



Universidad Nacional  
**Federico Villarreal**

Vicerrectorado de  
**INVESTIGACIÓN**

## **Facultad de Psicología**

# **ANSIEDAD Y ACTITUDES MATERNAS EN MADRES DE NIÑOS CON NECESIDADES ESPECIALES DE UN HOSPITAL- CALLAO**

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

### **AUTORA**

Mena Valdivia, Karol Brenda

### **ASESORA**

Mayorga Falcón, Luz Elizabeth

### **JURADO**

Anicama Gómez, José

Ardiles Bellido, José

Flores Vásquez, Elizabeth

**Lima – Perú**

**2019**

## **Pensamiento**

“Cada ser humano es único, con sus propias cualidades, instintos y formas de placer. Pero la sociedad termina imponiendo una manera colectiva de actuar”.

Paulo Coelho

## **Dedicatoria**

Dedico esta investigación a mis  
padres, profesores y todos  
aquellos que me apoyaron en su  
realización.

## **Agradecimientos**

Agradezco a mis padres, por el cariño y apoyo moral e incondicional que siempre he recibido de ellos y con el cual he logrado emprender esta carrera profesional, que es para mí la mejor de las herencias. Así también, agradezco el apoyo académico de mi universidad, profesores, asesora y compañeros que me alentaron a la realización de esta investigación.

# **Ansiedad y actitudes maternas en madres de niños con necesidades especiales de un Hospital-Callao**

Karol Brenda Mena Valdivia  
Universidad Nacional Federico Villarreal

## **Resumen**

La presente investigación tiene un alcance cuantitativo cuyo diseño es no experimental de corte transversal: descriptiva-comparativo-correlacional, la cual tiene como objetivo determinar la relación entre la ansiedad y las actitudes maternas: aceptación, rechazo, sobreindulgencia y sobreprotección en 110 madres de niños con necesidades especiales del área de Medicina Física y Rehabilitación de un Hospital Estatal de la Provincia Constitucional del Callao. Se aplicó la Escala de Autoevaluación de Ansiedad de Zung, adaptada por Hernández-Pozo, Macías, Calleja, Cerezo y Del Valle (2008) y la Escala de Actitudes Maternas de Roth adaptada por Estrella (1986). Los resultados revelan que existe una relación significativa ( $p < 0.05$ ) entre la escala de ansiedad con la sub-escala aceptación de actitudes maternas. Asimismo, existe una relación altamente significativa ( $p < 0.01$ ) entre ansiedad y las actitudes maternas de sobreindulgencia, sobreprotección y rechazo. Se concluye que, a mayor nivel de ansiedad en las madres, éstas tienden a disminuir su actitud de aceptación hacia sus hijos e incrementan sus actitudes de sobreindulgencia, sobreprotección y rechazo.

*Palabras clave:* Ansiedad, actitudes maternas, niños, necesidades especiales

**Anxiety and maternal attitudes in mothers of children with special needs of a  
Hospital-Callao**

Karol Brenda Mena Valdivia  
National University Federico Villarreal

**Abstract**

The present investigation has a quantitative scope whose design is non-experimental of cross-section: descriptive-comparative-correlational, which aims to determine the relationship between anxiety and maternal attitudes: acceptance, rejection, overindulgence and overprotection in 110 mothers of children with special needs in the area of Physical Medicine and Rehabilitation of a State Hospital of the Constitutional Province of Callao. The Zung Anxiety Self-Assessment Scale was applied, adapted by Hernández-Pozo, Macias, Calleja, Cerezo and Del Valle (2008) and the Roth Maternal Attitude Scale adapted by Estrella (1986). The results reveal that there is a significant relationship ( $p < 0.05$ ) between the anxiety scale with the sub-scale acceptance of maternal attitudes. Likewise, there is a highly significant relationship ( $p < 0.01$ ) between anxiety and maternal attitudes of overindulgence, overprotection and rejection. It is concluded that, at a higher level of anxiety in mothers, they tend to decrease their attitude of acceptance towards their children and increase their attitudes of overindulgence, overprotection and rejection.

*Keywords:* Anxiety, maternal attitudes, children, special needs

## Índice

• Portada	i
• Pensamiento	ii
• Dedicatoria	iii
• Agradecimientos	iv
• Resumen	v
• Abstract	vi
• Índice	vii
• Lista de tablas	x
• Lista de figuras	xi
Capítulo I: Introducción	12
1.1 Descripción y formulación del problema	13
1.2 Antecedentes	15
1.3 Objetivos	19
1.4 Justificación	19
1.5 Hipótesis	20
Capítulo II: Marco teórico	22
2.1 Bases teóricas sobre el tema de investigación	22
2.1.1 Ansiedad	22
2.1.1.1 Definición de la ansiedad	22
2.1.1.2 Ansiedad normal y ansiedad patológica	22
2.1.1.3 Definición de los trastornos de ansiedad	23
2.1.1.4 Síntomas y funciones	23
2.1.1.4.1 Síntomas cognitivos	24
2.1.1.4.2 Síntomas afectivos	25
2.1.1.4.3 Síntomas conductuales	25
2.1.1.4.4 Síntomas fisiológicos	26
2.1.1.5 Ansiedad en madres	27
2.1.2 Actitudes maternas	28

2.1.2.1	Definición de las actitudes maternas	29
2.1.2.2	Clasificación de las actitudes maternas	29
2.1.2.2.1	Actitud de aceptación	29
2.1.2.2.2	Actitud de sobreprotección	30
2.1.2.2.3	Actitud de sobreindulgencia	30
2.1.2.2.4	Actitud de rechazo	30
2.1.2.3	Actitud de la madre hacia el niño con necesidades especiales	31
2.1.3	Necesidades educativas especiales	31
2.1.3.1	Definición de las necesidades educativas especiales	31
2.1.3.2	Características de las necesidades educativas especiales	32
2.1.3.3	Clasificación de las necesidades educativas especiales	33
2.1.3.3.1	Determinación de las necesidades educativas especiales asociadas con discapacidad	33
2.1.3.3.1.1	Discapacidad auditiva	33
2.1.3.3.1.2	Discapacidad intelectual	33
2.1.3.3.1.3	Discapacidad motora	34
2.1.3.3.1.4	Discapacidad visual	34
2.1.3.3.2	Determinación de las necesidades educativas especiales no asociadas con discapacidad	35
2.1.3.3.2.1	Dificultad de aprendizaje	35
2.1.3.3.2.2	Alteración en la competencia comunicativa	36
2.1.3.3.2.3	Trastorno de déficit de atención e hiperactividad TDAH	37
2.1.3.3.2.4	Capacidades sobresalientes	37
Capítulo III: Método		38
3.1	Tipo de investigación	38
3.2	Ámbito temporal y espacial	38
3.3	Variables	38
3.4	Población y muestra	41
3.5	Instrumentos	42
3.6	Procedimientos	45
3.7	Análisis de datos	46



Capítulo IV: Resultados	47
Capítulo V: Discusión de resultados	61
Conclusiones	64
Recomendaciones	65
Referencias	66
Anexos	

## Lista de tablas

Número	Página
1. Síntomas cognitivos en los trastornos de ansiedad	24
2. Síntomas afectivos en los trastornos de ansiedad	25
3. Síntomas conductuales en los trastornos de ansiedad	26
4. Síntomas fisiológicos en los trastornos de ansiedad	26
5. Explicaciones acerca de las causas de las dificultades de aprendizaje	35
6. Operacionalización de variables	40
7. Distribución de la muestra	41
8. Categorías de la Escala de Ansiedad de Zung	43
9. Categorías de las cuatro sub-escalas de Actitudes Maternas	44
10. Estadísticos descriptivos para la escala de Ansiedad	48
11. Estadísticos descriptivos para las cuatro sub-escalas de Actitudes Maternas	50
12. Frecuencias y porcentajes de los niveles de las cuatro sub-escalas de Actitudes Maternas	51
13. Prueba de bondad de ajuste a la curva normal para la escala de Ansiedad	52
14. Prueba de bondad de ajuste a la curva normal para las cuatro sub-escalas de Actitudes Maternas	53
15. Comparación de medias de la escala de Ansiedad en las madres según género del niño mediante la prueba t- student	53
16. Comparación de medias de la escala de Ansiedad en las madres según la edad del niño mediante la prueba t- student	54
17. Comparación de medias de la escala de Ansiedad en las madres según el diagnóstico del niño mediante la prueba de F de ANOVA	55
18. Comparación de medias de las cuatro sub-escalas de actitudes maternas según el género del niño, mediante la prueba U de Mann- Whitney	56
19. Comparación de medias de las cuatro sub-escalas de actitudes maternas según la edad del niño, mediante la prueba U de Mann- Whitney	57
20. Comparación de medias de las cuatro sub-escalas de actitudes maternas según diagnóstico del niño, mediante la prueba Kruskal Wallis	58
21. Coeficiente de correlación entre la escala de Ansiedad y las cuatro sub-escalas de actitudes maternas	60

## Lista de figuras

Número	Página
1. Distribución en porcentajes de los niños con necesidades especiales según el género	47
2. Frecuencia de los niveles de la escala de Ansiedad	49

# Capítulo I

## Introducción

En la actualidad, se estima que existe alrededor de 500 millones de personas con discapacidad, lo cual equivale a una 10% de la población mundial (Barboza, 2014). Se entiende por discapacidad a aquel término genérico que incluye déficit, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Asimismo, indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo con una condición de salud, sus factores contextuales, ambientales y personales (Comunidad de Madrid, 2004).

En el ámbito familiar, la presencia de un miembro con discapacidad conlleva a un cambio inesperado que se acompaña de múltiples emociones y pensamientos que pueden generar inestabilidad y desorientación. Los miembros de la familia tienen que comprender, adaptarse y aprender a llevar dicha situación, tanto para apoyar al menor en sus necesidades especiales como para potencializar al máximo sus capacidades. De este modo, lo más adecuado sería facilitarles los medios para que puedan llegar a autovalerse por sí mismos, teniendo en cuenta que su desarrollo en las primeras etapas de vida, dependerá mayormente del entorno en el que se desenvuelva, en este caso su familia y específicamente la madre. Dicho proceso de acomodación y adaptación genera en las madres niveles altos de ansiedad, lo cual repercutirá en su estado socio-emocional y como consecuencia influir en el desarrollo del niño, formando una actitud materna inadecuada, pudiendo asumir una actitud materna negativa como la sobreprotección por temor a que sufran algún daño que agrave su condición, desarrollar una actitud de rechazo y no aceptación de la condición del niño o en otros casos desarrollar una tendencia a la permisividad, evitando poner normas y límites al niño.

Es por ello que la presente investigación abarca los siguientes puntos: descripción y formulación del problema de investigación, explicación de los antecedentes nacionales e internacionales que se recopilaron como referencia, así como el marco teórico que la sustenta. Además, los objetivos, las hipótesis, la justificación e importancia. También, se

puntualiza el método a seguir: tipo de investigación, ámbito temporal y espacial, las variables de estudio, la población y muestra, los instrumentos para recolectar datos, el procedimiento seguido y la explicación del análisis de datos. Finalmente, se exponen los resultados, la discusión, conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y los anexos.

## **1.1 Descripción y formulación del problema**

Desde el nacimiento e incluso desde la gestación, la madre se empieza a relacionar con su hijo mediante caricias, sonidos, movimientos y demás sensaciones, convirtiéndose en la proveedora de satisfacción de necesidades fisiológicas y psicológicas del niño, constituyendo así el universo completo para él.

Es así, que desde los primeros años de vida del niño las actitudes de la madre representan un papel relevante. De este modo, las acciones de mecerlo, acariciarlo, hablarle, intercambiar miradas y sonrisas son estímulos importantes en su desarrollo, a través del cual el niño irá discriminando a su figura materna respecto de las demás personas de su alrededor, conformando el vínculo afectivo madre-hijo. Dicho vínculo se habrá formado como consecuencia de las respuestas de la madre frente a las necesidades del niño, formando así un apego seguro o por el contrario, inseguro. Este vínculo será la base sobre la cual se desarrollarán las demás relaciones que establecerá el niño con su entorno y permitirán su ajuste y capacidad de adaptación social y emocional. Asimismo, dicho vínculo tendrá un desarrollo fluido o con dificultad según las herramientas de adaptación con las que cuente la madre, debido a que el proceso de embarazo, parto y crianza del niño representa en sí mismo una serie de cambios y nuevos retos en la vida de la madre, quien asume un rol esencial dentro del hogar como primera base afectiva para su niño. Esto significa para la madre un proceso de adaptación en el cual se presentan cambios en los niveles de ansiedad, tensión, insatisfacción, manifestación de temor al parto, miedo a alguna posible complicación, a que el niño nazca con alguna discapacidad y miedo frente a la responsabilidad de crianza. Esto se agudiza mucho más cuando junto al nacimiento del niño y conforme éste va creciendo, se detecten dificultades en su desarrollo sensorial, emocional, conductual e intelectual. En el mundo, se estima que 16 a 18% de niños presenta un trastorno del desarrollo, de los cuales alrededor del 90% se relacionan a problemas de aprendizaje, lenguaje o retraso mental (Avaria, 2005). Además, señala que esta cifra aumenta a 22% si se incluyen problemas del comportamiento.

De este modo, en el ámbito familiar, la presencia de un niño con necesidades especiales supone un cambio inesperado en cuanto a expectativas y adaptabilidad familiar acompañado, a su vez, de múltiples emociones, pensamientos y creencias irracionales generando altos niveles de ansiedad, sentimientos de inestabilidad y desorientación. Por ello, la familia, y dentro de ella la madre, pasarán por un proceso en el que poco a poco tendrán que comprender, asimilar, integrar y aprender a sobrellevar la situación, para así poder apoyar al niño en que desarrolle al máximo sus potencialidades y pueda adaptarse al medio social más adelante. Este desarrollo de autovalimiento y autoregulación emocional dependerá principalmente de sus primeros años de vida y de un entorno estimulante, específicamente la madre, quién establecerá una determinada actitud hacia su niño.

Las madres de niños con necesidades especiales que acudían a la institución de salud evidenciaban altos niveles de ansiedad, cansancio y tensión al intentar que sus hijos sigan sus indicaciones, ya que éstos muchas veces solían correr de un lado a otro, ingresar a zonas prohibidas, agarrar objetos ajenos, tirarse al suelo, ocultarse debajo de las mesas, ingresar a otros consultorios, etc.; manifestando comportamientos inadecuados asociado a su necesidad especial que eran difíciles de manejar por sus madres. En relación a ello, algunas de ellas solían protegerlos excesivamente, un grupo les permitía dichos comportamientos, otras les gritaban o les jalaban bruscamente del brazo llevándolos hacia el pasillo y pocas eran las madres que tenían un manejo adecuado del comportamiento de su niño explicándoles la situación o aplicando ciertas técnicas. Y al estar en consulta, algunas madres expresaban llanto al hablar de lo difícil que era para ellas la crianza de sus niños con estas dificultades y otras se encontraban aún en la etapa de negación de la condición de su menor hijo señalando, por ejemplo, que se lo habían cambiado al nacer.

Por todo ello, es que surge mi interés en elaborar esta investigación por lo que formulo la siguiente interrogante:

¿Cuál es la relación entre la ansiedad y las actitudes maternas en madres de niños con necesidades especiales del área de Medicina Física y Rehabilitación de un Hospital Estatal de la provincia constitucional del Callao?

## 1.2 Antecedentes

Los diversos antecedentes encontrados son de contexto nacional e internacional y asimismo es importante resaltar que son pocos los estudios encontrados que relacionen ambas variables en madres de niños con necesidades especiales; por ello se ha considerado investigaciones al menos con una de las variables de estudio que han sido realizados hace más de 5 años atrás.

- Nacionales:

Banda y Rentería (2015) realizaron una investigación de tipo descriptivo-correlacional que tuvo como objetivo determinar la relación entre actitudes maternas y madurez escolar en niños del primer grado de una institución educativa en Chiclayo. La muestra fue de tipo censal, contando con 190 díadas madre-niño, utilizándose como instrumentos la Prueba de Funciones Básicas y el Cuestionario de la Evaluación de la Relación Madre-Niño. Como resultados obtuvieron una relación positiva débil entre la madurez escolar y las cuatro actitudes maternas. Además, el 46.3% de los niños presentan un nivel de madurez promedio y en el 72.2% de las madres predomina la actitud de aceptación. Concluyeron que no existe una relación significativa entre la actitud materna predominante y las áreas de las funciones básicas.

Barboza (2014) realizó una investigación que tuvo como objetivo determinar si existe asociación entre ansiedad estado-rasgo y actitudes maternas en madres de niños con retardo mental moderado de centros de educación básica especial pertenecientes a la provincia de Chiclayo. El grupo de trabajo estuvo conformado por 65 madres con edades entre 20 a 45 años, cuyos niños se encontraban entre las edades de 0 a 7 años diagnosticados con retardo mental moderado. Para ello empleó el diseño correlacional y los instrumentos utilizados para la recolección de datos fueron: Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (IDARE) y la escala de las Actitudes de la Relación Madre-Niño (ERMN). Como resultados encontró que 50.80% de las madres tiene un nivel medio de ansiedad estado y el 53.8% de madres tiene un nivel de ansiedad rasgo alto. Asimismo, el tipo de actitudes maternas que más utilizan es la sobreprotección (46,2%) y la menos utilizada es la actitud de sobreindulgencia (13.8%). Finalmente, llegó a la conclusión de que existe asociación entre ansiedad estado-rasgo y actitudes maternas en madres de niños con retardo mental moderado de dicha población.

Cruz (2014) efectuó un estudio con el objetivo de analizar la relación entre bienestar psicológico y actitudes maternas en madres de hijos con necesidades especiales de Trujillo, utilizando el diseño descriptivo- correlacional. La muestra estuvo conformada por 56 madres de hijos con necesidades especiales de Trujillo. Los resultados identifican una relación positiva, de grado medio y altamente significativa ( $p < 0.01$ ) entre el bienestar psicológico y la actitud materna de aceptación, así como una relación inversa, de grado medio y altamente significativa ( $p < 0.01$ ) entre el bienestar psicológico y la actitud materna de rechazo. Sin embargo, no halló correlación significativa ( $p > 0.05$ ) entre el bienestar psicológico con las actitudes maternas de sobreprotección y sobreindulgencia. Concluyó que existe relación entre el bienestar psicológico con las actitudes maternas de aceptación y rechazo.

Gutiérrez (2012) realizó un estudio cuyo diseño fue no experimental de tipo descriptivo correlacional con el objetivo de analizar la relación que existe entre los estilos de relación madre- niño y la conducta agresiva de niños de 2 años del distrito del Callao. Para ello utilizó una muestra de 30 madres y sus hijos de 2 años teniendo como instrumentos la Escala de la Relación Madre – Niño de Roth y el Registro de Conductas Agresivas de Masías. Los resultados más importantes que encontró fueron que la mayoría de las madres alcanzaron niveles altos en aceptación y sobreprotección y niveles más bajos en sobreindulgencia y rechazo. Asimismo, la tercera parte de los niños de la muestra manifestó nivel alto de conductas agresivas. Concluyó que no existe relación entre las actitudes maternas y la conducta agresiva de los niños.

Yactayo (2012) elaboró un estudio que tuvo como objetivo determinar la relación entre las actitudes maternas y las habilidades sociales en hijos de 5 años de la Red N° 10 del Callao. Utilizó el diseño descriptivo correlacional y una muestra no probabilística de tipo disponible de 230 madres. Asimismo, usó las pruebas Escala de actitudes maternas de Robert Roth y Lista de chequeo de habilidades sociales para preescolares (LCHS-PE) de McGinnis y Golstein. Los resultados evidenciaron que existe una relación negativa débil y significativa entre las actitudes maternas y las habilidades sociales de sus respectivos hijos; asimismo existe una relación negativa débil y significativa tanto para actitudes maternas de rechazo como de sobreprotección con las habilidades sociales; pero esta relación no se da entre las actitudes de aceptación y sobreindulgencia con las habilidades sociales. Concluye que a menores actitudes maternas negativas se presentan mayores habilidades sociales.



Dávalos y Díaz (2006) realizaron un estudio con el objetivo de conocer la relación entre actitudes maternas y el nivel de autoestima en madres de niños con deficiencia intelectual del centro de rehabilitación integral Albores de Trujillo. Para ello trabajaron con un total de 20 madres y obtuvieron como resultados que las madres, en su mayoría, presentan un estado general de confusión en la manifestación de sus actitudes, reflejando sentimientos encontrados y ambivalentes en relación con sus hijos discapacitados, y al mismo tiempo una necesidad de brindarles cuidados especiales. Concluyeron que existe una confusión en las madres acerca de sus actitudes maternas y su nivel de autoestima.

Pequeña (2003) elaboró una investigación con el objetivo de evaluar las actitudes de los padres hacia los hijos con Retardo Mental a través de un estudio descriptivo comparativo. La muestra estuvo conformada por los padres y las madres de 54 niños con diagnóstico de Retardo Mental seleccionados de los Centros Educativos de Educación Especial del Callao, para ello utilizó como instrumento una Escala tipo Likert de Actitudes de la madre hacia el hijo con Retardo Mental, tanto en su versión para el hijo como para la hija. Los resultados indicaron que no se alcanzaron diferencias significativas entre los padres y las madres en cuanto a las actitudes generales, y en las áreas de cuidado, protección, percepción y aceptación del problema, prejuicios, disciplina, relaciones interpersonales, expectativas de logro e integración familiar, según el sexo del hijo por separado. Tampoco alcanzaron diferencias significativas al comparar solo en los padres sus actitudes hacia el hijo y la hija y solo en las madres dichas actitudes. Concluyó que los padres y las madres tienen actitudes similares frente a su hijo con retardo mental.

Estrella (1986) realizó una investigación descriptiva comparativa con el objetivo de determinar si existen diferencias significativas entre las actitudes maternas según el nivel socioeconómico. La muestra consistió en 200 madres de niños de 4 años de edad de la ciudad de Lima, divididos en dos grupos: 100 madres de nivel socioeconómico alto y 100 de nivel socioeconómico bajo, utilizando como instrumentos una ficha socioeconómica con los datos de la madre y la Escala de Actitudes Maternas de Roth, la cual fue sometida a un estudio de validez y confiabilidad. Los resultados obtenidos demostraron que existen diferencias significativas entre las actitudes maternas de madres de nivel socioeconómico alto y las madres de nivel socio-económico bajo. Finalmente, concluyó que las primeras muestran mayor aceptación hacia sus hijos; mientras que las segundas tienden más a la sobreprotección. Encontró también que las variables nivel socio-económico, grado de

instrucción de la madre, ocupación, ubicación del hijo, número de hijos y ocupación de la madre contribuyen en forma importante en la explicación de dichas actitudes maternas.

- Internacionales:

Vargas (2015) elaboró una investigación con el objetivo de comprobar que nivel de ansiedad presentan las madres al observar los problemas que presentan sus hijos con capacidades diferentes. Para ello trabajó con cuarenta y cinco madres de familia de niños con necesidades educativas especiales de la Escuela de Educación Especial del municipio de Pueblo Nuevo Suchitepéquez, Guatemala, que oscilan entre las edades de dieciocho a treinta y cinco años de edad, las cuales fueron evaluadas por medio del cuestionario auto evaluativo STAI 82. Encontró como resultados que el 40% de madres presentan un nivel "Bajo" de Ansiedad, mientras que 31% denotan un nivel "Alto", concluyendo que las madres no presentan un alto porcentaje de ansiedad en su vida cotidiana.

Coelho, Crecencia, de Lima y Marten (2011) realizaron una investigación con el objetivo de determinar las redes de apoyo social utilizado por las familias para experimentar el proceso de adaptación al nacimiento de un niño con necesidades especiales. El estudio fue exploratorio descriptivo de enfoque cualitativo e incluyó a seis familias de niños con parálisis cerebral debido a la asfixia perinatal severa. La recopilación de datos fue realizada mediante entrevista semi-estructurada y en las casas de los participantes, en la ciudad de Rio Grande, Brasil. Encontraron que las familias utilizaron los miembros específicos de la familia extensiva como la red de apoyo primario y concluyeron que es necesario revisar cómo los profesionales de la salud prestan el cuidado a los niños con necesidades especiales y sus familias, para que puedan iniciar estrategias que permitan a la familia encontrar una red de apoyo significativa en el equipo de salud.

Garrido, Ortega, Reyes y Torres (2006) realizaron una investigación con el objetivo de determinar las actitudes de los padres cuando se enteran de la condición especial de su menor hijo. Para ello seleccionaron 16 familiares nucleares de México, en donde la edad de los padres osciló entre 25 a 65 años. Los datos mostraron que se formaron cuatro categorías: apoyo hacia el niño (41.4%), rechazo (27.6%), indiferencia sobre la situación del niño (6.9%) y necesidad de asesoría por parte de personal dedicado al área de la salud (24.1%). Concluyeron que algunas respuestas fueron de apoyo hacia el niño(a) en primera instancia, otros mencionaron requerir asesoría por parte del médico y/o un maestro del área de

educación especial. Asimismo, existen grupos de padres a los que no les resulta complicado ni diferente vivir con hijos(as) con necesidades especiales, simplemente los consideran niños con características diferentes.

### **1.3 Objetivos**

-Objetivo general

- Determinar la relación entre la ansiedad y las actitudes maternas: aceptación, rechazo, sobreindulgencia y sobreprotección en madres de niños con necesidades especiales del área de Medicina Física y Rehabilitación de un Hospital Estatal de la Provincia Constitucional del Callao.

-Objetivos específicos

- Describir los puntajes y niveles de ansiedad en las madres.
- Describir los puntajes y niveles de las sub-escalas de actitudes maternas: aceptación, sobreindulgencia, sobreprotección y rechazo.
- Comparar la ansiedad de las madres según su edad, sexo y diagnóstico del niño.
- Comparar las sub-escalas de actitudes maternas: aceptación, sobreindulgencia, sobreprotección y rechazo según edad, sexo y diagnóstico del niño.

### **1.4 Justificación**

Las investigaciones que existen en torno a la relación entre ansiedad y actitudes maternas en madres de niños con necesidades especiales brindan datos contradictorios, en donde algunas sostienen que la Actitud Materna predominante es la "Aceptación" acompañada de niveles normales de ansiedad, mientras que otras señalan la presencia de altos niveles de ansiedad predominando una actitud de "Rechazo" en el vínculo madre-hijo. Es por esto, que esta investigación constituirá un aporte teórico respecto a esta problemática,

esclareciendo así los resultados contradictorios de estudios anteriores. Esto permitirá ampliar el conocimiento e información sobre la relación entre dichas variables a profesionales de la salud que trabajen con esta población.

Además, a nivel social, la importancia de esta investigación radica en el impacto que pudiese tener en un futuro, ya que la información brindada permitirá la concientización de la población acerca de la inclusión y el trato adecuado a aquellas personas que presenten necesidades especiales.

Asimismo, a nivel práctico, estimulará a la creación de programas de prevención e intervención en ansiedad y estilos de crianza en las madres de estos niños, para así facilitar una actitud de aceptación madre-hijo.

Finalmente, a nivel metodológico, esta investigación hallará la validez y confiabilidad de los instrumentos de estudio para que así los resultados sean representativos de la población de estudio. Considero que esto podrá promover la creación de instrumentos actualizados acerca de las variables de estudio y adaptados a la población de la Provincia Constitucional del Callao y también a otros distritos y provincias. Incluso, se podrían realizar investigaciones a nivel macro en las cuales se puedan generalizar los resultados.

## **1.5 Hipótesis**

General:

- Existe una relación significativa entre la ansiedad y las actitudes maternas: aceptación, rechazo, sobreindulgencia y sobreprotección, en madres de niños con necesidades especiales del área de Medicina Física y Rehabilitación de un Hospital Estatal de la Provincia Constitucional del Callao.

Específicas:

- Existen diferencias significativas en la escala de ansiedad en las madres de niños con necesidades especiales del área de Medicina Física y Rehabilitación de un Hospital Estatal, según edad, sexo y diagnóstico del niño.

- Existen diferencias significativas en las cuatro sub-escalas de actitudes maternas: aceptación, rechazo, sobreindulgencia y sobreprotección, en las madres de niños con necesidades especiales del área de Medicina Física y Rehabilitación de un Hospital Estatal, según edad, sexo y diagnóstico del niño.

## **Capítulo II**

### **Marco teórico**

#### **2.1 Bases teóricas sobre el tema de investigación**

##### 2.1.1 Ansiedad

###### 2.1.1.1 Definición de la ansiedad

La ansiedad es un estado emocional desagradable provocado por el miedo, la cual desencadena una serie de síntomas fisiológicos referentes al sistema nervioso autónomo tales como tensión, temblor, sudoración, palpitaciones, etc. (Beck, Emery y Greenberg, 2014). Asimismo, implica un estado emocional de tensión, agitación y angustia.

Además, Ellis (2000) la define como un conjunto de sensaciones y tendencias a la acción que nos ayudan a darnos cuenta de un posible peligro, es decir, de situaciones que van en contra de nuestros deseos para así poder actuar acerca de ello. Por ejemplo, al sentirnos en peligro de ser atacados tenemos una gama de posibilidades para poder actuar, tales como: correr, buscar un lugar seguro, llamar a la policía, etc. En cambio, si no sintiéramos ansiedad no podríamos actuar en ese momento. De este modo, la ansiedad es un mecanismo para sobrevivir, ya que es el deseo de vivir y evitar el dolor lo que nos mantiene con vida, y la ansiedad contribuye a ello.

###### 2.1.1.2 Ansiedad normal y ansiedad patológica

Beck, Emery y Greenberg (2014) señalan que la ansiedad puede considerarse una reacción normal cuando se presenta frente a un peligro realista y desaparece cuando dicho peligro ya no está presente. Sin embargo, si el nivel de ansiedad es desproporcionado con

respecto al riesgo de un determinado peligro e incluso persiste aunque el peligro objetivo ya no siga presente, entonces la ansiedad se consideraría anormal. Además, también se considera ansiedad patológica si como consecuencia el individuo adquiere alguna enfermedad psicosomática o si interfiere en el funcionamiento de sus áreas vitales como el área social, intelectual, laboral, etc. Es así que cuanto mayor grado de ansiedad haya y mayor sea el grado de evitación, comparadas con el peligro real, resultaría más fácil considerarlo como una ansiedad patológica, la cual recibe también el nombre de "trastorno de ansiedad".

#### 2.1.1.3 Definición de los trastornos de ansiedad

Los trastornos de ansiedad como tal son un grupo de enfermedades que se caracterizan por la presencia de preocupación, miedo o temor excesivo, tensión o activación que provoca un malestar notable o un deterioro clínicamente significativo en las áreas de la vida del individuo. Asimismo, suele ser crónico, grave, se presenta con una alta frecuencia, intensidad y la reacción suele ser desproporcionada respecto del problema real (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008).

En ellos están implicados factores biológicos, ambientales y psicosociales. Dichos factores interactúan y favorecen la aparición de dichos trastornos.

#### 2.1.1.4 Síntomas y funciones

Los síntomas que evidencian un trastorno de ansiedad se dividen en cognitivos, afectivos, conductuales y fisiológicos. En situaciones normales, estos sistemas funcionales se encuentran coordinados para producir una respuesta adaptativa a situaciones de peligro. En cambio, los trastornos de ansiedad representan una disfunción de estos sistemas, siendo expresiones excesivas o una interferencia con alguno de los sistemas, causando respuestas no adaptativas (Beck, Emery y Greenberg, 2014). A continuación, se describen los sistemas mencionados:

#### 2.1.1.4.1 Síntomas cognitivos

Muchos de estos síntomas son versiones intensificadas de algunas funciones normales y otros son el resultado de la inhibición de dichas funciones. Además, existen otros síntomas que reflejan una erosión del control voluntario de procesos que normalmente se encuentran bajo dicho control. A continuación, se les presentan los síntomas cognitivos:

Tabla 1

*Síntomas cognitivos en los trastornos de ansiedad*

1) Sensorio-perceptuales
Mente confusa, nublada, obnubilada, aturdida
Los objetos parecen borrosos/ distantes
El entorno parece diferente/ irreal
Sensación de irrealidad
Timidez
Hipervigilancia
2) Dificultades para pensar
No se recuerdan cosas importantes
Confusión
Incapacidad para controlar el pensamiento
Dificultad para concentrarse
Uno se distrae con facilidad
Bloqueo
Dificultad para razonar
Pérdida de objetividad y de perspectiva
3) Conceptual
Distorsión cognitiva
Miedo a perder el control
Miedo a no ser capaz de hacer frente
Miedo a una lesión física/ la muerte
Miedo a un trastorno mental



---

Miedo a evaluaciones negativas  
Imágenes visuales atemorizantes  
Ideación temerosa repetitiva

---

*Nota:* Tomado de Beck, Emery y Greenberg (2014).

#### 2.1.1.4.2 Síntomas afectivos

Estos síntomas varían de acuerdo al problema. Si es inmediato y grave, la persona puede experimentar sensaciones de pánico. Si es crónico, la persona experimentará desasosiego y tensión. Y los veremos en la siguiente tabla:

Tabla 2

*Síntomas afectivos en los trastornos de ansiedad*

---

Irritable	Temeroso
Impaciente	Asustado
Inquieto	Atemorizado
Nervioso	Alarmado
Tenso	Aterrorizado
Con los nervios de punta	Agitado
Ansioso	Excitado

---

*Nota:* Tomado de Beck, Emery y Greenberg (2014).

#### 2.1.1.4.3 Síntomas conductuales

Estos síntomas suelen reflejar la hiperactividad o la inhibición del sistema conductual. Por ejemplo, la inmovilidad es la expresión de la reacción de bloqueo, en cambio, la conducta impaciente y los temblores expresan la movilización del cuerpo para la acción. Estos síntomas lo podemos apreciar en la siguiente tabla:

Tabla 3

*Síntomas conductuales en los trastornos de ansiedad*

---

Inhibición
Inmovilidad tónica
Huida
Evitación
Disfluencia del habla
Coordinación defectuosa
Agitación
Hiperventilación

---

*Nota:* Tomado de Beck, Emery y Greenberg (2014).

2.1.1.4.4 Síntomas fisiológicos

Estos síntomas reflejan la disposición del organismo para la autoprotección. Es así que el sistema simpático facilita una estrategia de afrontamiento activo, mientras que el sistema parasimpático indica que el organismo no cuenta con estrategias activas para hacer frente a una situación de peligro. Podemos apreciarlo en la siguiente tabla:

Tabla 4

*Síntomas fisiológicos en los trastornos de ansiedad*

---

Cardiovasculares	
Palpitaciones	Desmayos
Corazón desbocado	Mareos
Aumento de la presión sanguínea	Disminución de la presión
Respiratorios	
Respiración rápida	Respiración poco profunda

---

Dificultad para tomar aire	Nudo en la garganta
Falta de aire	Sensación de ahogo
Presión en el pecho	Espasmo bronquial
Respiración rápida	Jadeo
Neuromusculares	
Aumento de reflejos	Inquietud motora
Parpadeo	Expresión contraída
Insomnio	Vacilante
Espasmo	Debilidad generalizada
Temblores	Movimientos torpes
Gastrointestinales	
Dolor abdominal	Ardor estomacal
Pérdida de apetito	Molestias intestinales
Náuseas	Vómitos
Tracto urinario	
Presión para orinar	Frecuencia de micción
Epidermis	
Cara pálida y sudoración	Picores y sonrojo

*Nota:* Tomado de Beck, Emery y Greenberg (2014).

#### 2.1.1.5 Ansiedad en madres

El proceso de maternidad puede causar en algunas mujeres niveles altos de ansiedad ya que si bien la llegada de un bebé es un hecho muy esperado y feliz en la vida de la mayoría de las mujeres también puede producirle trastornos de ansiedad, tales como el trastorno de pánico, que puede resultar incapacitante para la persona que lo sufre.

Martínez (2008) refiere que el solo hecho de que nazca un hijo implica un alto grado de estrés porque, sobre todo en el caso de una mamá primigesta hay mucho lenguaje a decodificar a través del llanto del bebé para saber qué es lo que le está pasando. Este estrés puede llegar a elevarse demasiado en mujeres que tienen una predisposición a sufrir ataques de ansiedad, lo cual es muy problemático ya que la persona puede quedar inhabilitada para

realizar distintas actividades de su vida cotidiana. Es así que para una madre que sufre un trastorno de ansiedad, el temor más grande es que le suceda algo grave a su hijo, como que enferme, muera o tenga un accidente, y siempre llevado a la máxima expresión dentro de su cabeza. Asimismo, señala que el tipo de trastorno de ansiedad más común que sufren las madres, es el trastorno de pánico, en el que se presentan distintos síntomas físicos, entre los cuales se encuentran la sensación de estar cerca de la muerte o la locura, taquicardias, falta de respiración, ahogo, entre otros efectos. Esta tipología en particular de trastorno de ansiedad, suele avanzar rápidamente y tiene consecuencias graves.

Esta problemática se ve más afectada cuando se trata de madres que tienen un hijo con alguna discapacidad, pues en un primer momento ese hecho se toma como un suceso de vida negativo, un acontecimiento generalmente no esperado. Las madres ven estos sucesos de una manera más indeseable, tienen que cambiar sus expectativas de vida y centrarse en la realidad, es decir aceptar que tienen un hijo con habilidades diferentes. Ser conscientes de que requieren de un mayor cuidado y control. Sánchez (2003) afirma que la discapacidad de un hijo puede provocar reacciones adaptativas personales que llevan a la madre a una situación altamente ansiosa, que exigen una mejor comprensión del impacto de la discapacidad, enmarcando los déficits y las dificultades en el contexto de los recursos personales.

## 2.1.2 Actitudes maternas

### 2.1.2.1 Definición de las actitudes maternas

Hinostroza (2010) señala a la actitud materna como un estado o disposición psíquica adquirida en base a aspectos cognitivos, emotivos y comportamentales, que predisponen a la madre a desenvolverse de una manera particular frente a su hijo en diferentes situaciones. Además, agrega que sus componentes se determinan por los juicios, creencias y valores de la madre respecto a su hijo (componente cognitivo), por los sentimientos de simpatía o antipatía, las sensaciones placenteras o displacenteras hacia el hijo (componente afectivo); y por la disposición de actuar de una manera determinada ante su hijo (componente comportamental).

Cayetano (2007) refiere que la actitud materna es el conjunto de pautas, creencias y comportamiento que la madre tiene hacia sus hijos en términos de aceptación, sobreprotección, sobreindulgencia y rechazo.

Castañeda (2005) denomina actitud materna al conjunto de pautas, creencias y comportamientos que la madre tiene hacia los hijos.

Se asume en esta investigación la definición propuesta por Roth (1965) quien refiere que la madre se relaciona con el hijo en la medida que se presenta una interacción en la que interviene la actitud materna y la personalidad de la madre, creando así un resultado en el comportamiento del hijo.

Arévalo (2005) menciona que la relación madre-hijo es fundamental ya que es el cimiento del desarrollo posterior de las relaciones sociales. De este modo, la madre se convierte en fuente de asistencia y de satisfacción a las necesidades del niño, tales como: de alimentación, cariño, afecto, protección, etc.

Si las actitudes de la madre son positivas en todos los ámbitos; se produce un conocimiento más profundo de las necesidades del niño lo que desencadena un aumento de las satisfacciones para el que le proporcionan mayor seguridad, comunicación estable y afectiva y un aumento de su autoestima. En cambio, si la actitud de la madre es ambivalente hacia el niño, éste puede interiorizarlo de tal manera que afecte su seguridad emocional presentando, en algunos casos, síntomas como: problemas de comportamiento, ausencia de sonrisa, llanto constante, interrupciones en su desarrollo, etc.

#### 2.1.2.2 Clasificación de las actitudes maternas

Para Roth (1965) las actitudes maternas son:

##### 2.1.2.2.1 Actitud de aceptación

Se define como la expresión de una adecuada relación madre-hijo, en términos de sinceridad, expresión de afecto, interés en los gustos del niño, en sus actividades, desarrollo y en la percepción de las necesidades del niño. Es expresada por la sinceridad e identificación con el niño, proveyéndole de apropiados contactos sociales fuera de casa y haciéndole demandas razonables de acuerdo a sus posibilidades. Además, esta actitud

materna manifiesta firmeza y control en el hogar, dando orden y estructura a los quehaceres diarios y consistencia en la disciplina. Frente a estas actitudes maternas, el niño tiende a responder con una forma positiva de socialización, desarrollando sentimientos consistentes de amistad, interés y entusiasmo en el mundo y una clara y real autopercepción.

#### 2.1.2.2.2 Actitud de sobreprotección

Se define como la excesiva preocupación de la madre sobre la salud del niño, por las relaciones con sus compañeros y por el rendimiento académico. Éstas madres se caracterizan por tratar de ayudar a sus niños en las tareas de la casa y observar si el niño logra lo que se supone debe obtener. Frente a la sobreprotección, el niño tiende a mostrar un fracaso al intentar aprender y hacer las cosas por sí mismo, con sentimientos limitados de responsabilidad. Esta actitud es un impedimento del desarrollo por el excesivo control que la madre ejerce sobre el niño. Asimismo, el comportamiento de niño es dependiente, descuidado, sumiso y dócil, desarrollando sentimientos de inseguridad, timidez, ansiedad y suspicacia lo cual le impide integrarse con facilidad a un grupo.

#### 2.1.2.2.3 Actitud de sobreindulgencia

Es expresada a través de una gratificación excesiva junto con una falta de control parental, que se manifiesta cediendo constantemente a las demandas y requerimientos del niño o defendiendo al niño de ataques de otros niños, autoridades, etc. Frente a esta actitud, el niño responde con comportamientos rudos y agresivos, con baja tolerancia a la frustración y dificultades para adecuarse a la rutina.

#### 2.1.2.2.4 Actitud de rechazo

Consiste en la negación de amor y la expresión de odio hacia el niño en términos de negligencia, tosquedad y severidad. Entendido por negligencia a la manifestación de desaprobación o repudio, aun de situaciones muy sutiles, olvidándose de dar de comer al niño o dejarlo sin privilegios. La tosquedad se manifiesta mediante desaprobación con maltratos físicos o regaños ante la menor provocación, humillándolo o comparándolo

desfavorablemente con otros. Frente a estas actitudes de rechazo el niño trataría de ganar afecto, ya sea con intentos directos o indirectos por medio de robos, llorando, pataleando o quejándose continuamente.

#### 2.1.2.3 Actitud de la madre hacia el niño con necesidades especiales

Ríos (1996) afirma que las actitudes de la madre hacia el niño con necesidades especiales se pueden definir como la tendencia de la madre a ignorar o reaccionar emocionalmente de modo favorable o desfavorable bajo circunstancias determinadas; las cuales se pueden inferir en enunciados verbales y de conductas manifiestas.

Cuando las madres descubren que sus hijos tienen una discapacidad, se produce en ellas una crisis emocional; la cual puede ser suavizada o agudizada dependiendo de la información proporcionada; la forma en que esta es presentada y la actitud de la persona que hace la comunicación. De pronto se encuentran con que sus expectativas no tienen nada que ver con la realidad que están experimentando y las reacciones ante ello pueden ser de: conmoción, rechazo, sentimiento de culpa, pena, sentimientos encontrados, aislamiento social y preocupación por el futuro. Entonces, las madres comienzan a buscar respuestas, dentro de su familia y al darse cuenta que nadie se ha enfrentado a una situación similar se acentúa la depresión, la ansiedad y la frustración y la dinámica familiar se ve afectada pudiéndose dar ya sea el rechazo, la sobreprotección, la falta de aceptación y sentimientos de culpa ante la situación de su menor hijo.

Pese a ello, en los últimos años los padres han comenzado a aceptar al niño con discapacidades, ya no lo ocultan, sino que lo aceptan y se esfuerzan en brindarle nuevas oportunidades que contribuyan a su bienestar.

#### 2.1.3 Necesidades educativas especiales

##### 2.1.3.1 Definición de las necesidades educativas especiales

Son aquellas habilidades, destrezas, conocimiento, conductas y actitudes que, de forma constante, el alumno necesita estimular, aprender o desarrollar para favorecer su proceso de aprendizaje y desarrollo personal durante un tiempo determinado. Esto le ayudará a que pueda alcanzar los fines educativos necesarios. (Fernández, Arjona, Arjona, y Cisneros, 2011). También, se consideran como aquellas necesidades que presentan algunos alumnos cuando los recursos educativos de la escuela no son suficientes para que ellos logren un adecuado proceso educativo. De este modo, se deben ofrecer mayores herramientas de apoyo a los alumnos para que puedan satisfacerlas. Dichas herramientas pueden ser: profesionales (equipos de educación especial, etc.), materiales (material didáctico, inmobiliario, etc.), arquitectónicos (implementación de rampas, cambio en la estructura de las puertas, etc.) y curriculares (adecuaciones de la metodología de evaluación y contenidos, etc.).

Es así que, un alumno presenta necesidades educativas especiales cuando presenta dificultades mayores que el resto de sus compañeros para lograr los aprendizajes que el currículo determina según su edad, ya sea debido a causas internas, por carencias del entorno sociofamiliar o por una historia de aprendizaje inadecuado. Por ello, para compensar dichas dificultades, necesita de una adaptación de la currícula y la metodología del centro educativo.

#### 2.1.3.2 Características de las necesidades educativas especiales

Para Fernández et al. (2011) las necesidades educativas especiales presentan tres características derivadas de su naturaleza:

- Son interactivas: Surgen de la relación de las condiciones del menor con las características del entorno familiar y escolar.
- Son relativas: Varían de acuerdo a las características particulares de cada alumno, según la educación que se encuentre recibiendo y según su grupo de referencia.
- Tienen diferente temporalidad: Pueden ser transitorias o permanentes, ya que existen alumnos que solo requieren el apoyo por cierto tiempo, en cambio, otros requieren el apoyo de forma sostenida en el tiempo.



### 2.1.3.3 Clasificación de las necesidades educativas especiales

Las necesidades educativas especiales se clasifican de acuerdo a la discapacidad o no discapacidad que presente la persona (Fernández et al., 2011).

#### 2.1.3.3.1 Determinación de las necesidades educativas especiales asociadas con discapacidad

##### 2.1.3.3.1.1 Discapacidad auditiva

La discapacidad auditiva se refiere a la dificultad o, en algunos casos, imposibilidad de usar el sentido del oído debido a una pérdida de la capacidad auditiva parcial o total. Se considera como persona sorda, a aquella que no puede percibir los sonidos con apoyo de aparatos amplificadores. De este modo, esta incapacidad auditiva no permite procesar adecuadamente la información lingüística mediante el canal de la audición.

##### 2.1.3.3.1.2 Discapacidad intelectual

Se trata de una condición en la que la persona presenta limitaciones en su capacidad cognitiva, lo cual afecta su capacidad de adaptación y de aprendizaje. La Asociación Americana de Psiquiatría (2012), en el Manual DSM IV, considera que los criterios para su diagnóstico son los siguientes:

-Capacidad intelectual significativamente inferior al promedio: un coeficiente intelectual alrededor de 70 o inferior a un test de inteligencia administrado de forma individual.

-Alteraciones en la capacidad adaptativa actual de la persona, es decir, dificultad para hacer frente a las exigencias de su edad y grupo cultural. Esta alteración debe darse en al menos dos de las siguientes áreas: comunicación, cuidado personal, vida doméstica, habilidades sociales, autocontrol, utilización de recursos comunitarios, actividades académicas, trabajo, ocio, salud y seguridad.

-El inicio debe ser anterior a los 18 años de edad.

#### 2.1.3.3.1.3 Discapacidad motora

Se define como la alteración en la capacidad de movimiento, que conlleva a presentar un distinto grado en las funciones de desplazamiento, manipulación, respiración o bucofonatorias, lo cual causa limitaciones en la vida del individuo a nivel personal y social. Se pueden clasificar en:

-Trastornos motores: Implican dificultades a nivel motor ocasionadas por una afección del sistema musculoesquelético o del sistema nervioso a nivel de la médula espinal.

-Trastornos neuromotores: Se refieren a alteraciones debido a lesiones en el encéfalo antes que éste haya concluido su desarrollo, recibiendo también el nombre de parálisis cerebral.

Las causas que originan la discapacidad motora suelen ser las lesiones del sistema nervioso central y periférico, así como por traumatismos, malformaciones congénitas u otros trastornos motores. Dichas causas, al ser muy variadas, implican que debe existir distintos planes de tratamiento adecuados para cada una de ellas.

#### 2.1.3.3.1.4 Discapacidad visual

Bautista (2002) define a la discapacidad visual dividiéndola en dos grupos:

-Personas con déficit visual, de visión subnormal o visión baja: Son aquellas personas que manifiestan una reducción en su capacidad visual, pese a ello poseen restos visuales que les permiten cierta lectura y escritura con tinta y pueden desenvolverse en algunas actividades cotidianas.

-Ciegos o invidentes: Son personas que no muestran mayores restos visuales, lo cual no les permite utilizar la capacidad de lectura y escritura en tinta. Asimismo, suelen orientarse a la luz y perciben ciertos volúmenes.

#### 2.1.3.3.2 Determinación de las necesidades educativas especiales no asociadas con discapacidad

##### 2.1.3.3.2.1 Dificultad de aprendizaje

Las dificultades de aprendizaje se refieren a un conjunto de alteraciones que se manifiestan en dificultades importantes para adquirir y utilizar el lenguaje, la lectura, la escritura, el razonamiento o las habilidades matemáticas. Se considera que, probablemente se deben a una disfunción del sistema nervioso central y también pueden presentarse junto a otras condiciones como déficit sensorial, retraso mental, alteraciones emocionales o influencias ambientales. Sin embargo, no llegan a ser resultado de estas condiciones sino más bien de causas intrínsecas. Además, suelen presentarse junto a problemas de personalidad, autoestima y sociabilidad. Marchesi, Coll y Palacios (1999) realizaron una clasificación de las causas de las dificultades de aprendizaje, que van desde las causas intrínsecas, hasta otras extrínsecas:

Tabla 5

*Explicaciones acerca de las causas de las dificultades de aprendizaje*

Teorías neurológicas
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Herencia</li> <li>• Daño Cerebral</li> <li>• Disfunción cerebral mínima</li> </ul>
Teorías sobre el déficit de procesos psiconeurológicos subyacentes
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perceptivos</li> <li>• Lingüísticos</li> </ul>
Teorías sobre retrasos madurativos
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Neurológicos               <ul style="list-style-type: none"> <li>-Del hemisferio izquierdo</li> <li>-Del hemisferio derecho</li> </ul> </li> <li>• Psicológicos               <ul style="list-style-type: none"> <li>-De la atención</li> <li>-En el procesamiento activo y espontáneo de la información</li> </ul> </li> </ul>
Teorías integradoras
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Basadas en procesos psicológicos subyacentes</li> <li>• Basadas en el procesamiento de la información</li> </ul>

---

Teorías centradas en el ambiente social y educativo

---

- En el entorno sociológico
  - En el entorno educativo (familiar y escolar)
- 

Teorías centradas en el diseño de la tarea

---

*Nota:* Tomado de Fernández et al. (2011).

#### 2.1.3.3.2.2 Alteración en la competencia comunicativa

En lenguaje es el conjunto de signos convencionales y arbitrarios regidos por un sistema de reglas que utilizamos para comunicarnos, como por ejemplo: el lenguaje oral, el lenguaje escrito, el lenguaje signado, el lenguaje morse, etc.

En la formación del lenguaje entran en interacción diversos factores, entre ellos se encuentran la salud física y emocional de la persona, así como la estimulación que el medio ofrece, la imitación y el deseo de comunicarse con los demás. Sin embargo, cuando no se dan las condiciones adecuadas se manifiestan alteraciones en la competencia comunicativa. Estas alteraciones pueden variar en intensidad y manifestarse solo en ciertos aspectos. Romero (2000) clasifica a las dificultades de la comunicación de la siguiente manera:

-Los retrasos globales del lenguaje y de la comunicación, que pueden incluir la afasia, la disfasia y el retraso del lenguaje expresivo y receptivo. Esto se refiere a la poca comprensión de situaciones comunicativas y de los mensajes lingüísticos.

-Los retrasos en el lenguaje expresivo, en el que se ubican la disfasia y la afasia expresiva del desarrollo. En este tipo de dificultad la producción de lenguaje oral suele ser reducida, a pesar que los alumnos si logran entender las diversas situaciones comunicativas.

-Las alteraciones en el desarrollo fonológico o en la articulación del habla, las cuales incluyen la dislalia y la disartria. Suelen ser las más evidentes pues se refiere a las omisiones en ciertos sonidos del habla o distorsión de fonemas.

-El tartamudeo infantil, que se refiere a la alteración en la expresión fluida y de forma no repetitiva. Si persiste después de los 5 años probablemente requerirá una terapia especializada

-Alteraciones ocasionadas por pérdidas auditivas menores, que se manifiestan con pérdida de la capacidad de escucha en ambientes ruidosos, fácil distracción, desmotivación, etc.

#### 2.1.3.3.2.3 Trastorno de déficit de atención e hiperactividad TDAH

El TDAH es un síndrome neurológico que se presenta cuando existen niveles de desatención, hiperactividad e impulsividad mayores a los que resultarían habituales según la edad y el desarrollo de la persona. Es una de las alteraciones más frecuentes en la niñez y en la adolescencia, suele presentarse antes de los 7 años y se manifiesta en varias áreas de la persona causando deterioro en sus actividades académicas, laborales, sociales y personales (Amador, Forns y Martorell, 2001).

La Asociación Americana de Psiquiatría (2002) en el DSM IV, señala que el TDAH se presenta en distintas culturas y su prevalencia varía en los países occidentales.

#### 2.1.3.3.2.4 Capacidades sobresalientes

La capacidad sobresaliente consiste en la interacción de tres grupos de rasgos humanos:

-Habilidad por encima del promedio, que abarca, incluso, una inteligencia superior.

-Alta creatividad, es decir, capacidad para elaborar ideas nuevas y aplicarlas con el fin de resolver problemas.

-Alto compromiso con la tarea, es decir energía o perseverancia al resolver una situación en un tiempo prolongado.

## Capítulo III

### Método

#### 3.1 Tipo de investigación

La presente investigación tiene un alcance cuantitativo cuyo diseño es no experimental de corte transversal: descriptiva-comparativo-correlacional (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

#### 3.2 Ámbito temporal y espacial

El estudio se realizó en el Hospital Estatal Daniel Alcides Carrión de la provincia constitucional del Callao, en el Departamento de Medicina Física y Rehabilitación que se ubica en el primer piso de dicho establecimiento. Asimismo, los instrumentos se aplicaron entre los meses de octubre y noviembre del 2017.

#### 3.3 Variables

- Variables de estudio:
  - Ansiedad
  - Actitudes maternas
  
- Definición Conceptual:
  - **Ansiedad.** - Ellis (2000) define la ansiedad como un conjunto de sensaciones y tendencias a la acción que nos ayudan a darnos cuenta de un posible peligro, es decir, de situaciones que van en contra de nuestros deseos para así poder actuar acerca de ello.

- **Actitudes maternas.** - Roth (1965) refiere que la madre se relaciona con el hijo en la medida que se presenta una interacción en la que interviene la actitud materna, personalidad de la madre y crea un resultado en el comportamiento del hijo.
  
- Definición Operacional de las variables:
  - Ansiedad, medida a través de la Escala de autovaloración de Ansiedad de Zung.
  - Actitudes maternas, medida a través de la Escala de Actitudes Maternas de Roth.
  
- Variables de control
  - Edad del niño
  - Sexo del niño
  - Diagnóstico del niño

En la tabla 6, se aprecian las variables, sus escalas de medición, indicadores e instrumentos utilizados.

Tabla 6

*Operacionalización de variables*

VARIABLES	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR	INSTRUMENTO
Ansiedad	Intervalo	Dentro de límites normales, Moderada, Marcada a severa, en Grado Máximo.	Escala de Autovaloración de Ansiedad de Zung.
Actitudes maternas	Intervalo	Aceptación, sobreprotección, sobreindulgencia, rechazo.	Escala Adaptada de Actitudes Maternas de Roth.
Sexo	Nominal	Femenino-masculino	Ficha de datos
Edad	Razón	1 a 7 años	Ficha de datos
Diagnóstico	Nominal	Trastorno del espectro autista, discapacidad intelectual trastorno del lenguaje, trastorno de conducta, etc.	Ficha de datos



### 3.4 Población y muestra

La población estuvo constituida por aproximadamente 170 madres de niños de ambos sexos, cuyas edades oscilaron entre 1 y 7 años, del área de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión de la Provincia Constitucional del Callao.

La muestra estuvo constituida por 110 madres, de entre 23 a 40 años, la cual fue seleccionada intencionalmente con muestreo de tipo no probabilístico por conveniencia (Hernández, Fernández y Baptista, 2010) y se tomó como criterios de inclusión a las madres de aquellos niños que se encontraron dentro del rango de edad establecido y que aceptaron participar. Asimismo, se tomó en cuenta en los criterios de exclusión a las madres que no desearon participar y a aquellas cuyos niños no se encontraban dentro del rango de edad establecido.

En la tabla 7 podemos apreciar que 110 mujeres conforman la muestra total.

Tabla 7

*Distribución de la muestra*

---

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	110	100%
Total	110	100%

---

### 3.5 Instrumentos

- Escala de Autovaloración de Ansiedad de Zung:

Fue creada por Zung (1971) y adaptada por Hernández-Pozo, Macías, Calleja, Cerezo y Del Valle (2008) en una muestra de 920 personas de entre 14 y 60 años de México. La validez de construcción del instrumento fue obtenida mediante el análisis factorial, en donde todos los reactivos tuvieron cargas factoriales superiores a 0.440, con una alfa de Cronbach de 0.770.

En el Perú fue adaptada y validada por Astocondor (2001) con una muestra de 100 pobladores de ambos sexos, de 14 a 30 años, de siete comunidades nativas aguarunas del departamento de Amazonas. Para ello la escala fue revisada y adaptada convenientemente al nivel sociocultural y educativo de los habitantes de las comunidades nativas aguarunas y utilizó el método de validez interna por criterio de jueces, en donde la totalidad de los ítems adaptados tuvieron un alto nivel de validez (sig. >.05). Además, para hallar la fiabilidad utilizó el Coeficiente de Alpha de Cronbach (0,785).

Asimismo, se realizó el análisis de fiabilidad y validez del instrumento para la muestra de estudio. De este modo, se trabajó la fiabilidad de tipo consistencia interna por el método de Alfa de Cronbach y Dos Mitades, obteniendo un alfa de Cronbach de 0.863, lo cual indica que la correlación es alta ( $\geq 0.70$ ). Además, el Coeficiente de Spearman-Brown indica una correlación alta de 0.828 ( $\geq 0.70$ ), lo que representa que los ítems son homogéneos y se relacionan con el constructo.

La validez utilizada en esta escala es de tipo constructo por el método de Análisis factorial, el cual arrojó un coeficiente KMO de 0.822, el cual es significativo ( $\geq 0.80$ ), así como también la prueba de Esfericidad de Bartlett (sig. < 0.05), lo cual indica que los ítems tienen buena relación entre ellos.

Finalmente, se procedió a elaborar los baremos para la muestra, el cual se describe a continuación:

En la presente tabla, apreciamos las categorías de la escala de ansiedad de Zung.

Tabla 8

*Categorías de la Escala de Ansiedad de Zung*

Escala	Percentil	Puntaje directo	Categoría
Ansiedad	5-25	Menor a 32	Normal
	25-50	32-38	Moderada
	50-75	39- 47	Marcada a severa
	75-95	48 a más	En grado máximo

- Escala de Actitudes Maternas de Roth:

La Escala de Actitudes Maternas fue creada por Roberth Roth en 1980, siendo de procedencia norteamericana. La adaptación de la escala fue realizada en Lima por Estrella (1986), quién determinó la validez empleando el método de la matriz de correlación inter-subescalas en donde se aprecia que existe una correlación negativa alta entre las escalas de aceptación y no aceptación. El coeficiente medio de correlación logrado fue de  $- 5.5$ . Además, la confiabilidad se llevó a cabo utilizando el Coeficiente de Alpha de Cronbach aplicado a cada una de las sub-escalas (0.44, 0.72, 0.44, 0.49).

Asimismo, otra adaptación importante de la escala es la que realizó Arévalo (2004), quien determinó la validez del instrumento mediante la técnica del criterio de Jueces, proporcionando el cuestionario a la opinión de jueces: 04 Psicólogos experimentados; 02 maestras de niveles inicial y primaria y 02 madres de familia; según lo cual aprobaron unánimemente los 48 elementos. Luego, la prueba fue sometida a una validez de criterio, para lo cual se aplicó una prueba piloto a 120 sujetos de la muestra, utilizando el método ítem test, a través de la fórmula Producto Momento de Pearson ( $r > 0.21$ ) precisando de esta manera la correlación real entre el ítem y el total del test (Coeficiente Mc Nemar  $> 0.35$ ). Asimismo, para la confiabilidad utilizó la correlación de producto-momento de Pearson; siendo aplicada el método de las mitades y corregido con la fórmula de Spearman Brown ( $>$

0.8). Además, el análisis de la fiabilidad de la escala general se realizó a través del coeficiente Alfa de Cronbach, obteniendo 0.90 ( $> 0.70$ ).

Por otro lado, se realizó la fiabilidad y validez de esta escala para la muestra de estudio, obteniendo para la sub-escala Aceptación un alfa de Cronbach de 0.624, para la sub-escala Sobreprotección, 0.630 y para la sub-escala Rechazo, 0.641 lo cual indica que la correlación es moderada ( $< 0.70$ ) para los tres casos. Finalmente, para la sub-escala Sobreindulgencia se obtuvo 0.570, indicando una correlación débil ( $\geq 0.60$ ),

La validez utilizada en esta escala es de tipo constructo por el método de Análisis factorial, en donde se obtuvo un coeficiente KMO de 0.567 ( $\geq 0.60$ ) y p significativo para la prueba de Esfericidad de Bartlett ( $p < 0.05$ ). lo cual indica una correlación baja entre las variables.

Finalmente, se procedió a elaborar los baremos para la muestra, el cual se describe a continuación:

En la presente tabla, apreciamos las categorías de las sub-escala Aceptación, Sobreindulgencia, Sobreprotección y Rechazo.

Tabla 9

*Categorías de las cuatro sub-escalas de Actitudes Maternas*

Sub-escala	Percentil	Puntaje directo	Categoría
Aceptación	5-25	Menor a 26	Inferior
	25-50	26-29	Medio
	50-75	30- 32	Superior
	75-95	33 a más	Muy Superior
Sobreindulgencia	5-25	Menor a 21	Inferior
	25-50	21-25	Medio

	50-75	26- 28	Superior
	75-95	29 a más	Muy Superior
	5-25	Menor a 28	Inferior
	25-50	28-32	Medio
Sobreprotección	50-75	33- 35	Superior
	75-95	36 a más	Muy Superior
	5-25	Menor a 26	Inferior
	25-50	26-29	Medio
Rechazo	50-75	30- 32	Superior
	75-95	33 a más	Muy Superior

### 3.6 Procedimientos

En primera instancia se solicitó el permiso correspondiente a la Directora General del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, María Elena Aguilar Del Águila, así como a las autoridades responsables del Departamento de Medicina Física y Rehabilitación- Niños, a fin de poder aplicar los instrumentos de evaluación a las madres.

Una vez obtenida la aprobación se abordó a las madres de familia localizadas en dicha área y se les invitó a acudir al Departamento de Psicología en grupos de 5. Además, se abordó también a las madres que acudían directamente al Departamento de Psicología para sus citas programadas. Seguidamente, se les entregó la hoja de consentimiento informado, en el cual se les dio a conocer de qué manera participarían en el estudio, así como los aspectos éticos del mismo y la confidencialidad de resultados, en dicho documento colocaron sus datos personales y corroboraron su participación en el estudio. Todo ello, se llevó a cabo en horarios de internado previa coordinación con los asesores del área.

Posteriormente, se procedió a la aplicación de las pruebas psicológicas, llevándose a cabo en grupos de 5 madres, en donde se les explicó en qué consistía cada instrumento, el llenado de datos y la forma de marcar las respuestas. Asimismo, se les informó que una vez

culminado el proceso de recolección de datos se programaría un Taller de Consejería Psicológica con el tema de actitudes maternas y estilos de crianza en el cual podrían asistir.

Finalmente se analizaron los datos para así obtener los resultados de la investigación.

### **3.7 Análisis de datos**

Una vez obtenidos los datos, estos fueron procesados a través del programa SPSS versión 24. Luego, con los resultados obtenidos, se procedió a elaborar las tablas y los gráficos de barras utilizando estadísticos descriptivos como frecuencias, porcentajes y promedios, la prueba de bondad de ajuste K-S para determinar la distribución normal de los datos, estadísticos comparativos tales como t-de student, U de Mann Whitney, Kruskal Wallis y el estadístico de correlación Spearman Brown para relacionar ambas variables. Finalmente, se procedió a la elaboración de la discusión, conclusiones y recomendaciones, así como a la elaboración y presentación del informe final con los resultados obtenidos.

## Capítulo IV

### Resultados

#### 4.1 Análisis descriptivo de las variables de estudio

En la figura 1 se observa que el mayor porcentaje de niños corresponde al género masculino con 62.73% mientras que el 37.27% pertenece al femenino.

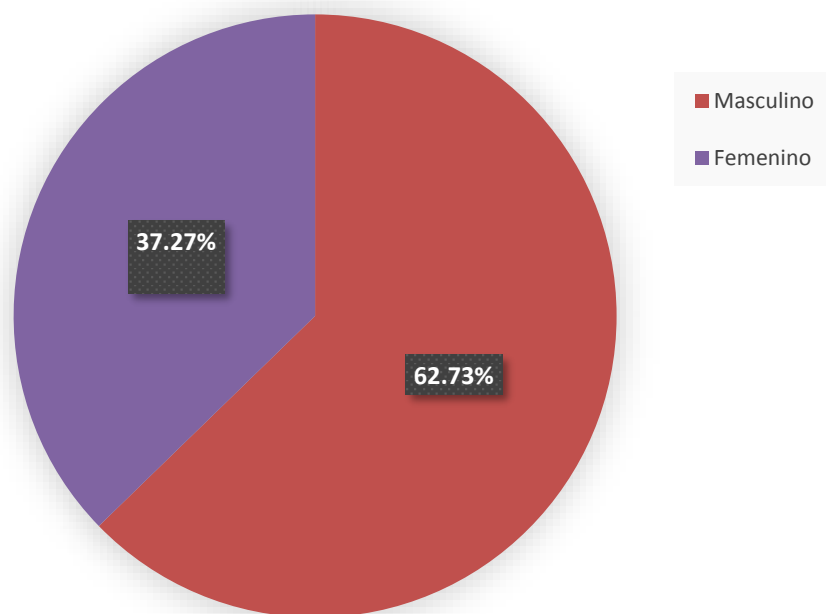


Figura 1. *Distribución en porcentajes de los niños con necesidades especiales según el género.*

En la tabla 10 se observa que el promedio de puntaje obtenido es 39.21, teniendo como desviación estándar un puntaje de 10.40.

Tabla 10

*Estadísticos descriptivos para la escala de Ansiedad*

<b>Variable</b>	<b>n</b>	<b>Media</b>	<b>D.E</b>	<b>Varianza</b>
Ansiedad	110	39.21	10.40	108.20



En la figura 2, se observa que la mayor frecuencia corresponde al nivel de ansiedad Moderado con 32, mientras que la menor frecuencia se encuentra en el nivel En grado máximo con 24.

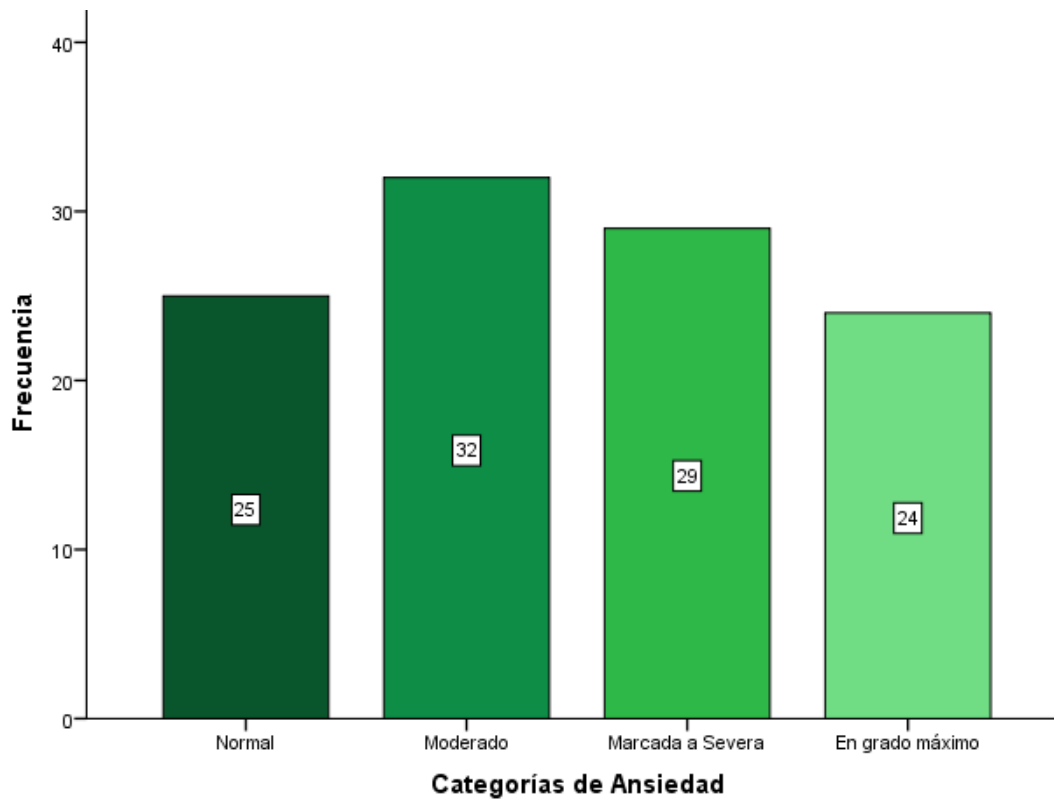


Figura 2. Frecuencia de los niveles de la escala de Ansiedad.

En la tabla 11, se presenta que el mayor promedio obtenido se da en la sub-escala de Sobreprotección, con 31.60 y el menor puntaje obtenido se da en la sub-escala de Sobreindulgencia con 24,35. Asimismo, se observa que los puntajes son homogéneos.

Tabla 11

*Estadísticos descriptivos para las cuatro sub-escalas de Actitudes Maternas*

<b>Sub-escalas</b>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>D.E</b>	<b>Varianza</b>
Aceptación	110	28.94	4.23	17.91
Sobreindulgencia	110	24.35	4.98	24.84
Sobreprotección	110	31.60	5.91	34.88
Rechazo	110	29.50	6.33	40.09

En la tabla 12, se muestra que el mayor porcentaje es de 43.6% para la sub escala Aceptación de nivel Medio. Asimismo, se observa que el menor porcentaje corresponde también a dicha sub-escala, con 13.6% en el nivel Inferior.

Tabla 12

*Frecuencias y porcentajes de los niveles de las cuatro sub-escalas de Actitudes Maternas*

<b>Sub-escala</b>	<b>Niveles</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Aceptación	Inferior	15	13.6%
	Medio	48	43.6%
	Superior	26	23.6%
	Muy Superior	21	19.1%
Sobreindulgencia	Inferior	25	22.7%
	Medio	38	34.5%
	Superior	26	23.6%
	Muy Superior	21	19.1%
Sobreprotección	Inferior	27	24.5%
	Medio	31	28.2%
	Superior	25	22.7%
	Muy Superior	27	24.5%
Rechazo	Inferior	26	23.6%
	Medio	34	30.9%
	Superior	24	21.8%
	Muy Superior	26	23.6%

## 4.2 Análisis exploratorio de distribución normal de datos

Con el propósito de realizar los análisis comparativos y de correlación, así como para contrastar las hipótesis planteadas, se procedió a realizar primero la prueba de bondad de ajuste para precisar si las variables presentan una distribución normal. En este sentido, las Tablas 10-11 presentan los resultados de la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov (K-S).

Como se observa en la Tabla 13, los datos correspondientes a la escala de ansiedad presentan una distribución normal, contando con un coeficiente p de 0.052, el cual no es significativo ( $p > 0.05$ ). Por tanto, para los análisis estadísticos correspondientes se empleará estadística paramétrica.

Tabla 13

*Prueba de bondad de ajuste a la curva normal para la escala de Ansiedad*

<b>Escala</b>	<b>Media</b>	<b>K-S</b>	<b>P</b>
Ansiedad	39.21	.084	.052

Como se observa en la Tabla 14, de los datos correspondientes a las 4 sub-escalas de la variable Actitudes Maternas, la sub-escala Sobreprotección, presenta una distribución normal, obteniendo el valor p de 0.200, siendo p no significativo ( $p > 0.05$ ). Mientras que para las sub-escalas Aceptación, Sobreindulgencia y Rechazo se obtuvo 0.003, 0.003 y 0.002 respectivamente ( $p < 0.05$ ), por lo cual, no presentan una distribución normal y el coeficiente p es significativo. Por tanto, para los análisis estadísticos correspondientes se empleará estadística no paramétrica.

Tabla 14

*Prueba de bondad de ajuste a la curva normal para las cuatro sub-escalas de Actitudes Maternas*

<b>Sub-escalas</b>	<b>Media</b>	<b>K-S</b>	<b>P</b>
Aceptación	28.94	.108	.003
Sobreindulgencia	24.35	.109	.003
Sobreprotección	31.60	.066	.200
Rechazo	29.50	.110	.002

#### 4.3 Análisis comparativo de las variables de estudio

La Tabla 15, permite apreciar que no existen diferencias significativas en la escala de Ansiedad según el género ( $p > 0.05$ ) siendo 0.097. Por otro lado, el género Masculino obtiene mayor promedio con 40.48.

Tabla 15

*Comparación de medias de la escala de Ansiedad en las madres según género del niño mediante la prueba t- student*

<b>Escala</b>	<b>Género</b>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>D.E</b>	<b>t</b>	<b>g.l</b>	<b>p</b>
Ansiedad	Masculino	69	40.48	10.69	1.67	108	0.097
	Femenino	41	37.07	9.65			

La Tabla 16, permite apreciar que no existen diferencias significativas en la escala de Ansiedad según la edad del niño ( $p > 0.05$ ), en donde p obtiene un valor de 0.234. Por otro lado, el grupo de edad de niños de entre 1 a 4 años obtienen mayor promedio con 40.66.

Tabla 16

*Comparación de medias de la escala de Ansiedad en las madres según la edad del niño mediante la prueba t- student*

<b>Escala</b>	<b>Edad</b>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>D.E</b>	<b>t</b>	<b>g.l</b>	<b>p</b>
Ansiedad	1 a 4 años	44	40.66	10.38	1.20	108	0.234
	5 a 7 años	66	38.24	10.39			

Los resultados del análisis de varianza indican que no existen diferencias significativas en la escala de Ansiedad, aplicada a las madres, según el diagnóstico del niño ( $F = 0.38$ ;  $gl = 7$ ;  $p > 0.05$ ). Asimismo, el mayor promedio lo obtiene el diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista (TEA) con 42.42.

Tabla 17

*Comparación de medias de la escala de Ansiedad en las madres según el diagnóstico del niño mediante la prueba de F de ANOVA*

<b>Escala</b>	<b>Diagnóstico</b>	<b>Media</b>	<b>D.E</b>	<b>F</b>	<b>g.l</b>	<b>p</b>
Ansiedad	TEA	42.42	11.24	0.38	7	0.91
	Discapacidad intelectual	36.00	10.17			
	Trastorno del lenguaje	40.06	10.74			
	Discapacidad motora	39.44	10.59			
	Trastorno de conducta	38.42	8.57			
	TDAH	39.00	8.10			
	TGD	36.56	9.85			
	Problemas de aprendizaje	40.00	14.65			

La prueba de contraste U de Mann-Whitney, utilizada para comparar los grupos de estudio según género, nos permite observar en la Tabla 18 que en las cuatro sub escalas de actitudes maternas no existen diferencias significativas (U = 1397.00; 1126.50, 1145.50, 1409.50  $p>0.05$ ) según género del niño.

Tabla 18

*Comparación de medias de las cuatro sub-escalas de actitudes maternas según el género del niño, mediante la prueba U de Mann- Whitney*

<b>Sub-escala</b>	<b>Género</b>	<b>N</b>	<b>Rango promedio</b>	<b>Suma de rangos</b>	<b>U</b>	<b>p</b>
Aceptación	Masculino	69	55.25	3812.00	1397.00	0.913
	Femenino	41	55.93	2293.00		
Sobreindulgencia	Masculino	69	51.33	3541.50	1126.50	0.074
	Femenino	41	62.52	2563.50		
Sobreprotección	Masculino	69	51.60	3560.50	1145.50	0.096
	Femenino	41	62.06	2544.50		
Rechazo	Masculino	69	55.57	3834.50	1409.50	0.975
	Femenino	41	53.38	2270.50		



La prueba de contraste U de Mann-Whitney, utilizada para comparar los grupos de estudio según la edad del niño, nos permite observar que no existen diferencias significativas ( $U = 1397, 1126.50, 1145.50, 1409.50$ ;  $p > 0.05$ ) en las cuatro escalas de actitudes maternas según la edad del niño.

Tabla 19

*Comparación de medias de las cuatro sub-escalas de actitudes maternas según la edad del niño, mediante la prueba U de Mann-Whitney*

<b>Sub-escala</b>	<b>Género</b>	<b>N</b>	<b>Rango promedio</b>	<b>Suma de rangos</b>	<b>U</b>	<b>p</b>
Aceptación	1 a 4 años	44	61.55	2708.00	1397.00	0.913
	5 a 7 años	66	51.47	3397.00		
Sobreindulgencia	1 a 4 años	44	54.48	2397.00	1126.50	0.074
	5 a 7 años	66	56.18	3708.00		
Sobreprotección	1 a 4 años	44	59.63	2623.50	1145.50	0.096
	5 a 7 años	66	52.75	3481.50		
Rechazo	1 a 4 años	44	55.97	2462.50	1409.50	0.975
	5 a 7 años	66	55.19	3642.70		

En la tabla 20 apreciamos que en las sub-escalas Aceptación, Sobreindulgencia y Rechazo, no existen diferencias significativas según el diagnóstico del niño ( $X^2= 10.164, 6.659, 5.137; gl= 7; p>0.05$ ). En cambio, se observa que en la sub-escala Sobreprotección existen diferencias significativas según el diagnóstico del niño ( $X^2= 18.735; gl= 7; p<0.05$ ).

Tabla 20

*Comparación de medias de las cuatro sub-escalas de actitudes maternas, según diagnóstico del niño, mediante la prueba Kruskal Wallis*

Sub-escala	Diagnóstico	N	Rango promedio	X <sup>2</sup>	g.l	p
Aceptación	TEA	12	62.96	10.164	7	0.179
	Discapacidad intelectual	8	47.31			
	Trastorno del lenguaje	16	65.59			
	Discapacidad motora	18	60.83			
	Trastorno de conducta	19	58.00			
	TDAH	14	48.93			
	TGD	9	61.11			
Sobreindulgencia	Problemas de aprendizaje	14	34.96	6.659	7	0.465
	TEA	12	54.46			
	Discapacidad intelectual	8	69.38			
	Trastorno del lenguaje	16	55.28			
	Discapacidad motora	18	52.56			
	Trastorno de conducta	19	50.63			

	TDAH	14	44.75			
	TGD	9	55.22			
	Problemas de aprendizaje	14	70.04			
	TEA	12	62.04			
	Discapacidad intelectual	8	71.63			
	Trastorno del lenguaje	16	68.69			
	Discapacidad motora	18	62.58	18.735	7	0.009
Sobreprotección	Trastorno de conducta	19	41.68			
	TDAH	14	35.29			
	TGD	9	40.39			
	Problemas de aprendizaje	14	65.18			
	TEA	12	58.21			
	Discapacidad intelectual	8	64.06			
	Trastorno del lenguaje	16	53.00			
	Discapacidad motora	18	49.81	5.137	7	0.643
Rechazo	Trastorno de conducta	19	53.76			
	TDAH	14	50.57			
	TGD	9	48.61			
	Problemas de aprendizaje	14	70.18			

---

#### 4.4 Análisis de relación de las variables de estudio

En la Tabla 21, se aprecia que el coeficiente de correlación para Ansiedad y Aceptación es de -0.217, lo cual indica que la correlación es negativa, débil, inversa y significativa ( $p < 0.05$ ). Además, el coeficiente de correlación para Ansiedad y Sobreindulgencia es de 0.274, para Sobreprotección es de 0.319 y para Rechazo es de 0.382, indicando todas ellas una correlación positiva, débil, directa y altamente significativa ( $p < 0.01$ ). Por tanto, para todos los casos se rechaza la hipótesis nula, es decir, existe relación entre Ansiedad y las cuatro sub-escalas de actitudes maternas: Aceptación, Sobreindulgencia, Sobreprotección y Rechazo.

Tabla 21

*Coefficiente de correlación entre la escala de Ansiedad y las cuatro sub-escalas de actitudes maternas*

Variables	r	p
Ansiedad y Aceptación	-0.217*	0.023
Ansiedad y Sobreindulgencia	0.274**	0.004
Ansiedad y Sobreprotección	0.319**	0.001
Ansiedad y Rechazo	0.382**	0.000

\* Significativa ( $p < .05$ )

\*\* Altamente significativa ( $p < .01$ )

## Capítulo V

### Discusión de resultados

En esta investigación se plantea como hipótesis general que existe una relación significativa entre ansiedad y actitudes maternas en madres de niños con necesidades especiales, ante lo cual, los resultados de la presente confirman dicha hipótesis. Esto se asocia a lo que señala Barboza (2014), quien sostiene que existe asociación entre ansiedad estado-rasgo y actitudes maternas en madres de niños con retraso mental moderado. Asimismo, dicha asociación nos indica que al interactuar con sus niños las madres adquieren mayores niveles de ansiedad, lo cual las lleva a disminuir su actitud de aceptación, tendiendo a asumir una actitud de sobreprotección evitando excesivamente que se expongan al peligro, sobreindulgencia, con dificultad para establecerles límites o una actitud de rechazo tendiendo a sentimientos y conductas hostiles hacia ellos.

Además, las madres de niños con necesidades especiales presentan, en su mayoría, un nivel Moderado de ansiedad, con una frecuencia de 32. Respecto a ello, se observa que estos resultados coinciden con los hallados por Barboza (2014) quien encontró que el 50.80% de las madres de niños con retardo mental moderado presentaron un nivel Moderado de ansiedad estado, frente a un 27,7% que presentaron un nivel bajo y el 21.5% un nivel alto. Sin embargo, en una investigación realizada por Vargas (2015) encontró como resultados que el 40% de madres presentan un nivel Bajo de Ansiedad. Por ello, en relación a la presente investigación se sostiene lo que menciona Barboza (2014), lo cual se fundamenta por Martínez (2008) quien refiere que el hecho de que nazca un hijo implica un aumento en los niveles de ansiedad ya que la madre deberá aprender a decodificar los mensajes que el niño intenta darle, que muchas veces resultan confusos para ella, más aún si son madres primerizas. Es así que suelen presentar temor a que le suceda algo grave a su hijo, como que enferme, muera o tenga un accidente, pensamientos que, por lo general, suelen magnificar. Dichos niveles de ansiedad aumentan cuando se trata de la llegada de hijos con necesidades especiales, tal y como lo indica Sánchez (2003), quien sostiene que dicho suceso suele tomarse como un hecho negativo al tratarse, generalmente, de una noticia inesperada. Las madres deben cambiar sus expectativas de vida y centrarse en la realidad empezando un proceso de aceptación de la condición de su hijo y de los cuidados que éste requerirá.

Asimismo, se observa que la actitud materna con el mayor promedio obtenido es la de Sobreprotección, con 31.60 y la de menor promedio es la de Sobreindulgencia con 24,35. Lo cual coincide con lo que encontrado por Barboza (2014) quien señala que el tipo de actitud materna que más utilizan las madres de niños con retardo mental moderado es de sobreprotección con 46,2% y la menos utilizada es la actitud de sobreindulgencia con 13.8%. Asimismo, coincide también con lo hallado por Gutiérrez (2012) quien entre sus resultados más importantes encontró que la mayoría de las madres alcanzaron niveles altos de sobreprotección. Esto se explica debido a que las madres al ver a sus hijos con discapacidad, no confían que puedan hacer bien las cosas y por tal motivo tienen una actitud ansiosa, se tornan sobreprotectoras, más preocupadas y controladoras de sus hijos (Ríos, 1996) teniendo una necesidad de brindarles cuidados especiales (Dávalos y Díaz, 2006).

Por otro lado, se encontró que no existen diferencias significativas en la escala de ansiedad según género, edad y diagnóstico del niño. Lo cual se explica debido a que el nivel de ansiedad de las madres depende, en gran medida, de los recursos psicológicos con los que ella cuenta para atravesar la situación problema y sobre cómo logre asimilar el proceso de aceptación de la condición de su niño, es decir, que sus niveles de ansiedad no dependen de características específicas del niño sino de sus propios recursos internos para adaptarse a dicha situación, (Sánchez, 2003).

Finalmente, se halló que no existen diferencias significativas en las cuatro sub-escalas de actitudes maternas según género y edad del niño. Así como, no existen diferencias significativas en las sub-escalas aceptación, sobreindulgencia y rechazo según diagnóstico del niño, sin embargo, en la sub-escala de sobreprotección existen diferencias significativas según el diagnóstico del niño. Ello significa que la actitud de sobreprotección de las madres variará de acuerdo al diagnóstico del niño, debido a que cada diagnóstico es diferente y presenta sus propias características, en lo cual unos requieren mayor cantidad de atenciones y terapias a diferencia de otros, que podrían resultar más manejables (Fernández et al., 2011).

## **Conclusiones**

- Se acepta la hipótesis general ya que existe una relación significativa ( $p < 0.05$ ) entre la escala de ansiedad con la sub-escala aceptación de actitudes maternas y una relación altamente significativa entre la escala de ansiedad con las sub-escalas de sobreindulgencia, sobreprotección y rechazo en madres de niños con necesidades especiales del área de Medicina Física y Rehabilitación de un Hospital Estatal de la

Provincia Constitucional del Callao. En lo cual el coeficiente  $r$  entre ansiedad y la actitud materna de aceptación indica una correlación es negativa, débil, inversa ( $r = -0.217$ ). Mientras que el coeficiente  $r$  entre ansiedad y las actitudes maternas de sobreindulgencia, sobreprotección y rechazo indican una correlación positiva, débil, directa ( $r = 0.274, 0.319$  y  $0.32$ , respectivamente).

- Se rechaza la primera hipótesis específica ya que no existen diferencias significativas ( $p > 0.05$ ) en la escala de ansiedad en las madres de niños con necesidades especiales del área de Medicina Física y Rehabilitación de un Hospital Estatal, según edad, sexo y diagnóstico del niño. Por lo cual se acepta la hipótesis nula.
- Se rechaza parcialmente la segunda hipótesis específica ya que no existen diferencias significativas ( $p > 0.05$ ). en las cuatro sub-escalas de actitudes maternas: aceptación, rechazo, sobreindulgencia y sobreprotección, en las madres de niños con necesidades especiales del área de Medicina Física y Rehabilitación de un Hospital Estatal, según edad y sexo del niño. Además, no existen diferencias significativas en las sub-escalas aceptación, sobreindulgencia y rechazo según el diagnóstico del niño. Sin embargo, en la sub-escala sobreprotección si existen diferencias significativas según el diagnóstico del niño ( $p < 0.05$ ).
- Las madres de niños con necesidades especiales, en su mayoría, presentan un nivel de ansiedad Moderado con una frecuencia de 32.
- Las madres de niños con necesidades especiales obtuvieron mayor promedio en la Sub-escala de Sobreprotección, con 31.60 y un menor promedio en la sub-escala de Sobreindulgencia con 24,35.

### **Recomendaciones**

- Se recomienda trabajar con un grupo mayor de muestra para así ampliar los resultados, mejorar la fiabilidad y la representatividad de los resultados de la investigación.
- Extender el estudio a otras instituciones de gestión pública y/o privada, así como a otras localidades de diverso tamaño, áreas rurales y urbanas.



- Realizar estudios longitudinales para determinar si los niveles altos de ansiedad en las madres asociados a una actitud materna inadecuada es un factor causal significativo de problemas de salud y si esto repercute significativamente en el bienestar emocional de sus hijos con necesidades especiales.
- Realizar programas con el enfoque cognitivo conductual brindando técnicas para la disminución de la ansiedad en las madres de niños con necesidades especiales.
- Realizar programas psicoeducativos que permitan a las madres desarrollar una actitud materna de aceptación hacia sus hijos, así como espacios de orientación destinado a otros familiares de los niños con necesidades especiales para que se involucren en la crianza y obtengan conocimientos acerca de un manejo adecuado.
- Conocer la evolución de las manifestaciones de una actitud materna positiva en niños con necesidades especiales después de programas psicológicos a las madres.

## Referencias

- Amador, J.; Forns, M. y Martorell, B. (2001). Características del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Anuario de Psicología*, 32, (4). Recuperado de <https://www.raco.cat/index.php/AnuarioPsicologia/article/viewFile/61688/88455>
- Arévalo, E. (2004). *Adaptación y estandarización de ERMN*. (Tesis). Universidad Privada Cesar Vallejo, Trujillo, Perú.

- Asociación Americana de Psiquiatría (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- Astocondor, L. (2001). *Estudio Exploratorio sobre Ansiedad y Depresión en un grupo de pobladores de comunidades nativas aguarunas*. Tesis de licenciatura. Universidad de San Martín de Porres: Perú.
- Avaria, M. (2005). *Pediatría del Desarrollo y del Comportamiento*. 2, (1). Recuperado de: <http://www.revistapediatria.cl/vol2num1/14.htm>
- Banda, Y.; y Rentería, R. (2015). *Actitudes maternas y madurez escolar en niños del Primer Grado de una Institución Educativa*. 6, (1). Recuperado de: <file:///C:/Users/usuario/Downloads/85-321-1-PB.pdf>
- Barboza, E. (2014). *Ansiedad estado-rasgo y actitudes maternas en madres de niños con retardo mental moderado de centros de educación básica especial*. Tesis de pregrado. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo: Chiclayo, Perú.
- Bautista, R. (2002). *Necesidades educativas especiales*. Málaga, España: Aljibe.
- Beck, A.; Emery, G. y Greenberg, R. (2014). *Trastornos de ansiedad y fobias: una perspectiva cognitiva*, Bilbao, España: Editorial Descleé de Brouwer.
- Castañeda, A. (2005). *La adaptación del niño obeso y la relación con la actitud materna*. Tesis de licenciatura. Universidad Femenina del Sagrado Corazón: Perú.
- Cayetano, J. (2007). *Las actitudes maternas y la asertividad de sus hijos*. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Mayor de San Marcos: Perú.
- Coelho, S., Crecencia, H., de Lima, L. y Marten, V. (2011). *Redes de apoyo utilizadas por la familia cuando el niño nace con necesidades especiales*. 8, (36). Recuperado de: <http://www.index-f.com/evidentia/n36/ev7235.php>
- Comunidad de Madrid (2004). *Guía para conseguir una prevención de riesgos laborales inclusiva en las organizaciones*. Recuperado de: [http://www.madrid.org/cs/eadername/CONCEPTO+DE+DISCAPACIDAD\\_2.pdf](http://www.madrid.org/cs/eadername/CONCEPTO+DE+DISCAPACIDAD_2.pdf)

- Cruz, V. (2014). *Bienestar psicológico y actitudes maternas en madres de hijos con necesidades especiales de Trujillo*. Tesis de pregrado. Universidad Antenor Orrego: Trujillo, Perú.
- Dávalos, R. y Díaz, C. (2006). *Actitudes maternas y nivel de Autoestima en madres de Niños con Deficiencia Intelectual del Centro de Rehabilitación Integral Albores de Trujillo*. Recuperado de: [http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/1785/1/RE\\_PSICOLOGIA\\_STAR.PSICO.ACTITUDES.MATERNAS.NECESI.ESPECIALES\\_TESIS.pdf](http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/1785/1/RE_PSICOLOGIA_STAR.PSICO.ACTITUDES.MATERNAS.NECESI.ESPECIALES_TESIS.pdf)
- Ellis, A. (2000). *Cómo controlar la ansiedad antes de que le controle a usted*, Barcelona, España: Paidós.
- Estrella, C. (1986). *Actitudes maternas y nivel socioeconómico: un estudio comparativo*. Recuperado de <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/viewFile/4519/4500>
- Fernández, C., Arjona, P., Arjona, V., Cisneros, L. (2011). *Determinación de las necesidades educativas especiales*. D.F, México: Editorial Trillas.
- Gutiérrez, M. (2012). *Estilos de relación madre-hijo y conducta agresiva en niños de 2 años del Distrito del Callao*. Tesis de Maestría. Universidad San Ignacio de Loyola: Perú.
- Garrido, A., Ortega, P., Reyes, A., y Torres, L. (2006). *Actitudes de los padres en la sociedad actual con hijos e hijas con necesidades especiales*. 8, (1). Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/314/31480103.pdf>
- Gutiérrez, M. (2012). *Estilo de relación madre-hijo y conducta agresiva en niños de 2 años del Distrito del Callao*. Recuperado de [http://repositorio.ucil.edu.pe/bitstream/123456789/1200/1/2012\\_Guti%C3%A9rrez\\_Estilos%20de%20relaci%C3%B3n%20madre-hijo%20y%20conducta%20agresiva%20en%20ni%C3%B1os%20de%202%20a%C3%B1os%20del%20distrito%20del%20Callao.pdf](http://repositorio.ucil.edu.pe/bitstream/123456789/1200/1/2012_Guti%C3%A9rrez_Estilos%20de%20relaci%C3%B3n%20madre-hijo%20y%20conducta%20agresiva%20en%20ni%C3%B1os%20de%202%20a%C3%B1os%20del%20distrito%20del%20Callao.pdf)
- Hernández-Pozo, M. et all. (2008). Propiedades psicométricas del Inventario de Ansiedad Zung del estado de ansiedad con mexicanos. *Redalyc*, 2 (2), 19-46. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/2972/297225162009.pdf>

- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill.
- Hinostroza, A. (2010). *Autoestima materna y calidad de la relación de pareja en madres de nivel socioeconómico medio alto de Lima metropolitana*. Tesis de licenciatura. Pontificia Universidad Católica del Perú: Perú.
- Marchesi, A., Coll, C., y Palacios, J. (1999). *Desarrollo psicológico y educación: Trastorno del desarrollo y necesidades educativas especiales*. Madrid, España: Alianza Editorial.
- Martínez, M. (2008). *La maternidad puede ocasionar trastornos de ansiedad*. Recuperado de <http://www.taringa.net/posts/info/1603851/La-maternidad-puede-ocasionar-trastornos-de-ansiedad.html>
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2008). *Guía de Práctica Clínica para el manejo de pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria* [archivo de PDF]. Recuperado de [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_430\\_Ansiedad\\_Lain\\_Entr\\_compl.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_430_Ansiedad_Lain_Entr_compl.pdf)
- Pequeña, J. (2003). *Actitudes de los padres hacia el retardo mental leve de sus hijos en una muestra de la Provincia Constitucional del Callao*. 6, (2). Recuperado de: <file:///C:/Users/usuario/Downloads/5163-21603-1-PB.pdf>
- Ríos, I. (1996). *Estudio comparativo de las actitudes maternas hacia sus hijos con retardo mental*. Tesis de licenciatura. Universidad Federico Villareal: Perú.
- Romero, A. (2000). *Trastornos del lenguaje*. Recuperado de <http://ardilladigital.com/DOCUMENTOS/EDUCACION%20ESPECIAL/LOGOPE DIA/TRASTORNOS%20LENGUAJE/GENERAL/Trastornos%20del%20L%20-%20Redondo%20-%20art.pdf>
- Roth, R. (1965). *Escala de actitudes hacia la relación madre-niño*. Estados Unidos: Universidad de Illinois.
- Sánchez, M. (2003). *Mujer y salud: Familia, Trabajo y Sociedad*. España: Ediciones Díaz de Santos, S.A.
- Vargas, C. (2015). *Nivel de ansiedad en madres de niños con necesidades educativas especiales*. Tesis de Grado. Universidad Rafael Landívar: Guatemala.

Yactayo, Y. (2012). *Actitudes maternas y habilidades sociales en hijos de 5 años en la red N° 10 del Callao*. Tesis de maestría. Universidad San Ignacio de Loyola: Perú.

Zung, W. (1971). Un instrumento de calificación para los trastornos de ansiedad. *Psicosomática*, 12 (6), 371-379.

# ANEXOS

### ANEXO 1: *Matriz de Consistencia*

<b>Problema</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Hipótesis</b>
<p>¿Cuál es la relación entre la ansiedad y las actitudes maternas en madres de niños con necesidades especiales del área de Medicina Física y Rehabilitación de un Hospital Estatal de la provincia constitucional del Callao?</p>	<p>Objetivo General:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar la relación entre la ansiedad y las actitudes maternas: aceptación, rechazo, sobreindulgencia y sobreprotección en madres de niños con necesidades especiales del área de Medicina Física y Rehabilitación de un Hospital Estatal de la Provincia Constitucional del Callao.</li> </ul> <p>Objetivos Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimar la validez y la confiabilidad de los instrumentos de investigación en la población de estudio.</li> <li>• Describir los niveles de la ansiedad de las madres, según edad, sexo y diagnóstico del niño.</li> <li>• Describir los niveles de las sub-escalas de actitudes maternas: aceptación, rechazo, sobreindulgencia y sobreprotección según edad, sexo y diagnóstico del niño.</li> <li>• Comparar la ansiedad de las madres según su edad, sexo y diagnóstico del niño.</li> <li>• Comparar las sub-escalas de actitudes maternas: aceptación, rechazo, sobreindulgencia y sobreprotección según edad, sexo y diagnóstico del niño.</li> </ul>	<p>General:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Existe una relación significativa entre la ansiedad y las actitudes maternas: aceptación, rechazo, sobreindulgencia y sobreprotección, en madres de niños con necesidades especiales del área de Medicina Física y Rehabilitación de un Hospital Estatal de la Provincia Constitucional del Callao.</li> </ul> <p>Específicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Existen diferencias significativas en la escala de ansiedad en las madres de niños con necesidades especiales del área de Medicina Física y Rehabilitación de un Hospital Estatal, según edad, sexo y diagnóstico del niño.</li> <li>• Existen diferencias significativas en las cuatro sub-escalas de actitudes maternas: aceptación, rechazo, sobreindulgencia y sobreprotección, en las madres de niños con necesidades especiales del área de Medicina Física y Rehabilitación de un Hospital Estatal, según edad, sexo y diagnóstico del niño.</li> </ul>

## **ANEXO 2:** *Ficha técnica y Protocolo de la Escala de Autoevaluación de la Ansiedad de Zung.*

- Título : Escala de Autoevaluación de la Ansiedad de Zung  
(EAA)
- Autor : William Zung
- País y Año : Estados Unidos en el año 1971
- Adaptación y estandarización : Hernández-Pozo et all. (2008)
- Aplicación : Adolescentes y adultos (Individual y colectiva)
- Finalidad : Identificar los niveles de ansiedad, buscar un estimado de la ansiedad como un trastorno emocional y medir cuantitativamente la intensidad al margen de la causa.
- Duración : 10 min aproximadamente.
- Características Psicométricas:

Fue adaptada por Hernández-Pozo et all. (2008) en una muestra de 920 personas de entre 14 y 60 años de México. La validez de construcción del instrumento fue obtenida mediante el análisis factorial, en donde todos los reactivos tuvieron cargas factoriales superiores a 0.440, con una alfa de Cronbach de 0.770.

Asimismo, en Perú fue adaptada y validada por Astocondor (2001) con una muestra de 100 pobladores de ambos sexos, de 14 a 30 años, de siete comunidades nativas aguarunas del departamento de Amazonas. Para ello utilizó el método de validez interna por criterio de jueces, en donde la totalidad de los ítems adaptados tuvieron un alto nivel de validez (sig. >.05). Asimismo, para hallar la confiabilidad utilizó el Coeficiente de Alpha de Cronbach (0,785).



## CUESTIONARIO N° 1

Edad de niño(a): \_\_\_\_\_ Sexo del niño(a): Masculino Femenino

Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Lea cada oración y responda marcando con una X (equis) el grado en que Ud. sienta que presente cada una de las conductas descritas en las últimas semanas.

N	P	M	S
Casi Nunca	Pocas Veces	Muchas veces	Casi Siempre

1. Me siento más nervioso que de costumbre.	N	P	M	S
2. Me siento con temor sin razón.	N	P	M	S
3. Despierto con facilidad o siento pánico.	N	P	M	S
4. Me siento como si fuera a reventar y partirme en pedazos.	N	P	M	S
5. Siento que todo está bien y que nada malo puede suceder.	N	P	M	S
6. Me tiemblan los brazos y las piernas.	N	P	M	S
7. Me mortifican dolores de cabeza, cuello o cintura.	N	P	M	S
8. Me siento débil y me canso fácilmente.	N	P	M	S
9. Me siento tranquilo y puedo permanecer en calma.	N	P	M	S
10. Puedo sentir que me late muy rápido el corazón.	N	P	M	S
11. Sufro de mareos.	N	P	M	S
12. Sufro de desmayos o siento que me voy a desmayar.	N	P	M	S
13. Puedo inspirar y expirar fácilmente.	N	P	M	S
14. Se me adormecen o hincan los dedos de la mano.	N	P	M	S
15. Sufro de molestias estomacales o indigestión.	N	P	M	S
16. Orino con mucha frecuencia.	N	P	M	S
17. Generalmente mis manos están secas y calientes.	N	P	M	S
18. Siento bochornos.	N	P	M	S
19. Me quedo dormido con facilidad.	N	P	M	S
20. Tengo pesadillas.	N	P	M	S

### **ANEXO 3:** *Ficha técnica y Protocolo de la Escala de Actitudes Maternas de Roth.*

- Título original : Escala de Evaluación de la Relación Madre – Hijo.
- Título adaptado : Escala Adaptada de Actitudes Maternas de Roth
- Autor : Roberth Roth
- País y Año : Estados Unidos – 1965
- Adaptación y estandarización : César Estrella- 1986
- Aplicación : Madres de familia de niños menores de 7 años (Individual y colectiva)
- Finalidad : Conocer el tipo de relación que tiene la madre con su niño, a través de las áreas que evalúa: aceptación, sobreprotección, sobreindulgencia y rechazo.
- Duración : 25 min aproximadamente.
- Características Psicométricas:

Estrella (1986) halló la validez empleando el método de la matriz de correlación inter-subescalas en donde se aprecia que existe una correlación negativa alta entre las escalas de aceptación y no aceptación. El coeficiente medio de correlación logrado fue de  $-0.55$ . Además, la confiabilidad se llevó a cabo utilizando el Coeficiente de Alpha de Cronbach aplicado a cada una de las sub-escalas (0.44, 0.72, 0.44, 0.49). Asimismo, Arévalo (2004) determinó la validez del instrumento mediante la técnica del criterio de Jueces, quienes aprobaron unánimemente los 48 elementos; los mismos que fueron sometidos luego a una validez de criterio, aplicándose la prueba piloto a 120 sujetos de la muestra, utilizando el método ítem test, a través de la fórmula Producto Momento de Pearson ( $r > 0.21$ ) precisando de esta manera la correlación real entre el ítem y el total del test (Coeficiente Mc Nemar  $> 0.35$ ). Además, el análisis de la fiabilidad de la escala general se realizó a través del coeficiente Alfa de Cronbach, obteniendo 0.90 ( $> 0.70$ ).

## CUESTIONARIO N° 2

Edad del niño(a): ..... Sexo: Masculino Femenino Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Diagnóstico del niño(a): .....

### INSTRUCCIONES

Lea cada afirmación cuidadosamente, luego ponga un círculo alrededor de la alternativa que se acerque más a la opinión o al sentimiento de Ud.

Si Ud. está **Completamente de acuerdo** con la afirmación o sentimiento haga un círculo en las letras **CA**. Si Ud. está de **Acuerdo** haga un círculo a la letra **A**. Si Ud. está **Indeciso** haga un círculo en la letra **I**. Si Ud. está **En desacuerdo** haga un círculo en la letra **D**. Si Ud. está **Completamente en desacuerdo** haga un círculo en las letras **CD**.

- |   |    |   |   |   |    |
|---|----|---|---|---|----|
| 1. Si es posible una madre debería dar a su hijo (a) todas aquellas cosas que nunca tuvo.         | CA | A | I | D | CD |
| 2. Los niños son como pequeños animales y pueden ser entrenados igual que cachorros.              | CA | A | I | D | CD |
| 3. Los niños no pueden escoger ellos mismos sus propios alimentos.                                | CA | A | I | D | CD |
| 4. Es bueno para un niño (a) el ser separado de su madre de vez en cuando.                        | CA | A | I | D | CD |
| 5. “Divertirse” generalmente es una pérdida de tiempo para el niño (a).                           | CA | A | I | D | CD |
| 6. Una madre debe defender a su hijo (a) de las críticas.   | CA | A | I | D | CD |
| 7. Un niño (a) no está en falta cuando hace algo malo.  | CA | A | I | D | CD |
| 8. Cuando una madre desaprueba una actitud de su niño (a) ella debe sobre – enfatizar su peligro. | CA | A | I | D | CD |
| 9. Mi niño (a) no se lleva bien conmigo.  | CA | A | I | D | CD |
| 10. Mi niño (a) no se lleva bien con otros niños tan bien como debería.                           | CA | A | I | D | CD |
| 11. Una madre debe resignarse a los alcances de su niño (a).                                      | CA | A | I | D | CD |
| 12. Una madre debe ver que su hijo (a) haga los deberes correctamente.                            | CA | A | I | D | CD |

13.	Para criar a un niño (a) adecuadamente la madre debe tener una idea de más o menos bien formada de lo que quisiera que su hijo (a) sea.	CA	A	I	D	CD
14.	Una madre debe de “lucir” a su hijo (a) en cualquier oportunidad.	CA	A	I	D	CD
15.	Se necesita mucha energía para disciplinar a un niño (a) correctamente.	CA	A	I	D	CD
16.	La madre nunca debería dejar a su niño (a) por su cuenta.	CA	A	I	D	CD
17.	Con el entrenamiento adecuado un niño (a) puede llegar a hacer prácticamente todo.	CA	A	I	D	CD
18.	Es bueno que una madre corte el pelo al niño si a este le disgusta ir al peluquero.	CA	A	I	D	CD
19.	Yo muchas veces amenazo castigar al niño (a) pero nunca lo hago.	CA	A	I	D	CD
20.	Cuando un niño (a) desobedece en el colegio la profesora debe castigarlo.	CA	A	I	D	CD
21.	Mi niño (a) me molesta.	CA	A	I	D	CD
22.	Es responsabilidad de la madre que el niño (a) nunca esté triste.	CA	A	I	D	CD
23.	Un niño es un adulto en miniatura.	CA	A	I	D	CD
24.	Una madre no puede dedicarle demasiado tiempo a leer a su hijo (a).	CA	A	I	D	CD
25.	Un niño (a) necesita más de 2 exámenes médicos al año.	CA	A	I	D	CD
26.	Uno no debe confiar en los niños para que haga las cosas ellos solos.	CA	A	I	D	CD
27.	La madre debe dejar la alimentación de pecho lo antes posible.	CA	A	I	D	CD
28.	Los niños deben ser siempre mantenidos tranquilos.	CA	A	I	D	CD
29.	Un niño (a) debe tener su propina fija.	CA	A	I	D	CD
30.	A menudo le juego bromas a mi hijo (a).	CA	A	I	D	CD
31.	La madre debe recostarse con el niño (a) cuando este no puede dormir.	CA	A	I	D	CD
32.	A menudo un niño (a) actúa como si estuviese enfermo cuando no lo está.	CA	A	I	D	CD
33.	Los niños nunca pueden bañarse ellos mismos como deberían.	CA	A	I	D	CD
34.	A un niño (a) no se le debe resonrar por arrancarle cosas a los adultos.	CA	A	I	D	CD
35.	Cuando la madre tiene problemas con su hijo (a) al cual no sabe como tratar, ella debe buscar ayuda apropiada.	CA	A	I	D	CD

36. Cuando un niño (a) llora debe tener la atención inmediata de la madre.	CA	A	I	D	CD
37. Por alguna razón, yo nunca puedo negarme a cualquier pedido que mi hijo (a) haga.	CA	A	I	D	CD
38. Los niños tienen sus propios derechos.	CA	A	I	D	CD
39. Una madre debe ver siempre que las demandas de su niño (a) sean atendidas.	CA	A	I	D	CD
40. Un niño (a) no debe molestar a su madre.	CA	A	I	D	CD
41. Los niños pequeños como los juguetes son el entretenimiento de sus padres.	CA	A	I	D	CD
42. Estar esperando un bebé es una responsabilidad del matrimonio.	CA	A	I	D	CD
43. Hay ciertos modos de educar a un niño (a), no importa como se sientan los padres.	CA	A	I	D	CD
44. Los niños deben ser vistos pero no oídos.	CA	A	I	D	CD
45. Una madre debe controlar las emociones de su hijo (a).	CA	A	I	D	CD
46. Como chuparse el dedo no es un hábito higiénico, debe evitarse de cualquier manera.	CA	A	I	D	CD
47. No es mucha ayuda para una madre hablar de sus planes con su hijo.	CA	A	I	D	CD
48. Un niño (a) debe complacer a sus padres.	CA	A	I	D	CD

#### ***ANEXO 4: Consentimiento Informado***

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer al participante una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participante.

La presente investigación es conducida por KAROL BRENDA MENA VALDIVIA, estudiante de la Universidad Nacional Federico Villarreal, con DNI N° 48331059. El objetivo de este estudio es determinar cuál es la relación que existe entre ansiedad y actitudes maternas en madres de niños con necesidades especiales del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.

Si usted accede a participar en esta investigación, se le solicita responder todas las preguntas formuladas en los cuestionarios. Esto tomará aproximadamente 15 min. de su tiempo.

La participación en esta investigación es estrictamente voluntaria. La información que se obtenga será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Desde ya le agradecemos su participación.

---

Mediante la presente declaro que acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por la estudiante de Psicología KAROL BRENDA MENA VALDIVIA.

He sido informada de que el objetivo de este estudio es determinar cuál es la relación que existe entre ansiedad y actitudes maternas en madres de niños con necesidades especiales del Dpto. de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.

Me han indicado también que tendré responder los cuestionarios recibidos. Esto tomará aproximadamente 15 min. de mi tiempo.

---

Firma del Participante

Fecha: