maternal role , and resilience in mothers during treatment of children with cleft palate by sociodemographic variables. There fore, the scale mental representation of Maternal Role ( RM ) and Resilience Scale (CD- RISC ) 60 mothers of children with cleft palate, participants in a postsurgical treatment was applied. Was obtained , 52% of mothers show positive mental representation , 32% of mothers show negative mental representation; and 76 % of mothers are shown to be resilient . The results showed a correlation between mental representations of positive maternal role and resilience because they construct adequate maternal constellations. Transform and reorganize their minds to create a healthy bond with your child . Mothers who have support networks , building protective factors that help reduce the risk , as is the special care of the fissured child.

## TABLA DE CONTENIDO

Agradecimiento .....	1
Resumen .....	2
ABSTRACT .....	2
INTRODUCCIÓN.....	4
Representaciones mentales del Rol Materno.....	6
Impacto en las madres .....	9
Resiliencia .....	13
Método.....	17
Participantes .....	17
Instrumentos .....	19
Ficha de Datos. ....	19
Escala de Representaciones Mentales del Rol Materno (RMRM).....	19
Escala de Resiliencia (CD-RISC).....	23
Procedimiento.....	27
Resultados.....	29
Escala de Representaciones Mentales del Rol Materno .....	29
Escala Connor-Davidson de Resiliencia (CDRS) .....	31
Resultados Descriptivos .....	34
Relaciones entre las variables.....	34
Discusión .....	38
Bibliografía.....	51
ANEXO .....	56
Ficha de datos demográficos .....	57

## INTRODUCCIÓN

En el Perú, las desigualdades y brechas entre la población aún subsisten. La exclusión se ve en aumento en la población de niños que nacen y crecen con anomalías y muchos de ellos no pueden desarrollar una infancia con buena calidad de vida, educación de calidad y equidad. La cifra de los estudiantes con discapacidad es de 42.132 personas (Defensoría del Pueblo, 2007). La Ley N° 29973 sobre discapacidad, emitida por el Congreso de la República, orienta a los educadores a incluir en los centros educativos a personas con discapacidad (El Peruano, 2012). Pero poco se sabe de la forma en que reciben los padres de familia a los niños que nacen con malformaciones, como fisura palatina. Cabe destacar que son los factores de resiliencia, fomentados por los padres durante la infancia, los elementos que permiten que estos niños sobrepasen la brecha que los separa del resto de estudiantes.

Actualmente, en el Perú, nacen cada año 2.500 niños con labio leporino y/o paladar hendido. El 25% de estos niños padecen de paladar hendido, 25% de ellos de labio leporino y 50% de niños padecen de ambos. La malformación congénita es más habitual en niños que en niñas y ocurre con mayor frecuencia en países Sudamericanos, Africanos y Asiáticos (Operación Sonrisa Perú, 2016; ).

Limiñana, Corbalán y Patró (2007) sostuvieron que el diagnóstico de una enfermedad física es una experiencia traumática, que tiene un impacto en el sistema familiar; además, esta experiencia vital crónica a veces ocasiona sentimientos de dolor y culpa en los padres produciendo un desajuste psicológico y un sufrimiento emocional.

Tomando en cuenta estos datos, sorprende que la investigación en estos temas aún sea escasa. En la revisión bibliográfica efectuada en otras universidades peruanas sobre las relaciones entre las variables, representaciones mentales del rol materno y resiliencia, se ha podido notar escasos estudios sobre el impacto de ésta malformación en la vida familia.

## REPRESENTACIONES MENTALES DEL ROL MATERNO Y RESILIENCIA5

En la presente investigación, se identifican las representaciones mentales del rol materno que se han ido formando las madres cuyos hijos cuentan con malformaciones en el paladar y labio. Se quiere saber si estas representaciones tienen o no impacto positivo o negativo en el afronte frente a los hijos con malformaciones. Si las madres logran afrontar de manera resiliente o positiva, los cuidados especiales y los tratamientos que sus niños demandan, depende la inclusión exitosa en el sistema escolar y la construcción de su identidad.

Se espera que esta investigación sirva para ampliar los estudios psicológicos en enfermedades físicas en los niños y permita tomar mejores decisiones sobre pautas de crianza, grupos de autoayuda, prevención en la intervención quirúrgica, necesidades de información o contención de las familias que reciben un bebé con fisura palatina. Es por ello que se hace relevante recoger información pertinente que permita mejorar la atención psicológica de este grupo.

De su estudio, depende el adecuado asesoramiento y acompañamiento a los pequeños pacientes, así como de todo el sistema familiar en su conjunto, que sirve de soporte y red de apoyo al pequeño.

Este estudio está enfocado al análisis de un grupo de madres con hijos con fisura palatina que participan en un programa quirúrgico brindado por organizaciones sin fines de lucro.

## Representaciones mentales del Rol Materno

Durante el desarrollo de la vida, ocurren importantes procesos de cambio en la mujer. Uno de los más importantes es el proceso de convertirse en madre, un nuevo rol, que presenta cambios de gran relevancia; en este sentido, las transformaciones no solo serán físicas sino de identidad y funciones (Grimalt & Heresi, 2012).

Daniel Stern en 1989, realizó las primeras contribuciones sobre el concepto de representaciones maternas. Para este autor, las representaciones maternas contienen fantasías, temores, deseos, distorsiones, sueños y recuerdos de la propia infancia, percepciones selectivas y atribuciones que influyen en los aspectos vinculares. La construcción de estas representaciones influyen fuertemente los modelos maternos observados en la infancia, en la familia de origen y el contexto social, que preparan a la mujer para su propia maternidad (Stern-Bruschweiler & Stern, 1989; Santelices, Olhaberry & Araneda, 2007).

En esta misma línea acerca de las representaciones del vínculo entre la madre y el hijo, Stern (1997) consideró que la madre va constituyendo *modelos de estar con* (otro). Nada influiría más en sus actitudes para con el bebé, que estos modelos a los que llamó constelaciones.

Hay tres tipos de constelaciones, que pueden ser activadas, tanto por situaciones externas como internas de la madre: el discurso o representaciones de la madre con respecto a su propia madre; el discurso o representaciones de la madre ligadas a sí misma como madre; y finalmente, la configuración ligada a su bebé (Duhalde, 2004).

A partir del embarazo, irán ocurriendo importantes procesos en la mujer como la transformación de su identidad y su rol. Asimismo, se irán desarrollando representaciones o imágenes internas que la madre va construyendo acerca de su hijo (Ammanitietal., 1992)

## REPRESENTACIONES MENTALES DEL ROL MATERNO Y RESILIENCIA7

Stern, en 1997, explicó que, durante el nacimiento del bebé, la madre sustituirá o desplazará temporalmente las organizaciones o complejos nucleares de su psiquismo, para crear una nueva organización, que se convertirá en el principal eje organizador de su vida psíquica. La construcción única e independiente es llamada *constelación materna*, ya que predomina en la vida de la mujer como parte de su maternidad determinando nuevas tendencias de acción, sensibilidades, fantasías, temores y deseos en ella.

Cuando la madre se relaciona con el bebé, entra en conflicto lo que ella espera de ella como madre, lo que espera de su hijo, y lo que se da en la realidad.

Considerando las propuestas teóricas de Bruscheweiler y Stern (1998), las representaciones mentales del rol materno se inician a partir del proceso del embarazo físico, que conllevan, a su vez, un proceso de embarazo mental dentro del cual la identidad de la madre se modificará; es decir, el rol que la madre asumía previamente se irá adaptando y reorganizando. En este sentido se construirá un nuevo mundo representacional, en el cual se entrelazarán diferentes roles que la madre debe ir ejecutando.

De esta manera, diversas son las investigaciones que han ido recopilando y aportando definiciones sobre las representaciones maternas. Asimismo, sugieren que la evaluación sobre las representaciones mentales del rol materno debe realizarse desde la etapa de embarazo hasta el parto; luego, del parto hasta el primer año de vida del bebé (Duhalde, 2004; Grimalt & Heresi, 2012; Stern, 1997).

Bruschweiler y Stern (1998) sostienen que el proceso de representación mental del rol materno se da durante los primeros cuatro meses de gestación, periodo en que se observa que la representación de la madre sobre su futuro hijo son casi escasas. La compensación ante esta falta de representaciones se irá incrementando con la percepción del movimiento intrauterino del bebé. Asimismo, en el último mes de embarazo, las madres primigestas varían sus representaciones con sus hijos, comenzando el desarrollo progresivo de un espacio psíquico para el bebé.

Luego del nacimiento, la madre vuelve a modificar las representaciones con su bebé. Estas modificaciones de carácter de relación objetal son propias del *bebé real*, diferenciándolo del *bebé imaginario*, construido durante el embarazo. Ambas representaciones se irán modificando y relacionándose mutuamente a partir de la diada madre-bebé (Stern, 1997).



## REPRESENTACIONES MENTALES DEL ROL MATERNO Y RESILIENCIA8

Sin embargo, autores como Bateman y Fonagy (2006) sostuvieron que, dentro de las representaciones mentales, se da la internalización de la respuesta reflejante de la madre al estrés del niño, produciéndose esta por la conducta de cuidado. De la misma manera, el niño internaliza e introyecta la expresión empática de la madre, lo que genera en él una representación secundaria de su estado emocional, siendo la cara empática de la madre el significante y; su propia activación emocional, el significado.

Fonagy (1999), otro investigador de las representaciones mentales, toma en cuenta los aspectos definidos por Stern para estudiar otro aspecto de la organización y funcionamiento de las representaciones. Él explica que estos aspectos de representación serán de funcionamiento reflexivo; lo que hace referencia a la habilidad para tener en cuenta los estados mentales propios y ajenos, tales como la creencia, las emociones, los deseos y los temores que están presentes de un modo explícito como implícito. En el año 2002, Fonagy argumentó que la capacidad de los padres para representarse en el estado mental del niño y viceversa ayudarán a que el niño pueda desarrollar adecuadamente un funcionamiento reflexivo (Gergely, Fonagy & Target, 2002).

Mesa y Gómez (2010) realizaron una investigación sobre la mentalización como estrategia para promover la salud mental en bebés prematuros. Se estudió la problemática de los bebés prematuros y las madres que participaban en un centro de cuidados neonatales, en donde el contexto de la población era de alto riesgo y vulnerabilidad a nivel de salud mental. Durante la investigación, se encontró gran relevancia en la intervención con la madre de bebés prematuros. Se mostró que la mentalización puede ser una forma de ayudar a las madres a pensar y contener experiencias emocionales del bebé, de esta manera, podrán reconocer la interacción de sus mentes.

## **Impacto en las madres**

Limiñana, Corbalán y Patrón (2007) definieron como una malformación congénita a la fisura palatina, la cual se presenta en diversos grados: abarcando desde un labio leporino simple; hasta una hendidura total, conjuntamente con el velo y el paladar, denominándose labio leporino total o Fisura Labio Velo Palatina, siendo este último el de mayor gravedad (FLVP)

Las fisuras contribuyen a la generación de deficiencias estructurales congénitas por la falta de unión entre los procesos faciales en formación (con mayor frecuencia el grado de fisura se encuentra localizado en las zonas labio superior, premaxilar, paladar duro y piso de las fosas nasales). Las malformaciones se producen entre las cuatro y doce semanas de gestación, siendo la sexta semana la de mayor riesgo (Rodríguez & Norabuena, 2010).

La etiología de la fisura palatina resulta multifactorial: origen intrínseco, que se da en uno de cada cinco casos; donde el defecto es hereditario debido a la interacción de diversos genes o trastornos congénitos como la deficiencia vasculares, el cual es una alteración en la unión entre la bóveda palatina y la región labial. Otra causa puede ser de origen extrínseco, que se da en la mayoría de los casos, donde la malformación se debe agentes ambientales a los que el feto queda expuesto en fase del embarazo como el virus de la rubéola (sarampión) y otras afecciones – una deficiencia de vitaminas, radiaciones, fármacos, infecciones y el consumo de drogas o alcohol durante el embarazo. Sin embargo, hasta la actualidad, no se conocen las causas exactas de dicha malformación (Machado, Bastidas & Arias, 2012; Limiñana, Corbalán y Patrón, 2007).

Cuando se llega a la etapa del tratamiento del niño con fisura labio palatina, se requiere de la participación sistemática de múltiples especialistas como odontólogos, pediatras, cirujanos, nutricionistas, con un enfoque multidisciplinar, el cual tiene el propósito de lograr los objetivos finales en la rehabilitación de estos pacientes.

Un niño con labio fisurado o paladar fisurado presenta múltiples complicaciones en cuanto a la alimentación. La mayoría de pacientes con fisura, con frecuencia, presentan reflujo de alimentos, debido a problemas en la succión (el niño exhibe dificultades para generar

## REPRESENTACIONES MENTALES DEL ROL MATERNO Y RESILIENCIA<sup>10</sup>

suficiente presión en el pezón de la madre). Ello, a su vez, produce infecciones respiratorias o altos flujos de la zona aéreo nasal y otitis. Además, se presentan alteraciones dentales que varían de acuerdo a su forma, número, tamaño y posición del desarrollo del diente y de los maxilares.

Otras consecuencias asociados a esta fisura labio-paladar pueden ser problemas de audición, respiración nasal, fonación y alteración del lenguaje (Rodríguez & Norabuena, 2010).

Diferentes hallazgos evidencian retraso en el lenguaje, en lo que se refiere a la expresión y articulación del mismo, por el compromiso con el aparato fonarticulatorio, y con la audición. Y asimismo, con la comprensión del lenguaje, de las personas que rodean al niño, por las mismas razones (Monasterio, McCarthy & Greenwood, 2008).

Con respecto al área psicológica, también se encuentran indicios de problemas en estos pacientes con fisura palatina como: representación corporal del sí mismo; agresividad e impulsividad en la relación con otros. La defensa de acting-out o actuación, tendrá que ver con la dificultad de las personas para procesar agresión; el hacer reemplazara la dificultad de habla (Rodríguez & Norabuena, 2010).

En relación a las malformaciones en los niños y el impacto que éstas tiene en las madres durante el proceso natural de embarazo, se pueden esperar diferentes resultados de anomalías congénitas. Sin embargo, las familias y, sobre todo, las madres, albergan una imagen prefigurada del bebé, en la que se enlazan anhelos y emociones por la espera de un bebé sano. Cuando este anhelo no se cumple, se presenta una serie de reacciones desadaptativas a nivel cognoscitivo, emocional y conductual; si las reacciones no son modificadas, pueden generar secuelas negativas en cuanto a la vida emocional de los padres y la crianza del hijo (Rendón, Trebilcock & Florez, 2001).

El impacto psicológico en la familia por el nacimiento de un hijo con malformación crónica ha sido ampliamente estudiado (Brent & Matthew, 2006).

Los padres sienten cómo las ilusiones y expectativas más inmediatas sobre su bebé son bruscamente sustituidas por las demandas de diagnóstico y las necesidades apremiantes de sus hijos. En este primer periodo, se prefigura un largo camino, en el que tendrán como

propósito prioritario la restauración de los déficit físicos a través de cirugías y rehabilitación de las alteraciones asociadas (Limiñana, Corbalán & Patrón, 2007).

Solnit y Stark (1961) realizaron una investigación, en la cual se confirma que las madres que presentan niños con malformación sienten la pérdida del deseo de un *niño esperado* y aceptan el cuidado del que realmente nació. Asimismo, se presenta en ellas un primer periodo de aflicción, seguido por una readhesión al niño, o como lo denominaron Query, Reichelt y Christoferson (1990), *aceptación estoica*, que consiste en un proceso de lamentación y reaceptación de la situación (Solnit & Stark, 1961; Query, Reichelt y Christoferson, 1990; como se citó en Rendón, Trebilcock & Florez, 2001).

Sabbeth (1984) describió el testimonio de una madre, que se encontraba en el primer periodo de aceptación estoica:

« Es como si alguien te dice que tu marido o tu hijo ha muerto, pero sigue estando ahí como si nada pasara » (p. 58) (Sabbeth, 1984; como se citó en Rendón, Trebilcock & Flórez, 2001).

Los investigadores Rendón, Trebilcock y Flórez en 2001, postularon el concepto de extrañeza en las madres frente a su propio descendiente e incertidumbre del futuro de su hijo debido a las consecuencias que puede acarrear la enfermedad en su hijo y en ella misma.

Además de ello, la madre también tiene que convivir con la realización de diversas actividades, que cambian y aumentan los cuidados que se llevan con estos niños, con el fin de satisfacer las necesidades y demandas que requieren. Las actividades pueden ser económicas; sociales; somáticas – duermen menos, no hay un procesamiento adecuado de la alimentación, descuidadas-; de comportamiento; vida mental, consciente o inconsciente.

Por ejemplo, el nacimiento del niño puede demandar a una madre soltera o de bajos recursos la necesidad de trabajar fuera de su casa y, con ello, la búsqueda de alguien capacitado y responsable para el cuidado de su hijo. Otras alteraciones que se observan son la alteración de calidad de vida de los padres y hermanos, en tanto se restringen de realizar actividades recreativas, académicas y laborales (Rendón, Trebilcock & Flórez, 2001).

## REPRESENTACIONES MENTALES DEL ROL MATERNO Y RESILIENCIA<sup>12</sup>

Sobre los estilos de afrontamiento empleados por las madre, los autores Frey, Greenberg y Fewell (1989) exponen que ellas expresan más sus sentimientos y pueden inclinarse más hacia la culpa que a la solución al problema. Asimismo, Gowenot al (1989) demuestra que las manifestaciones de depresión por parte de las madres se ven mediadas por las características del niño con malformación y los aspectos del sistema de apoyo social.

Las complicaciones por reflujo de alimentación, que se presentan en los pacientes con fisura palatina, se asocian con problemas en el vínculo con la madre. Bowlby, en 1969, señaló que el humano llega al mundo predispuesto a participar en la interacción con otro, debido a una necesidad innata de formar un vínculo. Este vínculo que se brinda al niño, será de cuidado, afecto y asistencia a su protección ante situaciones de amenaza o estrés (Bowlby, 1969; como se citó en Contreras, Guzmán, Alfaro, Arraya & Jiménez, 2011).

Sin embargo, cuando se presentan problemas de reflujo de alimentación, siendo el niño es incapaz de succionar y alimentarse del pecho de la madre, se producen dificultades en la generación de conductas de lactancia; a su vez, esta circunstancia obstaculizará la formación del vínculo con la madre, dado a que el cuidado en la alimentación resulta más laboriosa. Además, el afecto y asistencia de protección, elemento de la formación del vínculo, que se da entre la madre y el bebé, también se verán afectadas, ya que, en la mayoría de los casos de niños con paladar hendido, la alimentación no se da por el pezón, sino por un biberón especial. Este tipo de alimentación influirá e impactará a las madres, así como su imagen de sí misma y su propio rol.

Algunos de los aspectos más importantes, que la madre con hijo con fisura palatina debe afrontar, son los tratamientos e intervenciones quirúrgicas. Ante las malformaciones congénitas, se plantean frecuentemente servicios de cirugía maxilofacial pediátrica, es decir, cirugías relacionadas al rostro, boca, nariz, etc.; y tratamientos que den solución a todas las problemáticas estéticas y funcionales, con el fin de lograr una mejor calidad de vida del niño, padres y familiares (Estrada, 1997).

## Resiliencia

En las últimas décadas el constructo teórico de la resiliencia se ha ido conceptualizando de diversas formas, y es de esta manera donde se ha tratado de entender los factores que generan que las personas sean capaces de enfrentarse a situaciones adversas sobresaliendo exitosamente de estas situaciones difíciles; no obstante, también se ha querido conocer porqué otras personas, enfrentadas a las misma situación, no logran el mismo resultado.

El origen del constructo inicia con investigaciones que se dan en la década de los setenta, periodo en el que se forma un enfoque más positivo de los problemas psicopatológicos, en tanto se trata de identificar las cualidades de ciertas problemáticas (Athie& Gallegos, 2009).

Autores como Garmenzy, 1971 y Anthony 1974, dieron origen al constructo de la resiliencia argumentando que las bases históricas del concepto de resiliencia se remontan a la realización de investigaciones en niños con riesgo de padecer desordenes psiquiátricos, propensos a la delincuencia y otros resultados negativos a causa de ciertos factores individuales; familiares; y ambientales, como el estrés neonatal, la pobreza, el alcoholismo y actividades criminales. Durante la investigación se encontró que el 50 % y 70% de jóvenes que crecieron en condiciones de riesgo, llegaron a ser socialmente capaz de afrontar situaciones de riesgo, manteniendo su vitalidad y esperanza, a pesar de estar expuestos a tendencias severas.

De la misma manera como existen diferentes orígenes del constructo de la resiliencia, también se han ido formulando diversas definiciones, las cuales serán descritas en los siguientes párrafos. Por un lado, se define como la capacidad de soportar crisis y adversidades de forma positiva, logrando recobrase de tales circunstancias. Wash (1998) describe que la psicología identifica los procesos, fundamentos y condiciones que ayudan a las personas y familias a enfrentarse a situaciones problemáticas con superación y reparación. Además, este enfoque permite el crecimiento del individuo y la familia (Wash, 1998, como se citó en Pereyra, 2011).

Sin embargo, la resiliencia no solo se debe entender como la capacidad de resistir ante la destrucción de circunstancias difíciles, sino, también, como la aptitud de reaccionar positivamente a pesar de las dificultades. En otras palabras, no solo se trata de sobrevivir a pesar de *todo*, sino es la capacidad de usar la experiencia obtenida ante esos enfrentamientos como recurso para el futuro (Pereyra, 2011).

Para Cyrulnik (2001), la resiliencia no solo abarca situaciones de enfrentamiento; sino de comprender la capacidad de aprender a vivir de nuevo formando una vida distinta. El hecho de superar el trauma, pese a las circunstancias, no tiene relación con la invulnerabilidad ni el éxito social. De esta manera, la resiliencia no está en los seres excepcionales, sino en las personas normales que presentan diversas situaciones difíciles y pasan por contextos desfavorecidos que servirán para enfrentarse y salir fortalecidos de la situación, transformando sus experiencias.

Hasta el momento solo se ha presentado conceptualizaciones de resiliencia de diversos autores a partir de diversas definiciones y estudios relacionados con la medición de la resiliencia, dado que el concepto está muy estructurado y no clarificado en su totalidad. Armayones et al. (2009) señalaron que, hasta hace unos años, la definición del concepto se hacía desde modelos focalizados en el déficit, que medían la ausencia de resiliencia.

Sin embargo, la presente investigación explica la resiliencia como origen de la palabra latina *resilio*, significando *rebotar*, es decir *volver atrás*, *volver al estado inicial*. Esta aproximación semántica fue utilizada para hacer referencia a cualidades de resistencia y plasticidad que tiene una materia. La definición ayuda a entender que las madres con hijos con fisura palatina también vuelven atrás; ellas vuelven a su estado inicial, el deseo de un niño esperado y este se verá transformado en sobrevivencia y restauración, lo cual implica una transformación. (Pereira, 2007; Castro, M & Llanes, J, 2006).

De la misma manera, para ser resiliente se necesita de elementos que incentiven la transformación y la capacidad de sobresalir. Los investigadores Connor y Davidson en el 2003 desarrollaron algunas escalas que evalúan factores de resiliencia, los cuales constituyen variables muy importantes en la investigación sobre los modelos de salud.

Connor y Davidson (2003), autores de la escala utilizada, conceptualizaron la resiliencia a partir de una corriente de investigaciones, tratando de clarificar las características que

identifican a las personas capaces de seguir adelante ante las adversidades. Los autores definen a la resiliencia como un conjunto de cualidades, recursos o fortalezas que favorecen a los individuos en el afrontamiento de situaciones adversas.

Grotberg, Melillo, Paladini y Ojeda (2008) mencionaron tres factores de resiliencia, procedentes de un modelo tríadico, que dependen de la interacción de los mismos:

**Factores de riesgo:** son todas aquellas características, hechos o situaciones que exponen al sujeto al desarrollar desajustes psicosociales.

**Factores de protección:** son hechos o situaciones propias del individuo que ayudan a aumentar su capacidad para hacer frente a las adversidades y disminuyen su posibilidad de desarrollar desajustes psicosociales ante la presencia de factores de riesgo.

**Individuos resilientes:** son aquellos que, estando insertos en una situación de adversidad, es decir, expuestos a una conglomeración de factores de riesgo, tienen la capacidad de utilizar factores protectores para sobreponerse a la dificultad, crecer y que se desarrolle en forma óptima.

Asimismo, dichos factores se encuentran en relación con las definiciones propuestas por Palomar y Gómez (2010), quienes estudiaron los componentes que se asocian con las investigaciones trabajadas por Connor y Davidson.

**Competencia personal, altos estándares y tenacidad:** es la convicción de que se está lo suficientemente preparado para poder enfrentar cualquier situación que se presente, aunque sea imprevista.

**Confianza en sí mismo, tolerancia a las situaciones negativas y fortalecimiento de los efectos del estrés:** se refiere al conjunto de expectativas positivas sobre uno mismo, específicamente, a las acciones que exhibe uno mismo, y a la capacidad para aceptar o sobrellevar los acontecimientos a pesar del estrés generado.

**Relaciones seguras y aceptación del cambio:** se refiere a la posibilidad de establecer relaciones interpersonales con personas que brindan apoyo, confianza y permiten el desarrollo personal. La aceptación al cambio consiste en la posibilidad de las personas de ser flexibles para adaptarse a situaciones nuevas.



**Control:** es la capacidad de las personas para promover su bienestar, conduciéndose y actuando conforme a lo que quieren o han decidido hacer con su vida.

**Influencia espiritual:** hace referencia a la influencia positiva que la vida espiritual puede tener en las personas.

En resumen, en la investigación, se estudia sobre los cambios que se dan en las familias, especialmente, en las madres con hijos con malformaciones. Se comprende que la madre debe pasar por un periodo de *aceptación*; sin embargo, durante este periodo, se dan cambios que predominan en el comportamiento. La producción de estos cambios será factores de protección, que son hechos o situaciones propias del individuo que ayudan a aumentar su capacidad para hacer frente a las adversidades, lo que disminuye su posibilidad de desarrollar desajustes psicosociales ante la presencia de factores de riesgo; y pilares de resiliencia; es decir, la identificación de actitudes positivas del entorno y características individuales para enfrentar circunstancias adversas (Márquez, 2011).

Por otro lado, la presente investigación plantea como objetivo general, establecer la relación entre las representaciones mentales del rol materno positivo y negativo, y la resiliencia en madres durante el tratamiento de sus hijos con fisura palatina según variables sociodemográficas.

En cuanto a los objetivos específicos, estos son establecer las características psicométricas del instrumento en la muestra de estudio, determinarlas representaciones mentales del rol materno positivo y las representaciones mentales del rol materno negativo en las madres con hijos con fisura palatina, y establecer el nivel de resiliencia de las madres con hijos con fisura palatina.

## **Método**

### **Participantes**

La muestra está compuesta por 60 madres con hijos con un diagnóstico de fisura palatina. Las madres pertenecen a dos distintas organizaciones sin fines de lucro que brindan intervenciones a personas con malformaciones congénitas a través de cirugías reconstructivas, programas de tratamiento pre y post quirúrgico y rehabilitación bajo la atención multidisciplinaria de: pediatras, odontólogos, psicólogos, terapeuta de lenguaje, anesthesiólogos y cardiólogos.

La investigación se aboca a madres con hijos con fisura palatina que participan en un tratamiento post – quirúrgico. Las madres, junto al paciente, participan en el tratamiento para conocer sobre la evolución de las primeras intervenciones quirúrgicas; y también seguir recibiendo asesoría sobre pautas de alimentación, crianza y salud. Estos factores ayudan a conocer si el paciente cumple con un estado de salud favorable para su siguiente operación. Sin embargo, los pacientes que presentan algunas complicaciones como taquicardia, resfrió, fiebre, hemoglobina baja pueden no ser intervenidos.

El tratamiento, en el que participan los pacientes, se lleva a cabo una vez al mes, donde el número de participantes puede ser de 6 a 10 madres.

Por estas razones, se trabajó con un tipo de muestra no probabilístico accidental, ya que se elegía a los participantes sobre la base de ciertas características de la investigación criterios que considera pertinentes (Hernández, 2006).

Todas las madres que participaban en el tratamiento quirúrgico, antes de ingresar a su consulta médica, eran informadas por las organizaciones sin fines de lucro sobre las preguntas que se les iba a realizar y los objetivos de la presente investigación. Sin embargo, no todas las madres deseaban participar debido a factores como: tiempo, inseguridad ante una persona externa de la organización u otros factores que se desconocen.

## REPRESENTACIONES MENTALES DEL ROL MATERNO Y RESILIENCIA<sup>18</sup>

En cuanto a los datos sociodemográficos se encontraron que la edad de las madres en la presente muestra alcanzo un promedio de 31.22 (DE=7.742); y con respecto a la edad del hijo con fisura palatina, se alcanzó un promedio de 2.23 (DE=3.04).

Asimismo, el número de hijos que tiene cada madre mostró un valor de 2.22 (DE=1.043), lo cual hace referencia que la mayoría de las madres tienen dos hijos como máximo. En relación al número de intervenciones quirúrgicas que presentan los hijos con fisura palatina se muestra un valor de 1.45 (DE=1.578), lo cual hace referencia que la mayoría de hijos han sido intervenidos quirúrgicamente una o dos veces.

El porcentaje de la cantidad de madres evaluadas que nacieron en Provincia fue de 61.7 y 38.3 son las madres que nacieron en Lima. Con respecto al grado de instrucción de las madres, el 4.8% no culminó la primaria, el 4.8% culminó solo el grado primario, el 4.8% no culminó el grado secundaria, el 47.6% culminó la secundaria, el 4.8% culminó una carrera universitaria y el 33.3% culminó una carrera técnica. En cuanto a su estado civil, el 46.7% son convivientes y el 36.7% son madres casadas, 16.7% son madres solteras.

Las madres estudiadas de la presente investigación, informaron sobre las complicaciones y cuidados necesarios que tuvieron durante el embarazo, así como el previo conocimiento, durante el embarazo, sobre el diagnóstico de fisura palatina y otras enfermedades de sus hijos. El porcentaje de las complicaciones durante el embarazo fue que 45% de las madres no mostraron ningún tipo de complicación; sin embargo el 16.7% madres tuvieron que ser sometidas a cesárea ya que manifestaban diversos problemas durante el parto, y el 08,3% de ellas manifestaron haber presentado infección urinaria durante el embarazo. En cuanto a los cuidados necesarios durante el embarazo, el 83,3% afirmaron tomar los cuidados necesarios. Con respecto al conocimiento previo durante el embarazo sobre el diagnóstico de fisura palatina, el 85.0% de madres no conocían el diagnóstico de malformación de su hijo.

En cuanto a las complicaciones actuales de sus hijos, el 41.7% de madres afirmaron que sus hijos no presentan ningún tipo de complicaciones que genere la malformación de fisura palatina. Sin embargo, 20% de madres manifestaron que sus hijos mostraban un retraso, con respecto a su edad, del lenguaje presentando dificultades en articular las palabras. El

15% de madres mencionaron que sus hijos presentan problemas para lactar, interfiriendo en la alimentación. El 10% de los hijos con fisura palatina muestran problemas de respiración.

## **Instrumentos**

**Ficha de Datos.** El instrumento es diseñado para fines de estudio. Tiene como objetivo permitir atribuir conceptos, cualidades y características de la muestra estudiada; además, dicho instrumento es utilizado para recolectar datos a través de un cuestionario de preguntas abiertas (Hernández, 2006).

El cuestionario fue administrado por la evaluadora, el cual evalúa de forma directa y personalizada. El propósito de este instrumento es para entablar una buena relación con la evaluada con el fin de obtener datos verdaderos y precisos; además, se buscó facilitar el procedimiento de la aplicación.

Este cuestionario está dividido en tres partes: datos personales, datos familiares y antecedentes de la fisura palatina.

La primera parte del cuestionario tiene como propósito conocer la edad, grado de instrucción, ciudad de origen, lugar de residencia (capital y distrito) y estado civil. En la segunda parte del cuestionario, se desea obtener información sobre el número y edad del paciente, nivel de estudio del hijo, número de intervenciones quirúrgicas, mes en el que nació el bebé, complicaciones durante el embarazo y, complicaciones que actualmente presenta su hijo con fisura palatina. La tercera parte del cuestionario, se establece dos preguntas con el objetivo de conocer los cuidados que tuvo la madre durante su embarazo y si ella conoció el diagnóstico de su bebé antes o después del nacimiento.

## **Escala de Representaciones Mentales del Rol Materno (RMRM)**

La escala de representación mental del rol materno fue construida por Arellano (2016), a partir de la Entrevista-R de Stern. Dicha escala mide las representaciones mentales del rol materno, positivas o negativas en función a los esquemas que va siendo construido antes del proceso de gestación, en relación con la personalidad y experiencias previas, es decir todas aquellas emociones, sentimientos, pensamientos y fantasías de la infancia; y los modelos vincular que la madre irá imaginándose sobre su bebé (Stern, 1997). La escala

## REPRESENTACIONES MENTALES DEL ROL MATERNO Y RESILIENCIA<sup>20</sup>

cuenta con un tiempo de aplicación de 5 a 10 minutos, mostrándose ser una aplicación corta y de uso individual.

Este constructo ha sido formado en base a las representaciones mentales que tiene la madre de su bebé, de sí misma y de su madre (Stern, 1997). Dichas representaciones mencionadas han sido categorizadas en 3 subescalas. La primera subescala, sobre el bebé, alude a aquellas fantasías y representación que la madre tenga de su hijo siendo esto una base para la construcción de la identidad del mismo; además, de modular el tipo de vínculo que se establecerá entre la madre y el bebé. En cuanto a la segunda subescala, sobre sí misma, hace referencia a la construcción de la identidad de las madres, elaborada en función al rol de hija; ya que deja de ser solo hija para convertirse en madres, dicho cambio supone una modulación de la identidad, además de pensamientos, fantasías y temores en función a este nuevo rol. En la tercera subescala, sobre su madre, incluye la reevaluación que actualmente realiza la madre sobre su propia madre. Ante ello, esta representación será un buen predictor del tipo presente en ella y; en consecuencia, del tipo de apego que establecerá con su bebé. Por último, la escala cuenta con respuestas tipo Likert, de cinco opciones que van desde *nada, casi nada, un poco, mucho y muchísimo*.

Para el desarrollo de la construcción de la prueba, el instrumento fue aplicado a 230 madres adolescentes primerizas cuyas edades oscilaban entre 15 y 18 años.

**Validez de constructo.** La validez del constructo de la prueba se realizó mediante el Análisis Factorial Explorativo de 8 componentes principales con rotación varimax. Se obtuvo la Medida de Adecuación Muestral de Kaiser- Meyer – Olkin donde se encontró una adecuación muestral de 0.71.

Se pasó a calcular 2 componentes, representaciones positivas y negativas, obteniendo una explicación de 20.99% de la varianza. Sin embargo, la autora, a través del gráfico de sedimentación de Catell, detuvo 2 componentes, ya que los 8 componentes que en un principio calculó, no pudieron ser interpretables. Asimismo, de los ítems que presenta las representaciones mentales positivas y negativas, la autora tuvo que eliminar dos ítems, ya que mostraba una carga factorial elevada.

## REPRESENTACIONES MENTALES DEL ROL MATERNO Y RESILIENCIA<sup>21</sup>

De esta manera, volvió a realizar el Análisis Exploratorio para poner a prueba a estructura factorial de los 2 componentes que incluyen 24 ítems, se obtiene una varianza total de 31.66%.

El primer componente, correspondiente a la escala de Representaciones Mentales Positivas, muestra un autovalor de 3.96, explicando el 16.49% de la varianza. En este se agruparon los ítems positivos del bebé (“bebé vivo”, “bebé divertido”, “bebé alegre”, “bebé cariñoso”), de sí misma (“sí misma inteligente”, “sí misma cariñosa”, “sí misma atenta”, “sí misma buena”), y de su propia madre (“madre inteligente”, “madre responsable”, “madre entregada” y “madre protectora”) que componen 12 ítems. Las cargas factoriales oscilaron entre .47 y .63

El segundo componente, correspondiente a la escala de Representaciones Mentales Negativas, mostraron un autovalor de 3.64, reportando el 15.17% de la varianza adicional. En este se agruparon los ítems negativos del bebé (“bebé inquieto”, “bebé miedoso”, “bebé triste”, “bebé agresivo”), de sí misma (“sí misma insegura”, “sí misma triste”, “sí misma miedosa”, “sí misma impaciente”), y de su propia madre (“madre triste”, “madre insegura”, “madre irritable”) que componen 12 ítems. Las cargas factoriales oscilan entre .37 y .68. Se concluye; de esta manera, que las cargas factoriales de las dos escalas son aceptables de acuerdo al criterio establecido por Stevens (1992) que propuso que serían aceptables si eran mayor de .30 (>.30).

**Validez convergente.** El estudio realizó un análisis correlacional entre dicha escala y la Escala de Afectos Positivos o Negativos (PANAS-C). Se utilizó el PANAS-C para establecer de manera convergente la consistencia de la validez para dicho constructo; además, la escala muestra un constructo similar al uso de la Escala de Representación Mental del Rol Materno (Arellano, 2016).

Sin embargo, la autora antes de realizar el análisis de correlación entre las dimensiones de las escalas, examinó la distribución de los puntajes de la muestra utilizando el test de kolmogorov-Smirnov donde se mostró que la escala de representaciones mentales del rol materno positivo ( $Z=1.07, p=0.20$ ), representaciones mentales del rol materno negativo ( $Z=0.86, p=0.45$ ) y el afecto positivo ( $Z=0.93, p=0.35$ ) se encontraban normalmente

## REPRESENTACIONES MENTALES DEL ROL MATERNO Y RESILIENCIA22

distribuidas entre ellas; mientras que la escala de afecto negativo ( $Z=2.34$ ,  $p= 0.00$ ) no lo estaban.

De esta manera, se pasó a realizar el análisis de correlación de Spearman unilateral debido a que la variable (afecto negativo) interviniente en la correlación, no estaba distribuida normalmente.

Se utilizaron estadísticos no paramétricos encontrándose que las representaciones mentales del rol materno positivo correlacionaban negativamente y significativamente con las representaciones mentales del rol materno negativo, mientras que correlacionó positivamente y significativamente con el afecto positivo y correlacionaron negativamente y no significativo con el afecto negativo (Ver Tabla 1). Es decir, que las representaciones mentales del rol materno positivo correlacionan de forma positiva y no significativamente con el afecto positivo. Asimismo, las representaciones mentales del rol materno negativo correlacionaron negativamente y significativamente con el afecto positivo, y positiva y significativamente con el afecto negativo; es decir que las representaciones mentales del rol materno negativo correlacionan de manera negativa y no significativa con el afecto negativo. Concluyéndose que el afecto positivo se correlacionó negativamente y significativamente con afecto negativo.

Tabla 1

*Análisis de variables de estudio con coeficiente de correlación de Spearman*

	RMRM -	AF +	AN -
RMRM +	-.22***	.39***	-.13*
RMRM -		-.29***	.53***
AF +			-.18**

Nota. \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$ ; RMRM + = Representación Mental del Rol Materno positiva; RMRM - = Representación Mental del Rol Materno negativa; AF + = Afecto positivo; AF - = Afecto negativo. Los datos de la tabla provienen del estudio de Adaptación de Prueba de Representaciones Mentales del Rol Materno, por Arellano, 2016.

En cuanto a su confiabilidad, la Escala de Representación Mental del Rol Materno se analizó a través de un coeficiente de consistencia interna alfa de Cronbach de cada una de los dos componentes antes mencionadas (representaciones positivas y negativas). En cuanto al primer componente, escala de Representaciones Mentales Positivas, se obtuvo el valor

del Alfa de Cronbach de .80; además, los valores oscilaron entre .36 a .55. En el caso del segundo componente, escala de Representaciones Mentales Negativas, el coeficiente de consistencia interna alfa de Cronbach es de .76 y los valores encontrados oscilaron entre .28 a .52. De este modo, se ha obtenido una adecuada consistencia interna para la Escala de Representación Mental del Rol Materno, según Nunnally (1978). (Nunnally, 1978; citado por Arellano, 2016)

### **Escala de Resiliencia (CD-RISC)**

La escala de resiliencia fue validada por Pérez (2013), a partir de la Escala Connor-Davidson de Resiliencia (CDRS). Dicha escala evalúa los recursos personales para afrontar situaciones adversas (Pérez, 2013).

El presente instrumento incluye tres componentes: fortaleza, recursos y optimismo. Estas se evalúan en un intervalo de cinco puntos desde *no es cierto en absoluto* (puntaje 0) hasta *cierto casi todo el tiempo* (puntaje 04).

La escala cuenta con un tiempo de aplicación de 10 a 15 minutos, mostrándose ser una aplicación corta y de uso individual, esta se basa principalmente en la forma en que la persona se ha sentido en el último mes. Las puntuaciones totales, que varían entre 0 y 100, asimismo, el autor indica que las puntuaciones más altas representan que la persona muestra mayor capacidad de recuperación; y por ende es más resiliente.

Se analizó la validez de la escala a través de un análisis factorial exploratorio donde la varianza total mostro una estructura de siete componentes que explicaron el 60.22% total de la varianza. Debido a la dispersión en la distribución de los ítems y al observar que el gráfico de sedimentación mostraba un solo factor, se procedió a realizar un análisis factorial confirmatorio según lo establecido por Manzano- Garcia y Ayala (2013) quienes realizaron un estudio de adaptación de la prueba original al español y encontraron tres componentes.

De esta manera, se procedió a realizar el análisis factorial confirmatorio en donde se obtuvo tres componentes que fueron explicados por el 39.68% de la varianza. Sabiendo que las cargas factoriales debían ser mayores a .30 (>.30), estas varianzas fueron aceptadas de acuerdo al criterio establecido por Stevens (1992) (Stevens, 1992; citado por Pérez, 2013).



## REPRESENTACIONES MENTALES DEL ROL MATERNO Y RESILIENCIA<sup>24</sup>

El primer componente, subescala Fortaleza, está constituido por nueve ítems (12, 14, 16, 17, 18,19, 20, 21 y 24), cuyas cargas factoriales oscilan entre .47 y .67. El segundo componente, subescala Recursos, formado por siete ítems (1, 2, 5, 11, 13, 22 y 25) consiguió una carga factorial entre .36 y .65. Por último, el tercer componente, Optimismo, integrado por tres ítems (6,8 y 10), mostró una carga factorial que oscilaba entre .55 y .57.

A través de dicha aceptación, se pasó analizar a través del coeficiente de Alfa de Cronbach, a partir del cual se observó que la escala de Fortaleza obtuvo .77, subescala de Recursos .72 y .66 la subescala de Optimismo. De esta manera, se concluye que el instrumento es válido, ya que el coeficiente de Alfa de Cronbach es mayor o igual a .70. (Ver Tabla 02)

Tabla 02

*Cargas factoriales y análisis de confiabilidad de la escala de ConnorDavinson de Resiliencia*

REPRESENTACIONES MENTALES DEL ROL MATERNO Y RESILIENCIA25

Escala	Alfa de Cronbach	Ítems	Cargas Factoriales	Correlación Elemento Total Corregida
Fortaleza	0.77	12. Cuando las cosas parecen desoladoras, no me rindo.	0.43	0.4
		14. Bajo presión, puedo concentrarme y pensar con claridad.	0.33	0.35
		16. No me desanimo fácilmente ante el fracaso.	0.67	0.55
		17. Pienso que soy una persona fuerte.	0.72	0.6
		18. Puedo tomar decisiones difíciles o poco populares	0.43	0.41
		19. Puedo lidiar con emociones no placenteras.	0.53	0.54
		20. Actúo por presentimientos o corazonadas	0.59	0.29
		21. Hago las cosas con gran interés.	0.56	0.45
		24. Yo trabajo para conseguir mis metas	0.47	0.44
		Recursos	0.72	1. Yo puedo adaptarme al cambio.
2. Yo tengo relaciones cercanas y estables.	0.59			0.42
5. El haber tenido éxito en el pasado, me da confianza para realizar nuevos	0.62			0.46

REPRESENTACIONES MENTALES DEL ROL MATERNO Y RESILIENCIA26

	desafíos.		
	<b>11.</b> Puedo lograr mis metas	0.57	0.51
	<b>13.</b> Se dónde buscar ayuda si la necesito.	0.59	0.44
	<b>22.</b> Yo controlo de mi vida	0.36	0.33
	<b>25.</b> Estoy orgulloso de mis logros.	0.53	0.47
	<hr/>		
Optimismo 0.66	<b>6.</b> Yo veo el lado gracioso (divertido) de las cosas.	0.57	0.49
	<b>8.</b> Tiendo a recuperarme con facilidad luego de una enfermedad o un apuro	0.55	0.49
	<b>10.</b> Doy mi mejor esfuerzo sin importar lo que pase.	0.56	0.5
	<hr/>		

## **Procedimiento**

En primer momento, se llevó a cabo una visita exploratoria a los establecimientos de las organizaciones sin fines de lucro. En dicha visita se informó sobre los objetivos y procedimientos de la investigación; cabe resaltar que los datos y fecha de aplicación fueron designados por las Organización Sin fines de lucro. Durante la observación a los participantes del tratamiento, se evidenció que la mayoría de las madres no estaban acompañadas por otras personas, observándose una mayor dificultad para satisfacer las demandas de sus hijos (llanto, hambre o sueño) y, a la vez, prestar atención a las indicaciones del médico.

Por tal razón, durante el proceso de la evaluación se tuvo que contar con el apoyo de una persona para ayudar a las madres que presentaban algunas dificultades con sus hijos y con la resolución de los instrumentos. La aplicación de los instrumentos tuvo un promedio de 30 a 40 minutos de duración y esta fue tomada de manera independiente.

Con respecto a la evaluación, se entregó el consentimiento informado a las madres (ver apéndice) para participar libremente del estudio con el fin de cumplir con los estándares éticos requeridos en la investigación. El instrumento aseguraba la confidencialidad de los datos de las evaluadas.

En cuanto al análisis de datos, primero se contabilizaron los datos recopilados de los instrumentos y; a partir de allí, se fueron digitalizando en el programa estadística de SPSS, el cual permitió analizar los datos obtenidos pudiendo estudiar las propiedad psicométricas de cada prueba evaluada, de la misma manera también permitió realizar correlaciones entre las variables estudiadas, Representación Mental del Rol Materno y la Resiliencia, y variables demográficas.

En cuanto a la prueba de Representaciones Mentales del Rol Materno, se analizaron las estructuras factoriales de dos componentes (Representaciones Mentales del Rol Materno Negativo y Positivo) para conocer las cargas factoriales. Para obtener la confiabilidad, se analizó el coeficiente de consistencia interna alfa de Cronbach de cada uno de los dos componentes (Arellano, 2016).

## REPRESENTACIONES MENTALES DEL ROL MATERNO Y RESILIENCIA28

Asimismo, en cuanto a la prueba CD-RISC, se inició el análisis con el mismo procedimiento que realizó Pérez (2013) iniciando con el análisis factorial exploratorio con el fin de poder conocer las cargas factoriales de los ítems. Se utilizó el gráfico de sedimentación de Catell para conocer cuántos factores debieron retenerse y luego se pasó a realizar el análisis factorial confirmatorio para determinar la solución de los tres factores (fortaleza, recursos y optimismo).

Para conocer la consistencia interna de la prueba se pasó a realizar un análisis a través de los coeficientes de alfa de Cronbach con el fin de conocer la fiabilidad de la escala de medición.

Por último, para conocer la relación entre las variables, representación mental del rol materno y resiliencia, se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman, ya que esta nos ayudará analizar la correlación de los valores medidos a nivel de una escala ordinal.

## Resultados

En el presente capítulo se presentan los resultados de la investigación. Primero, se presentan las propiedades psicométricas de los instrumentos utilizados en el estudio y se realizan los análisis descriptivos y análisis principales de los índices de la Escala de Representaciones Mentales del Rol Materno (Arellano, 2016) y la Escala de Resiliencia (CD-RISC)(Pérez, 2013). Segundo, se muestran los resultados de las variables descriptivos de ambos instrumentos, y finalmente, los análisis correlacionales con el fin de establecer las relaciones entre las variables estudiadas.

### Escala de Representaciones Mentales del Rol Materno

Para conocer la validez de constructo de la prueba se realizaron los cálculos mediante el análisis factorial. En primer lugar, se realizó un análisis de componentes principales, el cual sugirió 8 componentes de la escala, entre positivos y negativos que explicaron el 71.39% del total de la varianza explicada. En segundo lugar, se examinó el constructo mediante el Análisis Factorial Exploratorio, de componentes principales con rotación varimax donde se obtuvo la Medida de Adecuación Muestral de Kaiser- Meyer-Olkin de .553; sin embargo, no se halló una coherencia entre las cargas factoriales, los ítems y las dimensiones. Por lo tanto, se pasó a examinar dos componentes, positivo y negativo. Sin embargo, se tuvieron que eliminar dos ítems, *abuela irritable* y *mamá cariñosa* debido a que tenían cargas factoriales menores a .3.

Luego de eliminarlos, se volvió a realizar el análisis de componentes principales con dos factores, positivos y negativos y se obtuvo la Medida de Adecuación Muestral de Kaiser-Meyer-Olkin de .549 en donde los dos componentes, positivo y negativo explicaban un 32.384% de la varianza total (Ver tabla 3).

Tabla 3

*Análisis de componentes principales de los factores de representaciones mentales del rol materno positivo y negativo*

Ítems	Componente RMRM	
	1 Positivo	2 Negativo
<b>Abuela Entregada</b>	.591	
<b>Abuela Responsable</b>	.678	
<b>Abuela Insegura</b>		.607
<b>Abuela Inteligente</b>	.676	
<b>Abuela Protectora</b>	.480	
<b>Mamá Buena</b>	.592	
<b>Bebe alegre</b>	.512	
<b>Mamá Inteligente</b>	.588	
<b>Mamá Atenta</b>	.572	
<b>Bebe cariñoso</b>	.508	.322
<b>Bebe Divertido</b>	.454	
<b>Mamá Triste</b>		.782
<b>Bebe Triste</b>		.488
<b>Bebe Inquieto</b>		.555
<b>Abuela Triste</b>		.531
<b>Bebe Vivo</b>		
<b>Mamá Impaciente</b>		.582
<b>Mamá Insegura</b>	-.334	.505
<b>Mamá Miedoso</b>		.419
<b>Bebe Miedoso</b>		
<b>Bebe Agresivo</b>	.376	.338
<b>Abuela Renegona</b>		<b>.501</b>

La confiabilidad fue llevada a cabo a partir del cálculo de consistencia interna donde se examinó el coeficiente de consistencia interna alfa de Cronbach y se obtuvo en la escala de Representaciones Mentales Positiva un .253. Debido a que el ítem *bebé vivo* muestra una carga factorial baja (.003). Por dicha razón, se decidió eliminar. Ante dicha acción, el coeficiente de consistencia interna de Alpha de Cronbach subió a .745.

En el caso de Representaciones Mentales Negativas, el coeficiente de Alpha de Cronbach fue de .727. Debido a que el ítem *bebé miedoso* muestra una carga factorial baja (.116); por dicha razón, se decidió eliminar. Se realizó un nuevo análisis, donde el coeficiente de consistencia interna de Alpha de Cronbach subió a .740. (>.30). Los resultados mostraron una consistencia interna adecuada, según Alvaro (2013).

### **Escala Connor-Davidson de Resiliencia (CDRS)**

Para la validez de este instrumento, se examinó el constructo mediante el Análisis Factorial Exploratorio, utilizando las tres dimensiones; fortaleza, recursos y optimismo, que el autor menciona esperando obtener cargas factoriales adecuadas. Sin embargo, estos no cumplieron con los objetivos esperados. Por tal razón, se eliminaron los ítems 2, 14 y 24 debido a que tenían cargas factoriales menores a 3.

Al eliminar los ítems mencionados, y volver a realizar el Análisis Factorial Exploratorio, de componentes principales con rotación varimax, se logró obtener la Medida de Adecuación Muestral de Kaiser – Meyer – Olkin de .679 en donde los ítems que presentaban una carga factorial adecuada explicaban un 29.230% de la varianza total.

Debido a que la variable resiliencia muestra bajas cargas factoriales en sus ítems, se decidió tomar, en adelante, a la variable como unidimensional, ya que resume la matriz de respuestas de los ítems de la escala. La unidimensionalidad explica la existencia de un factor dominante, que está relacionado con las puntuaciones de los demás factores, este modelo, siendo un factor independiente capta únicamente los factores comunes, ignorando los otros. Reckase(1979) argumenta que para que se tome una variable como unidimensional, se necesita que la cifra explique el 20% de la varianza. En la presente



investigación se manifestó con un 29.230% (Reckase, 1979) (Tabla 4)

Tabla 4  
*Análisis de la Varianza Total Explicada de Resiliencia*

Componente Resiliencia	Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción	
	% de la varianza	% acumulado
1	29.23	29.23
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		

Para obtener la confiabilidad de la escala, se realizó una consistencia interna donde se analizó los resultados mediante la examinación del coeficiente de consistencia interna de Alfa de Cronbach de .80 y una correlación de elementos totales que fluctúan de .30 a .54. (>.30). Los resultados mostraron una consistencia interna adecuada, según Alvaro (2013).

Se decidió no eliminar los ítems menores a .30 debido a que estos disminuirían la confiabilidad de la prueba (Ver Tabla 5).

Tabla 5

*Análisis de Correlación de Elementos Totales*

Ítems	Correlación elemento-total corregida
01:Yo puedo adaptarme al cambio	.465
05: El haber tenido éxito en el pasado, me da confianza para realizar nuevos desafíos.	.444
06: Yo veo el lado gracioso (divertido) de las cosas.	.313
10:Doy mi mejor esfuerzo sin importar lo que pase.	.425
11:Puedo lograr mis metas.	.455
12:Cuando las cosas parecen desoladoras, no me rindo.	.566
16:No me desanimo fácilmente ante el fracaso.	.542
17:Pienso que soy una persona fuerte.	.383
18: Puedo tomar decisiones difíciles o poco populares.	.401
19:Puedo lidiar con emociones no placenteras.	.543
20:Actúo por presentimientos o corazonadas.	.301
21:Hago las cosas con gran interés.	.320
22:Yo controlo de mi vida.	.530
25:Estoy orgulloso de mis logros.	.308

## Resultados Descriptivos

Se presentan la media y la desviación estándar de las variables investigadas según los resultados de la muestra. Con relación a la Escala de Representación Mental del Rol Materno Positivo obtuvo un promedio de 52 (DE= 8.15). Con relación de la Representación Mental del Rol Materno Negativo se logró un promedio de 31.93 (DE= 6.83). En cuanto a la Escala de Resiliencia se alcanzó un promedio de 76 (DE= 12.17) (Ver Tabla 6)

Tabla 6

*Media y Desviación Estándar de las variables evaluadas (N=60)*

Variables	Media	Desviación estándar
RMRM +	52.1333	8.15624
RMRM -	31.9333	6,83428
Resiliencia (Total)	76.3167	12,17039

Nota. RMRM +: Representaciones Mentales del Rol Materno Positiva, RMRM -: Representaciones Mentales del Rol Materno Negativo, Resiliencia (Total): Total de Puntaje de Resiliencia.

## Relaciones entre las variables

Para establecer las relaciones entre las variables estudiadas se deben realizar diversas correlaciones. Antes de proceder a realizar el análisis de las correlaciones se tuvo que examinar la distribución de los puntajes totales de las variables. Se encontró que las respuestas de ambas variables son de tipo Likert, la escala de Representaciones Mentales del Rol Materno muestra cinco opciones de respuesta, en cambio, la escala de Resiliencia muestra, solo cuatro opciones de respuesta. Por tal razón, se obtuvo la media de ambas variables y luego se estandarizo en puntajes Z.

Con relación a las variables correlacionadas, se utilizó el coeficiente de Spearman, ya que esta nos ayudará a analizar la correlación de los valores medidos a nivel de una escala

## REPRESENTACIONES MENTALES DEL ROL MATERNO Y RESILIENCIA 35

ordinal. Es así donde se encontró que a mayor Representaciones Mentales del Rol Materno Positivas mayor será la Resiliencia, se muestra un valor significativo ( $r=.210$ ,  $p=.107$ ). (Ver Tabla 7)

Tabla 7  
*Coefficiente de correlación entre Escala de Representaciones Mentales del Rol Materno Positivo y Negativo y la Escala de Resiliencia.*

	ZRMRM+	ZRMRM-	ZResiliencia
ZRMRM+			
	Coefficiente de correlación		.210
	Sig. (bilateral)		.107
ZRMRM-			
	Coefficiente de correlación	.032	
	Sig. (bilateral)	.810	
ZResiliencia			
	Coefficiente de correlación	.094	
	Sig. (bilateral)	.476	

En cuanto a la edad de las madres, se mostró que a mayor edad mayor será la resiliencia ( $r=.205$ ,  $p=.117$ ) (Ver Tabla 8)

Tabla 8  
*Coefficiente de correlación entre la Escala de Representaciones Mentales del Rol Materno Positivo y Negativo y la Escala de Resiliencia según la edad.*

		ZRMRM +	ZRMRM -	ZResiliencia
Edad	Correlación de Spearman	.011	.314*	.205
	Sig. (bilateral)	.936	.014	.117

Nota. \*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral). La correlación es significativa a nivel 0,01 (bilateral). RMRM +: Representaciones Mentales del Rol Materno Positiva, RMRM - : Representaciones Mentales del Rol Materno Negativo, Resiliencia.

## REPRESENTACIONES MENTALES DEL ROL MATERNO Y RESILIENCIA 36

También se encontró que a mayor sea el grado de instrucción de las madres, menor será las representaciones mentales del rol materno negativo ( $r=-.153$ ,  $p=.242$ ) (Ver Tabla 9).

Tabla 9

*Coefficiente de correlación entre la Escala de Representaciones Mentales del Rol Materno Positivo y Negativo y la Escala de Resiliencia según el Grado de Instrucción de las madres.*

		ZRMRM+	ZRMRM -	ZResiliencia
Grado de Instrucción	Correlación de Spearman	0.02	-0.153	.311*
	Sig. (bilateral)	0.878	0.242	0.016

Nota. \*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral). La correlaciones significativa al nivel 0,01 (bilateral). RMRM +: Representaciones Mentales del Rol Materno Positiva, RMRM - : Representaciones Mentales del Rol Materno Negativo, Resiliencia

En el siguiente análisis se encontró que a mayor número de hijos, menor será la representación mental positiva de la madre ( $r=-.179$ ,  $p=.171$ ) (Ver Tabla 10)

Tabla 10

*Coefficiente de correlación entre la Escala de Representaciones Mentales del Rol Materno Positivo y Negativo y Escala de Resiliencia según el Número de Hijo.*

		N° de Hijos	ZRMR M +	ZRMRM -	ZResiliencia
Número de Hijos	Coefficiente de correlación	1.000	-.179	.410*	-.126
	Sig. (bilateral)	.	.171	.001	.336

Nota. \*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral). La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral). RMRM +: Representaciones Mentales del Rol Materno Positiva, RMRM - : Representaciones Mentales del Rol Materno Negativo, Resiliencia.

Asimismo, se analizó que mayor haya sido las complicaciones durante el embarazo de la madre, mayor son las representaciones mentales negativa del rol materno ( $r=-.229$ ,  $p=.079$ ) (Ver Tabla 11)

Tabla 11

*Coefficiente de correlación entre la Escala de Representaciones Mentales del Rol Materno Positivo y Negativo y Escala de Resiliencia según las complicaciones durante el embarazo de las madres.*

		N° de Hijos	ZRMR M +	ZRMRM -	ZResiliencia
Complicacion es durante el embarazo	Coefficiente de correlación	1.000	.150	.229	.094
	Sig. (bilateral)	.	.253	.079	.476

Nota. \*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral). La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral). RMRM +: Representaciones Mentales del Rol Materno Positiva, RMRM - : Representaciones Mentales del Rol Materno Negativo, Resiliencia.

También se encontró que a mayor sean las complicaciones actuales del hijo, menor será la representaciones positivas del rol materno ( $r=-.146$ ,  $p=.226$ ) (Ver Tabla 12)

Tabla 12

*Coefficiente de correlación entre la Escala de Representaciones Mentales del Rol Materno Positivo y Negativo y Escala de Resiliencia según las complicaciones actuales del hijo.*

		N° de Hijos	ZRMR M +	ZRMRM -	ZResiliencia
Complicacio nes actuales del hijo	Coefficiente de correlación	1.000	-.146	.028	.032
	Sig. (bilateral)	.	.266	.830	.810

Nota. \*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral). La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral). RMRM +: Representaciones Mentales del Rol Materno Positiva, RMRM - : Representaciones Mentales del Rol Materno Negativo, Resiliencia.

## Discusión

La investigación estudia la relación entre las Representaciones Mentales del Rol Materno y la Resiliencia en un grupo de madres con hijos con fisura palatina que participan en un tratamiento quirúrgico brindado por dos organizaciones sin fines de lucro.

El estudio permite conocer las representaciones mentales del rol materno que está constituida en tres componentes: las interacciones con su bebé; con su rol materno y con su propia madre. De la misma manera, permite conocer la capacidad de fortaleza, recursos y optimismo, que son componentes de la resiliencia. Estas cualidades permitirán a la madre hacer frente a la malformación de su hijo.

Durante el proceso de investigación, se utilizaron las escalas de Representaciones Mentales del Rol Materno (Arellano, 2016) y Resiliencia (Pérez, 2013), aplicadas a 60 madres que participaban en el tratamiento quirúrgico de sus hijos con fisura palatina.

Los resultados evidenciaron que la mayor parte de las madres (52%) muestra tener mayores representaciones mentales positivas; sin embargo, un porcentaje menor de madres (32%) presenta representaciones mentales negativas. Además, la mayor parte de las madres son resilientes (76%).

Por otro lado, el estudio de las propiedades psicométricas de los instrumentos permitió realizar un análisis a las estructuras factoriales de cada uno de los instrumentos, encontrándose variaciones significativas en la composición de la estructura factorial de cada una. Tal es el caso de la escala de Representaciones Mentales del Rol Materno, originalmente conformada por 3 subescalas y 24 ítems.

La estructura factorial de la Escala de Representaciones Mentales del Rol Materno, construida por Arellano (2016) tiene como objetivo medir las representaciones mentales más sobresalientes de las madres adolescentes de Lima; además, su construcción demuestra aplicaciones rápidas y fáciles a diferencia de la prueba original de Stern(1997), la cual requiere de un evaluador preparado para realizar una evaluación a través de una entrevista.

Ello implica un proceso extenso; no obstante, es la primera investigación que reporta propiedades psicométricas.

Para la validez de la prueba, se realizó un análisis factorial exploratorio mediante 8 componentes, obteniendo, el .553; siendo menor al reporte de análisis factorial de la prueba original, que obtuvo .71. Sin embargo, las varianzas de ambas pruebas no mostraban coherencia entre sus cargas factoriales, ítems y dimensiones. Por estas razones, tanto esta investigación como la prueba original (Arellano, 2016) no realizaron las interpretaciones de los resultados y ambas coinciden en que se debe analizar y explicar la validez mediante 2 componentes; Representaciones Mentales del Rol Materno Positivo y Negativo.

La autora (Arellano, 2016), en el estudio piloto, reportó que las madres tenían discusiones consigo mismas sobre el significado de los ítems “*cariñosa*” y “*poco inteligente*”, pero decidió no eliminar dichos ítems debido a que no fueron cuestionados directamente a la evaluadora, además las cargas factoriales eran adecuadas. Sin embargo, en esta investigación, sí se tuvieron que eliminar los ítems, dado que mostraban menores cargas factoriales. Se presume que los resultados fueron respondidos de manera superficial, debido a que las madres no lograron entender las definiciones de los adjetivos.

Para obtener la confiabilidad, se examinó el coeficiente de consistencia interna de los 2 componentes, positivo y negativo; no obstante la escala de Representación Mental Positiva reportó una consistencia de .253, siendo menor al componente positivo de la escala original (.80) (Arellano, 2016). Esta diferencia se debió a que un ítem positivo mostraba una carga factorial baja, por esta razón, se tomó la decisión de eliminarla. Luego de ello, se obtuvo un componente positivo alto (.740). De este modo, se obtiene una adecuada consistencia interna para la Escala de Representación Mental Positiva.

En la Escala de Resiliencia, se han encontrado diferentes puntuaciones significativas. Primero, se analizó la validez, examinándose tres dimensiones “*fortaleza*”, “*recursos*” y “*optimismo*”, tal como lo realizaron Pérez, Manzano – Garcia y Ayala (2013). Sin embargo, dicho análisis, a pesar de forzar los resultados en tres dimensiones y eliminar ítems, no logró obtener resultados satisfactorios. Ante ello, se decidió trabajar con una sola dimensión, y se obtuvo resultados que explicaban adecuadamente la varianza total de 29.230%, siendo semejantes al análisis de Campbell- Sills y Stein (2007).



Campbell – Sills y Stein, (2007) propusieron la validez de la escala de 10 ítems con una sola dimensión. Ellos demostraron que su escala con 10 ítems lograba medir en las personas la capacidad de tolerar las experiencias al cambio, a los problemas personales, a la capacidad de sobresalir ante una enfermedad, presión o fracaso, lo cual llevaba a reflejar la capacidad de recuperarse de la variedad de desafíos que puede surgir en la vida.

Ante ello, en primer lugar, se confirma que los factores demográficos y culturales, tanto de la muestra de los autores Campbell – Sills y Stein (2007), Serrano- Parra et al (2012) como la de esta investigación, afectan la capacidad factorial y la estructura del instrumento original de 25 ítems. Esto se puede comprobar, ya que las madres de esta investigación, naturales de diferentes culturas del país, demostraron entender la prueba según su capacidad de percepción y aprendizaje cultural. En segundo lugar, siendo semejantes los resultados estadísticos de esta investigación con los de Campbell – Sills y Stein, (2007), se comprueba que las madres también pueden o no mostrar capacidades para tolerar experiencias difíciles, así como exhibir su capacidad para sobresalir ante presiones o fracasos.

En tercer lugar, tanto Campbell – Sills y Stein (2007) como la presente investigación comprueban que el trabajar con una sola dimensión confirma que el constructo muestra una inestabilidad en cuanto a su estructura multidimensional, considerando que es necesario realizar nuevos estudios que logren re-analizar la estructura de la escala de CD-RISC.

En cuanto la confiabilidad de la escala, no se logró analizar las tres dimensiones, como lo realizó Pérez (2013), y tampoco se consiguió forzar los resultados eliminando ítems, ya que esto disminuía la confiabilidad de la prueba. Por ello, se realizó el análisis de consistencia interna de Alfa de Cronbach y una correlación de elementos totales que fluctúan de .30 a .54 de manera unidimensional.

Ante estas argumentaciones, se muestra la importancia de tomar en cuenta, que durante los reportes del análisis de validez y confiabilidad de la estructura factorial de las escalas, se debe comprobar la adaptación lingüística del instrumento de resiliencia, ya que ha generado cambios significativos en la configuración de la escala original. Asimismo, es importante que la validez del instrumento cuente con un soporte teórico con el fin de que se logre una

adecuada estructura para una próxima versión adaptada (Serrano – Parra et al, 2012; Pérez, 2013).

El propósito principal de esta investigación es establecer la relación entre las representaciones mentales del rol materno positivo y negativo, y la resiliencia en madres durante el tratamiento de sus hijos con fisura palatina según variables sociodemográficas. Los objetivos de la presente investigación sí han sido comprobados, ya que los resultados de las correlaciones entre las Representaciones Mentales del Rol Materno Positivo y Resiliencia han logrado ser significativas tanto en su estructura psicométrica, como en su relación con los datos sociodemográficos. Esto significa que las madres logran construir, a partir de la relación con su madre, una constelación materna, en la cual el rol como madre se ha ido transformando y reorganizando en sus mentes, logrando construir representaciones mentales positivas.

De esta manera, permite que puedan establecer un mejor vínculo con el bebé. Además, demuestran ser madres no vulnerables ante los conflictos intrapsíquico de ellas mismas y los conflictos a partir de la malformación de sus bebés.

En cuanto a los resultados de relación entre las variables estudiadas, se evidencia mayores representaciones mentales positivas y de resiliencia en las madres, lo cual indica que los resultados fueron significativos. Por ende, estas madres poseen mayor seguridad, autoestima, filiación y capacidades humanas individuales de resiliencia. Es decir, que ellas se permiten ver a sí mismas como mujer y como madres cuidando la relación con su hijo y no como el producto de la malformación (Bruschweiler & Stern, 1998; Burbano, 2004; Gonzalez – Arratia, Nieto & Valez, 2011). De la misma manera, sus capacidades pueden contribuir a mejorar la estabilidad emocional y afrontamiento de su familia con respecto a la malformación de su hijo.

Los estudios que evidencian la relación de las dos variables estudiadas son escasas; sin embargo, las diferentes investigaciones (Maya ,2012; Lam, et al., 2008) demuestran que las madres, a pesar de presentar condiciones de vida vulnerable, dificultades en la maternidad temprana o problemas en el desarrollo del bebé, pueden transmitir representaciones maternas positivas cargadas de afecto y acción adecuadas para un vínculo positivo con el bebé ( Maya ,2012). De la misma manera, las madres que cuentan con un mayor y adecuado

## REPRESENTACIONES MENTALES DEL ROL MATERNO Y RESILIENCIA<sup>42</sup>

apoyo social demuestran un alto nivel de resiliencia, formándose de esta manera factores protectores que ayudan a disminuir el riesgo, como es el cuidado especial que se le da a un bebé o niño con fisura palatina (Lam, et al. , 2008).

Por otro lado, se muestran las relaciones entre algunas variables sociodemográficas y las variables establecidas; a continuación, pasaremos a explicar.

Las madres que tienen mayor edad demuestran tener mayor resiliencia, es decir, mayores capacidades de enfrentarse ante situaciones difíciles, como es tener que acompañar a sus hijos con fisura palatina y afrontar varios tratamiento quirúrgicos. Se muestran resilientes, porque han desarrollado un conjunto de cualidades, recursos y fortalezas. Asimismo, Gonzales-Arratia y Valdez, (2013) determinaron que la mujer adulta muestra mayor resiliencia, debido a que ha desarrollado a través de su experiencia y necesidad de vida factores protectores internos (habilidades para la solución del problema) y externos (apoyo de la familia y personas significativas), lo cual le ha permitido resolver problemas.

Sin embargo, Saavedra y Villalta (2008) sostienen que los niveles de resiliencia no están asociados directamente con los tramos de edad (19 a 24 años y 46 a 54 años), sino que esta capacidad de resiliencia se da en cualquier tramo. Braverman (2001) también refiere que la resiliencia es un proceso más que una característica fija de la edad. Es posible que las madres que tienen una edad mayor y que participan en este tratamiento muestren mayor resiliencia no necesariamente por su edad, sino porque ellas pertenecen a una comunidad como son las organizaciones sin fines de lucro, en donde a través de estos espacios brindados, encuentran el apoyo médico y servicios multidisciplinarios (pediatría, odontología, nutrición, psicología) de orientación y consejería. A través de estos servicios, es posible que las madres estén aprendiendo a desarrollar su capacidad de resiliencia (Becoña, 2006).

Del mismo modo, las madres que tienen mayor grado de instrucción presentan menores representaciones mentales negativas. Esto podría relacionarse con el conocimiento y acceso a servicios de educación y salud, lo cual las provee de un mayor conocimiento y comprensión para la mejora de la atención de las necesidades de crianza de su bebé con malformación. Asimismo, estas redes de soporte, que son “círculos protectores” para la

madre, se comienzan a convertir en círculos importante y necesario para ellas y para sus hijos con fisura palatina.

Otras redes de soporte pueden ser la madre de la madre, la pareja, la familia, las organizaciones sin fines de lucro que cuentan con el apoyo especializado en el caso, o como se ha observado en la investigación, entre las mismas madres con hijos con fisura palatina. Estas redes de soporte la acompañarán en su maternidad, en el cuidado y tratamiento de ellas mismas y sus hijos. De esta manera, se van preparando mentalmente ante las situaciones que deberán resistir. (Traverso, 2007; Maya, 2010; Arellano, 2016)

En la misma línea, va la argumentación que realizó Arellano (2016), en la cual alude que las madres adolescentes, con bajo grado de instrucción, podrían percibir mayor apoyo y facilidad para transmitir sus conocimientos a diferencia de las madres con un mayor nivel de instrucción.

Por otra parte, resultó importante conocer que a mayor número de hijos tenga la madre, menor será la representación mental positiva en ella. Durante el transcurso de su rol materno, ella ha mostrado un estilo adaptativo para criar a sus hijos; sin embargo, el tener más hijos no la va a preparar para un hijo mal formado. En este estudio fueron el 85% las mamás que no tenían conocimiento del diagnóstico de su bebé. La representación positiva disminuye, en tanto la madre entra en una etapa de lamentación ante la búsqueda de algún fracaso como gestante; asimismo, muestra incertidumbre y aflicción ante la pérdida de la ilusión del “niño esperado”. Exponen temor frente a los cuidados que realmente tomarán durante la crianza de su bebé, (Rendón, Trebilcok&Florez, 2001).

Por otro lado, las madres que manifestaron mayores complicaciones durante su embarazo presentan mayores representaciones mentales negativas. La falta de representaciones mentales positivas en las madres se debe a que, desde el embarazo o parto, se asignaron responsables del cuidado de la salud de sus hijos; y no se dio el tiempo de procesar la pérdida de la ilusión o fantasía de un “bebé perfecto o sano”. Ante estas condiciones a las que se enfrentan las madres con hijos con fisura palatina, se puede ir deformando la relación objetal durante el primer año de vida del niño; Spitz (1945) lo denomina hostilidad materna, es decir, comportamiento patológico de la madre. Esta hostilidad cumple la función de ir deformando la relación con el hijo (Spitz, 1945, como se citó en Bekei, 1992).

Sin embargo, la desviación de la conducta materna siempre actuará de manera dañina. Una forma de mostrarse es la conducta de rechazo que la madre manifiesta por el hijo. Bekei, 1992; describe que las diferentes conductas maternas que encubren el rechazo subyacente de la presente hostilidad conllevaran diferentes trastornos o enfermedades psicósomáticos en el niño según su respuesta a la actitud manifiesta de la madre (Bekei, 1992).

Por estas razones, algunas madres con hijos con malformación de fisura palatina no logran representaciones mentales positivas, debido a que pueden estar experimentando culpabilidad y ansiedad por tener un hijo malformado. Asimismo, al presentarse dicha malformación, la madre no ha logrado dar una adecuada modificación a sus características objetal, de un bebé real y un bebé imaginario; por ende, afecta la relación de díada entre madre- bebé (Stern, 1997).

La hostilidad materna no será la única dificultad que se le presenta a la madre con hijo con malformación de fisura palatina; las complicaciones iniciaran cuando la familia recibe al hijo con malformación, la situación se vuelve impactante y más para la madre, ya que no solo se nombra irracionalmente responsable de la salud del bebé nacido sino que ella también pasa por una etapa de culpa, lamentación, reacciones desadaptativas a nivel cognitivo, conductual y emocional con el fin de que sus reacciones, con el tiempo, logren ser modificadas, adaptadas y afronten las secuelas negativas y crianza del hijo.

Esta etapa es dejada de lado y es sustituida por las demandas de diagnóstico y necesidades inmediatas del hijo; este camino puede ser de larga duración (Rendon et al, 2001; Brent & Matthew, 2006; Limaña, Corbalan&Patron, 2007).

No obstante, la mayoría de las madres, de la presente investigación, no solo no ha logrado procesar sus reacción mediante un periodo de aflicción, sino que también debe convivir con la realización de diversas actividades, como son las consultas multidisciplinarias (otorrino, laringólogo, pediatra, cirujano, odontóloga, terapeuta de lenguaje, anesesiólogo, cardiólogo)se entiende que las madres colocan como prioridad la satisfacción de las demandas y necesidades de sus hijos, dejando de lado las necesidades psicológicas. Esta actitud de la madre se denomina estilo de afrontamiento, pero estas actitudes también estén dirigidas, inconscientemente, por las emociones de autculpa y no por la solución de problemas (Rendon Trebilcock & Florez, 2001).

## REPRESENTACIONES MENTALES DEL ROL MATERNO Y RESILIENCIA<sup>45</sup>

También se conoció que, mientras más sean las complicaciones que presentan los bebés con malformación, menores serán sus representaciones mentales positivas de la madre. Entre las complicaciones más concurrentes del bebé se encuentran los retrasos en el desarrollo del lenguaje, problemas para alimentación y respiración. Volviendo a estudiar la teoría de Spitz, él también planteó que la carencia afectiva de la madre alterará el desarrollo de personalidad, lo cual también está relacionado con el cuerpo. Spitz, concluyó que, al no haber posibilidades de relaciones objétales, el bebé dirigirá la descarga de impulsos agresivos, que recibió de la madre, contra sí mismo y enfermará (Spitz, 1945, como se citó en Bekei, 1992). Es posible que las complicaciones de salud que presentan los niños con labio leporino se deban al problema de las relaciones objetales entre madre-bebé.

De esta misma manera, son menores las representaciones mentales positivas del rol materno porque el principal problema son las complicaciones para alimentar al bebé. Las representaciones de estado mental de la madre, ante la impotencia de no poder alimentar a su bebé mediante este principal medio, el seno, se ve bruscamente afectado e interrumpido alterando la construcción del vínculo entre ambos (Bowlby, 1969; como se citó en Contreras, Guzmán, Alfaro, Arraya & Jiménez, 2011). Las creencias, emociones, deseos, fantasías y temores se ven alterados.

La madre entra en una fase de cuestionamiento y culpa sobre sí misma, y esta situación también genera recuerdos del vínculo que sostuvo con su propia madre. La madre internaliza estas respuestas reflejantes de su propia madre en su bebé. Este modo, producirá una conducta de cuidado frente a las complicaciones que presentan sus bebés, la cual es representativa al estado interno de la madre. El bebé también internaliza e introyecta la expresión empática que haya elaborado la madre con respecto a estas situaciones de malformación, desarrollando en el bebé una representación secundaria de su estado emocional, el cual puede perjudicar o acreditar al desarrollo de su hijo frente a su entorno (Duhalde, 2004; Bateria & Fonagy, 2006)

Entre los datos descriptivos, se conoció que la mayoría de las madres no tenían conocimiento previo sobre el diagnóstico de su bebé. Ellas manifestaron no haber tenido los recursos necesarios; otras sostuvieron que durante la toma de ecografía su bebé se colocaba su mano o brazo lo cual impedía ver la boca. Según las teorías planteadas, es posible que la razón por la cual las madres no tuvieron una iniciativa para conocer el diagnóstico de

malformación se deba que ellas, al igual que muchas madres gestantes, albergan una imagen prefigurada de su bebé, entrelazando anhelos y emociones ante la llegada de una bebé sano.

Se concluye que los resultados de esta investigación alcanzaron cumplir con los objetivos planteados las informaciones encontradas permitieron desarrollar, justificar y discutir los resultados con las teorías planteadas, creando nuevas aportaciones a futuras investigaciones en el Perú.

Se logró establecer la relación entre las representaciones mentales del rol materno positivo y negativo; y la resiliencia. A pesar que las madres se enfrentan a procesos de desilusión, adaptación y confrontación ante las necesidades urgentes de sus bebés con malformación, logran construir, transformar y establecer representaciones mentales positivas, estableciendo óptimos vínculos con su bebé. Estos procesos de resolución de conflictos intrapsíquicos ayudan a que la madre se sienta con mayor seguridad y capacidad humana individual de resiliencia, logrando afrontar las adversidades de estas situaciones especiales.

Asimismo, las madres han ido desarrollando niveles altos de resiliencia debido a que han ido adquiriendo factores protectores que las ayudan a afrontar el proceso de restauración de su hijo; tal como lo demuestra participando en el programa post-quirúrgico que imparte las organizaciones sin fines de lucro.

El desarrollo de los factores de resiliencia, no solo significará la participación en el programa sino que dentro de este han logrado vivir nuevas experiencias de esperanza ante una reconstrucción de labio fisurado de su bebé. El apoyo social, en este caso, de las organizaciones sin fines de lucro y de los servicio multidisciplinario ha contribuido a que ellas adquieran mayores habilidades para la solución y resolución del problema; asimismo el desarrollo de diversas cualidades como fortaleza, recurso y optimismo.

Las representaciones mentales positivas serán una contribución para el desarrollo psíquico del bebé, ya que, si la madre se muestra segura y capaz de afrontar estas situaciones de tratamiento quirúrgico y otros aspectos relacionados a las diferentes problemáticas de sus hijos, el niño también se sentirá con las mismas capacidades de la madre, para enfrentar estas situaciones, mostrando ser un bebé que desarrolla capacidades resilientes en el futuro.

La capacidad de resiliencia en los niños con fisura palatina contribuirá a que se sientan capaces de afrontar al tratamiento de intervenciones quirúrgicas y multidisciplinarias. Es posible que esta capacidad de resiliencia también ayude a una rápida recuperación física de las cirugías, a las que son sometidos.

Asimismo, se logró establecer las características psicométricas de los instrumentos en la muestra del estudio. Se estableció la validez y confiabilidad del constructo de la escala de representación mental del rol materno, elaborada por Arellano (2016) y escala de resiliencia CD-RISC, validado por Pérez (2013). Sin embargo, se presentaron algunas dificultades en las cargas factoriales, ítems y dimensiones de las pruebas, lo cuales tuvieron que ser forzadas a una o dos dimensiones con la finalidad de obtener la validez y confiabilidad de ambas.

Dentro de las limitaciones presentes en la investigación, fue el tamaño de la muestra, lo cual generó que tanto los resultados como el análisis de las variables para el proceso de discusión estén limitados. Esto produjo que afectará la validez y confiabilidad de las escalas mostrando resultados factoriales no esperados. Estas limitaciones obligaron a la autora a tener que utilizar una de las variables como unidimensional.

Asimismo, se reconoce que una de las limitaciones encontradas fue la escasez de investigaciones relacionadas con las variables y la muestra, lo cual limitó el planteamiento de hipótesis o; por otro lado, que sirvieran como aportes para la discusión de resultados. Sin embargo, es importante volver a mencionar que se deben realizar nuevas investigaciones que estudien esta población, ya que permitirá mayores contribuciones y se logrará psicoeducar a los espacios sociales (colegio, ciudad, hospital, etc) sobre las problemáticas físicas, sociales y psicológicas que pasan estos niños con fisura palatina. Se espera una reflexión y comprensión por estos espacios para que se logren brindar el apoyo y sean vistos como iguales; esto permitirá el óptimo desarrollo de esta población y nuestra población.

Otra limitación presente fue la estructura contextual de los ítems, el grado de instrucción y origen del contexto cultural de las madres. Con respecto al grado de instrucción, la mayoría de ellas han culminado la etapa escolar y otras solo han llegado al sexto grado de primaria. Es posible que dicho grado de instrucción haya limitado la comprensión del significado de los ítems. Con respecto al origen cultural, la mayoría de las madres entendían los ítems



“*bebé vivo*” como un bebé que actúa de una manera inadecuada; y el ítem “*Yo tengo relaciones cercanas y estables*” aludía al significado de mantener relaciones cercanas con personas que no fueran sus parejas, lo cual las limitaba a responder. Esta situación obligaba a prolongar el tiempo de evaluación.

Las últimas limitaciones que se observaron fueron las escalas utilizadas. Primero, las dos escalas realizaron análisis psicométricos utilizando muestras mayores a 150 personas. Es posible que el tamaño de muestra haya afectado los resultados psicométricos de la investigación. Con respecto a la Escala de Resiliencia CD-RISC, esta investigación apoya el análisis de los autores Campbell – Sills y Stein, 2007 quienes propusieron realizar nuevos estudios que logren re-analizar la estructura de la escala.

Para próximas investigaciones e intervenciones con madres con hijos con fisura palatina, se recomienda que el tipo de investigación sea cualitativa, ya que la muestra no es concurrente y por tanto muestra un difícil acceso de trabajar con ellos. También porque esto ayudara a conocer a profundidad el tipo de representaciones mentales que presenta con su hijo, los estilos de afrontamiento, crianza y apoyo de su entorno.

En cuanto a la recopilación de datos sociodemográficas, será importante explorar si el embarazo fue planificado, de esta manera se evidenciara el inicio del vínculo entre la madre y el bebé. Asimismo, se recomienda hacer un piloto antes de la evaluación con el fin de explorar la comprensión de los ítems tomando en cuenta los factores de grado de instrucción.

Se recomienda para próximas evaluaciones, un espacio privado y que no se presenten estímulos externos que puedan interrumpir el proceso de evaluación. Asimismo, se recomienda que la madre sea evaluada sola, y no en compañía de otra persona o de su hijo, ya que estos también son factores que pueden alterar la fiabilidad de las respuestas de las madres. Este espacio privado incentivara a la madre a expresar sentimientos que generen algún tipo de malestar emocional, ya que en la presente investigación muchas de las madres expresaban sentimientos de malestar a través del llanto; sin embargo, el espacio las limitaba ya que habían otras personas que las observaban.

Antes de finalizar, es importante brindar algunas recomendaciones a las madres y familias con fisura palatina, que han participado y apoyado a la elaboración de este estudio.

Durante el proceso de elaboración del estudio se comprendió aspectos físicos, médicos y psicológicos que generan un diagnóstico de malformación y el impacto socio-emocional en las familias, en especial en la madre.

Sin embargo, es importante dar un espacio a las emociones, ilusiones, fantasías que han sido rotas. No negar a través de sobreadaptaciones de optimismo superficial o ideas de invulnerabilidad. Se debe ir desarrollando una transformación para convertir el daño en fortaleza. Por otro lado, el fortalecimiento del valor de los vínculos permitirá la integración natural de otros recursos como los dispositivos familiares, grupales y comunitarios. Las familias, en especial las madres, deben comprender que “*no todo está hecho*” como expone la situación traumática, lo importante se revelará en lo que se debe hacer, en los potenciales evolutivos y la capacidad de acción de las familias, y la madre.

Para concluir esta investigación, se logra señalar que, luego de presentarse diversas limitaciones, los resultados han permitido conocer las características mentales y niveles de resiliencia de las madres con hijos con fisura palatina. Esto nos permite responder que sí se han logrado cumplir con los objetivos planteados de la investigación.

En cuanto al proceso psicométrico de las escalas se logró seguir el curso del análisis y procedimiento estadístico de ambas pruebas (Arellano, 2016; Pérez, 2013), sin embargo se tuvo que forzar algunos resultados, pero si se consiguió la validez y confiabilidad de estas, respaldado por el apoyo teórico.

Las madres de esta investigación, en su mayoría, han logrado construir y transformar sus constelaciones maternas mentales, desarrollando representaciones mentales positivas, lo que les permite desarrollar un mejor rol como tal y fortalecer el vínculo con su bebé. De la misma manera, las madres muestran haber desarrollado capacidades resilientes, mostrando ser más seguras y decididas para enfrentar los conflictos internos, como atender las necesidades de urgencia de sus bebés con malformación.

Por último, es importante reconocer que las organizaciones sin fines de lucro son entidades que contribuyen no solo al apoyo de la reestructuración física del niño, sino que, a través de sus servicios multidisciplinarios y psicoeducación sobre el origen y proceso de desarrollo de la fisura palatina, contribuyen al desarrollo de resiliencia y representaciones mentales

## REPRESENTACIONES MENTALES DEL ROL MATERNO Y RESILIENCIA50

positivas de las madres.

## Bibliografía

Álvaro, R. (2013). Métodos y diseños de investigación del comportamiento. Universidad Ricardo Palma. Lima: Perú.

Ammaniti, M.; Baumgarther, E.; Candelori, C.; Perucchini, P.; Pola, M.; Tambelli, R & Zampio, F. (1992). Representations and narratives during pregnancy. *Infant Mental Health Journal*. 13(2), 167-182.

Anthony, E. (1987) Risk, vulnerability, and resilience: An overview. *The invulnerable child Journal*. 3-48.

Athie, D.; & Gallegos, P. (2011). Relación entre la Resiliencia y el Funcionamiento Familiar. I Congreso Nacional de Investigación – IASD. Obtenido de <http://papiros.upeu.edu.pe/bitstream/handle/123456789/123/CSS30Articulo.pdf?sequence=1>

Arellano, A. (2016). Adaptación de Pruebas de Representaciones Mentales del Rol Materno. (Tesis de Licenciatura). Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas – UPC, Lima.

Armayones, M.; Boixadós, M.; Pousada, M.; Guillamon, N. & Gomez-Zuñiga, B. (2009). *Revista Salud y Red*. España, Barcelona: Editorial UOC.

Bateman, A.; & Fonagy, P. (2006). Progress in the treatment of borderline personality disorder. *The British Journal of Psychiatry*. United States – New York : Oxford University.

Becoña, E. (2006). Resiliencia: Definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y psicología clínica.*, 3(11), 125-146.

Békei, M. (1984). Trastornos psicósomáticos en la niñez y la adolescencia. Estados Unidos: Texas. Nueva Visión, (Cuarta Edición).

Braverman, M. (2001) Applying resilience theory to the prevention of adolescent substance abuse. *Journal Focus*. 7(2), 1-12.

Brent, C. & Matthew, L. (2006) Social Emotion Development of Infants and Young Children with orofacial Clefts. *Journal Infants and Young Children*, 19 (4), 262-291.

Bruschweiler, N. & Stern, D. (1998). *The Birth of a mother: how the motherhood experience changes you forever*. Londres: Bloomsbury.

Burbano, S. (2004) El proceso de Resiliencia en madres adolescentes. Tesis (Maestría en Adolescencia). Universidad Andina Simón Bolívar. Área de Salud.

## REPRESENTACIONES MENTALES DEL ROL MATERNO Y RESILIENCIA<sup>52</sup>

- Campbell – Sills, L.& Stein, M. (2007). Psychometric Analysis and Refinement of the Connor – Davidson Resilience Scale (CD-RISC): Validation of a 10 – Item Measure of Resilience. *Journal of Traumatic Stress*, 20 (6), 119-1028.
- Castro, M. & Llanes, J. (2006) Tutoría en resiliencia. *Revista Liberaddictus*, (94), 101-104
- Connor, K.; & Davidson, J. (2003). Development of a new Resilience Scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-risc). *Depression and Anxiety Journal*, 18, 76-82.
- Contreras, P.; Guzmán, M.; Alfaro, C.; Araya, C. & Jiménez, P. (2011) Significados asociados a la infidelidad en estudiantes universitarios con estilos de apego seguro e inseguro. *Revista Salud & Sociedad*. ISSN-e 0718-7475. 2(1), 10-30.
- Cyrulnik, B. (2001). La maravilla del dolor: *el sentido de la resiliencia*. España: Editorial Granica.
- Defensoría del Pueblo (2007). Educación Inclusiva: *Educación para todos*. Informe de Defensoría N°127.
- Duhalde, C. (2004). De la Dependencia a la Independencia. Representaciones maternas acerca del vínculo con el bebé en el primer año de vida (Tesis Doctoral, Universidad de Buenos Aires). *Revista Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 17-40.
- El Peruano (2012). Normas Legales. Periódico N° 48200. Obtenido de <http://www.conadisperu.gob.pe/web/documentos/2012/politica/ley29973.pdf>
- Estrada, M.; (1997). Análisis del tratamiento quirúrgico de 53 pacientes con fisura palatina. *Revista Cubana Pediátrica*, 2(69), 151-155.
- Frey, K.; Greenberg, M.; & Fewell, R. (1989). Stress and coping among parents of handicapped children: A multidimensional approach. *American Journal on Mental Retardation Journal*. 94(3), 240-249.
- Fonagy, P. (1999). Persistencias Transgeneracionales del apego: una nueva teoría. *Rev. Internacional de Psicoanálisis, Aperturas Psicoanalíticas*, 03.
- Gergely, G.; Fonagy, E. & Target, M. (2002). Affect regulation, mentalization, and the development of the self. United State: New York . ISBN:9781892746344.
- Garmezy, N. (1971). Vulnerability research and the issue of primary prevention. *American Journal of Orthopsychiatry*, 41(1), 101-116.
- González – Arratia, N. & Valdez, J. (2013). Resiliencia: diferencias por edad en hombres y mujeres mexicanos. (Tesis Licenciatura: UNAM Facultad de Psicología). 3(1) 941-955.
- González – Arratia, N.; Nieto, D. & Valdez, J. (2011). Resiliencia en madres e hijos con cáncer. *Revista Psicooncología*, 8(1), 113-123.

## REPRESENTACIONES MENTALES DEL ROL MATERNO Y RESILIENCIA53

- Gowen, J.; Johnson-Martin, N.; Golman, B. & Appelbaum, M. (1989). Feeling of depression and parenting competence of mothers of handicapped and nonhandicapped infants: A longitudinal study. *American Journal on Mental Retardation*, 94(3), 259-271.
- Grimalt O.; Lua, & Heresi M. (2012). Estilos de apego y representaciones maternas durante el embarazo. *Revista chilena de pediatría*, 83(3), 239-246.
- Grotberg, E.; Melillo, A.; Ojeda, E.; & Paladini, M. (2008). Resiliencia: Descubriendo las propias fortalezas. España: Madrid. Paidós (Primera Edición)
- Hernández; R. (2006). Metodología de la Investigación. México: D.F. Ultra (Cuarta Edición)
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) (2013), Perú. Obtenido de <http://www.inei.gob.pe/web/NuestrasActividadesFlotantePrincipal.asp?file=16391.jpg>
- Lam, N.; Contreras, H.; Cuesta, F.; Mori, E.; Cordori, J. & Carrillo, N. (2008). Resiliencia y apoyo social frente a trastorno depresivos en gestantes sometidas a violencia de género. *Revista Perú Epidemiol.* 3 (12).
- Limiñana, R.; Corbalán, J.; Patró, R. (2007). Afrontamiento y adaptación psicológica en padres de niños con fisura palatina. *Revista Anales de Psicología*, 2 (23), 201-206.
- Machado, R.; Bastidas, M. & Arias, E. (2012). Disyunción Maxilar con la utilización del Expansor tipo Hyrax en pacientes con labio y paladar hendidos. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopedriatra N°200102CS997*.
- Marqués, A. (2011). Análisis e incidencia de los factores de resiliencia en padres y madres con hijos, que bajo el constructor de la diversidad, son etiquetados como discapacitados: una propuesta de intervención en el ámbito sociofamiliar. (Tesis Doctoral). Departamento de Pedagogía Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación Universidad de Jaén. Obtenido de <http://ruja.ujaen.es/bitstream/10953/454/1/9788484397205.pdf>
- Maya, D. (2012). Representación de la función materna en un grupo de madres adolescentes en Lima Metropolitana. (Tesis Licenciatura) Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima.
- Mesa, A. & Gómez, A. (2010). La mentalización como estrategia para promover la Salud Mental en bebés prematuros. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, niñez y juventud*, 2(8).
- Monasterio, A.; McCarthy, J.; Greenwood, D. (2008). Tratamiento Interdisciplinario de las Figuras Labio Palatinas. Chile – Santiago de Chile. Primera Edición. (Ibero)

## REPRESENTACIONES MENTALES DEL ROL MATERNO Y RESILIENCIA<sup>54</sup>

Operación Sonrisa, Perú (Internet) Lima. Obtenido de <http://www.operacionsonrisa.org.pe/qs.html>.

Palomar, J. & Gómez, N. (2010) Desarrollo de una escala de medición de la resiliencia con mexicanos (RESI- M). *Revista Interdisciplinaria*, 27(1), 7-22.

Pereira, R (2007). Resiliencia individual, familiar y social. *Rev. Interpsiquis*.

Pereira, R (2011). Adolescentes en el siglo XXI. Entre impotencia, resiliencia y poder. Madrid: Editorial Motora.

Pérez, M (2013). Síntomas de Trastorno de Estrés Postraumático, Regulación Emocional y Resiliencia en un Grupo de Damnificados por el Terremoto del 2007 en Tambo de Mora. (Tesis de Licenciatura). Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas- UPC. Tesis en proceso de elaboración.

Reckase, M. (1979). Unifactor latent trait models applied to multifactor test: Results and implications. *Journal of Educational Statics*, 4 (3), 207 – 230.

Rendon, M., Trebilcock, E., & Florez, L. (2001). Análisis de las distorsiones cognitivas de las madres de los niños con malformaciones congénitas. *Revista Colombiana de Psicología*, (10), 53 – 77.

Rodríguez, L. & Norabuena, M. (2010). Uso del obturador palatino en pacientes con labio y paladar fisurado, reporte de un caso en el Centro Medico Naval, Lima, Perú. *Portal de Revistas Peruanas*, 1(9), Obtenido de [http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?pid=S1814-487X2010000100007&script=sci\\_arttext](http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?pid=S1814-487X2010000100007&script=sci_arttext)

Saavedra, E & Villalta, M (2008). Medición de las características resilientes: un estudio comparativo en personas entre 15 y 65 años. *Portal de Revistas Scielo Perú*, 14 (14).

Santelices, M.; Olhaberry, M.; Araneda, M. & Pérez-Salas, C. (2007). Estudio de la Evolución de las Representaciones y Apego Materno, en un Grupo de Embarazadas Primigestas Chilenas. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 3 (16), 219-229.

Serrano-Parra, M.; Garrido, M.; Notario, B.; Bartolomé, R.; Solera, M.; & Martínez, V. (2012). Validez de la escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC) en una población de mayores entre 60 y 75 años. *Research Article: International Journal of Psychological Research*. Obtenido de [file:///C:/Users/user01/Downloads/Dialnet-ValidezDeLaEscalaDeResilienciaDeConnorDavidsonCDRI-4173305%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/user01/Downloads/Dialnet-ValidezDeLaEscalaDeResilienciaDeConnorDavidsonCDRI-4173305%20(2).pdf)

Stern-Bruschweiler, N.; & Stern, D. (1989). A model for conceptualizing the role of the mother's representational word in various mother-infant therapies. *Infant Mental Health Journal*, 10(3), 142-156.

## REPRESENTACIONES MENTALES DEL ROL MATERNO Y RESILIENCIA55

Stern, D. N. (1997). La constelación materna: Un enfoque unificado de la psicoterapia con padres e hijos. Dialnet. Red de Bibliotecas Universitarias (REBIUN). Barcelona: *PaidósIbérica*. Primera Edición. Obtenido de <http://books.google.es/books?id=nYZMcbqaz7cC&printsec=frontcover&dq=Stern,+D+1997&hl=es&sa=X&ei=YFsHVP7hGpSeggSmoILoDg&ved=0CCgQuwUwAA#v=onepage&q=Stern%2C%20D%201997&f=false>

Stevens, J (1992) Applied Multivariate Statistic for the Social Sciences. *Journal Hillsdale*. (2)

Traverso, P. (2007). Dos madres adolescentes, dos vínculos: ¿Qué marca la diferencia?. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*. Lima: *Sistema de Información Científica*. XXV, (1) 59 – 80. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/3378/337829540003.pdf>

Villanova, F.; Cuéllar, I.; Eimil, B. & Palacios, I. (2013) El estrés Materno en la Organización del Vínculo Madre-Bebé prematuro de bajo peso. *Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid*, 2(4), 171-183. Obtenido de <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/clinicacontemporanea/cc2013v4n2a7.pdf>



## ANEXO

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, \_\_\_\_\_, identificado con DNI \_\_\_\_\_, acepto de manera voluntaria colaborar con el trabajo de investigación para la obtención de la licenciatura de la carrera que se encuentra realizando la alumna: Fiorella Huarcaya, del 9no ciclo de Psicología de la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas.

Me han informado que:

La aplicación de los cuestionarios forma parte de su trabajo de investigación (Tesis Licenciatura), a cargo del profesor..... (correo electrónico:.....), y que puedo comunicarme con él para resolver cualquier duda.

La información obtenida será trabajada con fines de manteniendo siempre su anonimato: la alumna no conocerá la identidad de quien resuelve cada prueba, pues no se registra el nombre en ellos.

Por este motivo, la alumna no le dará resultados.

Mi participación es voluntaria y puedo retirarme del proceso en el momento que desee.

Lima, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2014

---

Firma del participante

## Ficha de datos demográficos

### DATOS PERSONALES

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

Grado de Instrucción: \_\_\_\_\_

Ciudad de Origen: \_\_\_\_\_

Lugar de Residencia: \_\_\_\_\_

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

### DATOS FAMILIARES

Número de Hijos: \_\_\_\_\_

Nombre del Hijo con fisura palatina: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Nivel de estudios: \_\_\_\_\_

Nº de Intervenciones Quirúrgicas: \_\_\_\_\_

¿A los cuantos meses nació?: \_\_\_\_\_

Complicaciones durante el embarazo: \_\_\_\_\_

Otras enfermedades (especificar): \_\_\_\_\_

Actualmente, ¿Qué complicaciones presenta?: \_\_\_\_\_

### ANTECEDENTES DE LA FISURA PALATINA

¿Tomaste los cuidados necesarios durante tu embarazo?: \_\_\_\_\_

¿Tenías conocimientos que tu bebé iba a nacer con fisura palatina?: \_\_\_\_\_

## ESCALA DE REPRESENTACIONES MENTALES DEL ROL MATERNO (RMRM)

### MI BEBÉ, MI MAMÁ Y YO

#### **I. Sobre tu bebé:**

A continuación se presenta una lista de palabras que describen a un bebé. Lea cada palabra con atención e indique con un círculo o una cruz , del 1 al 5 (1 siendo “nada” y 5 siendo “muchísimo”), qué tanto esa palabra describe a su *bebé*. Por favor conteste lo más sinceramente posible. No deje ninguna sin responder.

		NADA	CASI NADA	UN POCO	MUCHO	MUCHISIM O
1	Alegre	1	2	3	4	5
2	Miedoso	1	2	3	4	5
3	Cariñoso	1	2	3	4	5
4	Vivo	1	2	3	4	5
5	Agresivo	1	2	3	4	5
6	Inquieto	1	2	3	4	5
7	Divertido	1	2	3	4	5
8	Triste	1	2	3	4	5

## REPRESENTACIONES MENTALES DEL ROL MATERNO Y RESILIENCIA59

### II. Sobre ti misma:

A continuación se presenta una lista de palabras que describen a una mujer. Lea cada palabra con atención e indique con un círculo o una cruz , del 1 al 5 (1 siendo “nada” y 5 siendo “muchísimo”), qué tanto esa palabra la describe a *usted en relación a su bebé*. Por favor conteste lo más sinceramente posible. No deje ninguna sin responder.

		NADA	CASI NADA	UN POCO	MUCHO	MUCHISIM O
1	Insegura	1	2	3	4	5
2	Atenta	1	2	3	4	5
3	Buena	1	2	3	4	5
4	Miedosa	1	2	3	4	5
5	Inteligente	1	2	3	4	5
6	Cariñosa	1	2	3	4	5
7	Triste	1	2	3	4	5
8	Impaciente	1	2	3	4	5

## REPRESENTACIONES MENTALES DEL ROL MATERNO Y RESILIENCIA60

### III. Sobre tu madre:

A continuación se presenta una lista de palabras que describen a una mujer. Lea cada palabra con atención e indique con un círculo o una cruz , del 1 al 5 (1 siendo “nada” y 5 siendo “muchísimo”), qué tanto esa palabra describe a su *madre*. Por favor conteste lo más sinceramente posible. No deje ninguna sin responder.

		NADA	CASI NADA	UN POCO	MUCHO	MUCHISIM O
1	Renegona	1	2	3	4	5
2	Insegura	1	2	3	4	5
3	Protectora	1	2	3	4	5
4	Entregada	1	2	3	4	5
5	Inteligente	1	2	3	4	5
6	Irritable	1	2	3	4	5
7	Triste	1	2	3	4	5
8	Responsable	1	2	3	4	5

## Escala de Resiliencia

Esta auto-evaluación está diseñada para ayudarte a conocer tu nivel de resiliencia. Por favor lee cada una de las 25 frases que se muestran a continuación e indica (en un rango del 0 al 4) **cuan verdaderas son con relación a tu experiencia en el último mes.**

Si la frase que leíste te parece para nada verdadera podrás marcar el número 0 y si la frase te pareció verdadera casi todo el tiempo podrás marcar el número 5.

0	1	2	3	4
Para Nada Verdadero	Rara Vez Verdadero	Algunas veces Verdadero	Con frecuencia Verdadero	Verdadero casi todo el tiempo

1	Yo puedo adaptarme al cambio	0	1	2	3	4
2	Yo tengo relaciones cercanas y estables	0	1	2	3	4
3	Algunas veces la suerte	0	1	2	3	4
4	Yo puedo afrontar todo lo que se cruce en mi camino	0	1	2	3	4
5	El haber tenido éxitos en el pasado, me da realizar nuevos desafíos.	0	1	2	3	4
6	Yo veo el lado gracioso (divertido) de las cosas.	0	1	2	3	4
7	Afrontar el estrés me hace más fuerte.	0	1	2	3	4
8	Tiendo a recuperarme con facilidad luego de una enfermedad o un apuro	0	1	2	3	4
9	Las cosas pasan por algún motivo.	0	1	2	3	4

REPRESENTACIONES MENTALES DEL ROL MATERNO Y RESILIENCIA62

10	Doy mi mejor esfuerzo sin importar lo que pase.	0	1	2	3	4
11	Puedo lograr mis metas.	0	1	2	3	4
12	Cuando las cosas parecen desoladoras, no me rindo.	0	1	2	3	4
13	Se donde buscar ayuda si la necesito.	0	1	2	3	4
14	Bajo presión, puedo concentrarme y pensar con claridad.	0	1	2	3	4
15	Prefiero resolver los problemas lo antes posible.	0	1	2	3	4
16	No me desanimo fácilmente ante el fracaso.	0	1	2	3	4
17	Pienso que soy una persona fuerte.	0	1	2	3	4
18	Puedo tomar decisiones difíciles o poco populares.	0	1	2	3	4
19	Puedo lidiar con emociones no placenteras.	0	1	2	3	4
20	Actúo por presentimiento o corazonada.	0	1	2	3	4
21	Hago las cosas con gran interés.	0	1	2	3	4
22	Yo controlo de mi vida.	0	1	2	3	4
23	Me gustan los retos.	0	1	2	3	4
24	Yo trabajo para conseguir mis metas.	0	1	2	3	4
25	Estoy orgulloso de mis logros.	0	1	2	3	4