

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA



**RESILIENCIA Y EMOCIONES REFERIDAS A
ANSIEDAD, ESTRÉS Y DEPRESIÓN EN GESTANTES**

Tesis para optar el título de

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

BACHILLER MARÍA DEL ROSARIO TORRES MENDEZ

ASESOR

DR. WILLIAM TORRES ACUÑA

LIMA-PERÚ

2020

Agradecimientos

Agradezco a Dios por siempre poder contar con El

A Edwin, Lucía y Diego por su amor y paciencia

A mi asesor Dr. William Torres por su guía y empatía

A mis profesores William Torres, Luis Pérez, Elizabeth Arispe,

Nelly Ugarriza por sus enseñanzas y orientación en los cursos

de investigación durante la carrera de Psicología.

INTRODUCCIÓN

Investigar sobre resiliencia y emociones ha sido un proceso intenso y enriquecedor que ha implicado conocer las profundidades de los caminos de la resiliencia, y entenderla como una capacidad de los seres humanos para salir adelante a pesar de vivencias complejas, para continuar el proceso de desarrollo y evolucionar de manera sana, con fuerza y optimismo.

Es inspirador y conmovedor conocer personajes resilientes de la historia que pudieron construir un proyecto de vida, y que a pesar de las múltiples dificultades que les tocó vivir, éste no quedó trunco, pudieron seguir desarrollándose e ir en pos de él. Sin embargo, mucho más esperanzador es tomar conocimiento que la resiliencia puede estar a la mano de cualquier individuo, que puede ser desarrollada en cualquier momento de la vida, y que un factor sine qua non para su existencia, es la presencia de un “otro” que brinde aceptación, respeto y afecto sin distinciones físicas, intelectuales, sociales, de creencias.

Qué importante es la mirada del “otro” que afirma, reafirma y sostiene, sobre todo para aquellos seres que llegan al mundo después de nueve meses de gozar de la calidez del vientre materno. De allí, el interés de estudiar la resiliencia en el grupo humano de gestantes, ya que ellas son el primer y principal vínculo de cada ser que nace. Como veremos en las siguientes páginas, la gestación no está exenta de emociones negativas. Para algunas mujeres puede ser una de las mejores etapas de su existencia, para otras, una experiencia vivida con temor y vulnerabilidad. Y cuán importante será promover la salud emocional de las gestantes a través del desarrollo de la resiliencia, tanto para el bien de ellas mismas como para los seres de los que serán responsables.

Esta investigación se ha desarrollado con 154 gestantes de 18 a 40 años que se atienden en el Instituto Materno Perinatal (ex Maternidad de Lima), en las que se ha analizado la relación de la resiliencia y las emociones referidas a ansiedad, estrés y depresión.

La investigación se presenta en seis capítulos. En el primero, se abordan la formulación del problema de investigación, los objetivos generales y específicos, la importancia, justificación y limitación del estudio.

En el segundo capítulo, se describen los resultados a los que arribaron diversas investigaciones nacionales e internacionales sobre la relación de la resiliencia y las emociones. Se desarrolla el marco teórico de la resiliencia y los factores que intervienen en ella, así como el marco teórico de las emociones en general y de las emociones específicas referidas a ansiedad, estrés y depresión, de cómo éstas se presentan en las gestantes.

En el tercer capítulo, se formulan las hipótesis generales y específicas que están en consonancia con los objetivos generales y específicos planteados. Asimismo, se precisan las variables de investigación.

En el cuarto capítulo, se define el método que se usa en la investigación, en el que se definen la población, la muestra de 154 gestantes, el tipo y diseño de investigación. Asimismo, se describen los instrumentos a utilizar, la Escala de Resiliencia y la Escala de Emociones de la madre.

En el quinto capítulo, se presenta la información estadística respecto a las características de la muestra, la evaluación de la confiabilidad de los instrumentos utilizados y la determinación del tipo de estadístico de correlación a emplear. Asimismo, se analizan las correlaciones de las variables en estudio y la aceptación o rechazo de las hipótesis, contrastando dichos resultados con los obtenidos en las investigaciones relacionadas con el tema.

Finalmente, en el sexto capítulo se presentan las conclusiones arribadas en el estudio y se formulan recomendaciones a fin de concientizar sobre la importancia de la resiliencia en el grupo humano de gestantes, y en el ser humano en general. Asimismo, recomendaciones de intervenciones que puede realizar el Instituto Materno Perinatal para promover la resiliencia en gestantes.

ÍNDICE

CAPÍTULO I	4
Planteamiento del estudio	4
1.1. Formulación del problema.....	5
1.2. Objetivos.....	6
1.2.1. General	6
1.2.2. Específicos	6
1.3. Importancia y justificación del estudio.....	6
1.4. Limitaciones del estudio.....	8
CAPÍTULO II.....	9
Marco teórico.....	9
2.1. Marco histórico.....	9
2.2. Investigaciones relacionadas con el tema	11
2.3. Bases teórico-científicas del estudio.....	19
2.3.1. Resiliencia.....	19
2.3.2. Emociones.....	32
2.3.3. Gestación.....	44
2.4. Definición de términos básicos.....	48
CAPÍTULO III.....	50
Hipótesis y variables.....	50
3.1. Supuestos Científicos.....	50
3.2. Hipótesis	50
3.3. Variables de estudio.....	51
CAPÍTULO IV.....	52
Método	52
4.1. Población y muestra.....	52
4.2. Tipo y diseño de investigación	52
4.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	53
4.4. Procedimiento y técnicas de procesamiento de datos	59
CAPÍTULO V.....	61
Resultados.....	61
5.1. Presentación de datos.....	61
5.2. Análisis de datos	66

5.3. Análisis y discusión de resultados	69
CAPÍTULO VI.....	75
Conclusiones y Recomendaciones	75
6.1. Conclusiones	75
6.2. Recomendaciones	75
6.3. Resumen. Términos clave.....	77
6.4. Abstract. Key words.....	78
Referencias.....	79
Anexos	94
Consentimiento informado.....	95
Datos Sociodemográficos	96
Escala de Resiliencia.....	96
Escala de Emociones de la madre	97

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. <i>Factores de riesgo de la resiliencia</i>	25
Tabla 2. <i>Factores protectores de la resiliencia</i>	29
Tabla 3. <i>Factores, componentes e ítems de la Escala de Resiliencia</i>	56
Tabla 4. <i>Componentes e ítems de la Escala Emociones de la Madre</i>	58
Tabla 5. <i>Distribución porcentual de las características de las gestantes del Instituto Materno Perinatal</i>	62
Tabla 6. <i>Alfa de Cronbach para la Escala de Resiliencia</i>	62
Tabla 7. <i>Fiabilidad para los ítems de la Escala de Resiliencia</i>	63
Tabla 8. <i>Alfa de Cronbach para la escala de Emociones de la madre</i>	64
Tabla 9. <i>Fiabilidad para los ítems de la escala de Emociones de la madre</i>	64
Tabla 10 <i>Prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov para las variables de Resiliencia y Emociones de Ansiedad, Estrés y Depresión en gestantes (N=154)</i>	66
Tabla 11. <i>Coeficiente de correlación (Rho) entre la resiliencia y las emociones de gestantes</i> ...	67
Tabla 12. <i>Coeficiente de correlación (Rho) entre el factor competencia personal y la ansiedad de gestantes</i>	67
Tabla 13. <i>Coeficiente de correlación (Rho) entre el factor aceptación de uno mismo y de la vida y la ansiedad de gestantes</i>	67

Tabla 14. <i>Coeficiente de correlación (Rho) entre el factor competencia personal y el estrés de gestantes</i>	68
Tabla 15. <i>Coeficiente de correlación (Rho) entre el factor aceptación de uno mismo y de la vida y el estrés de gestantes</i>	68
Tabla 16. <i>Coeficiente de correlación (Rho) entre el factor competencia personal y la depresión de gestantes</i>	69
Tabla 17. <i>Coeficiente de correlación (Rho) entre el factor de aceptación de uno mismo y de la vida y la depresión de gestantes</i>	69

CAPÍTULO I

Planteamiento del estudio

Las personas no están exentas de adversidades, desde el nacimiento se dan situaciones favorables y desfavorables que tienen influencia en su desarrollo integral como ser humano.

Se aprecia que desde tiempos inmemorables hay personas que logran superar el peso de los avatares de su existencia y logran llevar adelante un proyecto de vida. La historia muestra diversos ejemplos de este camino. Es el caso de Ana Frank, adolescente judía que aspiraba a ser escritora. Durante los dos años y medio que estuvo confinada en un sótano, huyendo de los alemanes en la segunda guerra mundial, escribe un diario de sus vivencias que deja como legado a la humanidad. Otro caso emblemático es el de Víctor Frankl, médico psiquiatra judío, que sobrevive a los campos de concentración nazis principalmente porque encuentra un sentido en su vida, la convicción que tendrá un futuro mejor. Sin embargo, también existen casos de personas que no pueden superar experiencias frustrantes y dolorosas, no logran adaptarse positivamente a la adversidad y salir fortalecidos de ella.

Esta posibilidad de superar eventos adversos y luchar por un futuro mejor se conoce como resiliencia, la cual debe ser pensada no como una cualidad con la que se nace, sino como una cualidad en desarrollo e interacción permanente entre la persona y su entorno (Gutman, 2008).

Existen varias definiciones de resiliencia, es un concepto que ha ido evolucionando en el tiempo. Vanistendael (2005) sostiene que se trata de una capacidad para recuperarse de vivencias difíciles y de crecer a pesar de ellas, que se apunala en aspectos positivos de la persona, como relaciones de afecto, tener un proyecto de vida, contar con una sólida espiritualidad, y que construye con otras personas de su entorno.

Fergus y Zimmerman (2005) consideran que la resiliencia es un proceso a través del cual se superan los impactos negativos de vivir situaciones de riesgo, se afrontan adecuadamente las experiencias emocionales traumantes y se evitan las trayectorias negativas relacionadas con el riesgo. Un aspecto clave para que surja la resiliencia es que deben coexistir tanto factores de riesgo como de protección que apuntalen a conseguir un resultado favorable o reducir o evitar un resultado desfavorable.

García y Domínguez (2013) señalan que Grotberg define la resiliencia como una capacidad universal que ayuda al ser humano a afrontar frustraciones y adversidades, a sobrellevarlas, y en muchos casos, a fortalecerse con ellas.

La etapa de gestación para algunas mujeres puede ser una de las mejores de su existencia, para otras, una experiencia vivida con temor y vulnerabilidad. Borda et al. (2013) señalan que en el proceso de convertirse en madre se despliegan en la mujer cambios biológicos, psicológicos y sociales que tienen un efecto directo en su condición general de mujer. Welldon (2006) sostiene que el nacimiento despierta en la madre la noción de sus propias necesidades no satisfechas cuando era un bebé. Hasta los años 80 se daba por sentado que la gestación se asociaba especialmente con un estado de bienestar emocional y ausencia de problemáticas mentales, concepción que fue cuestionada por primera vez por la psiquiatra Gisela Oppenheim (citado en Jadresic, 2010), lo que marca un hito para el comienzo de investigaciones sobre la salud emocional de las embarazadas y sus repercusiones sobre ellas misma y sus bebés. Tomando esto en consideración, cuán importante será promover la salud emocional de las gestantes a través del desarrollo de la resiliencia, tanto para el bien de ellas mismas como para sus hijos.

1.1. Formulación del problema

En base a lo expuesto se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es relación entre la resiliencia y las emociones referidas a ansiedad, estrés y depresión de gestantes?

1.2. Objetivos

1.2.1. General

1. Conocer la relación entre la resiliencia y las emociones referidas a la ansiedad, estrés y depresión en gestantes.

1.2.2. Específicos

1. Conocer la relación entre el factor competencia personal de la resiliencia y la ansiedad de gestantes.
2. Conocer la relación entre el factor aceptación de uno mismo y de la vida de la resiliencia y la ansiedad de gestantes.
3. Conocer la relación entre el factor competencia personal de la resiliencia y el estrés de gestantes.
4. Conocer la relación entre el factor aceptación de uno mismo y de la vida de la resiliencia y el estrés de gestantes.
5. Conocer la relación entre el factor competencia personal de la resiliencia y la depresión de gestantes.
6. Conocer la relación entre el factor aceptación de uno mismo y de la vida de la resiliencia y la depresión de gestantes.

1.3. Importancia y justificación del estudio

En este estudio es importante destacar los alcances y aportes que se pueden dar a nivel teórico, social y metodológico.

A nivel teórico, se considera que la resiliencia es una cualidad significativa del ser humano, cuanto mayor esté desarrollada en una persona, habrá una posibilidad mayor para su desarrollo personal integral, y podría presentar menores expresiones de ansiedad, estrés y depresión.

Se pretende analizar si la relación de la resiliencia y las emociones adversas en gestantes es significativa y negativa, es decir, si a mayor resiliencia en las mujeres embarazadas, éstas podrían ejercer un control más efectivo de sus emociones adversas. De suceder así, se contribuirá con el marco teórico de la resiliencia, pues tal como lo expresan Fergus y Zimmerman (2005), la resiliencia es un proceso a través del cual se superan los impactos negativos de vivir situaciones de riesgo, entendiendo que estar embarazada y tener escasos recursos para subsistir, muchas veces siendo madre soltera, son circunstancias adversas que afrontan un gran número de gestantes en la realidad peruana.

A nivel social, se considera que dado que la mujer embarazada se encuentra en un momento de su vida de máximo cambio físico y emocional y no todas las mujeres que se embarazan están preparadas para desarrollar todo su potencial, y menos para ser madres, se necesitará una gran dosis de resiliencia e inteligencia emocional para llevar a buen término su proceso de gestación, aunado al hecho de que las embarazadas del Instituto Materno Perinatal generalmente pertenecen a un sector socioeconómico de nivel bajo y viven en un contexto de pobreza, situación que les confiere mayor vulnerabilidad. Los resultados de esta investigación podrán servir de feedback para desarrollar e implementar programas de intervención y promoción de la resiliencia en el mismo Instituto Materno Perinatal o en ambientes comunitarios a los que las gestantes suelen visitar.

A nivel metodológico, el análisis psicométrico de las escalas que se empleen para evaluar la resiliencia y las emociones de ansiedad, estrés y depresión permitirá examinar la confiabilidad de estos instrumentos en las gestantes.

Por tanto, esta investigación se justifica por las contribuciones expuestas a nivel teórico, social y metodológico.

1.4. Limitaciones del estudio

Este trabajo presenta como principales limitaciones que pueda haber falta de cooperación de las gestantes por temor o indiferencia al tema, omisión de alguna respuesta, falseamiento de la información. Asimismo, está presente la limitación de generalización de los hallazgos pues los resultados a los que se arriben sólo se podrán aplicar a otra muestra con características similares a la muestra de estudio.

CAPÍTULO II

Marco teórico

2.1. Marco histórico

Resiliencia

El análisis de la Resiliencia se inicia con Norman Garmezy, profesor de psicología e investigador de psicopatología del desarrollo, quien estudió durante las décadas 40 y 50 a pacientes con trastornos mentales graves, como la esquizofrenia. A su vez, estudió el desarrollo psicosocial de los hijos de estos pacientes, dado que era muy probable que la enfermedad de sus padres los afectara emocionalmente. En la década del 60 encontró que varios de los hijos de sus pacientes se habían desarrollado adecuadamente. De allí, Garmezy se interesó en investigar las competencias de las poblaciones en riesgo (García y Domínguez, 2013; Gutman, 2008; Becoña, 2006).

En la década de los 70 surge el primer enfoque del estudio de la resiliencia, y propone que la resiliencia es el resultado de la vivencia de condiciones de adversidad, que empuja o motiva a las personas -víctimas de dicha situación y que cuentan con características de iniciativa y perseverancia- a salir adelante y salvarse, logrando una adaptación positiva. Se piensa la resiliencia como una característica individual activada como reacción a eventos adversos (Melillo, 2008; Infante, 2008). Una investigación longitudinal que va en la línea de este primer enfoque es la realizada entre 1955 y 1987 por las psicólogas Emmy Werner y Ruth Smith, quienes hicieron un seguimiento, desde su nacimiento y por treinta y dos años, a un grupo de quinientas personas de la Isla Kauai en Hawái, que vivían en pobreza extrema. La tercera parte de este grupo sufrió también estrés, ruptura familiar, adicción de los padres. Hallaron que muchas de estas personas lograron desarrollarse de manera positiva y sana. El estudio tenía como objetivo identificar qué características individuales diferenciaban a las personas que se adaptaron positivamente a la

adversidad respecto de las que no se adaptaron (Melillo, Estamatti y Cuestas, 2008; Infante, 2008; Becoña, 2006). Así, encontraron que las personas que salieron adelante en este grupo, y que llevaron una vida adulta normal, tenían una característica en común: habían sido aceptadas de manera incondicional por un adulto significativo, es decir, habían sido queridas, aceptadas, respetadas, sin importar sus características de temperamento, físicas o cognitivas.

Más tarde, en la década de los 90, surge el siguiente enfoque de la resiliencia, que la conceptúa como un proceso dinámico, que se inicia en los primeros años de vida y se desarrolla en la interacción con el entorno, teniendo en cuenta tanto las características individuales, como el ambiente familiar y social en que se desenvuelve la persona. Va más a pensar la resiliencia como producto de factores en interacción, y que puede ser promovida, gestada en el desarrollo del individuo (García y Domínguez, 2013). Dos exponentes de la concepción dinámica de la resiliencia son Michael Rutter y Edith Grotberg.

Infante (2008) refiere que Rutter considera a la resiliencia como el resultado de la interacción de mecanismos de protección y factores de riesgo, que permiten a la persona salir fortalecido de situaciones adversas. La propuesta de Grotberg (2003) es considerar a la resiliencia como una capacidad para afrontar las vicisitudes de la vida, aprender de ellas y ser transformado por ellas. Sostiene que la resiliencia es parte del proceso de evolución de la persona y requiere ser promovida desde la primera infancia. Así, toda persona puede volverse resiliente.

Emociones

Uno de los primeros estudiosos de las emociones fue el psicólogo estadounidense William James quien postuló que al percibir los estímulos del entorno se producen respuestas fisiológicas en el cuerpo, como aumento de los latidos del corazón o aumento de la sudoración. A estas sensaciones las denominó emoción. En paralelo, el psicólogo danés Carl Lange llegó a la misma afirmación.

A esta primera teoría de las emociones que data de 1880 se la llamó teoría James-Lange (Morris y Maisto, 2009).

Posteriormente, en las décadas de 1920 y 1930, surge la teoría de Cannon-Bard, que propone que el estímulo, la respuesta fisiológica y la conciencia que se toma de ellos, no se presentan de manera secuencial sino de manera simultánea, lo que prepara al cuerpo para la acción (Morris y Maisto, 2009).

Luego, en la década de los 60 surgen las teorías cognitivas de la emoción que sostienen que para que ésta se manifieste, debe haber un proceso cognitivo previo que interprete la situación (Morris y Maisto, 2009). De acuerdo a la teoría cognitiva, la percepción de un estímulo produce cambios corporales, y se usa la información de la situación, se le da un sentido, una valoración cognitiva, para saber cómo responder. En la línea de las teorías cognitivas, Elices (2015) indica que Lazarus y Folkman proponen en 1984 que en el surgimiento de las emociones hay dos valoraciones cognitivas, una valoración primaria que implica evaluar las consecuencias positivas o negativas de una situación para la persona, y una valoración secundaria que evalúa los recursos adaptativos de la persona para afrontar dicha situación.

2.2. Investigaciones relacionadas con el tema

El principal criterio de búsqueda de estudios que estén en conexión con la pregunta de investigación ¿Cuál es relación entre la resiliencia y las emociones referidas a ansiedad, estrés y depresión de gestantes? ha sido buscar dicha relación en muestras de gestantes, encontrando que se han llevado a cabo pocos estudios sobre el tema, a pesar del ser el embarazo un período muy sensible en la vida de la mujer. El segundo criterio utilizado ha sido buscar dicha relación en otros tipos de muestras, pues se considera que son variables psicológicas, por desarrollar o presentes, en todo ser humano, independientemente del grupo etario, el género, la profesión. Un tercer criterio

utilizado ha sido buscar estudios que analicen alguna de las variables, en muestras de gestantes u otro tipo de muestra. Se presentan las investigaciones que cumplen estos tres criterios.

García, Caparrós, Romero, González y Peralta (2019) estudiaron en gestantes la relación de la resiliencia y los síntomas de estrés. La muestra estuvo conformada por 151 gestantes españolas a las que se evaluó su estado psicológico y su nivel de estrés, a través de pruebas psicológicas y la medición del cortisol (hormona del estrés) en el cabello. La evaluación se realizó en el tercer trimestre de embarazo y después del parto. Los resultados mostraron que las gestantes con mayor resiliencia presentaron menores niveles de estrés y mayor bienestar psicológico, así como menor depresión post parto. Concluyeron que la resiliencia cumple un rol protector en el embarazo y post parto.

Alva, Ruvalcaba, Orozco y Bravo (2019) investigaron la relación de la resiliencia y las competencias socioemocionales con la ansiedad en una muestra de 350 mujeres mexicanas entre 18 y 64 años habitantes de una zona urbana. Los instrumentos utilizados fueron el Inventario de ansiedad por rasgos de estado, la Escala de resiliencia para adultos y el Inventario de competencias socioemocionales. Los resultados mostraron una correlación negativa significativa entre la resiliencia y la ansiedad, y una correlación positiva significativa entre la resiliencia y las competencias socioemocionales.

Ruiz, Zayas, Morales, Gil y Gil (2019) realizaron un estudio para analizar la relación entre la resiliencia y la depresión en una muestra de 110 mujeres españolas, la mitad había padecido cáncer de mama y la otra mitad no. Se aplicaron los instrumentos Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria y la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young. Los resultados mostraron que las mujeres sobrevivientes de cáncer poseían mayores niveles de resiliencia y presentaban menores

niveles de depresión, reforzando la concepción de que la resiliencia amortigua la sintomatología depresiva

Rodríguez y Flores (2018) investigaron en una muestra de 227 gestantes mexicanas, que asistieron a clínicas privadas, si existía diferencia significativa en los niveles de estrés, depresión y ansiedad cuando las gestantes contaban con apoyo social o no. Se encontró que el apoyo social (factor protector de la resiliencia) correlaciona negativa y significativamente con los niveles de ansiedad, estrés y depresión.

Ugarriza y Escurra (2018) analizaron la relación entre resiliencia, funcionamiento familiar e inteligencia emocional en una muestra de 112 mujeres peruanas maltratadas por su pareja o ex pareja. Se utilizaron los instrumentos Escala de resiliencia de Wagnild y Young, Inventario de Inteligencia Emocional de BarOn y Cuestionario de Funcionamiento familiar integral de Epstein, Baldwin, y Bishop. En esta investigación se demostró la confiabilidad y validez de las escalas, así como la correlación positiva significativa entre resiliencia e inteligencia emocional.

Zayas, Gil, Guerrero y Gil (2017) exploraron la vinculación de la resiliencia y ansiedad en madres de menores que padecen diabetes tipo 1, dado que es frecuente que esta enfermedad produzca síntomas ansiosos en las madres cuidadoras. El estudio se realizó con una muestra de 54 madres entre 40 y 42 años. Se utilizaron los instrumentos State Trait Anxiety Inventory y la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young. Se halló que las madres presentaron niveles medio-alto de ansiedad-estado y niveles altos de ansiedad-rasgo con niveles moderados de resiliencia. Asimismo, que existe correlación negativa significativa entre la resiliencia-componente ecuanimidad y la ansiedad-estado, y correlación negativa significativa entre resiliencia-componente confianza en sí mismo y la ansiedad-rasgo.

Santa Cruz y Soriano (2017) investigaron la relación entre resiliencia y apoyo social en 25 adolescentes embarazadas en un centro de salud en Cajamarca. Fue un estudio no experimental correlacional y se emplearon los instrumentos Escala de resiliencia para adolescentes y el Cuestionario MOS de apoyo social en atención primaria. Se encontró que existe una correlación positiva significativa entre resiliencia y apoyo social en las adolescentes embarazadas.

Ugarriza, Gavidia-Payne y Pajares (2017b) realizaron un estudio transcultural con 285 padres y madres e hijos de Perú y 221 de Australia para analizar la manera en que el funcionamiento familiar, la relación maestro-estudiante y las características psicológicas de padres, madres e hijos pueden predecir la resiliencia de hijos que se encuentran viviendo en un ambiente urbano precario y de vulnerabilidad social. La muestra fue no probablística y los instrumentos utilizados fueron Cuestionario de funcionamiento familiar, Inventario Beck para niños y adolescentes, Cuestionario de Sentirse bien y Escala de soledad e insatisfacción social. Los resultados indican que el funcionamiento familiar del grupo de padres y madres australianos es mejor que el de peruanos, y el sentirse bien y en paz consigo mismo es mejor en los peruanos. Asimismo, se identificó en ambos países que el autoconcepto es un atributo psicológico significativo en la predicción de la depresión y resiliencia del niño, es decir, un mejor autoconcepto se relaciona con una mejor resiliencia y con menor depresión.

Fernandes, Teva y Bermúdez (2015) en su investigación de revisión teórica de la resiliencia en 412 artículos entre los años 2000 y 2011, encontraron que existe una asociación entre altos niveles de resiliencia y bajos niveles de trastornos psicopatológicos. Los resultados mostraron que la resiliencia es una capacidad que proporciona protección al individuo frente al estrés, la depresión, la ansiedad, los traumas, etc.

Gloria y Steinhardt (2014) tomando como base estudios que demuestran que niveles altos de estrés influyen fuertemente en el desarrollo de ansiedad y síntomas de depresión, analizaron el rol de altos niveles de resiliencia frente al estrés, y por ende, a la ansiedad y depresión. El estudio se realizó en una muestra de 200 becarios de investigación posdoctorales estadounidenses. Los instrumentos utilizados fueron la Subescala de emociones positivas de la Escala de emociones diferenciales, Escala breve de orientaciones de afrontamiento, Escala breve de resiliencia, Escala de estrés percibido y la Subescala de Ansiedad rasgo del Inventario de Ansiedad rasgo para adultos y Escala de autoreporte de Depresión CES-D. Se encontró que niveles altos de resiliencia mitigan los efectos del estrés, ansiedad y depresión. Asimismo, que las emociones positivas se relacionan con altos niveles de resiliencia, y que las estrategias de afrontamiento se vinculan con las emociones positivas y la resiliencia.

Perdomo (2014) realizó una investigación sobre la influencia de las variables estrés, ansiedad, depresión, apoyo social y resiliencia en la calidad de vida de personas, cuyo trabajo es cuidar a enfermos de alzheimer y que no poseen especialización en ello, de tres centros de rehabilitación cognitiva. La muestra consistió en 30 cuidadores colombianos, de ambos sexos, que saben leer y escribir, mayores de 18 años. Se trató de un estudio exploratorio, correlacional y se aplicó los instrumentos Escala de resiliencia, Escala de estrés percibido, Escala de depresión y ansiedad en pacientes hospitalarios, Cuestionario de salud general y Cuestionario del estudio de desenlaces médicos de apoyo social. Los resultados indicaron que los cuidadores presentan ansiedad, estrés y depresión en niveles moderado bajo, y que estas variables son mitigadas por valores altos de resiliencia y apoyo social.

Díaz, Amato, Chávez, Ramírez, Rangel y Rivera (2013) analizaron los niveles de ansiedad y depresión en una muestra de 236 gestantes venezolanas que acudieron a consulta prenatal en un

hospital materno infantil. Se trató de una investigación correlacional, transversal y no experimental. Se trabajó con los Test de Hamilton para la depresión y ansiedad. Se identificó que las gestantes que tenían una pareja no estable tenían elevados niveles de ansiedad y depresión en relación a las gestantes con pareja estable.

Ruvalcaba, Gallegos, Flores y Fulquez (2013) estudiaron en adolescentes, la manera en que las competencias socioemocionales fungen como factores protectores ante la ansiedad y depresión. La muestra contó con 840 participantes mexicanos y se les aplicó las pruebas Inventario de inteligencia emocional de BarOn, Escala de ansiedad manifiesta en niños revisada e Inventario de depresión infantil. Se encontró relación negativa significativa entre las competencias socioemocionales, definidas como confianza en sí mismo, conocimiento de las propias fortalezas y debilidades, logro de metas personales, perseverancia, y los síntomas ansiosos y depresivos.

Ramírez y Hernández (2012) investigaron la relación de la resiliencia familiar, depresión y ansiedad en adolescentes de nivel socioeconómico bajo. Se realizó un estudio transversal descriptivo en una muestra no probabilística de 100 adolescentes mexicanos de ambos sexos. Se aplicó el Inventario de Detección de Recursos Familiares, el Inventario de Depresión de Beck y el Inventario de Ansiedad de Hamilton. Se encontró correlación negativa significativa entre resiliencia y las emociones de ansiedad y depresión, y correlación positiva significativa entre ansiedad y depresión.

Limonero, Tomás, Fernández, Gómez y Ardilla (2012) analizaron el rol predictivo de la resiliencia y la regulación emocional sobre la satisfacción con la vida en 254 estudiantes de psicología españoles, con edades entre 17 y 27 años. Utilizaron los instrumentos Subescala de reparación emocional percibida, Escala de estrategias resilientes y Escala de satisfacción con la vida. Los resultados mostraron correlación positiva entre resiliencia, regulación emocional y satisfacción

con la vida, y que los estudiantes más resilientes afrontan mejor, situaciones de estrés y presentan mayor satisfacción con la vida.

Fínez y García (2012) exploraron las estrategias de afrontamiento que utilizaban estudiantes con mayor resiliencia, es decir, los que tenían mayor eficacia en afrontar experiencias de estrés en su día a día. La muestra estuvo formada por 620 estudiantes de dos universidades españolas, con edades entre 15 y 48 años. Se utilizaron los instrumentos Escala de resiliencia y Cuestionario de estrategias de afrontamiento. Se halló que existe correlación positiva significativa entre las variables resiliencia y estrategias para superar situaciones estresantes: planificación, humor, reinterpretación positiva, afrontamiento activo, aceptación y apoyo instrumental.

Salgado (2012a) investigó la relación entre las variables resiliencia y bienestar espiritual en estudiantes universitarios de cuatro países latinoamericanos. Participaron 308 estudiantes del primer año de Psicología de universidades nacionales de zonas urbanas. Se trató de un estudio no experimental, transversal y comparativo de tipo transcultural y se utilizaron los instrumentos Escala de resiliencia de Wagnild y Young y la Sub-escala de la dimensión religiosa de la Escala de bienestar espiritual de Paloutzian y Ellison. Se encontró que existe relación positiva significativa entre resiliencia y bienestar espiritual en los estudiantes de bolivianos y dominicanos, pero no se encontró dicha asociación en los estudiantes peruanos y argentinos. En esta misma investigación se realizó la adaptación cultural de Escala de resiliencia de Wagnild y Young en los 4 países participantes del estudio (Perú, Argentina, Bolivia y República Dominicana), demostrando su validez y confiabilidad.

Hjemdal, Vogel, Solem, Hagen, y Stiles (2011) estudiaron la relación entre las emociones negativas ansiedad, estrés y depresión y la resiliencia en estudiantes adolescentes noruegos. Tomaron una muestra de 307 alumnos de secundaria, a la que se le aplicó la Escala de Resiliencia

para Adolescentes, las Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés, y el Inventario Obsesivo-Compulsivo Revisado. Encontraron que la resiliencia se correlaciona negativa y significativamente con los niveles de depresión, ansiedad, estrés y síntomas obsesivo-compulsivos.

Restrepo, Vinaccia y Quiceno (2011) investigaron la relación entre resiliencia, depresión y la calidad de vida en 36 estudiantes adolescentes colombianos, de ambos sexos. Fue un estudio exploratorio, correlacional, transversal. Utilizaron las siguientes escalas: Cuestionario de calidad de vida infantil, Escala de resiliencia para adolescentes e Inventario de depresión infantil. Los resultados mostraron correlación negativa significativa entre resiliencia y depresión y correlación positiva significativa entre resiliencia y calidad de vida.

Omar, Almeida, Paris, Aguiar y del Pino (2010) realizaron una investigación transcultural en países latinoamericanos sobre resiliencia y estrategias de afrontamiento al estrés. Se trató de una muestra conformada por 1512 estudiantes, 665 de México, 363 de Brasil y 484 de Argentina, con edad promedio de 19 años. Se utilizaron Escala de Resiliencia, Escala de afrontamiento del estrés para adolescentes, Escala de individualismo-colectivismo. Los resultados evidenciaron una relación positiva significativa entre resiliencia y afrontamiento positivo.

Lam, Contreras, Cuesta, Mori, Cordori y Carrillo (2008) investigaron la relación entre resiliencia y síntomas depresivos en una muestra de 593 gestantes peruanas expuestas a violencia que acudieron a consulta prenatal en tres centros hospitalarios de Lima, siendo uno de ellos el Instituto Nacional Materno Perinatal. Se trató de un estudio observacional transversal analítico multivariado. Los instrumentos utilizados fueron la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young, Escala de Depresión, Cuestionario de Apoyo Social Percibido y Cuestionario de la Medida del Abuso Doméstico. Los resultados mostraron que la cuarta parte de gestantes había recibido algún

tipo de violencia, mayormente psicológica. Asimismo, se identificó que la resiliencia funge como mitigador de los síntomas depresivos.

Hiew, Mori, Shimizu, y Tominaga (2000) desarrollaron las Escalas Inventario de Resiliencia Estado y Rasgo, aplicándolas a una muestra de 108 estudiantes japoneses, de ambo sexos, con edad entre 17 y 24 años. Encontraron que ambas escalas cuentan con adecuadas propiedades psicométricas y que los individuos resilientes tenían un adecuado afrontamiento al estrés, lo podían manejar reduciéndolo, así como podían reducir otras emociones negativas como ansiedad, depresión y rabia, e incrementar su curiosidad y salud mental.

2.3. Bases teórico-científicas del estudio

2.3.1. Resiliencia

Fergus y Zimmerman (2005) conciben a la resiliencia como un proceso a través del cual se superan los impactos negativos de vivir situaciones de riesgo, se afrontan adecuadamente las experiencias emocionales traumantes y se evitan las trayectorias negativas relacionadas con el riesgo. Considera que una condición clave para que surja la resiliencia es que deben coexistir tanto factores de riesgo como de protección, que apuntalen a conseguir un resultado favorable o reducir o evitar un resultado desfavorable. Esta propuesta se centra más en las fortalezas que en las debilidades de los individuos. Asimismo, considera que los factores de protección pueden ser tanto recursos internos (cualidades individuales) como recursos externos (apoyo de un adulto significativo o de la comunidad).

Otra concepción es la de Vanistendael (2005), quien sostiene que la resiliencia se trata de una capacidad para recuperarse de vivencias difíciles y de crecer a pesar de ellas, que se apunala en aspectos positivos de la persona, como relaciones de amistad, tener un proyecto de vida, contar con una sólida espiritualidad, y que se construye con otras personas de su entorno. Propugna dos

fundamentos importantes para la construcción de la resiliencia, en primer lugar, la importancia del encuentro, del vínculo, de la mirada positiva de un otro significativo en la vida de la persona. Propone que esta mirada se expresa en diversas formas, como “el otro me ama, me escucha, me dedica tiempo, o todavía más: no me deja caer, incluso si hago tonterías, cree verdaderamente en mí” (p. 5). Asimismo, destaca lo propugnado por Friedrich Lösel, investigador de resiliencia en Alemania, quien sostiene que “la herencia genética determina los límites extremos de lo posible, pero en el interior de estos límites tenemos un enorme abanico de posibilidades que serán actualizadas gracias a la interacción social que nos ayuda a construir una vida” (p. 4).

También está la conceptualización ecológica social de la resiliencia propuesta por Ungar (2011), que considera a la resiliencia como la capacidad de la persona para buscar los recursos que le proporcionan bienestar, y concertar con los proveedores de los mismos, para que los faciliten. Este autor enfatiza el dinamismo de los actores, los que demandan apoyo, y los que lo proveen, destacando la disponibilidad y sintonía de estos últimos (familia, colegio, comunidad, gobierno) y, dando cuenta que la resiliencia depende más de la capacidad y disposición de los agentes proveedores para brindar lo que la persona necesita para desarrollar sus cualidades personales. Resalta dos aspectos básicos de la resiliencia: que las personas requieren ser apoyadas y contenidas para desarrollar sus potencialidades, y, que las personas tienen que ser guiadas hacia los medios o recursos apropiados, los que son significativos en el contexto cultural y social al que pertenecen. Es importante destacar a uno de los estudiosos más profundos de la resiliencia, Boris Cyrulnik, neurólogo-psiquiatra francés, quien sostiene que la resiliencia es el proceso que permite retomar el desarrollo a pesar de la ocurrencia de eventos adversos, y en cuyo fundamento está un vínculo de apego seguro entre la persona y sus cuidadores primarios, el cual le permite desarrollar un sentimiento de confianza básica consigo mismo y con su entorno (Cyrulnik, 2010).

La resiliencia entendida como proceso

Infante (2008) refiere que Luthar, Cicchetti y Becker conceptualizan a la resiliencia como un proceso dinámico donde lo resaltante es la adecuada adaptación de la persona a pesar de las adversidades que le toca vivir, considerando tres elementos básicos:

- Adversidad: Plantean que son factores de riesgo que impactan en el desarrollo de la persona: vivir en condición de pobreza, haber sufrido situaciones de pesar, como la separación de los padres o muerte de alguno de ellos, abandono de la pareja, pérdida del trabajo, etc. Proponen que la adversidad puede ser medida objetivamente con alguna escala de situaciones de vida negativas, o subjetivamente a través de la percepción personal, acorde a los valores de la sociedad en que vive la persona
- Adaptación positiva o superación del riesgo: Se refiere a alcanzar los logros que corresponden a la etapa de desarrollo evolutivo en que se encuentra la persona o a la no presencia de comportamientos disruptivos.
- Proceso: El concepto de proceso conlleva la idea de que para que una persona pueda ser resiliente deben intervenir los aspectos de su propia naturaleza y la influencia de los otros: padres, familia extensa, centro educativo/laboral, comunidad, quienes le deben proveer recursos que apuntalen su desarrollo. Se refiere a la adaptación resiliente como resultado de la interacción dinámica entre varios factores de riesgo y factores protectores, descartando la idea del primer enfoque de resiliencia, el cual la considera como un atributo individual.

Por su parte García y Domínguez (2013) indican que Rutter propone que “la resiliencia es un conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que posibilitan tener una vida sana, viviendo en un medio insano” (p. 66).

Por otro lado, Greco, Morelato e Ison (2007) entienden la resiliencia como:

Proceso dinámico, dependiente de factores internos y externos que, en interacción con el riesgo, hacen posible hacer frente a las situaciones adversas. El interjuego de estos mecanismos da como resultado una adaptación positiva, es decir la posibilidad de darle continuidad al desarrollo o a algunos aspectos del mismo (p.88).

Algunos planteamientos en relación al concepto Resiliencia

Grotberg (2008), realiza los siguientes planteamientos respecto a la resiliencia, en base a diferentes estudios realizados por ella y por terceros.

- El desarrollo de la resiliencia va de la mano con el desarrollo y crecimiento humano

Afirma que la promoción de la resiliencia se puede dar a lo largo del ciclo de vida de la persona, desde su nacimiento hasta su senectud, siendo de vital importancia los primeros años de vida, en que la persona es vulnerable y dependiente de un adulto, el cual puede ser un objeto saludable de apego. Propugna que el desarrollo y empleo de la resiliencia se puede dar en la vida cotidiana, en las vicisitudes del trabajo, en la vida personal y familiar, social y política. Se puede desarrollar con cualquier experiencia que cause sufrimiento, que sea vivida como adversidad.

- La resiliencia tiene factores y se pueden promover

Los factores de la resiliencia interactúan entre sí y van evolucionando durante el desarrollo de la persona. Supone que la persona se vaya preparando para hacer frente a las vicisitudes que se presentan a lo largo de su vida.

- La resiliencia no depende sólo del nivel socioeconómico de la persona ni de su inteligencia

Realizó una investigación en 22 países y encontró que la pobreza no imposibilita el desarrollo de resiliencia, así como el nivel de inteligencia tampoco dificulta su desarrollo.

- La resiliencia es más que factores de riesgo y de protección

Manifiesta que resiliencia no es prevenir el riesgo, sino más bien se trata de ayudar a que las personas construyan sus recursos internos y externos, elementos resilientes, que le permitan saber qué hacer cuando el riesgo se materialice.

- La resiliencia es característica de la salud mental y es susceptible de ser medida

Diversos estudios han corroborado el impacto positivo de la resiliencia en la calidad de vida de las personas, considerándola como canalizadora de vivencias negativas. Asimismo, existen diversos instrumentos psicológicos para su medición.

- La resiliencia no es una reacción a vivencias adversas, es un proceso que conlleva factores, comportamientos, y resultados

Es importante promover los factores de resiliencia en la persona porque serán los recursos internos y externos que tendrá para hacer frente a situaciones adversas. Asimismo, es importante valorar los resultados que se den, es decir, encontrar beneficios de la experiencia, aprender de ella. Los éxitos darán mayor confianza para las siguientes experiencias, los fracasos serán analizados para encontrar mejores estrategias. A veces las experiencias transforman a la persona, generando en ella sentimientos positivos como empatía, conmiseración, altruismo.

Factores que intervienen en la resiliencia

Diversos autores proponen la existencia de factores de riesgo y factores de vulnerabilidad/protección en las etapas del desarrollo de una persona, que interactúan entre sí, y van generando conductas resilientes (Gutman, 2008; Grotberg, 2003; Rolf, Masten, y Cicchetti, 1990).

Factores de riesgo

Gutman (2008) plantea a los factores de riesgo como situaciones de estrés en la vida de las personas que incrementan la posibilidad de dificultad en su desarrollo integral e inciden en una falta de

adaptación. Estas dificultades son exógenas a la persona pudiendo ser de diferente índole y magnitud. Está el caso de grandes eventos catastróficos que afectan a una población, como terremotos, inundaciones, terrorismo, o infortunios a nivel más directo, que se dan en el ambiente familiar, como divorcio de los padres o pérdida de alguno de ellos, violencia conyugal y familiar. Asimismo, puede darse situación de pobreza, falta de educación, vivir en un entorno comunitario afectado por pandillaje, consumo de drogas, etc.

Sostiene que el efecto de estos factores de riesgo se acentúa, sobre todo, cuando se trata de niños y adolescentes que no pueden satisfacer sus necesidades básicas, de alimentación, cuidado, seguridad emocional y apego. La afectación del riesgo varía según la edad de la persona, cuando se es más pequeño, se es más dependiente de los adultos, y por ende, habrá mayor vulnerabilidad frente situaciones adversas que vivan los padres o cuidadores. Sin embargo, cuando se es niño, se tiene la ventaja de que, a menor edad, no se puede tomar total conciencia de lo que está sucediendo alrededor, lo que sí sucede con los adolescentes, que inevitablemente vislumbrarán un futuro muy incierto.

Gutman (2008) propone que uno de los sucesos más traumáticos para niños y adolescentes es la pérdida de un padre, pues representa el alejamiento permanente de una de las primeras figuras de apego. Esta pérdida se amplifica si el padre sobreviviente sufre depresión u ocurre una reestructuración familiar, pudiendo el hijo ir a vivir con algún familiar. Considera que el divorcio es otro factor de alto riesgo para los hijos (Gutman, 2008; Grotberg, 2003). Diversas investigaciones corroboran que los hijos de padres divorciados presentan mayor posibilidad de desarrollar problemas psicológicos, académicos, de conducta, sociales, respecto a los hijos de padres que permanecen unidos. Este riesgo se incrementa, si la relación de los padres divorciados es altamente conflictiva. Asimismo, Becoña (2006) plantea que otros riesgos de consideración son

la salud mental resquebrajada de los padres, pérdida de contacto con alguno de ellos, adicción de los padres, vivir en condiciones de pobreza en la que no se puede cubrir las necesidades básicas de alimentación, etc.

En la tabla 1, se puede apreciar una clasificación de factores de riesgo de la resiliencia propuesta por Gutman (2008), de acuerdo al ámbito en que ocurren.

Tabla 1.

Factores de riesgo de la resiliencia

Ámbito de ocurrencia	Factor de Riesgo
Dinámica familiar	Fallecimiento de uno de los padres Desintegración de la familia Maltrato psicológico y/o físico Severidad de los padres
Características parentales	Salud mental y/o física deteriorada Abuso de sustancias adictivas Poca educación
Estructura familiar	Monoparental Numerosos eventos de estrés Hacinamiento en la vivienda Pobreza
Pares	Rechazo de los pares, Bullying Pares con escasa conducta ética
Colegios	Profesores con poco nivel profesional Falta de recursos escolares (baños, libros, patios)
Comunidad	Violencia Pobreza Pandillaje
Sociedad	Discriminación racial, social, de género, religioso Prejuicios
Ambiente	Desastres naturales Terrorismo

De acuerdo a Gutman (2008) e Infante (2008), las primeras investigaciones de los factores de riesgo de la resiliencia, se enfocaban en el estudio de un solo factor, como violencia familiar o pobreza. Este enfoque es una visión reducida de la realidad, dado que los riesgos no se dan de manera aislada, sino que tienden a darse asociados, abarcando generalmente una secuencia de experiencias estresantes. Así, vivir en un ambiente de pobreza podría implicar que los padres estén más ausentes del hogar trabajando horas extra, lo que podría resultar en una inadecuada comunicación familiar. En dichos ambientes, se dan también estresores crónicos como hacinamiento en el hogar, violencia en la comunidad, violencia familiar, adicción de los padres, conflictos de la pareja, etc. Por otro lado, Kotliarenco et al. (1997) y Di Bártolo (2017) indican que se ha encontrado evidencia de que la interacción con un factor de riesgo específico no siempre genera inadaptación, más bien ésta se produce cuando se dan un conjunto de adversidades acumuladas. Así, sostienen que es el número de factores de riesgo lo que importa, no cuáles son. Kotliarenco et al. (1997) afirman que crecer en un entorno de pobreza o dentro una familia disfuncional, son circunstancias de alto riesgo para la salud psíquica de la persona. La pobreza extrema ha sido descrita como una condición que ocasiona dolor y estrés, en ese sentido, diversos investigadores la han colocado en posición similar que el vivir con padres que presentan patologías mentales severas como la esquizofrenia.

Factores de protección y vulnerabilidad

Es útil representar los conceptos de protección y vulnerabilidad como los dos extremos de un continuum, si la persona cuenta con más y mejores factores de protección, su condición de vulnerabilidad será menor, y viceversa.

Gutman (2008) indica que Garmezy propone que los factores protectores son tanto aspectos internos (personalidad, temperamento) como externos (vínculos con la familia y sociedad) de la

persona, que amortiguan los efectos de las situaciones adversas que le toca vivir, coadyuvando a que se desarrolle integralmente a pesar de ellas. Relaciona a los factores protectores con una adaptación positiva y a los factores de vulnerabilidad, con una no adaptación. Se centró en estudiar los factores protectores que desarrollaban las personas, en lugar de los factores de riesgo. En su investigación del desarrollo psicosocial de hijos de padres esquizofrénicos, evidenció que la presencia de factores de protección hizo que disminuya el efecto de los riesgos a los que estuvieron expuestos, mientras que, en los casos en que hubo factores de vulnerabilidad, el efecto de los riesgos aumentó. Asimismo, resalta que Garmezy propone tres grupos de factores de protección. Un grupo corresponde al propio individuo y tiene que ver con sus características personales. El segundo grupo corresponde a la relación con la familia, tiene que ver con el apego desarrollado con los padres, el estilo de crianza y la forma de interacción al interior de la familia. Y el tercer grupo se da a nivel social, se refiere a la atención y apoyo externo provisto por el colegio, el grupo de pares, etc.

Grotberg (2003) complementa esta idea, sosteniendo que el carácter protector de estos factores, se da en función de la interacción entre ellos y con el entorno que los rodea, no funcionan tan bien si se presentan en forma independiente. Así, por ejemplo, la inteligencia en los niños por sí sola no se convierte en un buen factor protector, tiene que estar estimulada por algún profesor o adulto que ayude a generar alternativas de acción frente a la adversidad.

Kotliarenco et al. (1997) refieren que Löesel afirma que cuando los factores protectores actúan sinérgicamente promueven un desarrollo mental bastante sano y positivo, independientemente de las dificultades. Así, los factores protectores individuales pueden impulsar a los de índole social y viceversa. Diversas investigaciones han demostrado que ciertas características personales representan importantes factores de protección. Por ejemplo, el temperamento influye en la forma

en que las personas responden a los eventos negativos. Personas que son sociables, afables, con buena autoestima y sentido del humor tenderán a suscitar una buena respuesta y el apoyo de otras personas, según Melillo et al. (2003).

En relación al segundo grupo de factores protectores, Gutman (2008) propone que a nivel familiar el factor protector más importante es el tipo de apego. Di Bártolo (2017) define el apego como el vínculo que establece una persona con otra significativa con la cual ha generado confianza y recurre cuando necesita apoyo, aliento, protección y consuelo. Sostiene que, si la persona logra desarrollar un apego seguro, podrá desarrollar también una adecuada autoestima y capacidad de adaptación. Afirma que las representaciones de apego orientan la forma en que el individuo se vincula con las personas significativas de su vida, y contienen una estrategia para manejar las situaciones y regular las emociones. Cuando una persona tiene una representación de apego segura, se percibe valiosa a sí misma y percibe a los otros con disposición hacia ella. Se da una confianza en el interior, en su capacidad de convocar los recursos que necesita, y una confianza del exterior, siente que es capaz de buscar y recibir ayuda de los otros. Considera que, ante situaciones de riesgo, las representaciones de apego seguro dan lugar a la resiliencia, las de apego no seguro, incrementan la vulnerabilidad. En la misma línea está Cyrulnik (2010) que propugna que el apego seguro es un promotor de la resiliencia,

A nivel social, los entes que brindan soporte externo tienen también un rol importante. La interacción con amistades positivas proporciona apoyo emocional sobre todo cuando se tiene una familia donde prima la mala comunicación, el maltrato o la indiferencia. Asimismo, el centro de estudios muchas veces se convierte en fuente de apuntalamiento para la persona, a través de un profesor o tutor que escucha, contiene y alienta. Centros que presentan normas y horarios definidos, expectativas altas, disciplina consistente y ambiente de calidez se relacionan con

adecuadas interacciones sociales y buen desempeño académico para personas en contacto con riesgos. Asimismo, asistir a centros de estudios y lograr un buen desempeño académico se relaciona con menor cantidad de problemas de comportamiento y conductas antisociales.

Kotliarenco et al. (1997) sostienen que el paradigma de la resiliencia conlleva a apuntalar los recursos internos y externos de la persona, así como su interacción, de modo que el resultado de este proceso, le permita salir adelante logrando un desarrollo sano y positivo, en lugar de enfocarse en las condiciones negativas, en las carencias que le tocó vivir. En este sentido, considera que la resiliencia también es un paradigma de la prevención.

En la tabla 2, se puede apreciar clasificación de factores protectores de la resiliencia propuesta por Gutman (2008), de acuerdo al ámbito en que ocurren.

Tabla 2.

Factores protectores de la resiliencia

Ámbito de ocurrencia	Factor Protector
Personal	Temperamento
	Sociabilidad
	Autoestima
	Estilo de afrontamiento
Familiar	Tipo de apego
	Interacciones padres-hijos
	Estilo de Crianza
	Cohesion familiar
	Rutina familiar
	Soporte familiar
	Recursos familiares
Social	Amistades
	Soporte de profesores
	Actividades organizadas
	Cohesión vecinal

Adicionalmente, Grotberg (2003) propone una forma diferente de organizar los factores protectores y los presenta en tres niveles:

- Primer nivel: Apoyo externo (yo tengo)

Hace referencia a contar con el apoyo y sostén de un otro para construir resiliencia, el cual cumple un rol de protección incondicional, y puede estar dentro o fuera de la familia. Este apoyo ofrece amor, confianza, establece límites, modelamiento, valores, enseñanza de autonomía, cuidado.

- Segundo nivel: Fortaleza intrapsíquica (yo soy y yo estoy)

Se refiere al sentirse querido y apreciado, lo que permite el desarrollo de fortaleza interna en la persona. Tiene que ver con el respeto por uno mismo y con la capacidad de proponerse y lograr objetivos, ser responsable de las propias decisiones, ser empático con los demás, ser optimista, y tener esperanza.

- Tercer nivel: Habilidades intra e interpersonales (yo puedo)

Está en relación al desarrollo de habilidades intrapersonales como el autocontrol, saber comunicar las ideas, encontrar soluciones creativas para hacer las cosas; e interpersonales, como tener empatía para escuchar y ser escuchado, resolver conflictos en ámbitos como el personal, laboral, social, saber pedir ayuda.

Conceptos vinculados al concepto de Resiliencia: Competencia, afrontamiento (coping), bienestar, inteligencia emocional, psicología positiva

De acuerdo a Wagnild y Young (1993), un factor importante de la resiliencia es la competencia personal, implicando que a mayor competencia mayor resiliencia. Becoña (2006) indica que Masten y Coatsworth definen la competencia como “la efectividad de las acciones de uno en el mundo, y un sentido personal de bienestar en diversas áreas de funcionamiento”, las que pueden

ser académica, social, conductual. Enfatizan la importancia del logro y su reforzamiento por las personas significativas. Asimismo, sostiene que para Braverman “la competencia favorece resultados satisfactorios ligados con la salud y la adaptación psicológica” (p. 132).

Otra variable relacionada a la resiliencia es el afrontamiento, de acuerdo a Wagnild y Young (1993), el cual se trata de respuestas o estrategias del individuo frente a situaciones de estrés, que pueden ser de tipo, emocional, cognitivo y comportamental. Omar et al. (2011) indican que Lazarus y Folkman sostienen que estas estrategias se utilizan para gestionar exigencias internas o del entorno, percibidas como desmedidas para los recursos que tiene la persona, y que cumplen un rol facilitador, inhibidor y de repliegue frente a situaciones puntuales y emociones negativas como la ansiedad y el miedo. Asimismo, refieren que Steinhart y Dolbier, luego de revisar estudios empíricos sobre cambios positivos frente a vivencias de adversidad, llegaron a la conclusión de que el uso de estrategias de afrontamiento positivas (solución activa del problema, re-evaluación cognitiva de la situación, reinterpretación positiva) permite un ajuste positivo, lo cual está consistentemente asociado con la resiliencia.

Respecto al concepto de bienestar, Omar et al. (2011) postulan que está fuertemente ligado al concepto de calidad de vida en sus diferentes ámbitos (mental, física, social, laboral) y a los sentimientos de felicidad y satisfacción con la salud, familia, trabajo, educación, economía, autoestima, creatividad, sentido de pertenencia y confianza en los demás. Plantean que la emocionalidad positiva y la autorregulación impactan positivamente en el bienestar y en la resiliencia. Asimismo, sostienen que existe relación negativa entre resiliencia y emociones negativas como ansiedad, estrés y depresión.

En relación a la inteligencia emocional, Omar et al. (2011) la consideran como la habilidad de solucionar problemas y tomar decisiones eficazmente incorporando las emociones. Refieren que

Seaton y Beaumonthan encontrado en diversas investigaciones, que la inteligencia emocional está relacionada con un mejor manejo del estrés y mejores indicadores de adaptación social debido a que las personas que cuentan con este atributo perciben sus estados emocionales, los evalúan y son más conscientes de cómo y cuándo expresar sus emociones, pudiendo regular sus estados de humor con mayor eficacia. Esto se traduce en mejor nivel de bienestar subjetivo, satisfacción con la vida, calidad de las relaciones sociales y buena salud emocional, todos ellos, constructos íntimamente ligados con la resiliencia.

Por último, el concepto de psicología positiva se centra en lo positivo del ser humano, en el desarrollo de competencias y en la prevención, aspectos que propugna la resiliencia. Omar et al. (2011) indican que Seligman y Csikszentmihalyi definen a la psicología positiva como “una ciencia de la experiencia subjetiva positiva, rasgos individuales positivos e instituciones positivas que permiten mejorar la calidad de vida y prevenir las patologías que surgen cuando la vida es árida y sin sentido” (p. 135).

2.3.2. Emociones

Autores contemporáneos tienen diferentes propuestas respecto a la definición de emociones.

Greco (2010) propone que la emoción es un estado afectivo agradable o desagradable, que deviene como resultado de la evaluación de índole cognitivo de una experiencia, considerando tanto sus características y contexto, como los recursos personales para hacerle frente. Es importante destacar que esta definición connota que lo que produce una emoción particular es la valoración, juicio o interpretación que se le da al suceso, no el suceso en sí. Asimismo, indica que Lazarus y Sroufe enfatizan que afecto y cognición mantienen una relación bidireccional, amplia, continua, dinámica y constante.

García et al. (2010) conciben a la emoción como un proceso que involucra estímulos, valoración de los mismos, activación o cambio fisiológico y expresión comunicativa (a través de la expresión facial). Además, presenta efectos motivadores, siendo su función básica la adaptación de la persona a un entorno cambiante.

Vecina (2006) sostiene que son reacciones, intensas pero breves, como consecuencia de la evaluación de situaciones previas, que se manifiestan a nivel del organismo, de la experiencia subjetiva, de la evaluación de la información, y que tienen valor adaptativo.

Chóliz (2005) plantea que las emociones son experiencias afectivas con la cualidad de ser agradables o desagradables y que se interrelacionan con tres sistemas de respuesta del organismo: fisiológico-adaptativo, cognitivo-subjetivo y conductual-expresivo.

La presente investigación se basa principalmente en la definición de Greco (2010).

De acuerdo a Piqueras et al. (2009), un aspecto en que coinciden los diversos autores es que la emoción puede ser agradable o desagradable, y su intensidad es variable.

Funciones de las emociones

Chóliz (2005) refiere que Reeve propone que las emociones cumplen diferentes funciones en la vida del ser humano: adaptativa, social y motivacional.

Son adaptativas por cuanto habilitan al cuerpo para poder responder eficazmente, con la conducta apropiada, en forma e intensidad, a las demandas del entorno. Piqueras et al. (2009) indican que Plutchick definió ocho emociones básicas asociadas a situaciones de adaptación del ser humano: miedo responde a la necesidad de protección; ira está vinculada al ataque; alegría, responde a la necesidad de vincularse y procrear; tristeza tiene como función reintegrarse ante una pérdida; confianza está relacionada a la necesidad de afiliación y pertenencia; asco tiene que ver con el

rechazo; anticipación tiene que ver con la necesidad de previsión, y sorpresa asociada a la exploración.

Son sociales porque su expresión permite la interrelación adecuada con las personas del entorno. Por un lado, expresar las emociones facilita que el interlocutor conozca el estado mental de quien las siente, e influye en su respuesta. Si la emoción es de alegría favorecerá el vínculo social, si la emoción es de enojo, ira, generará actitudes de evitación o confrontación. Por otro lado, hace referencia a la inhibición de las emociones, sobre todo las negativas, lo cual, si bien promueve la interacción, también se convierte en no saludable, dado que contrajo al organismo que se preparó para la acción, o no facilitó la aparición de una red de apoyo sostenedora.

Son motivacionales porque inyectan energía a la conducta, lo cual la hace más fuerte y dirigida hacia el cumplimiento de su objetivo. Si la emoción es de miedo, induce a la persona a actuar de manera defensiva y buscar protección, si la emoción es de alegría, induce a la atracción interpersonal.

Emociones positivas y Emociones negativas

Greco (2010) plantea que las emociones son una experiencia afectiva agradable o desagradable. Las emociones asociadas al placer son conocidas como positivas, y aquéllas asociadas al displacer se conocen como emociones negativas. Postula también que las emociones de tipo negativo se dan por la no factibilidad de alcanzar un objetivo y las emociones de tipo positivo se dan en función de los avances conseguidos en dirección hacia la consecución del objetivo.

Fredrickson y Branigan (2000) investigadoras de las emociones positivas, afirman que las emociones negativas, se han estudiado con mayor prolijidad que las emociones positivas, por cuanto, las segundas están asociadas con la supervivencia inmediata, con una alta activación fisiológica y una tendencia de acción específica, mientras que las primeras surgen en momentos

de mayor tranquilidad, con tendencias de acción más inespecíficas, y porque la psicología se ha centrado en buscar soluciones a los problemas de salud, que ocurren cuando las emociones negativas se tornan excesivas, en intensidad y frecuencia.

En línea con lo anterior, Vecina (2006) enfatiza que, ante riesgos inminentes, el organismo utiliza toda su energía para activar los músculos relevantes, aumenta la presión arterial para que la energía fluya velozmente y desactiva las funciones corporales que no se van a requerir en dicho momento, ocasionando que el repertorio de pensamientos y acción queden restringidos a lo que acontece.

Fredrickson y Branigan (2000) encontraron en sus investigaciones que las emociones positivas, al no estar vinculadas a situaciones de riesgo vital, amplían el ámbito de pensamiento y acción de las personas y constituyen provisiones de recursos relacionados con la salud, intelecto e interacción social disponibles para momentos de vulnerabilidad. Así, el pensamiento se torna más abierto y flexible, la búsqueda de soluciones y toma de decisiones se torna más creativa y global. Advirtieron también, que favorecen la prevención de las enfermedades porque regulan las emociones negativas y favorecen el desarrollo de una espiral ascendente hacia mayores niveles de bienestar psicológico, contribuyendo a que la salud y la longevidad aumenten. En síntesis, las emociones positivas están centradas en el crecimiento psicológico y calidad de vida de las personas (Greco, Morelato e Ison, 2007).

Ambas, tanto las emociones positivas como negativas, se complementan en un contexto evolutivo y son igual de importantes (Vecina, 2006):

Si las emociones negativas solucionan problemas de supervivencia inmediata porque tienen asociadas tendencias de respuesta específicas, las emociones positivas solucionan cuestiones relativas al desarrollo y crecimiento personal y a la conexión social. Las

primeras propician formas de pensar que reducen el rango de respuestas posibles y las segundas propician formas de pensar que lo amplían (p. 11).

Piqueras, Ramos, Martínez y Oblitas (2009) estudiaron con profundidad las emociones negativas y su efecto en la salud mental. Plantean que, si bien tienen una función preparatoria para una adecuada respuesta a las demandas del entorno, muchas veces, estas respuestas dejan de ser adaptativas y se tornan excesivas, por algún desajuste en su intensidad, frecuencia y adecuación al medio. Cuando esta situación se prolonga, puede sobrevenir un impacto en la salud, afectando tanto al organismo: sistemas endocrino, cardiovascular, etc., como a la mente, pudiendo evolucionar hacia condiciones clínicas, generando un malestar significativo.

Vecina (2006) sostiene que es importante diferenciar las emociones de los estados de ánimo. Las emociones tienen un estímulo interno o externo, son generalmente de duración corta y se tiene consciencia de ellas, mientras que los estados de ánimo no tienen un estímulo específico, son de mayor plazo y menos intensos.

Ansiedad

García y Sanz (2016) refieren que la ansiedad a una emoción, un síntoma, un síndrome y un trastorno, y se sitúa en el ámbito de la normalidad o en el de la clínica. La emoción básica que está en la base de la ansiedad es el miedo.

Sierra, Ortega y Zubeidat (2003) definen la ansiedad como “un estado de agitación e inquietud desagradable caracterizado por la anticipación del peligro, el predominio de síntomas psíquicos y la sensación de peligro inminente, manifestando una reacción de sobresalto, donde el individuo trata de buscar una solución al peligro” (p.17). De acuerdo a García y Sanz (2016), este estado de agitación se expresa como temor, preocupación, aprensión, sensaciones incómodas en el cuerpo:

falta de aire, palpitaciones rápidas del corazón, sequedad en la boca, etc., y el peligro o amenaza puede ser un estímulo externo o interno (pensamientos, ideas, imágenes negativas).

Beck y Clark (2012) definen la ansiedad como “un sistema complejo de respuesta conductual, fisiológica, afectiva y cognitiva que se activa al anticipar circunstancias que se juzgan como muy aversivas porque se perciben como acontecimientos imprevisibles, incontrolables que potencialmente podrían amenazar los intereses vitales de un individuo” (p. 23).

En un documento del Ministerio de Sanidad y Consumo Español (2008) se plantea que la ansiedad es la anticipación de un daño futuro que se da en paralelo con sensaciones desagradables en el cuerpo. Advierte de un perjuicio inminente e impulsa a la persona a adoptar acciones de protección frente a la amenaza. La ansiedad ha tenido un carácter adaptativo del ser humano en su evolución. Baeza, Balaguer, Belchi, Coronas, y Guillamón (2008) proponen que la ansiedad “es un sistema de alerta del organismo ante situaciones consideradas amenazantes que nos afectan y en las que tenemos algo que ganar o perder, vinculada a la percepción de amenaza y a la disposición de respuestas frente a ella” (p.1). Así, la ansiedad previene y activa al organismo para que pueda hacer frente adecuadamente a sucesos reales o imaginarios, a través de diferentes cursos de acción como: enfrentar al problema, huir, evitar el problema, buscar apoyo, conseguir medios para el logro de los objetivos.

Se considera que la ansiedad es normal cuando su intensidad, frecuencia y duración corresponden a una situación contextual equivalente, o el malestar provocado en la vida de la persona no es incapacitante. La esencia de la ansiedad reside en el nivel cognitivo, pues la persona realiza una interpretación adecuada o desproporcionada de la amenaza, interna o externa (Morris y Maisto, 2009; Beck y Clark, 2012; Beck y Emery, 2014). Según estos autores la ansiedad normal se

caracteriza por ser una forma de preocupación controlada, orientada a la reflexión y solución del problema. Este proceso se puede visualizar así:

Amenaza → Valoración adecuada → Ansiedad acorde a la situación
y orientada a la solución

Asimismo, lo confirman Beck y Clark (2012) manifestando “no es la situación lo que determina el nivel de ansiedad sino el modo en que se valora o evalúa dicha situación. Nuestro modo de pensar ejerce una poderosa influencia sobre cómo nos sentimos, si ansiosos o tranquilos” (p. 68).

Baeza et al. (2008) sostienen que en la valoración de la amenaza subyacen dos cuestionamientos: ¿Cómo me va a afectar, qué consecuencias se darán? ¿Qué puedo hacer para afrontarla, con qué recursos cuento, tengo confianza en mis recursos, qué resultados puedo esperar? Si las respuestas a dichos cuestionamientos resultan favorables a la persona, se producirá una ansiedad normal, que será adaptativa y se convertirá en un elemento útil para manejar la situación, en caso contrario, sobrevendrá una ansiedad mayor que puede desbordar y afectar la funcionalidad de la persona. Estos autores consideran que existen factores implicados en la ocurrencia de la ansiedad:

- Carga genética o transmisión por herencia
- Personalidad, la persona puede presentar ansiedad rasgo o ansiedad estado. La primera es una característica inserta en la personalidad, es decir, una tendencia a reaccionar de forma ansiosa, estable en el tiempo y en diferentes situaciones. La segunda se refiere a un estado emocional específico y transitorio.
- Aprendizaje de conductas no adaptativas
- Autopercepción de las propias competencias, refiere a la auto confianza que tiene la persona en su capacidad para afrontar los problemas

- Contar con apoyo social, que fortalezca la autoestima de la persona y su sentido de competencia

Diversos autores han identificado formas comunes de expresión de la ansiedad (Beck y Clark, 2012; Baeza et al., 2008):

- Físicas: aceleración del ritmo del corazón, opresión en el pecho, respiración entrecortada, sensación de asfixia, mareos, escalofríos, tensión muscular, rigidez, cansancio, hormigueo de partes del cuerpo, sequedad de la boca, alteración del sueño.
- Psicológicas: agobio, inseguridad, sensación de indefensión o vacío, deseos de huir o esconderse, sospecha, dificultad en la toma de decisiones.
- Cognitivas: preocupación excesiva, pensamientos distorsionados con expectativa negativa, pensamientos rumiantes, poca concentración, aumento de dudas, poca objetividad, sobrevaloración de eventos desfavorables, abuso de la prevención
- Conductuales: hipervigilancia, impulsividad, evitación, inhibición, bloqueo, quedar paralizado, postura rígida, torpeza de movimientos, cambio de expresión y voz a modo dudoso, huida, búsqueda de seguridad.
- Afectivas: nerviosismo, tensión emocional, inquietud, condición de impaciencia, susto, frustración.

Se considera que la ansiedad es una categoría clínica cuando la reacción ante la amenaza se presenta con intensidad, frecuencia y duración mayor a lo esperado o fuera de contexto, y causa malestar clínicamente significativo en diferentes ámbitos en la vida de la persona, es decir, produce un alto grado de interferencia en su vida diaria.

En la ansiedad clínica, la persona puede percibir una amenaza descomunal, puesto que puede estar sobredimensionando sus efectos, o subestimando los recursos que tiene para hacerle frente,

produciéndole sensación de temor, indefensión e incapacidad para obtener los resultados esperados (Morris y Maisto, 2009; Beck y Clark, 2012; Beck y Emery, 2014). Este proceso se puede visualizar así:

Amenaza → Valoración desproporcionada → Ansiedad alta y reacción desbordada

En la ansiedad clínica, la persona reacciona con preocupación exagerada, falta de concentración, insomnio, tensión muscular excesiva, irritabilidad, sentimientos de indefensión, evitación de la situación, etc. (Morris y Maisto, 2009; García y Sanz, 2016; Beck y Emery, 2014), lo que va deteriorando su funcionalidad. De acuerdo a las formas en que se manifiesta la ansiedad, ésta va conformando diferentes cuadros clínicos como: fobia social, fobia específica, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, etc.

Estrés

López (2005) y Morris y Maisto (2009) consideran que el estrés es un estado de activación de la mente y el cuerpo para dar respuesta a las demandas internas y externas que se presentan en la vida cotidiana, por lo que tiene un carácter adaptativo. El estrés es normal (eustrés) cuando la capacidad de respuesta del individuo es proporcional a las demandas, y el éxito de la solución influirá positivamente en el bienestar de la persona. El estrés se torna disfuncional cuando las demandas son intensas y prolongadas, excediendo la capacidad de respuesta de la persona e impactando en su funcionalidad y bienestar. El eustrés y el estrés se pueden visualizar así:

Eustrés: Demanda psicológica y social \leftrightarrow Capacidad de respuesta

Estrés: Demanda psicológica y social \nleftrightarrow Capacidad de respuesta

Pinto, Aguilar y Gómez (2010) definen al estrés como “la respuesta del organismo ante la identificación de condiciones adversas o amenazantes, internas o externas, contra la homeostasis. El estrés implica la sobreactivación de varios sistemas” (p. 2).

Sierra et al. (2003) plantean que el estrés hace referencia a “una sobrecarga emocional vinculada a una exigencia desproporcionada del ambiente, que se manifiesta en un estado de nerviosismo porque requiere un sobreesfuerzo, poniendo a la persona en riesgo de enfermar. Es la respuesta fisiológica y psicológica del cuerpo ante estresores”.

De acuerdo a López (2005) las demandas pueden ser exigencias internas o psicológicas y/o exigencias externas o sociales. Las primeras se refieren a las necesidades y expectativas de una persona como deseos, aspiraciones, retos. Y las segundas están en relación con las expectativas del entorno familiar, laboral, social. En cuanto a las capacidades, son los recursos que dispone la persona, internos (emocionales, cognitivos, afectivos, físicos) o externos (apoyo familiar, social) para hacer frente a las demandas.

De acuerdo a Fontana (1995), Brannon y Feist (2001) y López (2005), si las demandas sobrepasan a los recursos, el estrés se vuelve excesivo, crónico y produce efectos dañinos en la integridad del ser humano. Así habrá impacto en diferentes niveles:

- Efectos físicos: dolores de cabeza, cuello y espalda, contracturas musculares, dolores de estómago, abdominales, predisposición a resfríos, cansancio, debilidad, agotamiento, disminución del deseo sexual, frigidez, impotencia, reacciones alérgicas. Alteración en los sistemas nervioso, cardiovascular, endocrino e inmunitario.
- Efectos psicológicos: cambios en la personalidad, en el apetito, nerviosismo, preocupación, frustración, inseguridad, ansiedad, pensamientos autodestructivos, disminución de la concentración y aumento de la distractibilidad, deterioro de la memoria.
- Efectos conductuales: disminución de los intereses y el entusiasmo, cambio de los patrones de sueño, ausentismo, consumo de drogas.

Suárez (2010) plantea que existen diversas situaciones a lo largo de la vida que causan estrés. Así, indica que los psiquiatras Holmes y Rahe, elaboraron una lista de vivencias que fue aplicada a 5000 pacientes para que evalúen, con un puntaje de 0 a 100, el nivel de estrés que producía cada una. Encontraron que, de las 43 vivencias inventariadas, las de mayor estrés resultaron ser la muerte del cónyuge (100), divorcio (73) y separación (65), que el embarazo produce un estrés de 40 unidades, encontrándose en el décimo segundo lugar de la lista, y que de las 10 a 15 situaciones más estresantes están en relación con eventos familiares.

Depresión

García y Sanz (2016) señalan que el término Depresión refiere tanto a una emoción como a un síntoma, un síndrome y un trastorno, y se sitúa en el ámbito de la normalidad o en el de la clínica. La emoción básica que está en la base de la depresión es la tristeza, y se puede expresar como abatimiento, falta de entusiasmo, tendencia al llanto, culpa, pensamientos pesimistas, desesperanza, sentimiento de minusvalía, dificultad para experimentar placer en actividades que antes se disfrutaban.

Morris y Maisto (2009) consideran que se trata de una experiencia emocional normal cuando su intensidad, frecuencia y duración corresponden a una situación contextual equivalente o el malestar provocado en la vida de la persona no es disfuncional, como la reacción a algún evento de la vida real: algo que se anhela no va a suceder, desaprobación de un examen, término de una relación de pareja o amistad, problemas en el trabajo, pérdida del empleo, pérdida de un ser querido, por causa del clima e incluso sin razón aparente.

Morris y Maisto (2009) y García y Sanz (2016) afirman que se trata de una categoría clínica cuando el patrón de comportamiento se presenta con intensidad, frecuencia y duración mayor a lo esperado o fuera de contexto, y causa malestar clínicamente significativo en los ámbitos de la vida familiar,

laboral, social, es decir, produce un alto grado de interferencia en la vida diaria. La persona puede tener problemas de concentración, sentir que ha fracasado totalmente en la vida, tender a cargar una culpa extrema, tener insomnio, inapetencia, incluso tomar riesgos que afecten su vida.

Para que exista una depresión clínica, según el DSM-IV (citado en Morris y Maisto, 2009) deben presentarse estos dos síntomas: estado de ánimo depresivo y pérdida de interés en el placer. Adicionalmente, deben darse tres de los siguientes síntomas: alteración fuerte de peso, alteración fuerte del sueño, alteración fuerte en la actividad motriz, existencia fuerte de fatiga, sentimientos de poca valoración personal, culpa extrema, cansancio extremo, pérdida fuerte de concentración, pensamientos negativos extremos o de muerte. Según García y Sanz (2016), los síntomas que incluyen los criterios diagnósticos de los principales trastornos depresivos en el DSM-IV, CIE-10 y DSM-V son:

Anímicos

- Estado de ánimo deprimido
- Llanto fácil
- Estado de ánimo irritable

Motivacionales

- Disminución o pérdida del placer o interés

Físicos

- Fatigabilidad o pérdida de energía o vitalidad
- Aumento/disminución del peso o apetito
- Insomnio, hipersomnia o alteraciones del sueño

Motores

- Agitación o enlentecimiento psicomotor

- Conducta o intentos suicidas
- Aislamiento social
- Disminución de la locuacidad

Cognitivos

- Sentimientos excesivos o inapropiados de inutilidad o culpa o autorreproches desproporcionados
- Disminución de la capacidad para pensar, concentrarse o tomar decisiones
- Ideas recurrentes de muerte o suicidio
- Pérdida de confianza y autoestima, y sentimientos de inferioridad
- Sentimientos de desesperanza o desesperación
- Sentimiento de incapacidad para enfrentarse con las responsabilidades de la vida diaria
- Pesimismo sobre el futuro o cavilaciones sobre el pasado

2.3.3. Gestación

Borda et al. (2013) sostienen que en el proceso de convertirse en madre se despliegan en la mujer cambios biológicos y psíquicos. Los biológicos siguen un camino bastante similar en todas las mujeres, de acuerdo a la evolución de la especie. Los aspectos psicológicos son los que hacen que una maternidad sea diferente a otra, incluso en la misma mujer con sus diferentes embarazos. De acuerdo a Amati (1987) el núcleo psicológico de la maternidad se integra con la identidad de la mujer, éste se va construyendo a través de la relación con la propia madre (el primer modelo de madre que conoce) y a través de sus propias fantasías de cómo ser madre. Si la relación con la madre ha sido conflictiva y ambivalente, esto influirá en el modo en que la gestante viva su propia maternidad. Por otro lado, Welldon (2006) sostiene que el nacimiento despierta en la madre la noción de sus propias necesidades no satisfechas cuando era un bebé.

En línea con lo anterior, Pines (1982) subraya:

Para algunas mujeres el embarazo puede ser una de las etapas más enriquecedoras de su ciclo de vida...Para otras, la inevitable regresión ocasionada por el embarazo y la maternidad puede ser una experiencia dolorosa y atemorizante. Puede revivirse el deseo infantil de fusionarse con la madre y al mismo tiempo el temor que se opone a ello, que ocasionó un fracaso parcial en la diferenciación entre el self y el objeto. De esta manera, las fantasías sobre la unidad primaria entre madre y bebé no pueden ser integradas exitosamente a la realidad adulta, donde dicha diferenciación es capital (p. 19).

Por su parte, Raphael-Leff (1988) quien estudió el comportamiento de gestantes y madres por muchos años, sostiene que todo ser humano tiene cosas salvajes en su interior, que las describe como, no domadas, no procesadas, que se encuentran en lo profundo, debajo de los aspectos civilizados, y que emergen fuertemente en los momentos de mayor permeabilidad por medio de ira o llanto incomprensibles y estados de ánimo sobre los cuales no se tiene control. En este sentido, grafica que el encuentro íntimo con un bebé conecta con lo más profundo, con eso salvaje primitivo que se lleva dentro y “al desarmar las defensas adultas, un bebé obliga a su madre o padre a re experimentar lo que es sentirse impotente, necesitado, frustrado, furioso, atormentado, abandonado, traicionado” (p. 34).

En el terreno más concreto, en la actualidad, el proyecto de ser madre entra muchas veces en conflicto con otras necesidades de la gestante, como sus proyectos laborales y académicos, el tener que llevar sola el embarazo, por el distanciamiento de su pareja, etc. Todo esto genera en ella fuertes sentimientos de vulnerabilidad e incomprensión frente a la sociedad, que muchas veces tiene una mirada idealizada de la maternidad, según la cual, la gestante debería encontrarse en la mejor etapa de su vida, disfrutando plenamente de ella. La falta de reconocimiento de sus

sentimientos, de la validación de éstos y pasar por eventos estresantes que se dan en la vida cotidiana, hace que la mujer pueda vivir diferentes grados de ansiedad, estrés y depresión, como lo confirman diversas investigaciones del tema.

Ansiedad en el embarazo

Diversas investigaciones dan cuenta de que la expresión emocional de ansiedad es muy frecuente en el embarazo.

Platas (2010) plantea que, además de los cambios físicos y psicológicos que ocurren en el proceso de gestación, la mujer se encuentra en una etapa de mayor sensibilidad a los estímulos internos y externos, sintiéndose especialmente vulnerable. En el caso de muchas gestantes hay ausencia de pareja (lo que implica que tiene que llevar el embarazo sola) o la pareja no se encuentra comprometida con la relación, es inestable, o ambos viven carencias económicas, lo que obliga a que tengan extensas jornadas de trabajo. Todo ello dificulta que la gestante viva su embarazo con tranquilidad.

Tsai (2018) reportó un estudio de salud mental en 545 embarazadas inglesas mayores de 18 años, en el que se encontró que la cuarta parte presentaba problemas de salud mental, 15% tenía ansiedad y 11% depresión.

Correia y Linhares (2007) analizaron 19 investigaciones realizadas entre los años 1998-2003 sobre la ansiedad pre y post natal, seis de los cuales se centraron en la ansiedad de gestantes. Dichos estudios encontraron que la ansiedad durante la gestación es alta y que ansiedad y depresión se presentaron de manera conjunta.

Estrés en el embarazo

Se ha visto en la descripción teórica del estrés, que el embarazo per sé se encuentra catalogado como una situación vital generadora de estrés en un nivel de 40 (en una escala de 0 a 100). Por

otro lado, diversas investigaciones que han estudiado al estrés durante la gestación han identificado efectos nocivos del mismo en la salud de la madre y en la del bebé, como reducción del tiempo de gestación y alteraciones en el desarrollo cognitivo.

Ortiz y Castillo (2016) realizaron una investigación para determinar la relación entre el estrés durante la gestación y el nacimiento pretérmino espontáneo (previo a completar 37 semanas) en 360 gestantes colombianas. Se determinó que tener vivencias estresantes en la gestación potenció la factibilidad de parto pretérmino espontáneo en 1,91 veces. Asimismo, se identificaron factores de riesgo asociados, como embarazo no planeado, falta de apoyo afectivo, pareja no estable, controles prenatales inadecuados y antecedentes de anteriores partos similares.

Por su parte, Pinto et al. (2010) evaluaron a 31 menores entre 6 y 15 años cuyas madres presentaron estrés durante su gestación, de acuerdo a la respectiva historia clínica. Las situaciones de estrés que vivieron fueron generales: dificultad económica, conflicto de pareja, estrés psicosocial (racismo, discriminación, violencia personal) y/o propios de la gestación como malestar físico, temores en relación al parto, a la salud del bebe y a la paternidad. Encontraron que las características cognitivas de los menores cuyas madres reportaron estrés durante la gestación como único factor de riesgo fueron déficits en atención, funciones ejecutivas y velocidad de procesamiento.

Depresión en el embarazo

Silva, Leite, Nogueira y Clapis (2016) sostienen que es común la presencia de depresión en el proceso de gestación, sobre todo en el segundo trimestre. Señalan que puede ocurrir durante el embarazo (depresión prenatal), después del nacimiento (depresión posparto) e incluso afectar a la gestante durante todo el embarazo y parto, siendo las principales causas, tratarse del primer embarazo, consumo de alcohol, vivencia de eventos frustrantes en el último año, ausencia de la

pareja, violencia familiar. En un estudio epidemiológico con 209 gestantes brasileñas identificaron que el 14.8% tenía depresión.

Borda et al. (2013) analizaron los factores de riesgo de depresión en gestantes de 18 a 45 años colombianas, encontrando que casi el 20% de la muestra de 151 gestantes tenía niveles de depresión, asociados a la realización de actividades fuera del hogar (laboral o de estudio), a algún grado de disfunción familiar y a algún aborto previo. Asimismo, plantearon que es normal que exista depresión durante el embarazo, que la incidencia a nivel mundial oscila entre el 7 y 24%, y que puede ser ocasionada por factores diversos, como: bajo ingreso económico, desempleo, baja autoestima, pocas redes de apoyo, altos niveles de estrés, calidad de la relación con la pareja, embarazos no deseados, abortos previos (Borda et al., 2013; González, 2017; Marín, 2016).

Vitela (2019) y Serrano (2016) sostienen que la evaluación de la depresión en el embarazo es compleja, puesto que desde el punto de vista cultural no se concibe que una gestante esté deprimida, si no por el contrario, debería estar feliz durante este proceso. Por un lado, el médico no está predispuesto a hacer la evaluación, y por otro lado, la gestante tampoco está dispuesta a comentarlo, por temor a ser criticada, juzgada, no previendo ambas partes, que un nivel de depresión normal se puede ahondar a otro mayor, con el potencial efecto negativo en la madre y en el bebé que va a nacer.

2.4. Definición de términos básicos

Resiliencia

Proceso de vencer situaciones adversas, afrontando con éxito experiencias complicadas, dolorosas, y manejando los efectos negativos relacionados con los riesgos de la vida cotidiana (Fergus y Zimmerman, 2005).

Emoción

Tendencia de respuesta con gran valor adaptativo, que se manifiesta a nivel fisiológico, de la experiencia subjetiva e interpretación de la información, etc. Es intensa y breve, surge ante la evaluación de algún acontecimiento antecedente (Vecina, 2006).

Ansiedad

Estado de agitación desagradable debido a la anticipación de un peligro, con predominio de síntomas psíquicos y de sobresalto (Sierra et al., 2003).

Estrés

Sobrecarga emocional vinculada a una exigencia desproporcionada del ambiente, que se traduce en un sobreesfuerzo orgánico y psicológico, pudiendo la persona enfermar (Sierra et al., 2003).

Depresión

Refiere tanto a una emoción como a un síntoma, un síndrome y un trastorno, y se sitúa en el ámbito de la normalidad o en el de la clínica. La emoción básica que está en la base de la Depresión es la tristeza, y se puede expresar como abatimiento, falta de entusiasmo, tendencia al llanto, culpa, pensamientos pesimistas, desesperanza, sentimiento de minusvalía, dificultad para experimentar placer en actividades que antes se disfrutaban (García y Sanz, 2016).

Gestante

Mujer que se encuentra en proceso de gestación o embarazo, que va desde la concepción del bebé hasta su nacimiento. En este período el bebé se desarrolla en el útero materno. La gestación normal dura entre 38 y 42 semanas (Kaneshiro, 2017).

CAPÍTULO III

Hipótesis y variables

3.1. Supuestos Científicos

Tomando como base las diversas investigaciones revisadas, como la de Alva et al. (2019), cuyos resultados evidencian correlación negativa significativa entre la resiliencia y la ansiedad en mujeres; la de García et al. (2019) que encontró que las gestantes con mayor resiliencia presentan menores niveles de estrés, y la de Ruiz et al. (2019) que encontró a la resiliencia como mecanismo fundamental para mitigar la depresión, es factible proponer en este estudio que existe relación negativa entre las variables resiliencia y las emociones de ansiedad, estrés y depresión.

Asimismo, cabe plantear que siendo la maternidad un estado de cambios físicos y psíquicos en la mujer, no está exento de emociones de ansiedad, estrés y depresión, que la gestante podría manejar mejor con el desarrollo de la resiliencia.

Este estudio tiene como objetivo investigar la manera en que las variables resiliencia y emociones se vinculan en las gestantes de la muestra del Instituto Materno Perinatal.

3.2. Hipótesis

General

H₁: Existe relación significativa entre los puntajes de resiliencia con respecto a la ansiedad, el estrés y la depresión de gestantes.

Específicas

H_{1.1}: Existe relación significativa entre el factor competencia personal de la resiliencia y la ansiedad de gestantes.

H_{1.2}: Existe relación significativa entre los puntajes del factor aceptación de uno mismo y de la vida de la resiliencia y la ansiedad de gestantes.

H_{1.3}: Existe relación significativa entre los puntajes del factor competencia personal de la resiliencia y el estrés de gestantes.

H_{1.4}: Existe relación significativa entre los puntajes del factor aceptación de uno mismo y de la vida de la resiliencia y el estrés de gestantes.

H_{1.5}: Existe relación significativa entre los puntajes del factor competencia personal de la resiliencia y la depresión de gestantes.

H_{1.6}: Existe relación significativa entre los puntajes del factor aceptación de uno mismo y de la vida de la resiliencia y la depresión de gestantes.

3.3. Variables de estudio

Variables relacionadas

- Resiliencia
- Emociones referidas a ansiedad, estrés y depresión

Variables de control

- Edad: 18 a 40 años

CAPÍTULO IV

Método

4.1. Población y muestra

La población en estudio está conformada por gestantes que acuden al Instituto Materno Perinatal a realizar sus controles de embarazo, a hacer su trabajo de parto, o para recibir algún otro servicio de la institución. Según estadísticas del Instituto Materno Perinatal, en los años 2017 y 2018 se atendieron mensualmente 1,607 y 1,510 partos respectivamente (Instituto Nacional Materno Perinatal, 2018).

En esta investigación se ha contado con una muestra compuesta por 154 gestantes, cuyas edades se encuentran entre los 18 y 40 años. Las participantes fueron seleccionadas mediante un muestreo no probabilístico, de naturaleza intencional, es decir, se eligieron a las gestantes conforme iban presentando las características requeridas para la investigación (Hernández, Fernández y Baptista, 2014). Se han tomado en consideración los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Gestantes que asisten al Instituto Materno Perinatal.
- Edad: 18 a 40 años

Criterio de exclusión:

- Omisiones y perseverancia en las respuestas.

4.2. Tipo y diseño de investigación

El tipo de investigación es no experimental, transeccional, pues la recolección de datos es única, en sólo un período de tiempo (Hernández, Fernández y Baptista, 2014). Asimismo, puede señalarse que corresponde al tipo conocido como básica, al decir de Sánchez y Reyes (2015).

La investigación es cuantitativa no experimental, pues se trata de un estudio en el que no se manipulan variables, en el que se miden estados existentes, en este caso, el de las gestantes del Instituto Materno Perinatal. Tiene un diseño descriptivo correlacional (Sánchez y Reyes, 2015) pues se analiza la relación que existe entre las variables resiliencia y las emociones referidas a ansiedad, estrés y depresión de las gestantes.

Su representación es la siguiente:

$$V1 \text{ ----- } r \text{ ----- } V2$$

Donde:

V1: Resiliencia

V2: Emociones de la madre referidas a ansiedad, estrés y depresión

r : Índice de relación

4.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Los instrumentos utilizados fueron la escala de Resiliencia de Wagnild y Young y la escala Emociones de la madre del Cuestionario para evaluar a las familias según el Modelo McMaster de Funcionamiento Familiar.

Escala de Resiliencia de Wagnild y Young

Ficha técnica

Nombre: Escala de Resiliencia.

Autores: Wagnild y Young (1993).

Adaptación: Salgado (2012a). Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Nº de ítems: 20

Administración: Individual o colectiva.

Duración: 15 minutos

Aplicación: Adolescentes y adultos.

Significatividad: Evalúa los factores competencia personal y aceptación de uno mismo y de la vida de la resiliencia.

Descripción de la prueba

Fue elaborada por Wagnild y Young (1993) en Estados Unidos para medir el nivel de resiliencia, considerada como una característica positiva de la personalidad que contribuye a la adaptación del individuo. La escala original cuenta con 25 ítems y su calificación es tipo Likert, donde 1 es su menor valor de desacuerdo, y 7 es el valor máximo de acuerdo, encontrándose el puntaje total teórico entre 25 y 175. Los ítems son calificados de manera positiva, lo que indica que a mayor valor del puntaje total, será mayor la resiliencia en la persona evaluada.

Wagnild y Young conceptúan la resiliencia como una característica personal que mitiga los efectos de emociones negativas como el estrés, y coadyuva a una mejor adaptación frente al entorno. La Escala de Resiliencia de Wagnild y Young ha tenido varias adaptaciones y versiones más cortas en Perú y en diferentes países (Gómez, 2019; Castilla, Coronel y Barboza, 2016).

La Escala de Resiliencia que se utiliza en el presente estudio ha sido adaptada para el Perú en la investigación “Efectos del bienestar espiritual sobre la resiliencia en estudiantes universitarios de Argentina, Bolivia, Perú y República Dominicana” (Salgado, 2012a), donde se evaluó sus propiedades psicométricas, determinando muy buena confiabilidad y validez. Así, la consistencia interna, determinada mediante el coeficiente alfa de Cronbach, fue 0.92, y la validez se determinó a través del análisis factorial exploratorio.

La Escala de Resiliencia adaptada consta de 20 ítems y presenta calificación tipo Likert con 6 opciones de respuesta (Salgado, 2012a). Para facilitar la comprensión y uso por las gestantes del Instituto Materno Perinatal, se han omitido los ejemplos de la sección instrucciones y se ha

reducido a 5 opciones de respuesta, de total acuerdo a total desacuerdo, de acuerdo a las consideraciones tomadas en la investigación de Ugarriza y Ecurra (2018), donde se obtuvo valores altos de confiabilidad (alfa de cronbach 0.89) y validez. Así, el puntaje total de la escala se encuentra entre el menor valor 20 y el mayor valor 100, considerando que a mayor valor existirá mayor resiliencia.

La Escala de Resiliencia adaptada por Salgado (2012a) está conformada por dos factores, cinco componentes y 20 ítems

- Factor I – Competencia personal: se refiere a características de autoconfianza, decisión, independencia, empoderamiento, perseverancia e ingenio. Contempla los ítems: 1,2,3,4,5,6,8,9,11,12,13,15,16,17,19, 20.
- Factor II – Aceptación de uno mismo y de la vida: se refiere a características de adaptación, equilibrio, flexibilidad, sentimiento de paz a pesar de las dificultades. Contempla los ítems: 7,10,14,18.

Estos dos factores integran aspectos fundamentales de la resiliencia:

- Ecuanimidad: implica un equilibrio en la vida, la espera tranquila ante lo que no depende de uno, lo que facilita la moderación de los impulsos.
- Satisfacción Personal: se refiere a tener un propósito en la vida y cómo éste se va alcanzando, a pesar de las dificultades.
- Sentirse bien solo: implica estar bien con uno mismo –a pesar de no estar siempre acompañado- con criterio y misión propios.
- Confianza en sí mismo: es la confianza en las capacidades propias, reconocer que se tienen, aunque sean incipientes y confiar en que se pueden desarrollar.

- Perseverancia: se refiere a la persistencia en los propósitos a pesar de los eventos adversos, tener automotivación para realizar el propio camino.

La organización de factores, componentes e ítems de la resiliencia se muestran en la tabla 3.

Tabla 3.

Factores, componentes e ítems de la Escala de Resiliencia.

Factor	Componente	Ítem
1.Competencia Personal	Sentirse bien solo	3. Soy capaz de hacer las cosas por mí misma sin depender de los demás 5. Me siento bien, si tengo que estar sola
	Confianza en sí mismo	6. Me siento orgullosa de las cosas que he logrado en mi vida 8. Siento que puedo manejar varias cosas al mismo tiempo 9. Tengo capacidad de tomar decisiones cuando es necesario 11. Las experiencias difíciles del pasado me ayudan a enfrentar las dificultades que se me presentan 15. El creer en mí misma me permite atravesar tiempos difíciles. 16. En una emergencia soy alguien en quien las personas pueden confiar 17. Usualmente puedo ver una situación de varias maneras 20. Generalmente tengo energía para hacer aquello que tengo que hacer
	Perseverancia	1. Cuando planeo algo lo realizo 2. Generalmente busco la manera de salir de los problemas 4. Mantengo el interés en aquellas cosas importantes para mí 12. Tengo auto disciplina 13. Me mantengo interesado(a) en las cosas 19. Cuando estoy en una situación difícil generalmente encuentro una salida
2.Aceptación de uno mismo y de la vida	Ecuanimidad	7. Soy amiga de mi misma 10. Tomo las cosas una por una
	Satisfacción Personal	14. Por lo general encuentro algo de que reírme 18. Mi vida tiene sentido

Fuente: Ugarriza y Ecurra (2018).

Escala Emociones de la madre

Ficha técnica

Nombre: Escala emociones de la madre, del Cuestionario para evaluar a los padres de acuerdo con el Modelo McMaster de Funcionamiento Familiar.

Autores:	Epstein, Baldwin, y Bishop (1983)
Adaptación:	Ugarriza, Gavidia-Payne y Pajares (2017a). Centro de Investigación de la Universidad Ricardo Palma.
Nº de ítems:	21 (7 ítems por cada emoción: ansiedad, estrés y depresión)
Administración:	Individual o colectiva.
Duración:	15 minutos
Aplicación:	Adolescentes y adultos.
Significatividad:	Evalúa tres emociones de la madre: ansiedad, estrés y depresión.

Descripción de la prueba

El cuestionario fue elaborado por Epstein, Baldwin y Bishop (1983) en Estados Unidos para evaluar diferentes dimensiones del funcionamiento de una familia de acuerdo con el Modelo McMaster de Funcionamiento Familiar. El Cuestionario se compone de siete escalas: 1. Funcionamiento familiar, evalúa si la familia es funcional o disfuncional, 2. Temperamento del niño, evalúa la estabilidad emocional de los hijos, 3. Los padres como maestros, evalúa el rol directriz de los padres y la comprensión entre los miembros de la familia, 4. Emociones de la madre, evalúa el sentirse relajada, no deprimida ni ansiosa, 5. Sentido de competencia de los padres, evalúa el sentido de satisfacción en su rol, 6. Los padres se sienten bien, evalúa el sentirse con bienestar y tener esperanza en la vida, 7. Escala de soledad y satisfacción social, evalúa el sentirse en armonía con los demás.

La escala Emociones de la madre que se utiliza en el presente estudio es la adaptada para el Perú en la investigación “Funcionamiento familiar, ajuste socioemocional y escolar como factores predictores de la resiliencia en niños que proceden de un contexto de pobreza urbana” (Ugarriza, Gavidia-Payne y Pajares, 2017a), en la que se evaluó sus propiedades psicométricas, determinando

muy buena confiabilidad y validez. Así, la consistencia interna, determinada mediante el coeficiente alfa de Cronbach, fue 0.93, y la validez se determinó a través del análisis factorial exploratorio.

La escala Emociones de la madre está referida a tres emociones específicas: ansiedad, estrés y depresión que reflejan expresiones de displacer o falta de armonía en la madre. Cuenta con 21 ítems, 7 por cada constructo, y su calificación es tipo Likert, donde 0 es su menor valor y 3 es el valor máximo, encontrándose el puntaje total teórico entre 0 y 63. Los ítems son calificados de manera positiva, lo que indica que, a mayor valor del puntaje total, será mayor la falta de armonía en la persona evaluada.

La organización de emociones estrés, ansiedad y depresión con sus respectivos ítems se muestran en la tabla 4.

Tabla 4.

Componentes e ítems de la Escala Emociones de la Madre.

Componente	Ítem
Estrés (ST)	1. Me resultó difícil relajarme
	6. Tuve la tendencia a reaccionar exageradamente a ciertas situaciones
	8. Sentí que estaba usando mucha carga nerviosa
	11. Sentí que me agitaba
	12. Me resultó difícil relajarme
	14. Me sentí intolerante de todo aquello que impidiese continuar lo que estaba haciendo
	18. Sentí que estaba muy susceptible
Depresión (D)	3. No pude experimentar del todo un pensamiento positivo
	5. Me resultó difícil tener la iniciativa para hacer cosas
	10. Sentí que no tenía ninguna aspiración o esperanza en el futuro
	13. Me sentí acongojado y abatido
	16. No lograba entusiasmarme con nada
	17. Sentí que no valía mucho como persona
	21. Sentí que la vida no tenía sentido
Ansiedad (A)	2. Noté sequedad en mi boca

-
4. Experimenté dificultades al respirar (respiración excesivamente rápida, falta de aliento aún sin esfuerzo físico)
 9. Me preocupé por situaciones en las cuales podría asustarme y hacer el papel de tonta
 15. Sentí que estaba al borde del pánico
 19. Estuve atento al funcionamiento de mi corazón, aún sin tener esfuerzos físicos (p.ej. sensación de palpitaciones rápidas o latidos fallados)
 20. Me sentí asustada sin una razón
-

Fuente: (Ugarriza, 2017a).

4.4. Procedimiento y técnicas de procesamiento de datos

Para la recolección de datos se solicitó la autorización del Director Médico del Instituto Materno Perinatal (IMP), a través de una carta de presentación en la cual se expuso los objetivos de la investigación a realizar y las hipótesis a evaluar. El director derivó la atención de la carta a la Oficina de Apoyo a la Investigación, la cual indicó presentar el proyecto de tesis de acuerdo al protocolo de investigación utilizado en el IMP.

Una vez aceptada la solicitud, se realizaron las coordinaciones correspondientes para fijar fechas y horarios para la recolección de datos. Asimismo, se realizó el procedimiento de obtención de fotocheck.

Previo a la recolección de datos, se explicó a cada gestante, los objetivos del trabajo y el criterio de confidencialidad respecto a la información que brindarían. Se leyó el consentimiento informado, y se obtuvo su aceptación voluntaria –mediante firma- para responder a la Escala de Resiliencia y Escala de Emociones de la madre.

La aplicación fue individual en las instalaciones del Instituto Materno Perinatal en un tiempo aproximado de 30 minutos por gestante.

Para el procesamiento y análisis de datos se utilizó el programa estadístico SPSS y se determinó si los puntajes totales alcanzados en las pruebas de Resiliencia y Emociones de la madre, seguían una distribución normal o no, mediante el estadístico Kolmogorov – Smirnov. Así, se facilitó la

decisión de utilizar una prueba paramétrica o no paramétrica, como r de Pearson o ρ de Spearman respectivamente. El nivel de significatividad utilizado fue 0.05 con los respectivos grados de libertad.

CAPÍTULO V

Resultados

5.1. Presentación de datos

Los datos de las escalas de Resiliencia y Emociones de la madre completadas por las gestantes del Instituto Materno Perinatal fueron procesados en el software estadístico SPSS, obteniéndose los siguientes resultados:

Características de la muestra de gestantes

En la tabla 5 se presenta la distribución porcentual de las características de las gestantes en relación a la edad, situación de pareja, nivel de estudio alcanzado, situación laboral y número de hijos. Así, con respecto a:

- Edad: el mayor porcentaje de las gestantes (55%) presenta edades entre 20 y 29 años y el menor porcentaje (45%) oscila entre 30 y 40 años.
- Situación de pareja: el mayor porcentaje de las gestantes cuenta con pareja (88.3%), encontrándose en menor porcentaje las que se encuentran solas (11.7%)
- Nivel de estudio: la mayoría de gestantes ha concluido sus estudios secundarios (44.8%), seguido por las que tienen estudios técnicos (31.8%). En tercer lugar, están las que han estudiado carreras universitarias (23.4%) y por último las que sólo tienen estudios de primaria (3.2%).
- Situación laboral: el mayor porcentaje de las gestantes 63.6% es ama de casa y el 36.4% labora fuera del hogar.
- Número de hijos: el mayor porcentaje de las gestantes ha tenido uno o más hijos (68.2%), y para el 31.8% de gestantes se trata del primer hijo.

Tabla 5.

Distribución porcentual de las características de las gestantes del Instituto Materno Perinatal

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Edad (años)		
20 a 29	84	55
30 a 40	70	45
Situación de pareja		
Con pareja	136	88.3
Sin pareja	18	11.7
Nivel de estudio		
Primaria	5	3.2
Secundaria	64	41.6
Técnica	49	31.8
Universitaria	36	23.4
Situación laboral		
Ama de casa	98	63.6
Labora	56	36.4
Número de hijos		
0	49	31.8
1	55	35.7
2	35	22.7
3	14	9.1
5	1	.6

Evaluación de la confiabilidad de los instrumentos utilizados

La confiabilidad de la Escala de Resiliencia en la muestra de 154 gestantes se evaluó mediante el coeficiente alfa de Cronbach, obteniéndose el valor de 0.897, indicando una elevada consistencia interna (Thorndike y Hagen, 1989), lo que se aprecia en la tabla 6.

Tabla 6.

Alfa de Cronbach para la Escala de Resiliencia

Alfa de Cronbach	N de elementos
------------------	----------------

.897	20
------	----

Asimismo, en la tabla 7 se observa el alfa de Cronbach si el ítem se ha suprimido, los valores oscilan entre .888 y .911, siendo altos, lo que refleja una consistencia interna adecuada y homogeneidad de los elementos de la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young (Salgado, 2012a). No se ha procedido a eliminar el ítem 5, cuyo valor de correlación es menor a 0.2, porque la escala presenta una elevada consistencia interna tal como está.

Tabla 7.

Fiabilidad para los ítems de la Escala de Resiliencia

Estadística de fiabilidad para los ítems de Resiliencia	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
1 Cuando planeo algo lo realizo	.565	.891
2 Generalmente busco la manera de salir de los problemas	.651	.888
3 Soy capaz de hacer las cosas por mí misma sin depender de los demás	.619	.889
4 Mantengo el interés en aquellas cosas importantes para mí	.575	.891
5 Me siento bien, si tengo que estar sola	.105	.911
6 Me siento orgullosa de las cosas que he logrado en mi vida	.543	.891
7 Soy amiga de mi misma	.586	.891
8 Siento que puedo manejar varias cosas al mismo tiempo	.396	.897
9 Tengo capacidad de tomar decisiones cuando es necesario	.639	.889
10 Tomo las cosas una por una	.332	.898
11 Las experiencias difíciles del pasado me ayudan a enfrentar las dificultades que se me presentan	.621	.889
12 Tengo auto disciplina	.478	.893
13 Me mantengo interesado(a) en las cosas	.640	.889
14 Por lo general encuentro algo de que reírme	.505	.892
15 El creer en mí misma me permite atravesar tiempos difíciles.	.719	.887
16 En una emergencia soy alguien en quien las personas pueden confiar	.680	.888

17 Usualmente puedo ver una situación de varias maneras	.566	.891
18 Mi vida tiene sentido	.614	.890
19 Cuando estoy en una situación difícil generalmente encuentro una salida	.581	.890
20 Generalmente tengo energía para hacer aquello que tengo que hacer	.611	.889

La confiabilidad de la Escala Emociones de la madre en la muestra de 154 gestantes, se evaluó mediante el coeficiente alfa de Cronbach, obteniéndose el valor 0.840, indicando una muy buena consistencia interna (Thorndike y Hagen, 1989) y homogeneidad de los elementos de la escala global, lo que se aprecia en la tabla 8.

Tabla 8.

Alfa de Cronbach para la escala de Emociones de la madre

Alfa de Cronbach	N de elementos
.840	21

En la tabla 9 se aprecia el alfa de Cronbach si el ítem se ha suprimido, los valores oscilan entre .823 y .842, resultando elevados lo que revela una consistencia interna satisfactoria de la escala de Emociones de la madre y por lo tanto homogeneidad de los elementos.

Tabla 9.

Fiabilidad para los ítems de la escala de Emociones de la madre

Estadística de fiabilidad para los ítems de Expresiones Emocionales	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
1 Me resultó difícil relajarme	.426	.833
2 Noté sequedad en mi boca	.267	.842
3 No pude experimentar del todo un sentimiento positivo	.379	.835
4 Experimenté dificultades al respirar (respiración excesivamente rápida, falta de aliento aún sin esfuerzo físico)	.350	.836
5 Me resultó difícil tener la iniciativa para hacer cosas	.366	.836

6 Tuve la tendencia a reaccionar exageradamente a ciertas situaciones	.388	.835
7 Experimenté temblores (por ej. de las manos)	.526	.830
8 Sentí que estaba usando mucha carga nerviosa	.521	.828
9 Me preocupé por situaciones en las cuales podría asustarme y hacer el papel de tonto(a)	.380	.835
10 Sentí que no tenía ninguna aspiración o esperanza en el futuro.	.377	.836
11 Sentí que me agitaba	.355	.836
12 S-DASS Me resultó difícil relajarme	.616	.823
13 D-DASS Me sentí acongojado y abatido	.566	.826
14 S-DASS Me sentí intolerante de todo aquello que impidiese continuar lo que estaba haciendo.	.408	.834
15 Sentí que estaba al borde del pánico	.615	.826
16 No lograba entusiasarme con nada	.531	.829
17 Sentí que no valía mucho como persona	.381	.836
18 Sentí que estaba muy susceptible	.376	.835
19 Estuve atento al funcionamiento de mi corazón aún sin tener esfuerzos físicos (Por ej. Sensación de palpitaciones rápidas, o latidos fallados)	.244	.840
20 Me sentí asustado(a) sin una razón	.383	.835
21 Sentí que la vida no tenía sentido	.331	.838

Determinación del tipo de estadístico de correlación a emplear (paramétrico o no paramétrico)

Para determinar si las puntuaciones de las pruebas de resiliencia y emociones de la madre se ajustaban a una distribución normal o no, se recurrió a la Prueba de Normalidad (Kolmogorov-Smirnov K-S). Se formularon las hipótesis:

- Hipótesis nula (H_0): Los puntajes de las pruebas de resiliencia y emociones de la madre se ajustan a una distribución normal.

- Hipótesis alterna (H₁): Los puntajes de las pruebas de resiliencia y emociones de la madre no se ajustan a una distribución normal.

Se aprecia en la tabla 10 que el nivel de significación resultó .000 y .005 valores < p .05 por lo que se rechazó la hipótesis nula a un nivel de 5 por ciento de significación. Esto indicó que los puntajes de las pruebas de resiliencia y emociones de la madre no se ajustaron a una distribución normal, por lo que se utilizó un estadístico de correlación no paramétrico, Rho de Spearman, para determinar la correlación de las variables Resiliencia y Emociones de la madre.

En la tabla 10 se muestra también la media de la resiliencia 82.53 y su desviación estándar 7.02, así como la media de las emociones negativas 12.70, con desviación estándar 6.53.

Tabla 10

Prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov para las variables de Resiliencia y Emociones de Ansiedad, Estrés y Depresión en gestantes (N=154)

	Resiliencia	Emociones de la madre	Ansiedad	Estrés	Depresión
Media	82.53	12.70	3.67	6.25	2.78
Desviación Estándar	7.022	6.530	2.439	3.073	2.287
Estadístico de prueba Z	.147	.088	.173	.118	.146
Sig. Asintótica (bilateral)	.000 ^c	.005 ^c	.000 ^c	.000 ^c	.000 ^c

c. Corrección de significación de Lilliefors. p < .05

5.2. Análisis de datos

Al calcular la relación de las variables Resiliencia y Emociones de las gestantes y tal como se observa en la tabla 11, se ha encontrado una correlación rho de Spearman significativa, negativa e igual a -.254.

Tabla 11.

Coefficiente de correlación (Rho) entre la resiliencia y las emociones de gestantes

Variables		Puntaje total de Emociones
Puntaje total de Resiliencia	Coeficiente de correlación (Rho)	-.254*
	Sig. (bilateral)	.002
	N	154

*. $p < .05$

Al calcular la relación del factor de competencia personal y la ansiedad de gestantes y tal como se observa en la tabla 12, se ha encontrado una correlación rho de Spearman no significativa e igual a -.149.

Tabla 12.

Coefficiente de correlación (Rho) entre el factor competencia personal y la ansiedad de gestantes

Variables		Puntaje total de Ansiedad
Factor de competencia personal	Coeficiente de correlación (Rho)	-.149
	Sig. (bilateral)	.065
	N	154

*. $p < .05$

Al calcular la relación del factor aceptación de uno mismo y de la vida y la ansiedad de gestantes y tal como se observa en la tabla 13, se ha encontrado una correlación rho de Spearman no significativa e igual a -.119.

Tabla 13.

Coefficiente de correlación (Rho) entre el factor aceptación de uno mismo y de la vida y la ansiedad de gestantes

Variables		Puntaje total de Ansiedad
Factor de aceptación de uno mismo y de la vida	Coeficiente de correlación (Rho)	-.119
	Sig. (bilateral)	.140
	N	154

*. $p < .05$

Al calcular la relación del factor de competencia personal y el estrés de gestantes y tal como se observa en la tabla 14, se ha encontrado una correlación rho de Spearman significativa, negativa e igual a $-.277$.

Tabla 14.

Coefficiente de correlación (Rho) entre el factor competencia personal y el estrés de gestantes

Variables		Puntaje total de Estrés
Factor de competencia personal	Coefficiente de correlación (Rho)	$-.277^*$
	Sig. (bilateral)	.001
	N	154

*. $p < .05$

Al calcular la relación del factor aceptación de uno mismo y de la vida y el estrés de gestantes y tal como se observa en la tabla 15, se ha encontrado una correlación rho de Spearman significativa, negativa e igual a $-.172$.

Tabla 15.

Coefficiente de correlación (Rho) entre el factor aceptación de uno mismo y de la vida y el estrés de gestantes

Variables		Puntaje total de Estrés
Factor de aceptación de uno mismo y de la vida	Coefficiente de correlación (Rho)	$-.172^*$
	Sig. (bilateral)	.032
	N	154

*. $p < .05$

Al calcular la relación del factor de competencia personal y la depresión de gestantes y tal como se observa en la tabla 16, se ha encontrado una correlación rho de Spearman significativa, negativa e igual a $-.243$.

Tabla 16.

Coefficiente de correlación (Rho) entre el factor competencia personal y la depresión de gestantes

Variables		Puntaje total de Depresión
Factor competencia personal	Coefficiente de correlación (Rho)	-.243*
	Sig. (bilateral)	.002
	N	154

*. $p < .05$

Al calcular la relación del factor aceptación de uno mismo y de la vida y la depresión de gestantes y tal como se observa en la tabla 17, se ha encontrado una correlación rho de Spearman no significativa e igual a -.136.

Tabla 17.

Coefficiente de correlación (Rho) entre el factor de aceptación de uno mismo y de la vida y la depresión de gestantes

Variables		Puntaje total de Depresión
Factor de aceptación de uno mismo y de la vida	Coefficiente de correlación (Rho)	-.136
	Sig. (bilateral)	.092
	N	154

*. $p < .05$

5.3. Análisis y discusión de resultados

En la muestra de 154 gestantes del Instituto Materno Perinatal se encontró un valor promedio de resiliencia 82.53 (Tabla 10). Considerando que los ítems son calificados de manera positiva, siendo el menor puntaje total 20 y el mayor puntaje total 100, y que mayor valor indica mayor resiliencia, se concluye que la muestra en general presenta un valor moderado-alto de resiliencia. De igual manera, para las emociones negativas se encontró un valor promedio 12.70 (Tabla 10). Dado que los ítems son calificados de manera positiva, siendo el menor puntaje total 0 y el mayor puntaje total 63, y que menor valor indica menor efecto de emociones negativas, se considera que la

muestra en general presenta un valor bajo de problemas emocionales, relacionados a ansiedad, estrés y depresión.

Se planteó como objetivo general de la presente investigación conocer la relación entre la resiliencia y las emociones negativas de las gestantes del Instituto Materno Perinatal, y como hipótesis general se propuso una relación significativa entre ambas variables. Como principal resultado de este estudio se confirma la hipótesis general (Tabla 11) y se concluye que existe una relación negativa y significativa entre la resiliencia y las emociones de gestantes, pues a mayor resiliencia en las gestantes existe menor problemática emocional referida a ansiedad, estrés y depresión. Este resultado está en concordancia con lo reportado por diversas investigaciones sobre dicha relación. Así, Fernandes, Teva y Bermúdez (2015) en su revisión teórica de la resiliencia en 412 artículos entre los años 2000 y 2011, encontraron que existe una asociación entre altos niveles de resiliencia y bajos niveles de trastornos psicopatológicos. Los resultados mostraron que la resiliencia es una capacidad que proporciona protección al individuo frente al estrés, la depresión y la ansiedad. Del mismo modo, Gloria y Steinhardt (2014) encontraron que niveles altos de resiliencia mitigaron los efectos del estrés, ansiedad y depresión en una muestra de 200 becarios de ambos sexos de investigación posdoctoral estadounidense. Por su parte, Hjemdal et al. (2011) hallaron que la resiliencia se correlaciona negativa y significativamente con los niveles de ansiedad, estrés y depresión en una muestra de 307 estudiantes adolescentes de ambos sexos noruegos. De igual manera, Hiew et al. (2000) descubrieron en su investigación con 108 estudiantes japoneses, de ambos sexos y edades entre 17 y 24 años, que los individuos resilientes tenían un adecuado afrontamiento al estrés, lo podían manejar reduciéndolo, así como podían reducir las emociones negativas de ansiedad, depresión y rabia, e incrementar la curiosidad y su salud mental. También está la investigación de Perdomo (2014), que encontró niveles moderado

bajo de ansiedad, estrés y depresión en cuidadores colombianos de ambos sexos de enfermos de alzheimer, emociones negativas que fueron mitigadas por valores altos de resiliencia y apoyo social. Asimismo, es importante mencionar a los prolíficos estudiosos de la resiliencia como Grotberg (2008), quien sostiene que la resiliencia es característica de la salud mental, es susceptible de ser medida y funge de amortiguadora de vivencias negativas, y Cyrulnik (2010), quien afirma que la resiliencia es el proceso que permite retomar el desarrollo a pesar de la ocurrencia de eventos adversos que producen ansiedad, estrés y depresión.

La presente investigación también analizó la relación entre los factores de la resiliencia con cada emoción negativa de las gestantes del Instituto Materno Perinatal.

La hipótesis planteada sobre la relación significativa entre el factor competencia personal y la ansiedad de gestantes ($H_{1.1}$) no se confirmó (Tabla 12), puesto que existe relación negativa pero es no significativa. Una razón para esta no confirmación de la hipótesis puede ser que la ansiedad en gestantes es un estado emocional presente e intenso en la etapa de mayor vulnerabilidad de la vida de la mujer como es el embarazo (Tsai 2018; Plata, 2010; Correia y Linhares, 2007; Pines, 1982), aun cuando contar con características de competencia personal implique sentirse bien solo, tener confianza en uno mismo y perseverancia (Wagnild y Young, 1993). Este resultado no se condice con la investigación de Zayas et al. (2017) que sí identificó correlación negativa significativa entre resiliencia-componente confianza en sí mismo y ansiedad-rasgo en una muestra de 54 madres con hijos diabéticos. Tampoco va en la línea de lo encontrado en la investigación de Alva et al. (2019), que halló correlación negativa significativa entre la resiliencia y la ansiedad de 350 mujeres mexicanas entre 18 y 64 años que viven en una zona urbana. Ni con los hallazgos de Ramírez y Hernández (2012) en una muestra de 100 adolescentes mexicanos de ambos sexos de nivel

socioeconómico bajo, donde se dio correlación negativa significativa entre la resiliencia y la ansiedad.

La hipótesis planteada sobre la relación significativa entre el factor aceptación de uno mismo y de la vida y la ansiedad de gestantes ($H_{1.2}$) no se confirmó (Tabla 13), puesto que existe relación negativa, pero es no significativa. Como se sustentó en el párrafo anterior, una razón para esta no confirmación de la hipótesis puede ser que la ansiedad en gestantes es un estado emocional característico ante la expectativa de cambios importantes en la vida, aun cuando la aceptación de uno mismo y de la vida represente sentir satisfacción personal y tener ecuanimidad (Wagnild y Young, 1993). Este resultado no se condice con la investigación de Zayas et al. (2017) que en una muestra de 54 madres con hijos diabéticos, sí encontró correlación negativa significativa entre resiliencia-componente ecuanimidad y ansiedad-estado.

Se confirmó la hipótesis planteada sobre la relación significativa entre el factor competencia personal y el estrés de gestantes ($H_{1.3}$) (Tabla 14), es decir, a mayor competencia personal existe menos estrés de gestantes. Este resultado está en concordancia con la investigación de Fínez y García (2012) que exploró la misma relación en 620 universitarios españoles de ambos sexos, encontrando que, a mayor competencia personal, expresado como confianza en sí mismo, planificación y afrontamiento activo, existe mayor eficacia para afrontar experiencias de estrés, disminuyéndolo. Por otro lado, este resultado va de la mano con la investigación de García et al. (2019) que encontró en una muestra de 150 gestantes españolas, que aquéllas con mayor resiliencia presentaban menores niveles de estrés y mayor bienestar psicológico, así como menor depresión post parto, concluyendo que la resiliencia cumple un rol protector en el embarazo y post parto.

La hipótesis planteada sobre la relación significativa entre el factor aceptación de uno mismo y de la vida y el estrés de gestantes ($H_{1.4}$) se confirmó (Tabla 15), es decir, a mayor aceptación de uno

mismo y de la vida existe menos estrés de gestantes. Este resultado va de la mano con lo hallado por Fínez y García (2012) en una muestra de 620 universitarios españoles de ambos sexos, que a mayor aceptación de uno mismo y de la vida, expresada como adaptabilidad, ecuanimidad y satisfacción personal existe mayor eficacia para afrontar experiencias de estrés, disminuyéndolo. Del mismo modo refrenda este resultado, la investigación de Limonero et al. (2012) que halló en una muestra de 254 estudiantes de psicología españoles de ambos sexos, que existe menor estrés cuando existe mayor aceptación y satisfacción con la vida.

Se confirmó la hipótesis planteada sobre la relación significativa entre el factor competencia personal y la depresión de gestantes ($H_{1.5}$) (Tabla 16), es decir, a mayor competencia personal existe menor depresión de gestantes. Este resultado está en concordancia con lo hallado por Ruvalcaba et al. (2013) sobre la relación negativa entre las competencias socioemocionales, definidas como confianza en sí mismo, conocimiento de las propias fortalezas y debilidades, logro de metas personales, perseverancia, y los síntomas depresivos y ansiosos, en una muestra de 840 adolescentes mexicanos de ambos sexos. Asimismo, va en la línea de la investigación de Lam et al. (2008) que en una muestra de 593 gestantes peruanas expuestas a violencia que acudieron a consulta prenatal en tres centros hospitalarios de Lima (siendo uno de ellos el Instituto Nacional Materno Perinatal), identificaron que la resiliencia funge como mitigador de los síntomas depresivos.

La hipótesis planteada sobre la relación significativa entre el factor aceptación de uno mismo y de la vida y la depresión de gestantes no se confirmó ($H_{1.6}$) (Tabla 17), puesto que existe relación negativa, pero es no significativa. Este resultado no se condice con lo encontrado por Ruiz et al. (2019) quienes sí hallaron relación negativa significativa entre satisfacción personal y sentido de la vida, componentes de la resiliencia, con depresión en una muestra de 110 mujeres españolas,

cuya mitad había padecido cáncer de mama, reforzando la concepción de que la resiliencia amortigua la sintomatología depresiva. Tampoco va en la línea de lo encontrado por Restrepo et al. (2011) quienes sí hallaron relación negativa significativa entre satisfacción personal-calidad de vida y depresión en una muestra de 36 estudiantes adolescentes colombianos de ambos sexos.

CAPÍTULO VI

Conclusiones y Recomendaciones

6.1. Conclusiones

La presente investigación que definió como objetivo conocer la relación entre la resiliencia y las emociones referidas a la ansiedad, estrés y depresión de gestantes en una muestra 154 embarazadas del Instituto Materno Perinatal ha llegado a las siguientes conclusiones:

1. Existe relación negativa significativa entre los puntajes de resiliencia y las emociones referidas a ansiedad, estrés y depresión de gestantes.
2. Existe relación negativa entre los puntajes del factor competencia personal y la ansiedad de gestantes, pero no se evidenció que sea significativa.
3. Existe relación negativa entre los puntajes del factor aceptación de uno mismo y de la vida y la ansiedad de gestantes, pero no se evidenció que sea significativa.
4. Existe relación negativa significativa entre los puntajes del factor competencia personal y el estrés de gestantes.
5. Existe relación negativa significativa entre los puntajes del factor aceptación de uno mismo y de la vida y el estrés de gestantes.
6. Existe relación negativa significativa entre los puntajes del factor competencia personal y la depresión de gestantes.
7. Existe relación negativa entre los puntajes del factor aceptación de uno mismo y de la vida y la depresión de gestantes, pero no se evidenció que sea significativa.

6.2. Recomendaciones

1. Promover que la salud emocional de las gestantes se encuentre especificada y priorizada en las políticas de salud mental del país, considerando que diversas investigaciones

corroboran la presencia natural de emociones negativas como ansiedad, estrés y depresión durante el embarazo y sobre todo, teniendo en cuenta que la salud psicológica materna tiene efectos en el desarrollo fetal del ser humano, efectos que trascienden al desarrollo de su niñez y adolescencia.

2. Ampliar el conocimiento de las gestantes y su entorno directo -pareja y familia-, sobre las implicancias psicológicas de la maternidad. Al ser una etapa de cambios físicos y psíquicos profundos, conlleva dificultades inherentes donde pueden emerger sentimientos ambivalentes hacia el bebé y hacia sí misma, que tienen que ver con su propia relación madre-hija y con sus proyectos de vida. Esta comprensión de la maternidad coadyuvará a que la gestante se acepte mejor a sí misma y pueda ser mejor comprendida y sostenida por su entorno.
3. Concientizar a gestantes y su entorno directo sobre la importancia de desarrollar la resiliencia para poder manejar mejor sus emociones negativas, que como plantea Grotberg (2003) es una capacidad -asociada a la salud mental y a la calidad de vida- que permite hacer frente a las situaciones difíciles de la vida y aprender, ser enriquecidos y fortalecidos por ellas. Asimismo, reforzar que la resiliencia no es un don con el que se nace, sino que es una capacidad que puede ser desarrollada en cualquier momento de la vida.
4. Concientizar a gestantes y su entorno directo acerca de que uno de los principales pilares para la construcción de la resiliencia es contar con un vínculo de apego seguro, el cual puede ir construyendo con su hijo desde la gestación. Esto le permitirá al bebé edificar un sentimiento de confianza básica consigo mismo y con su entorno.
5. Concientizar a gestantes y su entorno directo que para poder construir resiliencia, más que limitar la ocurrencia de factores de riesgo, lo que está fuera del alcance de la persona porque

son eventos externos, es importante desarrollar y fortalecer los factores protectores, es decir, los recursos internos y externos de la gestante.

6. Incluir en el control prenatal, el diagnóstico de emociones negativas a fin de identificar de manera preventiva a las gestantes con mayor vulnerabilidad emocional, y poder realizar el tipo de intervención que amerite el caso.
7. Investigar la relación entre resiliencia y emociones negativas como ansiedad, estrés y depresión durante el embarazo en muestras de gestantes de otros niveles sociales y culturales, a fin de que los resultados incentiven a las instituciones de salud, comunitarias, religiosas, la promoción de la resiliencia.
8. Generar nuevas versiones de escalas de resiliencia que incluyan en su evaluación, los factores protectores familiar y social, como la aceptación y amor incondicional de las personas significativas (mamá, papá, profesores, amigos) y la existencia de fuentes de apoyo de entidades comunitarias, religiosas, etc. dado que las escalas actuales de resiliencia están enfocadas en la evaluación del factor protector personal.

6.3. Resumen. Términos clave

La gestación es una etapa en la que se despliegan cambios biológicos, psicológicos y sociales que tienen un efecto directo en la condición general de la mujer, y no está exenta de emociones negativas. Para algunas mujeres puede ser una de las mejores etapas de su existencia, para otras, una experiencia vivida con temor y vulnerabilidad. La resiliencia, entendida como una capacidad para salir adelante a pesar de vivencias complejas, puede ser desarrollada y convertirse en una fortaleza para la gestante, para su bienestar y el del ser que criará. El objetivo de esta investigación es aportar evidencia sobre la relación entre la resiliencia y las emociones referidas a ansiedad, estrés y depresión de gestantes. Se utilizó un diseño descriptivo y correlacional. La muestra fue

probabilística y estuvo conformada por 154 embarazadas de 18 a 40 años que acuden al Instituto Materno Perinatal de Lima a realizar sus controles y trabajo de parto. Los instrumentos utilizados fueron la escala de Resiliencia de Wagnild y Young y la escala Emociones de la madre del Cuestionario para evaluar a las familias según el Modelo McMaster de Funcionamiento Familiar. Como principal resultado, se encontró que existe relación negativa significativa entre la resiliencia y las emociones referidas a ansiedad, estrés y depresión de gestantes.

Términos clave: Resiliencia, emoción, ansiedad, estrés, depresión, gestante

6.4. Abstract. Key words

Pregnancy is a stage in which biological, psychological and social changes unfold that have a direct effect on the general condition of women, and it is not without negative emotions. For some women it may be one of the best stages of their existence, for others, an experience lived with fear and vulnerability. Resilience, understood as an ability to get ahead despite complex experiences, can be developed and become a strength for the pregnant woman, for her well-being and that of the child she will nurture. The objective of this research is to provide evidence on the relationship between resilience and emotions related to anxiety, stress and depression in pregnant women. A descriptive and correlational design was used. The sample was probabilistic and consisted of 154 pregnant women between the ages of 18 and 40 who attended the Lima Maternal Perinatal Institute to carry out their controls and labor. The instruments used were the Wagnild and Young Resilience Scale and the Emotions of the Mother Scale of the Questionnaire to evaluate families according to the McMaster Model of Family Functioning. As a main result, it was found that there is a significant negative relationship between resilience and emotions related to anxiety, stress and depression of pregnant women.

Key words: Resilience, emotion, anxiety, stress, depression, pregnant

Referencias

- Alva, I., Ruvalcaba N., Orozco, M. y Bravo, H. (2019). Resiliencia y competencias socioemocionales como factor preventivo de ansiedad en mujeres mexicanas. *Ansiedad y Estrés*, 25(2), 59-65. Recuperado de: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-190724>
- Amati, J. (1987). La Maternidad. En C. Zelaya, J. Mendoza y E. Soto (Eds.). *La Maternidad y sus vicisitudes hoy* (pp. 37-53). Lima, Perú: Siklos
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. Barcelona, España: Masson
- Baeza, J., Balaguer, G., Belchi, I., Coronas, M. y Guillamón, N. (2008). *Higiene y prevención de la ansiedad*. Madrid, España: Editorial Díaz de Santos.
- Beck, A. y Emery, G. (2014). *Trastornos de ansiedad y fobias. Una perspectiva cognitiva*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer Silva.
- Beck, A. y Clark, D. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer Silva.
- Becoña, E. (2006). Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11(1), 125-146. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/265873340_Resiliencia_Definicion_caracteristicas_y_utilidad_del_concepto
- Béjar, C. y Santiago, M. (2017). Influencia del estrés materno durante el embarazo en el desarrollo cognitivo del niño: una revisión. *Matronas Prof.*, 18(3), 115-122. Recuperado de: <https://www.federacion-matronas.org/revista/wp-content/uploads/2018/01/revbibliografica-estres-materno.pdf>

- Benvenuto, F. (2015). *Resiliencia en madres adolescentes institucionalizadas en dos programas de acogida* (tesis de pregrado). Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas, Lima, Perú.
Recuperado de: <http://docplayer.es/79101429-Resiliencia-en-madres-adolescentes-institucionalizadas-en-dos-programadas-de-acogida.html>
- Borda, M., Forero, C., Ahar, N., Hinestrosa, C., Polo, S., Staaden, M. y Valencia, M. (2013). Depresión y factores de riesgos asociados en embarazadas de 18 a 45 años asistentes al Hospital Niño Jesús en Barranquilla (Colombia). *Salud Uninorte*, 29(3), 394-405.
Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v29n3/v29n3a07.pdf>
- Brannon, L. y Feist, J. (2001). *Psicología de la salud*. Madrid: Thompson Learning
- Castilla, H., Coronel, J., Bonilla, A., Mendoza, M. y Barboza, M. (2016). Validez y confiabilidad de la Escala de Resiliencia en una muestra de estudiantes y adultos de la Ciudad de Lima. *Revista Peruana de Psicología y Trabajo Social*, 5(1), 121-136. Recuperado de: <http://revistas.uigv.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/146>
- Chóliz, M. (2005). *Psicología de la emoción: el proceso emocional*. Dpto de Psicología Básica Universidad de Valencia. Recuperado de: <https://www.uv.es/choliz/Proceso%20emocional.pdf>
- Correia, LL. y Linhares, M. (2007). Ansiedad maternal en el período prenatal y postnatal: Revisión de la literatura. *Rev Latino-am Enfermagem*, 15(4). Recuperado de: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n4/es_v15n4a24.pdf
- Cyrułnik, B. (2010). *Los patitos feos. La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida*. Barcelona, España: Gedisa.
- Díaz, M., Amato, R., Chávez, J., Ramírez, M., Rangel, S. y Rivera, L. (2013). Depresión y Ansiedad en Embarazadas. *Salus*, 17(2), 25-30. Recuperado de:

- <https://www.redalyc.org/pdf/3759/375933973006.pdf>
- Di Bártolo, I. (2017). *El apego: cómo nuestros vínculos nos hacen quienes somos*. Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.
- Duque, L. (2012). *Proyecto Caminos para la resiliencia*. Universidad de Antioquia, Colombia.
- Elices, M. (2015). Emoción y Cognición. En A. Vásquez Echeverría (Ed.) *Manual de Introducción a la Psicología Cognitiva* (pp. 223-248). Montevideo: UdelaR.
- Epstein, N., Baldwin, L y Bishop, D. (1983). The McMaster Family Assessment Device. *Journal of Marital and Family Therapy*, 9(2), 171–180. Recuperado de: https://www.ntnu.no/c/document_library/get_file?uuid=cd377890-a31d-4692-a9b8-47c563844862&groupId=10293
- Fergus, S. y Zimmerman, M. (2005). Adolescent resilience: A Framework for Understanding Healthy Development in the Face of Risk. *Annual Review of Public Health*, 26, 399-419. Recuperado de: <https://www.annualreviews.org/doi/full/10.1146/annurev.publhealth.26.021304.144357>
- Fernandes, L., Teva, I. y Bermúdez, M. (2015). Resiliencia en adultos: una revisión teórica. *Terapia Psicológica*, 33(3), 257-276. Recuperado de: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v33n3/art09.pdf>
- Fínez, M. y García, A. (2012). Relación entre la resiliencia personal y las estrategias de afrontamiento en estudiantes. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 4(1), 111-116. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/3498/349832337012.pdf>
- Fontana, D. (1995). *Control del estrés*. México: Editorial Manual Moderno

- Fredrickson, B. (1998). ¿De qué sirven las emociones positivas? *Rev Gen Psychol.* 2(3), 300-319.
Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3156001/>
- Fredrickson, B. y Branigan, C. (2000). Positive emotions. En T. Mayne y G. Bonanno (Eds.). *Emotions: current issues and future directions* (pp. 123-151). Nueva York: Guilford Press
- Fredrickson, B., Mancuso, R., Branigan, C. y Tugade, M. (2000). The Undoing Effect of Positive Emotions. *Motiv Emot*, 24(4): 237–258. Recuperado de:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3128334/>
- García, E., García, B., Jiménez, M., Díaz, M., Domínguez, M. y Sánchez, F. (2010). *Psicología de la emoción*. Madrid, España: Editorial Universitaria.
- García, M., Caparrós, R., Romero, B., González, R. y Peralta, I. (2019). Resilience as a protective factor in pregnancy and puerperium: Its relationship with the psychological state, and with hair cortisol concentrations. *Midwifery*, 75, 138-145. Recuperado de:
[https://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138\(19\)30108-1/pdf](https://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138(19)30108-1/pdf)
- García, M. y Domínguez, E. (2013). Desarrollo teórico de la Resiliencia y su aplicación en situaciones adversas: Una revisión analítica. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 11(1), 63-77. Recuperado de:
<http://www.redalyc.org/pdf/773/77325885001.pdf>
- García, M. y Sanz, J. (2016). *Tratamiento de los trastornos depresivos y de ansiedad en niños y adolescentes*. Madrid: Ediciones Pirámide
- Gloria, C. y Steinhardt, M. (2014). Relaciones entre emociones positivas, afrontamiento, resiliencia y salud mental. *Stress and Health*, 32(2), 145-156. Recuperado de:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24962138/>

- Gómez, M. (2019). *Estandarización de la Escala de Resiliencia de Wagnild & Young en universitarios de Lima metropolitana* (tesis de pregrado). Universidad Ricardo Palma, Lima, Perú.
- González, C. (2 de octubre de 2017). El concepto de "depresión perinatal" toma fuerza para enfrentar la salud mental de la Mujer. *El Mercurio*. Recuperado de:
<https://search.proquest.com/docview/1964180448?accountid=45097>
- Greco, C. (2010). Las emociones positivas: su importancia en el marco de la promoción de la salud mental en la infancia. *Liberabit*, 16(1), 81-94. Recuperado de:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272010000100009
- Greco, C., Morelato, G. e Ison, M. (2007). Emociones Positivas: Una herramienta psicológica para promocionar el proceso de resiliencia infantil. *Psicodebate*, 7, 81-94. Recuperado de:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5645315>
- Grotberg, E. (2003). *La resiliencia en el mundo de hoy. Cómo superar las adversidades*. Barcelona, España: Gedisa.
- Grotberg, E. (2008). Nueva tendencias en Resiliencia. En A. Melillo y N. Suárez (Eds.). *Resiliencia, descubriendo las propias fortalezas* (pp. 19-30). Buenos Aires, Argentina: Paidós
- Gutman, L. (2008). Risk and Resilience. En J. Benson y M. Haith (Eds.). *Social and Emotional Development in Infancy and Early Childhood*. Recuperado de:
<https://books.google.com.pe/books?id=VUvdHreepDYC&pg=PA333&lpg=PA333&dq=gutman+risk+resilience&source=bl&ots=OzAcMwzl6&sig=ACfU3U29t0YH0exdMmrztuvlJAZpH1IeqQ&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwiL28fZgI7kAhWyrFkKHYSzCdQQ6AEwAnoECAkQAQ#v=onepage&q=gutman%20risk%20resilience&f=false>

- Hernández, S., Fernández, C. y Baptista, L. (2014). *Metodología de la investigación* (6ª ed.). México, D.F: McGraw-Hill Education.
- Hiew, C., Mori, T., Shimizu, M. y Tominaga, M. (2000). Measurement of Resilience Development: Preliminary Results with a State-Trait Resilience Inventory. *Hiroshima Graduate School of Education Department, 1*, 111-118. Recuperado de:
https://www.researchgate.net/publication/276268651_Measurement_of_Resilience_Development_Preliminary_Results_with_a_State-Trait_Resilience_Inventory
- Hjemdal, O., Vogel, P., Solem, S., Hagen, K. y Stiles, T. (2011). The relationship between resilience and levels of anxiety, depression, and obsessive-compulsive symptoms in adolescents. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 18*(4), 314-321. Recuperado de:
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/cpp.719>
- Hockenbury, D. y Hockenbury, S. (2007). *Discovering Psychology*. Nueva York: Worth Publishers.
- Infante, F. (2008). La resiliencia como proceso: una revisión de la literatura reciente. En A. Melillo y N. Suárez (Eds.). *Resiliencia, descubriendo las propias fortalezas* (pp. 31-53). Buenos Aires, Argentina: Paidós
- Instituto Nacional Materno Perinatal. (2018). *Boletín Estadístico*. Recuperado de:
<https://www.inmp.gob.pe/institucional/boletines-estadisticos/1422371837>
- Jadresic, E. (2010). Depresión en el embarazo y el puerperio. *Revista Chilena Neuro Psiquiatría, 48*(4): 269-278. Recuperado de:
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272010000500003
- Kaneshiro, N. (2017). *Edad gestacional*. [Mensaje en un blog]. Recuperado de:
<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002367.htm>

- Kotliarenco, M., Cáceres, I. y Fontecilla, M. (1997). *Estado del arte en resiliencia*. Washington, D.C., Estados Unidos: Oficina Panamericana de la Salud.
- Lam, N., Contreras, H., Cuesta, F., Mori, E., Cordori, J. y Carrillo, N. (2008). Resiliencia y apoyo social frente a trastornos depresivos en gestantes sometidas a violencia de género. *Revista Peruana de Epidemiología*, 12(3), 1-8. Recuperado de:
<https://www.redalyc.org/pdf/2031/203120335005.pdf>
- Limonero, J., Tomás, J., Fernández, J., Gómez, M. y Ardilla, A. (2012). Estrategias de afrontamiento resilientes y regulación emocional: Predictores de satisfacción con la vida. *Psicología Conductual: Revista Internacional Clínica y de la Salud*, 20(1), 183-196. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3924266>
- López, D. (2005). *Estrés, epidemia del siglo XXI: cómo entenderlo, entenderse y vencerlo*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Lumen.
- Marín, C. (19 de mayo de 2016). Cuando mamá tiene depresión: Una conferencia internacional alerta sobre la deficiente atención a la salud mental de las mujeres. *El Mundo*. Recuperado de: <https://search.proquest.com/docview/1789685001?accountid=45097>
- Masten, A. y Cicchetti, D. (2012). Risk and resilience in developmental psychopathology: the legacy of Norman Garmezy. *Development and Psychopathology*, 24, 333-334. Recuperado de: <https://www.semanticscholar.org/paper/Risk-and-resilience-in-development-and-the-legacy-Masten-Cicchetti/c5684286214d1e746d9c0f531f4acdb01e1810f0>
- Masten, A. y Gewirtz, H. (2013). Resilience in development: The importance of early childhood. *Encyclopedia on early childhood development*. Recuperado de: <https://scholar.google.com.pe/scholar?q=Resilience+in+development:+The+importance+>

of+early+childhood.+Encyclopedia+on+early+childhood+development.&hl=es&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholar

Melillo, A., Estamatti, M. y Cuestas, A. (2008). Algunos fundamentos psicológicos del concepto de resiliencia. En A. Melillo y N. Suárez (Eds.). *Resiliencia, descubriendo las propias fortalezas* (pp. 83-102). Buenos Aires, Argentina: Paidós

Merino, I. (2014). *¿Influyen las emociones en la orientación vocacional?* Universidad San Francisco de Quito. Recuperado de:
https://www.usfq.edu.ec/publicaciones/para_el_aula/Documents/para_el_aula_10/pea_010_0010.pdf

Ministerio de sanidad y consumo (2008). *Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria*. Madrid, España: Agencia Laín Entralgo.

Momeñe, J. y Estévez, A., (2018). Los estilos de crianza parentales como predictores del apego adulto, de la dependencia emocional y del abuso psicológico en las relaciones de pareja adultas. *Behavioral Psychology*, 26(2), 359-377. Recuperado de:
<https://psycnet.apa.org/record/2018-45557-008>

Moneta, M. (2009). *El Apego. Aspectos Clínicos y psicobiológicos de la diada madre-hijo*. Santiago de Chile, Chile: Editorial Cuatro Vientos.

Morris, C. y Maisto, A. (2009). *Psicología*. México: Pearson Educación.

Omar, A., Almeida, S., Paris, L., Aguiar, M. y Del Pino, R. (2010). Resiliencia y afrontamiento del estrés en adolescentes: Efectos mediadores de los valores culturales. *Psicología en Revista*, 16, 448-468. Recuperado de:<https://www.researchgate.net/publication/273003196>

- Omar, A., Paris, L., Uribe, H., Almeida, S. y Aguiar, M. (2011). Un modelo explicativo de resiliencia en jóvenes y adolescentes. *Psicología em Estudo*, 16(2), 269-277.
- Oros, L. (2009). El valor adaptativo de las emociones positivas. Una mirada al funcionamiento psicológico de los niños pobres. *Revista Interamericana de Psicología*, 43(2), 229-237.
- Ortiz, R. y Castillo, A. (2016). Relación entre estrés durante el embarazo y nacimiento pretérmino espontáneo. *Rev colomb psiquiat.*, 45(2), 75–83.
- Peral, C. (2017). ¿Podemos prevenir el trauma? Reflexiones acerca del uso del arteterapia como vía para la prevención del trauma y el desarrollo de la resiliencia. *Papeles de arteterapia y educación para inclusión social*, 12, 277-292. Recuperado de:
[https://www.ucm.es/data/cont/media/www/pag-112877/57577-116329-2-PB%20\(1\).pdf](https://www.ucm.es/data/cont/media/www/pag-112877/57577-116329-2-PB%20(1).pdf)
- Perdomo, A. (2014). *Relaciones entre resiliencia, apoyo social, estrés, ansiedad y depresión sobre la calidad de vida de cuidadores informales de personas con alzheimer* (tesis de pregrado). Universidad Santo Tomás, Bogotá, Colombia. Recuperado de:
<https://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/3686/Perdomoangelica2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Pines, D. (1994). La importancia de la evolución psíquica temprana para el embarazo y el aborto. En M. Lemlij (Ed.), *Mujeres por mujeres* (pp. 18-30). Lima, Perú: Biblioteca peruana de psicoanálisis y Fondo Editorial Silea.
- Pinto, C. (2014). Resiliencia psicológica: una aproximación hacia su conceptualización, enfoques teóricos y relación con el abuso sexual infantil. *Suma psicológica*, 11(2), 19-33. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4953998>
- Pinto, A. y Emery, G. (2014). *Trastornos de ansiedad y fobias. Una perspectiva cognitiva*. Bilbao, España: Editorial Desclée de Brouwer

- Pinto, M., Aguilar, O. y Gómez, J. (2010). Estrés psicológico materno como posible factor de riesgo prenatal para el desarrollo de dificultades cognoscitivas: caracterización neuropsicológica de una muestra colombiana. *Universitas Psychologica*, 9(3), 749-759. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v9n3/v9n3a12.pdf>
- Piqueras, J., Ramos, V., Martínez, A. y Oblitas L. (2009). Emociones negativas y su impacto en la salud mental. *Suma psicológica*, 16(2), 85-112. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/1342/134213131007.pdf>
- Platas, L. (26 de mayo del 2010). Papá, te necesitamos. *El Sol*. Recuperado de: <https://search.proquest.com/docview/310483686?accountid=45097>
- Prieto, F., Portellano, J. y Martínez, J. (2019). Ansiedad materna prenatal, desarrollo psicológico infantil y reactividad del eje HPA en bebés de 2 a 3 meses de edad. *Clínica y Salud*, 30(1), 21-31. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v30n1/1130-5274-clinsa-30-1-0021.pdf>
- Ramírez, P. y Hernández, E. (2012). Resiliencia familiar, depresión y ansiedad en adolescentes en situación de pobreza. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*, 20(2), 63-70. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/1342/134213131007.pdf>
- Raphael-Leff, J. (1988). El lugar de las cosas salvajes. En Moisés Lemlij (Ed.), *Mujeres por mujeres* (pp. 31-44). Lima, Perú: Biblioteca peruana de psicoanálisis y Fondo Editorial Silea.
- Restrepo, C., Vinaccia, S., Quiceno y M. (2011). Resiliencia y depresión: un estudio exploratorio desde la calidad de vida en la adolescencia. *Suma Psicológica*, 8(2), 41-48. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/sumps/v18n2/v18n2a04.pdf>

- Rodríguez, P. y Flores, R. (2018). Relación entre apoyo social, estrés, ansiedad y depresión durante el embarazo en una población mexicana. *Ansiedad y Estrés*, 24, 67-72. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6847236>
- Rojo, J. (2011). *Comprender la ansiedad, las fobias y el estrés*. Madrid, España: Editorial Pirámide.
- Rolf, J., Masten, A. y Cicchetti, D. (1990). *Risk and protective factors in the development of psychopathology*. New York Cambridge University Press. Recuperado de: <https://experts.umn.edu/en/publications/risk-and-protective-factors-in-the-development-of-psychopathology-2>
- Ruiz, P., Zayas, A., Morales, L., Gil, P. y Gil, R. (2019). Resiliencia como predictora de depresión en mujeres con cáncer de mama. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 4(1), 75-84. Recuperado de: <http://www.infad.eu/RevistaINFAD/OJS/index.php/IJODAEP/article/view/1511>
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57(3), 316-331. Recuperado de: [https://scholar.google.com.pe/scholar?q=Rutter,+M.+\(1987\).+Psychosocial+resilience+and+protective+mechanisms.+American+Journal+of+Orthopsychiatry&hl=es&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholart](https://scholar.google.com.pe/scholar?q=Rutter,+M.+(1987).+Psychosocial+resilience+and+protective+mechanisms.+American+Journal+of+Orthopsychiatry&hl=es&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholart)
- Ruvalcaba, N., Gallegos, J., Flores, A. y Fulquez, S. (2013). Las competencias socioemocionales como factor protector ante la sintomatología de ansiedad y depresión en adolescentes. *Psicogente*, 16(29), 55-64. Recuperado de: [http://publicaciones.unisimonbolivar.edu.co/rdigital/ojs/index.php/psicogente/article/view/302;](http://publicaciones.unisimonbolivar.edu.co/rdigital/ojs/index.php/psicogente/article/view/302)

- Salgado, A. (2005a). Métodos e instrumentos para medir la resiliencia: una alternativa peruana. *Liberabit*, 11(1), 41-48. Recuperado de:
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272005000100006
- Salgado, A. (2005b). La Ciencia y su respuesta frente a la adversidad: Estudios desde la perspectiva de la Resiliencia. *Revista Cultura de la Universidad de San Martín de Porres*, 23(19), 393-417. Recuperado de: http://www.revistacultura.com.pe/revistas/RCU_19_1_la-ciencia-y-su-respuesta-frente-a-la-adversidad-estudios-desde-la-perspectiva-de-la-resiliencia.pdf
- Salgado, A. (2012a). *Efectos del bienestar espiritual sobre la resiliencia en estudiantes universitarios de Argentina, Bolivia, Perú y República Dominicana* (tesis de doctorado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú. Recuperado de:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/3293/Salgado_la.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Salgado, A. (2012b). Medición de la Resiliencia en adolescentes y adultos. *Revista Temática Psicológica*, 8. Recuperado de:
<http://revistas.unife.edu.pe/index.php/tematicapsicologica/article/view/847>
- Sánchez, H., Reyes, C. (2015). *Metodología y diseños de la investigación científica*. Lima, Perú: Visión Universitaria.
- Santa Cruz, K. y Soriano, M. (2017). Apoyo social y resiliencia en adolescentes embarazadas del Centro de Salud Huambocancha baja (tesis de postgrado). Cajamarca, Perú. Recuperado:
<http://repositorio.upagu.edu.pe/bitstream/handle/UPAGU/602/TESIS%20SANTA%20CRUZ%20-%20SORIANO.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Serrano, R. (2016). Un 10% de las gestantes presenta riesgo de depresión en el embarazo. *Unidad Editorial Revista*. Recuperado de:

- <https://search.proquest.com/docview/1850021820?accountid=45097>
- Sierra, J., Ortega, V. y Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista malestar e subjetividade*, 3(1), 10-59. Recuperado de:
<https://www.redalyc.org/pdf/271/27130102.pdf>
- Silva, M., Leite, E., Nogueira, D. y Clapis, M. (2016). Depression in pregnancy. Prevalence and associated factors. *Invest. Educ. Enferm.*, 34(2), 342-350. Recuperado de:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072016000200014
- Simón, M., Fuentes, R., Garrido, M., Serrano, E., Larrañaga, E. y Yubero, S. (2018). Influence of resilience on health-related quality of life in adolescents. *Enfermería Clínica*, (28)5, 283-291. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6553139>
- Suárez, M. (2010). La importancia del análisis de los acontecimientos vitales estresantes en la práctica clínica. *Rev Med La Paz*, 16(2), 58-62. Recuperado de:
http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582010000200010
- Thorndike, R. y Hagen, E. (1989). *Medición y evaluación en psicología y educación*. México, México: Trillas.
- Tsai, S. (2018). *Una de cada cuatro mujeres sufre trastornos de salud mental en el embarazo*. Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal. Recuperado de:
<https://saludmentalperinatal.es/2018/01/31/una-cuatro-mujeres-sufre-trastornos-salud-mental-embarazo/>
- Ugarriza, N. y Ecurra, M. (2018). *Resiliencia, funcionamiento familiar, inteligencia socioemocional en mujeres maltratadas por su pareja y que asisten a un Centro de Emergencia Mujer de Surco*. Vicerrectorado de Investigación. URP. Recuperado de:
<http://repositorio.urp.edu.pe/xmlui/handle/URP/2209>

- Ugarriza, N., Gavidia-Payne, S. y Pajares, L. (2017a). *Funcionamiento familiar, ajuste socioemocional y escolar como factores predictores de la resiliencia en niños que proceden de un contexto de pobreza urbana*. Vicerrectorado de Investigación URP. Recuperado de: <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/1565>
- Ugarriza, N., Gavidia-Payne, S. y Pajares, L. (2017b). *Predictores de la resiliencia en niños de Perú y Australia. Un Estudio Transcultural*. Vicerrectorado de Investigación. URP. Recuperado de: <http://v-beta.urp.edu.pe/pdf/id/9507/n/23.-ugarriza-nelly-2017.-predictores-de-la-resiliencia-en-ninos-de-peru-y-australia.pdf>
- Ungar, M. (2011). The social ecology of resilience. Addressing contextual and cultural ambiguity of a nascent construct. *American Journal of Orthopsychiatry*, 81, 1-17. Recuperado de: <https://socialsciences.viu.ca/sites/default/files/social-ecology-of-resilience.pdf>
- Ureta, M. (2001). La Maternidad afectos que convoca. En C. Zelaya, J. Mendoza y E. Soto (Eds.). *La Maternidad y sus vicisitudes hoy* (pp. 55-63). Lima, Perú: Siklos
- Vanistendael, S. (2005). *La Resiliencia: Desde una inspiración hacia cambios prácticos*. En 2º Congreso internacional de los Trastornos del Comportamiento en niños y adolescentes. Madrid. Recuperado de: <http://www.obelen.es/upload/262D.pdf>
- Vecina, M. (2006). Emociones positivas. *Papeles del Psicólogo*, 27(1), 9-17. Recuperado de: <http://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=1280>
- Vitela, N. (31 de marzo de 2019). Pesa 'depre' en embarazo. *CE Noticias Financieras*. Recuperado de: <https://search.proquest.com/docview/2200588394?accountid=45097>
- Wagnild, G. y Young, H. (1993). *Escala de Resiliencia (ER)*. Recuperado de: <http://es.scribd.com/doc/39013071/Escala-de-Resiliencia-de-Wagnild-y-Young>
- Welldon, E. (2006). ¿Por qué se desea tener un hijo? En C. Zelaya, J. Mendoza y E. Soto (Eds.). *La Maternidad y sus vicisitudes hoy* (pp. 99-111). Lima, Perú: Siklos

Wingo, A., Wrenn, G., Pelletier, T., Gutman, A., Bradley, B. y Ressler, K. (2010). Moderating effects of resilience on depression in individuals with a history of childhood abuse or trauma exposure. *Journal of affective disorders*, 126(3), 411-414. Recuperado de:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3606050/>

Zayas, A., Gil, P., Guerrero, C. y Gil, R. (2017). Resiliencia y ansiedad en madres de menores que padecen diabetes tipo 1. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 3(1), 131-140. Recuperado de:

<http://www.redalyc.org/pdf/3498/349853365014.pdf>

Anexos

Consentimiento informado

Estimada señora/señorita:

Soy María del Rosario Torres Méndez, con DNI 07936661, estudiante de la carrera de Psicología de la Universidad Ricardo Palma y me encuentro realizando una investigación sobre cómo se sienten las gestantes que acuden al Instituto Materno Perinatal Lima durante su proceso de gestación, en relación a las emociones que experimentan y las actitudes que toman frente dichas emociones

La posibilidad de realizar esta investigación ha sido previamente coordinada con las autoridades de la institución. En tal sentido, solicito contar con su colaboración para llenar dos encuestas, lo cual le tomará 30 minutos aproximadamente. Se garantiza la idoneidad, pertinencia y privacidad de la información recabada.

Autorización

He recibido la información respecto a esta investigación y acepto voluntariamente participar en ella.

Firma de la participante _____

Fecha _____

(Día/mes/año)

Datos Sociodemográficos

1. Distrito donde vive: _____ Lugar de nacimiento: _____ Edad: _____
2. Nivel más alto de educación alcanzado: _____ Primaria _____ Secundaria _____ Instituto técnico
 _____ Universitarios _____ Postgrado Otro _____
3. Situación laboral: _____ Tiempo completo _____ Tiempo parcial _____ Desempleado _____ Ama de casa
4. Estado civil: _____ Casada _____ Conviviente _____ Viuda _____ Divorciada _____ Soltera

Escala de Resiliencia

Por favor, frente a cada oración, elija solo una alternativa de respuesta, marcando una X.
 No existen respuestas correctas ni incorrectas, éstas tan solo nos permitirán conocer su opinión personal sobre sí misma.

		Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1	Cuando planeo algo lo realizo					
2	Generalmente busco la manera de salir de los problemas					
3	Soy capaz de hacer las cosas por mí misma sin depender de los demás					
4	Mantengo el interés en aquellas cosas importantes para mí					
5	Me siento bien, si tengo que estar sola					
6	Me siento orgullosa de las cosas que he logrado en mi vida					
7	Soy amiga de mi misma					
8	Siento que puedo manejar varias cosas al mismo tiempo					
9	Tengo capacidad de tomar decisiones cuando es necesario					
10	Tomo las cosas una por una					
11	Las experiencias difíciles del pasado me ayudan a enfrentar las dificultades que se me presentan					
12	Tengo auto disciplina					
13	Me mantengo interesado(a) en las cosas					
14	Por lo general encuentro algo de que reírme					
15	El creer en mí misma me permite atravesar tiempos difíciles.					
16	En una emergencia soy alguien en quien las personas pueden confiar					
17	Usualmente puedo ver una situación de varias maneras					
18	Mi vida tiene sentido					
19	Cuando estoy en una situación difícil generalmente encuentro una salida					
20	Generalmente tengo energía para hacer aquello que tengo que hacer					

Escala de Emociones de la madre

Por favor, frente a cada oración, elija solo una alternativa de respuesta, marcando una X el número 0, 1, 2, o 3 el cual indica cuánto dicha información se aplicó a usted durante la última semana. No existen respuestas correctas ni incorrectas.

		0	1	2	3
		No se aplicó	Se aplicó parte del tiempo	Se aplicó buena parte del tiempo	Se aplicó la mayor parte del tiempo
1	Me resultó difícil relajarme				
2	Noté sequedad en mi boca				
3	No pude experimentar del todo un pensamiento positivo				
4	Experimenté dificultades al respirar (respiración excesivamente rápida, falta de aliento aún sin esfuerzo físico)				
5	Me resultó difícil tener la iniciativa para hacer cosas				
6	Tuve la tendencia a reaccionar exageradamente a ciertas situaciones				
7	Experimenté temblores (p.ej. de las manos)				
8	Sentí que estaba usando mucha carga nerviosa				
9	Me preocupé por situaciones en las cuales podría asustarme y hacer el papel de tonta				
10	Sentí que no tenía ninguna aspiración o esperanza en el futuro				
11	Sentí que me agitaba				
12	Me resultó difícil relajarme				
13	Me sentí acongojado y abatido				
14	Me sentí intolerante de todo aquello que impidiese continuar lo que estaba haciendo				
15	Sentí que estaba al borde del pánico				
16	No lograba entusiasmarme con nada				
17	Sentí que no valía mucho como persona				
18	Sentí que estaba muy susceptible				
19	Estuve atento al funcionamiento de mi corazón, aún sin tener esfuerzos físicos (p.ej. sensación de palpitaciones rápidas o latidos fallados)				
20	Me sentí asustada sin una razón				
21	Sentí que la vida no tenía sentido				

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN