



USP
UNIVERSIDAD SAN PEDRO

FACULTAD DE CIENCIAS DE
LA SALUD
Escuela Profesional de
Psicología

**ESTILOS DE VINCULACIÓN PRENATAL MATERNA EN GESTANTES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL LA CALETA-CHIMBOTE, 2017.**

Tesis para optar por el título de Licenciada en Psicología que presenta la Bachiller:

AUTORA:

MEJÍA TRUJILLO, RAYSA SILVANA

ASESORA:

MG. MILLONES ALBA, ÉRICA

CHIMBOTE – PERÚ

2017

PALABRAS CLAVE

Apego, vinculación prenatal, estilos de vinculación prenatal y embarazo

KEYWORDS

Attachment, prenatal attachment, prenatal attachment styles, and pregnancy

DEDICATORIA

A Dios, por ser el autor y arquitecto de mí ser, y por permitirme llegar hasta este momento tan especial en mi vida.

Así también dedico de una manera muy especial a los Magister Érica Millones Alba y Joel Sánchez Romero, por la comprensión, la paciencia y el carisma al enseñar, porque más que docentes, los considero como mi guía y buenos amigos en quienes puedo confiar.

Raysa Silvana

AGRADECIMIENTO

A la Universidad San Pedro por que abrió sus puertas para lograr mi formación como Psicóloga, trasmitiéndome a través de sus docentes el conocimiento científico y humanístico necesario para mi ejercicio profesional.

A los directores, obstetras y gestantes del Hospital la Caleta por las facilidades otorgadas para la ejecución del presente estudio.

Le doy gracias a Dios por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, por ser mi fortaleza en mis momentos difíciles y por brindarme una vida llena de aprendizaje, experiencias y sobre todo de felicidad.

Expreso también mi gratitud a mis padres por apoyarme en todo momento, por los valores que me han inculcado, y por haberme dado la oportunidad de tener una excelente educación en el transcurso de mi vida.

Autora

DERECHO DE AUTORÍA

Se reserva esta propiedad intelectual y la información de los derechos de autor según DECRETO LEGISLATIVO 822 de la República del Perú. El presente informe no puede ser reproducido ya sea para venta o publicaciones comerciales, solo puede ser usado total o parcialmente por la universidad San Pedro para fines didácticos. Cualquier uso para fines diferentes debe tener antes nuestra autorización correspondiente.

La Escuela Académico Profesional de Psicología de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad San Pedro ha tomado las preocupaciones razonables para verificar la información contenida en esta publicación.

Raysa Silvana Mejía Trujillo

PRESENTACIÓN

Dando cumplimiento al Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad San Pedro, tengo el agrado de presentar al jurado evaluador, la comunidad universitaria y la comunidad científica los resultados correspondientes a la investigación titulada Estilos de Vinculación Prenatal Materna en gestantes atendidas en el Hospital la Caleta-Chimbote, 2017. La presente investigación está estructurado de la siguiente manera: La introducción, donde se incluye los antecedentes y fundamentación científica, la justificación del estudio, el problema, el marco teórico-conceptual y los objetivos de la investigación. Los materiales y métodos, donde se describe el tipo y diseño de investigación, la población y muestra, las técnicas e instrumentos así como los procedimientos para la recolección de la información y protección de los derechos humanos. Los resultados, que incluye el análisis y discusión. Las conclusiones y recomendaciones; y finalmente las referencias bibliográficas y los apéndices.

La investigadora y los asesores no dudamos que los contenidos del trabajo serán bien recibidos por quienes están interesados en el tema. Esperamos que genere comentarios e iniciativas que permitan desarrollar nuevos conocimientos e intervenciones orientadas a la vinculación prenatal materna.

INDICE DE CONTENIDOS

	Pág.
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Derecho de autoría	v
Presentación	vi
Índice	vii
Resumen	x
Abstract	xi
Introducción	12
Antecedentes y fundamentación científica	12
Justificación de la investigación	13
Problema	14
Marco referencial	16
Objetivo	28
Metodología	29
Tipo y diseño de investigación	29
Población y muestra	30
Técnicas e instrumentos de recolección de datos	33
Procedimiento de recolección de datos	37
Resultados	39
Análisis	39
Discusión	52
Conclusiones	57
Recomendaciones	57
Referencias bibliográficas	58
Anexos	64

ÍNDICE DE TABLAS

		Pág.
Tabla 1	Matriz de operacionalización de la variable principal	
Tabla 2	Matriz de operacionalización de las variables de caracterización	
Tabla 3	Distribución de la muestra según variables sociodemográficas	
Tabla 4	Distribución de la muestra según variables obstétricas	
Tabla 5	Distribución de la muestra según variables psicológicas	
Tabla 6	Distribución de gestantes por estilo de vinculación prenatal materna. Hospital la Caleta, Chimbote, 2017	
Tabla 7	Distribución de gestantes por estilo de vinculación prenatal materna según edad. Hospital la Caleta, Chimbote, 2017	
Tabla 8	Distribución de gestantes por estilo de vinculación prenatal materna según grado de instrucción. Hospital la Caleta, Chimbote, 2017	
Tabla 9	Distribución de gestantes por estilo de vinculación prenatal materna según procedencia. Hospital la Caleta, Chimbote, 2017	
Tabla 10	Distribución de gestantes por estilo de vinculación prenatal materna según ocupación. Hospital la Caleta, Chimbote, 2017	
Tabla 11	Distribución de gestantes por estilo de vinculación prenatal materna según embarazo planificado. Hospital la Caleta, Chimbote, 2017	
Tabla 12	Distribución de gestantes por estilo de vinculación prenatal materna según número de embarazo. Hospital la Caleta, Chimbote, 2017	
Tabla 13	Distribución de gestantes por estilo de vinculación prenatal materna según control prenatal. Hospital la Caleta, Chimbote, 2017	
Tabla 14	Distribución de gestantes por estilo de vinculación prenatal materna según estimulación prenatal. Hospital la Caleta, Chimbote, 2017	
Tabla 15	Distribución de gestantes por estilo de vinculación prenatal materna según psicoprofilaxis. Hospital la Caleta, Chimbote, 2017	

- Tabla 16 Distribución de gestantes por estilo de vinculación prenatal materna según violencia doméstica en pareja. Hospital la Caleta, Chimbote, 2017
- Tabla17 Distribución de gestantes por estilo de vinculación prenatal materna según relación de pareja. Hospital la Caleta, Chimbote, 2017
- Tabla 18 Gestantes por estilo de vinculación pre natal materna según la relación con su familia de origen. Hospital la Caleta, Chimbote, 2017

RESUMEN

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo Describir los Estilos de Vinculación Prenatal Materna que tienen las gestantes atendidas en el Hospital La Caleta de Chimbote, 2017. Se desarrolló un estudio básico de enfoque cuantitativo, de nivel descriptivo, de diseño simple de corte transversal con un muestreo probabilístico sistemático. Se aplicó una encuesta a 98 gestantes, para la cual se utilizó la Escala de Vinculación Prenatal Materna cuyas siglas en inglés son MAAS (Maternal Antenatal Attachment Scale), diseñada por Condon (1993). Los resultados demuestran que en las gestantes evaluadas en el Hospital la Caleta de Chimbote, 2017, predomina el Estilo Fuerte/Saludable. Así mismo se concluye que según las características demográficas en las gestantes predomina el Estilo Fuerte/Saludable, según las características obstétricas en las gestantes predomina el Estilo Fuerte/Saludable. Por último se concluye que según las características psicológicas de las gestantes predomina el Estilo Fuerte/Saludable.

Palabras claves: Apego, vinculación prenatal, estilos de vinculación prenatal y embarazo

ABSTRACT

The present study aimed to describe the Prenatal Maternal Bonding Styles of pregnant women attended at La Caleta Hospital in Chimbote, Mexico, in 2017. A basic quantitative focus study was developed, with a descriptive level, with a simple cross-sectional design with Systematic probabilistic sampling. A survey of 98 pregnant women was carried out, using the Maternal Antenatal Attachment Scale (MAAS), designed by Condon (1993). The results show that the pregnant women evaluated at Hospital la Caleta de Chimbote, 2017, predominate the Strong /Healthy Style. Likewise, it is concluded that according to the demographic characteristics in the pregnant women, the Strong/Healthy Style predominates, according to the obstetric characteristics in the pregnant women, the Strong/Healthy Style predominates. Finally, it is concluded that according to the psychological characteristics of pregnant women, the Strong/Healthy Style predominates.

Keywords: Attachment, prenatal attachment, prenatal attachment styles, and pregnancy

I. INTRODUCCIÓN

1.1 Antecedentes y fundamentación científica

Los trabajos consultados relacionados a las variables de estudio se han reportado pocas investigaciones más aun investigaciones nacionales y locales.

Grimalt O, Heresi M (2012) su trabajo de investigación tiene como objetivo determinar la relación entre el estilo de apego de la madre y el tipo de representaciones que ésta construye acerca del hijo en gestación, durante el embarazo de 3 mujeres primigestas, con distintos estilos para vinculares. Obteniendo como resultados: La gestante con un Vínculo Seguro, manifiesta la existencia de una intensa conexión con su hijo en el período prenatal, la mujer con Vínculo Inseguro Evitativo, muestra preocupación por llegar a transmitir estados negativos al hijo durante el embarazo y en la madre con Vínculo Seguro, las transformaciones físicas y emocionales propias de la condición de embarazo, llevan a un ajuste paulatino, de nuevas pautas de conducta y a la reacomodación de la rutina.

Gómez, Alonso y Rivera (2011) en su trabajo de investigación sobre relación materno fetal y establecimiento del apego durante la etapa de la gestación, lograron identificar una contribución positiva de las dudas, inquietudes o excesiva responsabilidad que experimenta la embarazada sobre su vida futura y la del bebe; ya que son esos sentimientos los que pueden impulsarla a revisar su rol de madre y adaptarlo a su bebé. Así mismo, las mujeres conocen algunas formas de interacción con su bebé, siendo las más utilizadas las relacionadas al contenido del tacto seguidas de las auditivo-verbales y continuadas por las del sentido del gusto. Identificaron que las madres pueden experimentar miedos e inseguridades normales y propias de cada etapa de embarazo. Sin embargo, los miedos e inseguridades en los últimos meses de gestación pueden limitar el desarrollo de una relación acogedora de la madre. Concluyendo que un primer paso para establecer una relación adecuada con el bebe es superar esos miedos y afrontarlos de una forma psicológica sana, siendo necesario generar intervenciones prenatales orientadas a fortalecer el vínculo materno fetal.

Rodríguez, Pérez-López, y Brito de la Nuez (2004) En su investigación sobre vinculación afectiva prenatal asociada a la satisfacción con la relación de pareja y al ansiedad durante el tercer trimestre de gestación lograron identificar que, entre las mujeres que presentan mayor satisfacción con su relación de pareja se encuentra una mayor proporción de mujeres con mejor vinculación afectiva prenatal, así mismo, a nivel general, se estableció que a menor ansiedad cognitiva y fisiológica existe un mayor grado de vinculación prenatal por parte de la madre.

1.2 Justificación de la investigación

Si bien es cierto, se ha realizado investigaciones a nivel mundial sobre la vinculación prenatal materna, la mayoría de estos trabajos solo se enfocan en el conocimiento de actitudes de la madre hacia su hijo o el vínculo afectivo que se establece durante la etapa post parto, siendo pocas las investigaciones bajo la perspectiva de la salud mental perinatal, que reconoce en el vínculo afectivo madre-hijo durante la gestación como un elemento trascendental para el establecimiento de un apego seguro y saludable en etapas posteriores de la vida. Así mismo, ampliar el conocimiento sobre la vinculación afectiva de la madre con el neonato sería una herramienta para hacer más llevaderos los problemas físicos y emocionales que sufre directa y/o indirectamente la madre durante esta etapa.

De ahí que, la presente investigación cobra importancia toda vez que pretende describir los estilos de vinculación afectiva en nuestra realidad generando información base para el desarrollo de metodologías y procedimientos interdisciplinario entre Psicólogos y Obstetras dentro de las maternidades, para abordar los problemas de adaptación y vinculación de la diada madre-hijo, aumentando el bienestar y la salud de la mujer, el bebé y la familia.

Metodológicamente se estaría posibilitando la adaptación e inclusión de nuevos instrumentos psicológicos para la práctica clínica perinatal y permitirá ampliar el espacio laboral de los psicólogos dentro de nuestra localidad y región. Finalmente, teniendo en

cuenta las palabras de Michel Odent: “para cambiar el mundo debemos cambiar la forma de nacer”, la contribución social es inminente, ya que investigaciones como estas permitirían intervenir de manera holística en la promoción de la salud enfocado en el desarrollo de los niños y las familias futuras.

1.3 Problema

En la actualidad la ciencia ha ofrecido datos que permiten tener una imagen mucho más cercana a la realidad sobre la vida prenatal. Al respecto, Verny señala que: “el niño no nacido es un ser consciente, que siente y recuerda, y puesto que existe, lo que le ocurre en los nueve meses que van desde la concepción al nacimiento, moldea la personalidad, los impulsos, de manera significativa” (Verny & Kelly, 2009). Lo cual establece que el vínculo comienza mucho antes del nacimiento, en el útero, y que es un momento que destaca por la influencia positiva que la madre puede llegar a ejercer sobre el ser que llega (Gómez, Alonso y Rivera, 2011).

Sin embargo, ya en la década del ochenta, Macfarlane (1981) en su *Psicología del nacimiento*, insinuaba que el vínculo materno-infantil se crea desde el momento en que la madre conoce la noticia de estar embarazada, así como la importancia de describir los estilos de vinculación maternos intervienen en el desarrollo del bebé durante la gestación.

Asimismo se confirma entonces la necesidad de establecer adecuados estilos de vínculo afectivo para asegurar así el desarrollo tanto social, cognitivo y emocional del menor. Ya que si se desarrolla un vínculo saludable este influirá para el desarrollo de su autoestima, sus habilidades cognitivas y sociales. Por el contrario se generan dificultades cuando se forma un vínculo inseguro, hay mayor probabilidad de que el menor presente un rendimiento escolar bajo, vulnerabilidad al estrés, niveles altos de depresión y problemas para establecer relaciones interpersonales.

Este vínculo afectivo materno está determinado por la adaptación al embarazo que tiene la mujer, proceso mediado por todas aquellas ideas recibidas desde su niñez sobre

maternidad y maternaje, los miedos propios del proceso primerizo o recibido de anteriores embarazos, así como por las fortalezas que la mujer es capaz de exponer ante situaciones que le requieren de estrategias de afrontamiento (Oberman, 2013). El reconocimiento del nonato como un ser capaz y sensible, desde un punto de vista neuropsicofisiológico, que interactúa con su medio durante nueve meses antes de nacer, constituye para muchos especialistas el medio de fomento para la adaptación de la mujer al embarazo, lo que a su vez promovería el establecimiento de un vínculo con este y así promover un trato sano del niño no nacido (Rodríguez, Pérez-López y Brito, 2004).

Son otras las disciplinas médicas, la Obstetricia y Perinatología, quienes reconocen la importancia de la vinculación entre los padres y el hijo por la contribución que tiene en la fisiología de la gestación, lactancia y adaptación del neonato al medio externo. Contando con manuales de promoción y protocolos de atención de la salud perinatal que establecen la importancia del vínculo y apego de la diada madre-hijo con una participación activa del padre y la familia. Sin embargo, la realidad de los nosocomios de la localidad es otra, mostrando una insipiente promoción de los lazos afectivos entre la madre y su hijo durante la gestación y con una total falta de respeto por la intimidad de la madre y su hijo, mediada por la medicalización del parto y la violencia obstétrica.

Por otro lado, a pesar del reconocimiento de la importancia de la vinculación materna prenatal como precursor de los cambios sociales necesarios en el futuro, en el país y la localidad no se encuentra evidencia empírica que aborde el vínculo afectivo madre-hijo pregestacional desde la visión de la Psicoperinatología, dificultándose así su entendimiento y promoción por los estudiantes y profesionales de la Psicología.

Por lo expuesto es evidente la necesidad de realizar una completa exploración del proceso de vinculación afectiva que desarrolla la madre durante los nueve meses de embarazo, conocer cómo se adapta y afronta la maternidad en general y cómo sus características personales, sociales y psicológicas determinan las distintas formas vincularse con el no nacido.

Sin embargo, aun teniendo como referencia esta información, a nivel nacional y local existe ausencia de trabajos de investigación desde el campo de la psicología

perinatal, las cuales nos permitan comprender y promover la vinculación afectiva prenatal materna. Finalmente, se plantea la siguiente interrogante de investigación: ¿Cuáles son los estilos de vinculación prenatal materna que tienen las gestantes atendidas en el Hospital La Caleta de Chimbote, 2017?

1.4 Marco teórico

“El embarazo para la madre constituye un tiempo de compleja adaptación biopsicosocial. La mujer durante esta fase además de transitar por dramáticos cambios físicos, al imaginar a su hijo toma una mayor conciencia de él, lo cual la aproxima afectivamente a este, lo que a su vez la lleva a visualizarse como madre y a adaptarse a los roles que esto conlleva” (Castro, Estrada, y Landero, 2015; Lafuente, 2008).

“La vinculación que se establezca entre la madre y el feto ayuda a mitigar los problemas físicos y emocionales de esta etapa, preparando la futura relación de apego entre madre e hijo, así como en las tareas de cuidado y crianza, a ser de incentivo para mejorar la calidad de vida de los padres y el nuevo miembro de la familia” (Castro, et al, 2015).

Durante esta etapa se adquirirá información acerca del embarazo, lo que permitirá que la mujer al estar informada tenga una mayor aceptación de este y de los cambios que trae consigo. Del mismo modo, el establecer un vínculo temprano incrementará la curiosidad de la madre por adquirir conocimientos sobre el desarrollo de su hijo, lo que traerá consigo un interés por desarrollar las habilidades y necesidades del bebé antes y después de su nacimiento, (Rodríguez, Pérez-López, Brito, 2004).

“La vinculación empieza cuando la madre se hace consciente de que el futuro niño es un individuo con su propia constitución física, y una personalidad incipiente. Una buena vinculación prenatal posibilita después del nacimiento unas relaciones progenitores-hijo más apropiadas, que serán la base idónea para un apego seguro”(Smeekens, Riksen-Walraven, y Van-Bakel, 2007).

Teoría de la vinculación

“La idea de que existe un vínculo afectivo entre la madre y el feto durante la gestación no es un tema nuevo; Castro, et al (2015) mencionan que ya desde mediados del siglo XX se plantearon nociones de cómo la mujer establece una conexión con el feto de manera intrapsíquica, y que la carga libidinal de la mujer embarazada es transmitida hacia el bebé en gestación”.

“No es hasta finales de la década de 1960, con el trabajo de John Bowlby (1969) que se establece una postura teórica aceptable sobre la vinculación-apego. Su trabajo su trabajo original se centró en la necesidad biológica del infante de experimentar una cercanía o proximidad física con la madre, complementando posteriormente que la vinculación es también una necesidad psicológica y que esta va más allá de procesos inconscientes”

Bowlby, citado por Castro (2011), sugiere que la vinculación surge como una motivación interna que ayuda a protegerse a sí mismo en situaciones donde se sienta cansado, enfermo o con miedo, lo cual genera que se busque y mantenga la proximidad hacia la persona que ofrece el cuidado, la cual sería el objeto de vínculo y que en la mayoría de los casos sería la madre. Además, propone que el infante nace con comportamientos de vinculación, tales como llanto, buscar a la madre, o sonreír, los cuales permiten que se incremente y se mantenga la proximidad con la madre.

En 1973, Bowlby en sus trabajos llamó “modelo de trabajo interno”, a la habilidad del bebé de desarrollar expectativas en base de las respuestas de su objeto de vínculo, es decir el bebé refuerza la creencia de que su objeto de vínculo le ofrecerá seguridad en el momento en que lo requiera a través de las experiencias previas.

A partir de los trabajos de Bowlby se desarrollaron investigaciones más profundas respecto al apego y vinculación, una de las investigadoras que ahondo en el tema fue Mary Ainsworth, la cual sostiene que la vinculación del infante va más

allá de solamente un proceso biológico, es decir, que esta incluye la apreciación interna del comportamiento materno (Ainsworth y cols., 1978).

Ainsworth y Bell (1970) fueron los primeros, que se aproximaron a medir científicamente la vinculación entre madre e hijo; entre sus primeros experimentos se encuentran los realizadas en ambiente de laboratorio en donde se observaba la reacción de los niños ante las situaciones controladas de que la madre estuviera presente en el mismo cuarto, y en donde la madre estuviera ausente, y se observaba la reacción y comportamiento de los niños en lapso de tiempo en que la madre regresara. La mayoría de los niños responden a estas ausencia con angustia, y tan pronto como regresan con su madre y esta los reconforta vuelven a su comportamiento normal.

Sin embargo, existen otros tipos de respuesta que también se presentan, los cuales marcan el tipo de vinculación que presenta el niño, la cual se podía anticipar basándose en la observación de la conducta de la madre (Ainsworth, et al, 1978). Un estudio realizado con 80 madres primigestas, sugiere que las madres con una vinculación segura se adaptan mejor a la maternidad, mientras que las de tipo inseguro experimentaban esta etapa como amenazante (Mikulincer y Florian, 1998).

Conceptualización de vinculación prenatal

Estos puntos de vista resultaron de gran interés, sin embargo, carecían de un sustento que demostrara su existencia. Siendo uno de las primeras demostraciones empíricas las vistas en las madres cuyos hijos murieron durante el parto, las cuales reflejan un profundo sufrimiento y duelo, demostrando esto un lazo establecido durante el embarazo (Kennell, Slyter, & Klaus, 1970).

Lumley (1982), realizó en Australia uno de los primeros estudios longitudinales en este tema, en donde entrevisto a embarazadas en el primer trimestre, segundo trimestre, a las 36 semanas de gestación y después del parto, su objetivo era el conocer las actitudes que se tenían hacia el feto. Encontrando un 30%

de vinculación en el primer trimestre, 63% en el segundo y 92% a las 36 semanas. A las mujeres que no presentaron actitudes de vinculación se lo adjudicó a que experimentaron complicaciones durante el embarazo y a la falta de apoyo por parte de sus parejas.

Aunque cada autor aporta su punto de vista particular a la definición, existen puntos en común entre la mayoría de los autores, dentro de las definiciones más usadas se encuentran las siguientes:

- Cranley (1981), “La medida en que las mujeres (y hombres) se comprometen en comportamientos que representan la afiliación y la interacción con su hijo por nacer”.
- Lumley (1982), El punto en que la madre establece una relación imaginaria con el feto, y piensa en él como una persona real.
- Muller (1990), “Única relación afectuosa que se desarrolla entre una mujer y su feto”.
- Condon (1993), “Lazo o vínculo emocional que normalmente se desarrolla entre la mujer embarazada y su aun no nacido infante”.
- Doan y Zimerman (2003), “Concepto abstracto, que representa la relación de afiliación entre padres y feto, el cual puede estar presente antes del embarazo y se relaciona tanto con habilidades cognitivas como emocionales”.

La vinculación temprana surge de la experiencia recíproca e interactiva entre el bebé y las figuras parentales y el mecanismo de apego innato, el cual se puede entender como un movimiento recíproco en el que bebé y madre, incita y modifica al otro a través de la interacción de señales y conductas que se producen de forma sincronizada desde la gestación (Enríquez, Padilla y Montilla, 2008).

Si se logra establecer una buena vinculación prenatal se abre la posibilidad de que después del nacimiento se establezcan unas relaciones más apropiadas que serán la base para un apego seguro padres-hijo, el cual es necesario para el desarrollo del niño (Castro, 2011).

Definición de Vinculación

El concepto de vinculación se ha utilizado en diversos estudios como sinónimo de apego, el cual no ha encontrado una definición aceptada universalmente, partiendo de esto se encontraron algunas definiciones que coinciden con el propósito de la presente investigación.

Bowlby (1982), la define como un conjunto de comportamientos en evolución en donde el niño busca establecer y mantener una proximidad física y psicológica hacia una figura que lo proteja de los peligros que el percibe, buscando también recibir afecto y que le permita explorar su mundo de manera segura. Establece que la vinculación es una clase específica de vínculo social que una persona siente hacia otra, la cual cambia dependiendo quien siente el vínculo y hacia quien va dirigido, encontrando dos vertientes el lado emocional y lado comportamental.

El lado emocional hace referencia al deseo de buscar y establecer contacto con la figura generadora de apego en alguna situación específica; mientras que el comportamental se refiere a las acciones o comportamientos que la persona realiza para mantener su proximidad a la persona que le genera el apego, esta proximidad puede ser tanto física como psicológica (Bowlby, 1982).

Uno de los conceptos más recientes, hace referencia a la vinculación como el lazo afectivo que emerge entre dos personas y da pie a un marco de confianza en el otro, dentro de un contexto de comunicación y desarrollo (Enríquez, Padilla, Montilla, 2008).

Desarrollo de la vinculación prenatal

La vinculación se inicia en la gestación por la acción genética y hormonal, sin embargo, en el momento en que los padres toman consciencia de que el niño que esperan, es un individuo con su propia constitución física y una personalidad incipiente, estamos hablando que se establece la vinculación (López y Sueiro, 2008; Lafuente, 2008).

Existe una relación perceptiva-psicológica, la cual concede al niño la oportunidad de establecer comunicación con la madre, permitiéndole asimilar los estados emocionales

de esta así como su actitud vivencial hacia él; estas relaciones son la base para el establecimiento de un vínculo temprano (Valencia y González, 2008).

Desde la perspectiva psicológica, la madre y el feto se encuentran íntimamente unidos todo el tiempo que dura su gestación. La información materna, puede alcanzar al infante fetal por dos canales: el sonoro y el humoral.

El canal sonoro está constituido por la percepción del latido cardiaco materno, así como por el dialogo que pueda establecer la madre al que el feto responde con movilidad motora, poder escucharlo y sentir sus movimientos, les permite considerar al niño en formación como un ser diferenciado de la madre, con identidad propia, a imaginar cómo será y atribuirle ciertas características de personalidad humana.

El intercambio sensorial permite la creación de un lazo afectivo privilegiado entre el feto y la madre. Por otro lado, el canal humoral lo constituyen las variaciones del medio interno de la madre que se transmiten a través de la placenta, esto explica como los cambios bruscos en su estado de ánimo puedan repercutir en el feto, debido a los cambios en las secreciones endocrinas y su actividad neurovegetativa (Valencia y González, 2008).

Como se mencionó anteriormente durante el embarazo se lleva a cabo un proceso de adaptación por parte de la madre, en donde esta realiza trabajo psíquico que se puede plantear desde 3 ángulos (Vives, 1994):

- La necesidad de realizar una serie de ajustes intrapsíquicos e interpersonales con el fin de adaptarse al hecho de estar embarazada.
- La paulatina asimilación y reconocimiento del feto como un ser que habita en la madre y que con el tiempo llegara a ser un ser autónomo y separado de ella. Lo cual se establece cuando el feto se mueve en el útero materno.
- El reconocimiento gradual de que el bebé en gestación, se está constituyendo como un individuo único, diferente a sus padres.

Reva Rubin (1975), fue la primera en plantear que la vinculación que se establece entre la madre y el bebé es resultado de un proceso prenatal, identificando 3 tareas que

desarrollan las madres durante el embarazo: a) búsqueda de seguridad para ella y su bebé, b) asegurarse de que el bebé sea aceptado por los demás, c) vincularse con el feto.

Por su parte Cranley (1981), describió el proceso de vinculación como una serie de etapas en desarrollo que ocurren conforme la madre embarazada adopta ciertas conductas al darse cuenta de los cambios que debe hacer en su estilo de vida para el bienestar del feto.

Para los autores Condon y Corkindale (1997), hay dos dimensiones de la vinculación en las que se debe centrar la observación y medición: la calidad de vinculación, las experiencias de proximidad, ternura y la conceptualización del feto como una “pequeña personita”; y por otro lado la fuerte preocupación por el feto, es decir el momento en que el feto ocupa el lugar central en la vida emocional de la mujer.

Caracterices psicosociales y obstétricos-reproductivas en las gestantes

Dentro del marco de la psicología perinatal, una investigación llevada a cabo por Oiberman y Galíndez (2005), introduce las características sociodemográficas psicosociales y obstétricos del nacimiento a través de los sucesos significativos (Eventos de la vida) que pueden influir sobre el embarazo y el puerperio. Dentro de esta dimensión, se tomaron en cuenta diferentes características como la edad, situación socioeconómica, el grado de instrucción, el número de embarazos, embarazo no deseado, la historia familiar de la gestante, problema de pareja, entre otros.

Un suceso vital o significativo, es un hecho relevante que una persona reconoce como importante para hacer un cambio evolutivo en su vida. A lo largo de la niñez, adolescencia, juventud, etc., cada persona atraviesa diferentes épocas en las que surgen acontecimientos que pueden ser decisivos.

Tanto una mudanza, una muerte, o un buen o mal desempeño escolar, son vivencias importantes que pueden influir sobre el comportamiento de una persona, el enfrentamiento de determinadas situaciones y su relación con otros (Baltes, 1985).

Los sucesos vitales significativos para una madre, no solo son aquellos que están relacionados con el proceso biológico de la maternidad, sino que hay también todo un peso social, obstétrico y psicológico que influye sobre la maternidad y sobre el bebé como

“producto” de esa maternidad. Durante este período, la madre se encuentra en una situación de especial sensibilidad en donde un buen sostén psicológico es necesario para un buen desenlace; ya que los problemas en el ámbito de la pareja o la familia, pueden acarrear problemas durante la gestación, el parto y el puerperio (Oberman & Galindez, 2005).

Definición de los estilos o cuadrantes según Condon (1993).

Estilo fuerte/saludable (Cuadrante 1): En este cuadrante se presenta una calidad positiva con preocupación alta. Ubica a aquellas mujeres altamente preocupados por el feto, cuya intensidad de preocupación es acompañada por sentimientos de cercanía, ternura y deseo por su bebé.

Estilo afecto positivo/baja preocupación (Cuadrante 2): En este cuadrante se presenta una calidad positiva con preocupación baja. Ubica a aquellas madres que reportan afectos positivos de vinculación (similares a los del cuadrante 1), sin embargo, pasan menos tiempo desarrollando la experiencia de vinculación. En este cuadrante se podrían ubicar las madres multíparas ya que para ellas los cambios ya son conocidos y los toman como normal, del mismo modo se pueden ubicar, las mujeres que perciben la intensidad de la experiencia de vinculación como amenazante (Por ejemplo: Temor de perder el bebé).

Estilo desvinculado/ambivalente (Cuadrante 3): En este cuadrante se presenta una calidad negativa con preocupación baja. Identifica a las mujeres que pasan poco tiempo pensando en el feto y experimentan pocos afectos positivos asociados a la vinculación. Pueden ser que se sientan separados del feto y debido a eso están poco interesadas por él, o pueden tener sentimientos ambivalentes hacia el feto los cuales son amenazantes por lo que su existencia es suprimida o negada.

Estilo ansioso/ambivalente o preocupación sin afecto (Cuadrante 4): En este cuadrante se presenta una calidad negativa con preocupación alta. Identifica a aquellas mujeres que se preocupan demasiado por el feto, sin embargo la preocupación es sin afecto o acompañada de ambivalencia. En ambos casos, está desprovisto de matices

afectivos placenteros o positivos. Puede tener un toque de interés intelectual por el feto. Los sentimientos ambivalentes pueden generar algún tipo de preocupación ansiosa (Por ejemplo: Madres preocupadas por el bebé o por si misma excluyen de la experiencia los aspectos positivos de la vinculación).

1.51.1 Tabla 1 Matriz de operacionalización de la variable principal

Variable	Definición conceptual	Factores	Definición del factor	Indicador	Escala	Definición operacional
Vinculación prenatal materna	Lazo o vínculo emocional que normalmente se desarrolla entre la mujer embarazada y su aun no nacido infante (Condon; 1993).	Calidad	Evalúa las emociones y pensamientos positivos con respecto a cercanía, ternura y el deseo de conocer y ver a su bebé, así como una representación interna del bebé.	Calidad positiva Calidad negativa	Ordinal	Estilo Fuerte /saludable (Calidad positiva y preocupación alta).
		Intensidad de preocupación	Mide la preocupación de la madre hacia el bebé, que incluye la cantidad de tiempo que pasa pensando y hablando acerca de él.	Preocupación alta Preocupación baja		Estilo ansioso/ ambivalente o preocupación sin afecto (Calidad negativa y preocupación alta).

Tabla 2. Matriz de operacionalización de las variables de caracterización

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicador	Escala de medición	Definición operacional
Sociodemográficas	Referida a las características sociales, cultural y demográficas de la gestantes.	<ul style="list-style-type: none"> • Adolescencia • Juventud • Adulthood 	• Años cumplidos actuales	Ordinal	
		Grado de instrucción	<ul style="list-style-type: none"> • Educación básica • Educación superior 	Nominal	
		Procedencia	<ul style="list-style-type: none"> • Urbano • Rural 	Nominal	
		Ocupación actual	<ul style="list-style-type: none"> • Ama de casa • Con trabajo • Casada 	Nominal	
		Estado civil	<ul style="list-style-type: none"> • Conviviente • Soltera 	Nominal	
Obstétricas	Referida a la edad gestacional y antecedentes reproductivos y obstétricos de la gestante así como su condición perinatal	Semanas de Gestación	• Tercer trimestre	Nominal	Alternativa que seleccione la gestante
		Planificación del embarazo	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Nominal	
		Paridad	• Número de embarazos	Nominal	
		Control prenatal (CPN)	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Nominal	

Psicológicas	Referida a los antecedentes de violencia domestica de pareja, así como la relación de pareja actual y la de familia de origen.	Estimulación Prenatal	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Nominal	Alternativa que seleccione la gestante
		Psicoprofilaxis	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Nominal	
		Violencia domestica de pareja	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Nominal	
		Descripción de la relación de pareja actual	<ul style="list-style-type: none"> • Buena • Mala 	Nominal	
		Descripción de la relación con su familia de origen	<ul style="list-style-type: none"> • Buena • Mala 	Nominal	

1.5 Objetivos

1.5.1 Objetivo general:

Describir los estilos de vinculación prenatal materna que tienen las gestantes atendidas en el Hospital La Caleta de Chimbote, 2017.

1.5.1 Objetivos específicos:

1. Describir los estilos de vinculación prenatal materna según las características sociodemográficas de las gestantes atendidas en el Hospital La Caleta de Chimbote, 2017.
2. Describir los estilos de vinculación prenatal materna según las características obstétricas de las gestantes atendidas en el Hospital La Caleta de Chimbote, 2017.
3. Describir los estilos de vinculación prenatal materna según las características psicológicas de las gestantes atendidas en el Hospital La Caleta de Chimbote, 2017.

II. METODOLOGÍA

2.1 Tipo, nivel y diseño de investigación

Por sus características de intervención, el presente estudio es de tipo observacional; ya que, “no existe intervención del investigador; los datos reflejan la evolución natural de los eventos, ajena a la voluntad del investigador” (Supo, 2012, p 1).

La investigación por la naturaleza de los procedimientos de observación y análisis de la realidad utiliza una técnica cuantitativa. Toda vez que, se propone la utilización de técnicas estadísticas e instrumentos estructurados para recolección de información y medición de variables (Nérici, 1980).

Por su enfoque cuantitativo y en concordancia con los objetivos propuestos el proyecto se enmarca en un nivel de investigación descriptivo y diseño es simple de una casilla de corte transversal; ya que tiene el propósito de explicar un fenómeno especificando las propiedades importantes del mismo, a partir de mediciones precisas de variables o eventos, sin llegar a definir cómo se relacionan éstos (Nérici, 1980). La intención es describir el fenómeno en una circunstancia temporal y geográfica determinada, a través de frecuencias y/o promedios, estimando parámetros con intervalos de confianza (Supo, 2012).

Las limitaciones del estudio provienen del diseño descriptivo elegido, al tratarse de un estudio descriptivo, la falta de secuencia temporal entre los factores independientes y el efecto, imposibilita establecer inferencias causales. Sin embargo, permitirá plantear nuevas hipótesis y, sobre todo, detectar áreas susceptibles de mejora que refuercen la necesidad de implementar medidas para solucionar los problemas detectados.

2.2 Población y Muestra

La población estuvo conformada por todas las mujeres que se encuentran en el tercer trimestre de gestación atendidas en el Servicio de Obstetricia del Hospital La Caleta de Chimbote en el periodo marzo y abril del año 2017. Para determinar la muestra se utilizó un muestreo probabilístico sistemático para poblaciones desconocidas o infinitas, en vista que no se encontró con información del número total de mujeres que cumplieran los criterios de inclusión y exclusión propuestos en el estudio (Supo, 2012). Finalmente se seleccionó a 98 gestantes siendo esta la muestra para el estudio.

Las gestantes fueron captadas en el servicio seleccionado inmediatamente después de que hayan recibido su atención prenatal por las obstetras.

Antes de llevar a cabo la encuesta se les informó, a las gestantes seleccionadas, en qué consistía y cuál era el objetivo propuesto, para finalmente solicitarle su consentimiento para proceder a la aplicación de los instrumentos de recolección de la información.

A continuación, se presentan las características de la muestra y los criterios de inclusión y exclusión:

Caracterización de la muestra en estudio

Tabla 3.

Distribución de la muestra según características sociodemográficas

Característica sociodemográficas	f	%
Edad		
15 – 19	36	36.7
20 – 24	22	22.4
25 o más	40	40.8
Total	98	100.0
Grado de Instrucción		
Básica	84	85.7
Superior	14	14.2
Total	98	100,0
Procedencia		
Urbano	51	52.0
Rural	47	47.9
Total	98	100,0
Ocupación		
Ama de casa	79	80.6
Con trabajo	19	19.4
Total	98	100,0
Estado Civil		
Casada	14	14.2
Conviviente	77	78.5
Soltera	7	7.15
Total	98	100,0

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 4.*Distribución de la muestra según características obstétricas*

Característica obstétricas	f	%
Planificación del embarazo		
Si	55	56.1
No	43	43.8
Total	98	100,0
Paridad		
Primigesta	44	44.8
Segundigesta	54	55.1
Total	98	100,0
Control Prenatal		
No controlada	29	29.5
Controlada	69	70.4
Total	98	100,0
Estimulación Prenatal		
Si	21	21.4
No	77	78.5
Total	98	100,0
Psicoprofilaxis		
Si	21	21.4
No	77	78.5
Total	98	100,0

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 5.*Distribución de la muestra según características psicológicas*

Características psicológicas	f	%
Violencia Doméstica		
Si	11	11.2
No	87	88.7
Total	98	100,0
Relación con la Pareja		
Buena	55	56.1
Mala	43	43.8
Total	98	100,0
Relación con su familia de origen		
Buena	84	85.7
Mala	14	14.2
Total	98	100,0

Fuente: Elaboración propia.

Criterios de Inclusión.

- Mujer gestante atendida en el Hospital la Caleta durante el periodo de la investigación.
- Mujeres que se encuentran en el tercer trimestre de gestación en el momento de la inclusión en el estudio.
- Sin antecedentes reportado de depresión.
- Historia médica sin complicaciones obstétricas y fetales.
- Mujeres sin antecedentes de aborto habitual.

Criterios de exclusión.

- Gestante con historial psiquiátrico y/o psicológico.
- Gestante con capacidades distintas y/o con dificultades para comunicarse

2.3 Método, técnicas e instrumentos de recolección de datos.

La recolección de datos se realizó mediante el desarrollo de una encuesta a las gestantes que voluntariamente aceptaron participar de la investigación. La aplicación del formulario se realizó por la autora.

Se construyó un cuestionario para características sociodemográficas, obstétricas y psicológicas, con el propósito de tomar en consideración, algunas variables que dificulten o fortalezcan los estilos de vinculación prenatal materna, así como para seleccionar a las participantes que cumpliera con los criterios de inclusión establecidos previamente.

Para la recolección de la información de la variable principal del estudio se utilizó la Escala de Vinculación Prenatal Materna cuyas siglas en inglés son MAAS (Maternal Antenatal Attachment Scale), diseñada por Condon (1993) como un instrumento de auto reporte conformada por 19 ítems. Para el presente estudio se utilizará la versión traducida de la MAAS realizada por Castro (2011) en la ciudad de Monterrey en México (Apéndice1).

La versión de Castro (2011) es resultado del proceso de traducción inversa planteado por Cohen y Jones (1990), cuyo proceso es descrito por Masson (2005). Para lo cual se conformó un equipo con tres personas, cuyas características se detallan a continuación:

Persona 1: Maestra del idioma inglés cuya lengua natal es el español.

Persona 2: Cuya lengua natal es el idioma inglés, con dominio y fluidez del idioma español.

Persona 3: Investigador, con conocimientos avanzados del idioma inglés cuya lengua natal es el español.

El proceso de traducción inversa que se desarrolló se explica a continuación:

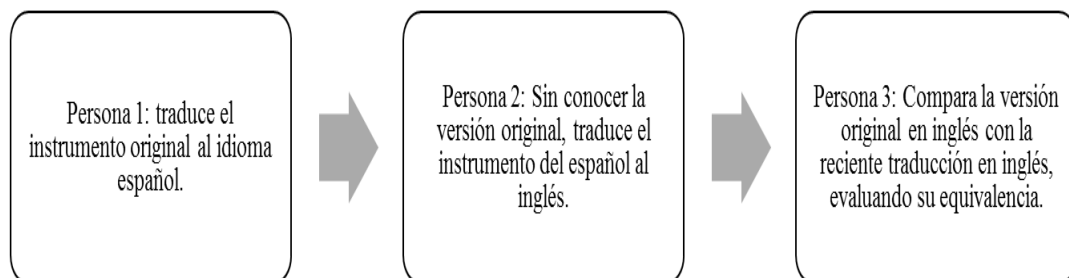


Figura 1: Proceso de traducción inversa

Una vez que la persona tres comparó la equivalencia de la traducción inversa con la original, constató que eran homogéneas lingüísticamente, quedando listo el instrumento para su aplicación.

La estructura interna de la escala se conforma por dos factores; “calidad”, la cual evalúa las emociones y pensamientos positivos con respecto a cercanía, ternura y el deseo de conocer y ver a su bebé, así como un representación interna del bebé; el segundo factor es “intensidad de preocupación”, la cual mide la preocupación de la madre hacia el bebé, que incluye la cantidad de tiempo que pasa pensando y hablando acerca de él.

Esta escala clasifica la vinculación prenatal materna en cuatro cuadrantes en donde cada uno representa un estilo de vinculación:

- Fuerte/saludable.

- Afecto positivo/baja preocupación.
- Desvinculado/ambivalente.
- Ansioso/ambivalente o preocupación sin afecto.

La versión final del instrumento consta de 19 ítems, cuyas respuestas son ubicadas en 5 puntos de una escala tipo Likert, la puntuación mínima es de 19 y la máxima de 95. Las puntuaciones en la escala de calidad puntúan entre 11 y 50, mientras que en la de preocupación entre 8 y 45. Respecto a la confiabilidad, el instrumento presenta para la escala total Alfa de Cronbach de 0.72, la sub-escala de calidad tiene un Alfa de Cronbach de 0.68 y la de preocupación de 0.62. La escala presenta una correlación moderada fuerte y positiva entre las sub-escala de calidad y preocupación, $r=0.606$, $p=0.000$.

Se clasificará calidad y preocupación como positiva y alta, según fuera el caso, cuando la puntuación se encuentre por arriba de la media del grupo, y como negativa y baja, respectivamente cuando puntuara por debajo de la media.

Definición de los estilos o cuadrantes según Condon (1993).

- 1. Estilo fuerte/saludable (Cuadrante 1):** En este cuadrante se presenta una calidad positiva con preocupación alta. Ubica a aquellas mujeres altamente preocupados por el feto, cuya intensidad de preocupación es acompañada por sentimientos de cercanía, ternura y deseo por su bebé.
- 2. Estilo afecto positivo/baja preocupación (Cuadrante 2):** En este cuadrante se presenta una calidad positiva con preocupación baja. Ubica a aquellas madres que reportan afectos positivos de vinculación (similares a los del cuadrante 1), sin embargo, pasan menos tiempo desarrollando la experiencia de vinculación. En este cuadrante se podrían ubicar las madres multíparas ya que para ellas los cambios ya son conocidos y los toman como normal, del mismo modo se pueden ubicar, las mujeres que perciben la intensidad de la experiencia de vinculación como amenazante (Por ejemplo: Temor de perder el bebé).

- 3. Estilo desvinculado/ambivalente (Cuadrante 3):** En este cuadrante se presenta una calidad negativa con preocupación baja. Identifica a las mujeres que pasan poco tiempo pensando en el feto y experimentan pocos afectos positivos asociados a la vinculación. Pueden ser que se sientan separados del feto y debido a eso están poco interesadas por él, o pueden tener sentimientos ambivalentes hacia el feto los cuales son amenazantes por lo que su existencia es suprimida o negada.

- 4. Estilo ansioso/ambivalente o preocupación sin afecto (Cuadrante 4):** En este cuadrante se presenta una calidad negativa con preocupación alta. Identifica a aquellas mujeres que se preocupan demasiado por el feto, sin embargo la preocupación es sin afecto o acompañada de ambivalencia. En ambos casos, está desprovisto de matices afectivos placenteros o positivos. Puede tener un toque de interés intelectual por el feto. Los sentimientos ambivalentes pueden generar algún tipo de preocupación ansiosa (Por ejemplo: Madres preocupadas por el bebé o por si misma excluyen de la experiencia los aspectos positivos de la vinculación).

2.4 Procedimiento de recolección de datos

Para iniciar la encuesta se explicó a las participantes los objetivos de la investigación, su colaboración voluntaria en ella y se solicitó su consentimiento (apéndice 3). La encuesta se realizó en los ambientes del Hospital La Caleta sin la presencia de otras personas que pudieran afectar la información recolectada.

En el procesamiento y análisis de datos se utilizará el procesamiento que a continuación se detalla:

- **Conteo:** se hará el conteo de respuestas dadas en cada uno de los instrumentos a través de una matriz de datos. Para este procesamiento de datos, primero se codificarán los datos; segundo se ingresarán estos datos en una hoja de cálculo del programa Office Excel 2013.
- **Tabulación:** se elaborará tablas para organizar la distribución de frecuencias absolutas y relativas.
- **Análisis cuantitativo:** se utilizará la estadística descriptiva a través de estadígrafos o indicadores numéricos de localización: media aritmética y mediana. El análisis de los datos se realizará utilizando el software IBM SPSS Statistics para Windows versión 21.0. A partir de la presentación de resultados se realizará las interpretaciones respectivas y se orientará la discusión de resultados y la contrastación de variables.

2.5 Protección de los derechos humanos de los sujetos en estudio

En todo momento de la investigación se tuvo en cuenta los Principios Éticos para la Investigación Médica en seres humanos así como la Declaración Universal de Principios Éticos para Psicólogos y Psicólogas Berlín 2008, que señalan los siguientes principios:

- Respeto por la dignidad de las personas y los pueblos.
- Cuidado competente del bienestar de los otros.
- Integridad.
- Responsabilidades profesionales y científicas con la sociedad.

En el presente estudio se respetaron los anteriores principios para la investigación científica toda vez que:

- Se informó los objetivos y propósitos de la investigación científica de manera clara y precisa, absolviendo todas las preguntas y dudas acerca de la misma.
- Se garantizó la confiabilidad de la información.
- Se respetó los derechos humanos: derechos individuales, a la integridad física, mental y sobre su personalidad y derecho a la intimidad.
- La participación fue voluntaria e informada y no coaccionada.
- Se informó el derecho a abstenerse de participar en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin riesgo a represalia.

La investigadora responsable garantizó la seguridad de las bases de datos, que no podrán ser utilizadas para otro fin que el señalado en el apartado de objetivos específicos.

III RESULTADOS

Análisis

En la tabla 6 se muestra que de un total de 98 gestantes el 92.9% tienen un Estilo Fuerte/Saludable y un 7.1% de gestantes tienen un Estilo Afecto Positivo/Baja Preocupación.

Tabla 6:

Distribución de gestantes por estilo de vinculación prenatal materna. Hospital la Caleta, Chimbote, 2017.

Estilos	f	%
Fuerte/Saludable	91	92.9
Afecto Positivo/Baja Preocupación.	7	7.1
Desvinculado/ambivalente	0	0
Ansioso/ambivalente o preocupación sin afecto		0
Total	98	100

Fuente: Encuesta a gestantes

En la tabla 7 se observa que del total de gestantes de edades de 15-19 un 81.8% tienen un Estilo Fuerte/Saludable, y un 18.2% tienen un Estilo Afecto Positivo/Baja Preocupación. Mientras que gestantes de 20-24 años de edad, el 95.0% tiene un Estilo Fuerte/Saludable y el 5.0% tiene un Estilo Afecto Positivo/Baja Preocupación. A su mismo las gestantes de 25 a 39 años de edad el 97.2% tienen un Estilo Fuerte/Saludable y el 2.8% tienen un Estilo Afecto Positivo/Baja Preocupación.

Tabla 7:

Distribución de gestantes por estilo de vinculación prenatal materna según edad. Hospital la Caleta, Chimbote, 2017.

Edad	Estilo de vinculación					
	Fuerte/ Saludable		Afecto positivo/ baja preocupación		Total	
	f	%	f	%	f	%
15 – 19	36	81.8	4	18.2	22	100.0
20 – 24	22	95.0	2	5.0	40	100.0
25 - 39	40	97.2	1	2.8	36	100.0
Total	98	92.9	7	7.1	98	100.0

Fuente: Encuesta a gestantes

En la tabla 8 se muestra que del total de gestantes que tuvieron una educación básica, el 91.7% tienen un Estilo Fuerte/Saludable y un 8.3% tienen un Estilo Afecto Positivo/Baja Preocupación. Mientras que del total de gestantes con Educación Superior el 100.0% de tienen un Estilo Fuerte/Saludable.

Tabla 8:

Distribución de gestantes por estilo de vinculación prenatal materna según grado de instrucción. Hospital la Caleta, Chimbote, 2017.

Grado de instrucción	Estilo de vinculación					
	Fuerte / Saludable		Afecto positivo/ baja preocupación		Total	
	f	%	f	%	f	%
Educación Básica	84	91.7	7	8.3	84	100.0
Educación Superior	14	100.0	0	0.0	14	100.0
Total	98	92.9	7	7.1	98	100.0

Fuente: Encuesta a gestantes

En la tabla 9 se muestra que del total de gestantes de zona urbana 100.0% tienen un Estilo Fuerte/Saludable. Mientras que en el grupo de gestantes de zona rural el 85.1% tienen un Estilo Fuerte/Saludable y el 14.9 % tienen un Estilo Afecto Positivo/Baja Preocupación.

Tabla 9:

Distribución de gestantes por estilo de vinculación prenatal materna según procedencia. Hospital la Caleta, Chimbote, 2017.

Procedencia	Estilo de vinculación					
	Fuerte / Saludable		Afecto positivo/ baja preocupación		Total	
	f	%	f	%	f	%
Urbano	51	100.0	0	0.0	51	100.0
Rural	47	85.1	7	14.9	47	100.0
Total	98	92.9	7	7.1	98	100.0

Fuente: Encuesta a gestantes

En la tabla 10 se observa que de un total de gestantes que tienen como ocupación ama de casa el 91.1 % tienen Estilo Fuerte/Saludable y un 8.9 % tienen un Estilo Afecto Positivo/Baja Preocupación. Mientras que el 100.0% de gestantes trabajan tienen un Estilo Fuerte/Saludable.

Tabla 10:

Distribución de gestantes por estilo de vinculación prenatal materna según ocupación. Hospital la Caleta, Chimbote, 2017.

Ocupación	Estilo de vinculación					
	Fuerte / Saludable		Afecto positivo/ baja preocupación		Total	
	f	%	f	%	f	%
Ama de Casa	79	91.1	7	8.9	79	100.0
Con trabajo	19	100.0	0	0.0	19	100.0
Total	98	92.9	7	7.1	98	100.0

Fuente: Encuesta a gestantes

En la tabla 11 se observa que del total de gestantes que planificaron su embarazo el 94.5% tienen un Estilo Fuerte/Saludable y un 5.5% tienen un Estilo Afecto Positivo/Baja Preocupación. Mientras que del total de gestantes que no planificaron su embarazo el 90.7% tienen un Estilo Fuerte/Saludable y un 9.3% tienen un Estilo Afecto Positivo/Baja Preocupación.

Tabla 11:

Distribución de gestantes por estilo de vinculación prenatal materna según embarazo planificado. Hospital la Caleta, Chimbote, 2017.

Embarazo planificado	Estilo de vinculación					
	Fuerte / Saludable		Afecto positivo/ baja preocupación		Total	
	f	%	f	%	f	%
Si	55	94.5	3	5.5	55	100.0
No	43	90.7	4	9.3	43	100.0
Total	98	92.9	7	7.1	98	100.0

Fuente: Encuesta a gestantes

En la tabla 12 se observa que del total de gestantes primigestas el 93.2 % tienen un Estilo Fuerte/Saludable y un 6.8% tienen un Estilo Afecto Positivo/Baja Preocupación. Mientras que del total de gestantes segundigestas el 92.6 % tienen un Estilo Fuerte/Saludable y el 7.4% tienen un Estilo Afecto Positivo/Baja Preocupación.

Tabla 12:

Distribución de gestantes por estilo de vinculación prenatal materna según número de embarazo. Hospital la Caleta, Chimbote, 2017.

Pariedad	Estilo de vinculación					
	Fuerte / Saludable		Afecto positivo/ baja preocupación		Total	
	f	%	f	%	f	%
Primigestas	44	93.2	3	6.8	44	100.0
Segundigestas	54	92.6	4	7.4	54	100.0
Total	98	92.9	7	7.1	98	100.0

Fuente: Encuesta a gestantes

En la tabla 13 se muestra del total gestantes que no han controlado su embarazo el 86.2 % tienen un Estilo Fuerte/Saludable y un 13.8 tienen un Estilo Afecto Positivo/Baja Preocupación. Mientras que en el grupo de gestantes que han controlado su embarazo el 95.7% tienen un Estilo Fuerte/Saludable y un 4.3% tienen un Estilo Afecto Positivo/Baja Preocupación.

Tabla 13:

Distribución de gestantes por estilo de vinculación prenatal materna según control prenatal. Hospital la Caleta, Chimbote, 2017.

Control prenatal	Estilo de vinculación					
	Fuerte / Saludable		Afecto positivo/ baja preocupación		Total	
	f	%	f	%	f	%
No controlada	29	86.2	4	13.8	29	100.0
Controlada	69	95.7	3	4.3	69	100.0
Total	98	92.9	7	7.1	98	100.0

Fuente: Encuesta a gestantes

En la tabla 14 se muestra que del total de gestantes que han participado en estimulación prenatal el 95.2 % tienen un Estilo Fuerte/Saludable y un 4.8% tienen un Estilo Afecto Positivo/Baja Preocupación. Mientras que del total de gestantes que no han participado a estimulación prenatal el 92.2 % tienen un Estilo Fuerte/Saludable y el 7,8 % tienen un Estilo Afecto Positivo/Baja Preocupación. Es decir que los estilos de vinculación prenatal materna no se diferencian según la participación de estimulación prenatal.

Tabla 14:

Distribución de gestantes por estilo de vinculación prenatal materna según estimulación prenatal. Hospital la Caleta, Chimbote, 2017.

Participa en estimulación prenatal	Estilo de vinculación				Total	
	Fuerte / Saludable		Afecto positivo/ baja preocupación			
	f	%	f	%	f	%
Si	21	95.2	1	4.8	21	100.0
No	77	92.2	6	7,8	77	100.0
Total	98	92.9	7	7.1	98	100.0

Fuente: Encuesta a gestantes

En la tabla 15 se observa que del total de gestantes que han participado en psicoprofilaxis obstétrica el 95.2% tienen un Estilo Fuerte/Saludable y un 4.8% tienen un Estilo Afecto Positivo/Baja Preocupación. Mientras que del total de gestantes que no han participado en psicoprofilaxis obstétrica el 92.2 % tienen un Estilo Fuerte/Saludable y un 7,8 % tienen un Estilo Afecto Positivo/Baja Preocupación.

Tabla 15:

Distribución de gestantes por estilo de vinculación prenatal materna según psicoprofilaxis obstétrica. Hospital la Caleta, Chimbote, 2017.

Participa en psicoprofilaxis obstétrica	Estilo de vinculación				Total	
	Fuerte / Saludable		Afecto positivo/ baja preocupación			
	f	%	f	%	f	%
Si	21	95.2	1	4.8	21	100.0
No	77	92.2	6	7,8	77	100.0
Total	98	92.9	7	7.1	98	100.0

Fuente: Encuesta a gestantes

En la tabla 16 se muestra que del total de gestantes que han sufrido de violencia domestica de pareja el 90,9 % tienen un Estilo Fuerte/Saludable y un 9,1% tienen un Estilo Afecto Positivo/Baja Preocupación. Mientras que en el grupo de gestantes que no han sufrido de violencia domestica de pareja el 93,1% tienen un Estilo Fuerte/Saludable y un 6,9% tienen un Estilo Afecto Positivo/Baja Preocupación.

Tabla 16:

Distribución de gestantes por estilo de vinculación prenatal materna según violencia doméstica. Hospital la Caleta, Chimbote, 2017.

Violencia domestica de pareja	Estilo de vinculación					
	Fuerte / Saludable		Afecto positivo/ baja preocupación		Total	
	f	%	f	%	f	%
Si	11	90,9	1	9,1	11	100.0
No	87	93,1	6	6,9	87	100.0
Total	98	92.9	7	7.1	98	100.0

Fuente: Encuesta a gestantes

En la tabla 17 se muestra que del total de gestantes que mantienen una buena relación con su pareja el 100.0% tienen un Estilo Fuerte/Saludable. Mientras que en el grupo de gestantes que mantienen una mala relación con su pareja el 83,7% tienen un Estilo Fuerte/Saludable y un 16,3% tienen un Estilo Afecto Positivo/Baja Preocupación

Tabla 17:

Distribución de gestantes por estilo de vinculación prenatal materna según relación de pareja. Hospital la Caleta, Chimbote, 2017.

Relación de pareja	Estilo de vinculación					
	Fuerte / Saludable		Afecto positivo/ baja preocupación		Total	
	f	%	f	%	f	%
Buena	55	100.0	0	0.0	55	100.0
Mala	43	83,7	7	16,3	43	100.0
Total	98	92.9	7	7.1	98	100.0

Fuente: Encuesta a gestantes

En la tabla 18 se observa que del total de gestantes que mantienen una buena relación con su familia de origen el 100.0% tienen un Estilo Fuerte/Saludable. Mientras que en el grupo de gestantes que mantienen una mala relación con su familia de origen el 91.7% tienen un Estilo Fuerte/Saludable y un 8.3% tienen un Estilo Afecto Positivo/Baja Preocupación

Tabla 18:

Gestantes por estilo de vinculación pre natal materna según la relación con su familia de origen. Hospital la Caleta, Chimbote, 2017.

Relación con su familia de origen	Estilo de vinculación				Total	
	Fuerte / Saludable		Afecto positivo/ baja preocupación			
	f	%	f	%	f	%
Buena	84	100.0	0	0	84	100.0
Mala	14	91.7	7	8.3	14	100.0
Total	98	92.9	7	7.1	98	100.0

Fuente: Encuesta a gestantes

DISCUSIÓN

El objetivo principal de este estudio ha sido describir los estilos de vinculación prenatal materna que tienen las gestantes atendidas en el Hospital La Caleta de Chimbote, 2017. Es así que de manera general, los resultados de esta investigación demuestran que en las 98 gestantes que fueron evaluadas predomina el Estilo Fuerte/Saludable. Así mismo en esta investigación se buscó describir los estilos de vinculación prenatal materna en las gestantes según las características sociodemográficas, obstétricas y psicológicas. Ya que como lo menciona Oiberman y Galindez (2005) los sucesos vitales significativos para una madre, no solo son aquellos que están relacionados con el proceso biológico de la maternidad, sino que hay también todo un peso social, obstétrico y psicológico que influye sobre la maternidad y sobre el bebé como “producto” de esa maternidad. Es así que respecto a los factores sociodemográficos se encontró: que en las gestantes de edades de 15-19 un 81.8% tienen un Estilo Fuerte/Saludable, y un 18.2% tienen un Estilo Afecto Positivo/Baja Preocupación. Mientras que gestantes de 20-24 años de edad, el 95.0% tiene un Estilo Fuerte/Saludable y el 5.0% tiene un Estilo Afecto Positivo/Baja Preocupación. A si mismo las gestantes de 25 a 39 años de edad el 97.2% tienen un Estilo Fuerte/Saludable y el 2.8% tienen un Estilo Afecto Positivo/Baja Preocupación. Doan y Zimmerman (2003) quienes realizaron varios trabajos de investigación y manifestaron que la edad materna es una característica importante para el establecimiento de la relación materno fetal. Por el contrario Abarca y Ledig (2103) atribuyen a través de su estudio que la que las madres adolescentes establecían estilos de vinculación no saludables, debido que la cual la mujer adolescente no ha alcanzado suficiente madurez para enfrentar la vida de pareja, sobrellevar los cambios que generan un embarazo y en poco tiempo ser madres, con las consiguientes privaciones de su rol de adolescente a consecuencia de esto.

También se encontró que en las gestantes que tienen una educación básica, el 91.7% tienen un Estilo Fuerte/Saludable y un 8.3% tienen un Estilo Afecto Positivo/Baja Preocupación. Mientras que del total de gestantes con Educación Superior el 100.0% de tienen un Estilo Fuerte/Saludable. Este resultado es corroborado con lo que menciona Rodríguez (2006) quien encontró que el nivel de escolaridad materna determina el estilo de vínculo desarrollado entre la díada madre y feto, ya que cuanto mayor sea el bagaje de conocimientos de una persona, la respuesta al mundo que lo rodea se vuelve más positiva. Sobre esto último la mujer con mayor educación tendrá una imagen mucho más cercana a la realidad sobre la vida prenatal.

Se encontró que en las gestantes de zona urbana 100.0% tienen un Estilo Fuerte/Saludable. Mientras que en el grupo de gestantes de zona rural el 85.1% tienen un Estilo Fuerte/Saludable y el 14.9 % tienen un Estilo Afecto Positivo/Baja Preocupación. Este resultado es corroborado con lo que aporta Príncipe (2011) quien concluye en unos de sus estudios que las gestantes de procedencia urbana presentaron un vínculo afectivo alto, mientras con que las madres de procedencia rural presentaron un nivel de vínculo afectivo bajo debido a su bajo nivel cultural y de educación.

En cuanto a gestantes que tienen como ocupación ama de casa el 91.1 % tienen Estilo Fuerte/Saludable y un 8.9 % tienen un Estilo Afecto Positivo/Baja Preocupación. Mientras que el 100.0% de gestantes que trabajan tienen un Estilo Fuerte/Saludable. Se relacionado a este resultado a lo que menciona Ciocchini (2000), quien en base a un estudio señala que las gestantes trabajadoras tienden a establecer mejores estilos de vinculación que a diferencia de las gestantes que no lo hacían, concluyendo que si bien es importante la cantidad de tiempo que comparte la díada, es más importante la calidad del tiempo que pasan juntas.

En cuanto a los factores obstétricos-reproductivos, se encontró que las gestantes que planificaron su embarazo el 94.5 % tienen un Estilo Fuerte/Saludable y un 5.5 % tienen un Estilo Afecto Positivo/Baja Preocupación. Mientras que del total de gestantes que no planificaron su embarazo el 90.7 % tienen un Estilo Fuerte/Saludable y un 9.3 % tienen un Estilo Afecto Positivo/Baja Preocupación. Este resultado comprueba lo que plantea San Román Villalón (2000) aseguró que hay una significación estadística cuando el embarazo es planificado. Mejorando la interacción materno-fetal, ya que al ser un bebe

panificado desde un inicio de la etapa de gestación lo convierte en un bebe deseado, lo cual ayudara hacer más llevaderos los conflictos físicos y psicológicos propios de la gestación

Además, se encontró que en las gestantes primigestas el 93.2 % tienen un Estilo Fuerte/Saludable y un 6.8% tienen un Estilo Afecto Positivo/Baja Preocupación. Mientras que del total de gestantes segundigestas el 92.6 % tienen un Estilo Fuerte/Saludable y el 7.4% tienen un Estilo Afecto Positivo/Baja Preocupación. Dicho resultado es corroborado por Guitierrez y Galleguillos (2011) quienes afirman que la paridad o también denominada número de partos influye en el proceso de vinculación afectiva que desarrolla la gestante durante la etapa prenatal. Esta situación es semejante a la investigación desarrollada por Bordin e Iracema (2009) quienes reconocieron que las primíparas poseen un afecto materno fetal más alto comparado con las mujeres que ya tenían otros hijos. De igual manera este dato es confirmado por la literatura, que fundamenta que las diferencias entre primíparas y multíparas están ligadas a una mayor expectativa de las primeras en relación al nacimiento del bebé (Mercer & Ferketich, 1994; Nichols, Roux & Harris, 2007).

También se halló que en las gestantes evaluadas que no han controlado su embarazo el 86.2 % tienen un Estilo Fuerte/Saludable y un 13.8 tienen un Estilo Afecto Positivo/Baja Preocupación. Mientras que en el grupo de gestantes que han controlado su embarazo el 95.7% tienen un Estilo Fuerte/Saludable y un 4.3% tienen un Estilo Afecto Positivo/Baja Preocupación. Dicho resultado lo corrobora Lindgren (2001) quien expone que las gestantes que reciben promoción de prácticas de cuidado y salud dentro de los controles prenatales permite el adecuado desarrollo del feto así como disminuir los factores de riesgo. Dicho resultado también lo confirman Shieh y Kravitz (2006) quienes plantean que un enfoque de intervención dirigido a la promoción del vínculo materno-fetal dentro de los controles prenatales enseñan a las gestantes prácticas de cuidado y salud en el embarazo a través de la empatía y el deseo de cuidar y proteger al feto, característicos de este vínculo.

Se obtuvieron como resultado que las gestantes que han participado tanto en estimulación prenatal y psicoprofilaxis obstétrica el 95.2% tienen un Estilo Fuerte/Saludable y un 4.8% tienen un Estilo Afecto Positivo/Baja Preocupación. Mientras que del total de gestantes que no han participado en estimulación prenatal y psicoprofilaxis obstétrica el 92.2 % tienen un Estilo Fuerte/Saludable y un 7,8 % tienen un Estilo Afecto Positivo/Baja Preocupación. Estos resultados lo ratifican Shieh y Kravitz (2006) quienes mencionan que la participación de estimulación prenatal y los espacios de preparación al parto, son una importante oportunidad para el fortalecimiento y la promoción del vínculo materno-fetal. Así mismo exponen que invitar a la madre a ser consciente de los movimientos fetales y hablar sobre ellos, repercute de forma positiva en su interés hacia su hijo; de la misma forma se ha observado un incremento en el vínculo asociado con la visión del feto por medio de ultrasonido.

En cuanto a las características psicológicas, se encontraron que las gestantes que han sufrido de violencia domestica de pareja el 90,9 % tienen un Estilo Fuerte/Saludable y un 9,1% tienen un Estilo Afecto Positivo/Baja Preocupación. Mientras que en el grupo de gestantes que no han sufrido de violencia domestica de pareja el 93,1% tienen un Estilo Fuerte/Saludable y un 6,9% tienen un Estilo Afecto Positivo/Baja Preocupación. Dicho dato lo confirma las investigaciones realizadas donde se ha podido demostrar que la gestantes que no hallan estado expuesta a estresores psicosociales durante el embarazo como padecer de violencia por parte de la pareja, con lleva a efectos positivos en el desarrollo del feto (Buss, 2004). Teniendo como referencia esta información Alhusen et al. (2012) también fundamentan que el estado emocional de la gestante influye tanto en el desarrollo del feto así como en el establecimiento del vínculo materno fetal.

También se concluyó que las gestantes que mantienen una buena relación con su pareja el 100.0% tienen un Estilo Fuerte/Saludable. Mientras que en el grupo de gestantes que mantienen una mala relación con su pareja el 83,7% tienen un Estilo Fuerte/Saludable y un 16,3% tienen un Estilo Afecto Positivo/Baja Preocupación.

Este resultado es confirmado por Persson y Dykes (2012) quienes resaltan la importancia de la figura de la pareja de crianza como elemento fundamental en el desarrollo positivo del vínculo materno-fetal, ya que la presencia de una pareja estable actúa fortaleciendo a la madre, incidiendo en la percepción del apoyo y afecto necesarios en una etapa cambiante y compleja como es el embarazo.

Además se obtuvo como resultado que en las gestantes que mantienen una buena relación con su familia de origen el 100.0% tienen un Estilo Fuerte/Saludable. Mientras que en el grupo de gestantes que mantienen una mala relación con su familia de origen el 91.7% tienen un Estilo Fuerte/Saludable y un 8.3% tienen un Estilo Afecto Positivo/Baja Preocupación. Con este resultado se puede confirmar el estudio de Córdova (1995), realizado con mujeres Mexicanas, uno de los factores de riesgo psicosociales que afectaron al estilo de vinculación entre la madre y el bebé no nacido, fue el nivel de tensión de vida en el hogar con su familia de origen así como la poca disponibilidad emocional de la madre. También influyó el tipo de cuidado que la madre tuvo durante su propia infancia y su propia historia de vinculación. Así mismo Ortíz, Fuentes y López (1999), plantean la influencia que tiene la relación madre-feto sobre la vinculación. Y refieren que el adulto que se relaciona con el bebé no nacido, es una persona con una determinada historia afectiva, con una personalidad configurada y con determinadas creencias sobre crianza, disciplina, etc. Según estos autores, al analizarse las características de la figura de vínculo, se han encontrado coincidencias entre las madres que valoran positivamente sus relaciones de vínculo infantiles y un estilo saludable. Estas madres tienen gran aceptación de su infancia, tanto de las experiencias positivas como las negativas y no guardan rencor ni idealizan a sus progenitores.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

- Se concluye que en las gestantes evaluadas en el Hospital la Caleta de Chimbote, 2017, predomina el Estilo Fuerte/Saludable.
- En las gestantes evaluadas en el Hospital la Caleta de Chimbote, 2017, según las características obstétricas predomina el Estilo Fuerte/Saludable.
- En las gestantes evaluadas en el Hospital la Caleta de Chimbote, 2017, según las características psicológicas predomina el Estilo Fuerte/Saludable.

Recomendaciones

- A los estudiantes de Psicología continuar con el desarrollo de investigaciones sobre la vinculación afectiva que establece la gestante durante el periodo prenatal desde el marco de la Psicoperinatología. Siendo línea base para la propuesta de prácticas de atención temprana se extienda al periodo prenatal como estrategia de promoción, repercutiendo favorablemente en la salud materno-infantil.
- Realizar acciones preventivas orientadas a que la atención integral durante el control prenatal sea un espacio oportuno para el diagnóstico y la evaluación temprana de factores de riesgos psicosociales tales como violencia por parte de la pareja durante la gestación para contribuir en mejorar la salud materna fetal.
- Desarrollar intervenciones interdisciplinarias centradas en la realización de estimulación prenatal materna durante la etapa prenatal, ya que es un factor protector para el fortalecimiento de la vinculación materna fetal así como para la formación del vínculo post-parto.

III. Referencias bibliográficas

- Ainsworth, M., y Bell, S. (1970). Attachment, exploration and separation: Illustrated by the behavior of one-year-olds in a strange situation. *Child Development*, 41: 49-67.
- Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E., y Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Alhusen, J., Gross, D., Hayat, M., Rose, L. y Sharps, P. (2012). The role of mental health on Maternal-Fetal attachment in Low-Income women. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 41, E71-E81. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1111/j.1552-6909.2012.01385.x>.
- Arteaga, E. (2007). Maternal fetal attachment and engagement with antenatal advice. *British Journal of Midwifery*, 20 (8): 566-575.
- Bordin, E., y Iracema, A. (2009). Vinculación de gestante y apego materno fetal. *Journal of Prenatal & Perinatal Psychology & Health*, 18, 211-220.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss Volume I: Attachment*. New York: Basic Books, Inc.
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss: Volume I: Attachment* (2da. Ed.). New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss Volume II: Separation: Anxiety and Anger*. New York: Basic Books, Inc.
- Buss, J. (2012). Afrontamiento y exposición a la violencia como Predictores del funcionamiento psicológico en los Sobrevivientes de violencia. *La violencia contra las mujeres*. 2006; 12 (4): 340-54.

- Castro, R., Estrada, B., y Landero, R. (2015). Propiedades psicométricas de la traducción al español de la Escala de Vinculación Prenatal Materna. *Summa psicológica UST*, 12 (1), 103-109.
- Castro, R. (2011). *Roles sexuales, vinculación afectiva prenatal y depresión postparto en la mujer*. (Tesis inédita de maestría). Universidad autónoma de Nuevo León. Monterrey, N.L., México.
- Condon, J.T., (1993). The assessment of antenatal emotional attachment: Development of a questionnaire instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 66, 167-183.
- Condon, J. T. y Dunn, D. J. (1988). Nature and determinants of parent-to-infant attachment in the early postnatal period. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 27, 293-299. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1097/00004583-198805000-00005>
- Condon, J.T. y Corklindale, C., (1997). The correlates of antenatal attachment in pregnant women. *British Journal of Medical Psychology*, 70, 359-372.
- Cranley, M.S., (1981). Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy. *Nursing Research*, 30, 281-284.
- Cranley, M.S., (1981). *Desarrollo de una herramienta para la medición de la inserción materna durante el embarazo*. *Nursing Research*, 30, 281-284.
- Ciocchini, M. E. (2000). *Nacer y crecer*. Barcelona: Salvat.
- Damato, E. G. (2000). Maternal-Fetal attachment in twin pregnancies. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 29, 598-605. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1111/j.1552-6909.2000.tb02073.x>

- DiPietro, J. A. (2010). Psychological and psychophysiological considerations regarding the maternal–fetal relationship. *Infant and Child Development*, 19, 27-38. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1002/icd.651>
- Doan, H., y Zimerman, A. (2003). Conceptualizing prenatal attachment: Toward a multidimensional view. *Journal of Prenatal & Perinatal Psychology & Health*, 18, 109-129.
- Doan, H., y Zimerman, A. (2008). Prenatal attachment: A developmental model. *International Journal Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine*, 20, 20-28.
- Enríquez, A., Padilla P., y Montilla I. (2008). Apego, vinculación temprana y psicopatología en la primera infancia. *Informaciones psiquiátricas*, 193.
- Gómez, R., Alonso, P., y Rivera, I. (2011). Maternal fetal relationship and attachment facility during the pregnancy. *International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD Revista de Psicología*, 1 (1): 425-434.
- Gutierrez, L. y Galleguillos, D.(2011). *Desarrollo del Vínculo de apego en la diada madre-bebe prematuro que practicaron el método madre canguro* (Trabajo de pregrado).Universidad Humanismo Cristiano,Santiago,Chile.
- Huth-Bocks, A. C., Levendosky, A. A., Bogat, G. A. y Von Eye, A. (2004). The impact of maternal characteristics and contextual variables on infant–mother attachment. *Child Development*, 75, 480-496. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-8624.2004.00688.x>
- Kenell, J., Slyter, H., y Klaus, M. (1970). The mourning response of parents to death of a newborn infant. *New England Journal of Medicine*, 283 (7), 344-353.

- López, M. N. y Sueiro, E., (2008). Células Madre y Apego en el cerebro de la mujer. Universidad de Navarra. Recuperado de www.unav.es/noticias/natalialopez_cerebroembarazada.pdf
- Lafuente, J. (2008). La escala EVAP (Evaluación de la Vinculación Afectiva y la Adaptación Prenatal). Un estudio piloto. *Index de enfermería*, 7 (2).
- Lindgren, K. (2001). Relationships among maternal–fetal attachment, prenatal depression, and health practices in pregnancy. *Research in Nursing & Health*, 24, 203-217. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1002/nur.1023>
- Lumley, J. (1982). Attitudes to the fetus among primigravidae. *Australian Pediatric Journal*, 18, 106-109.
- Macfarlane, A. (1981). *Psicología del nacimiento*. Madrid: ediciones Morata.
- Mercer, R., & Ferketich, S. (1994). Predictors of maternal role competence by risk status. *Nursing Research*, 43, 38-43.
- Mikulincer, M., y Florian, V., (1998). The relationship between adult attachment styles and emotional and cognitive reactions to stressful event. En Simpson y Rholes (Eds.), *Attachment Theory and Close Relationships* (pp. 143-165). New York: Guilford.
- Muller, M. (1990). *The development and testing of the Muller Prenatal Attachment Inventory*.
- Nichols, M. R., Roux, G. M., & Harris, N. R. (2007). Primigravid and multigravid women: Prenatal perspectives. *Journal Perinatal Educacion*, 16(2), 21-32.
- Oirbeman, A. (2013). *Nacer y Acompañar: abordajes clínicos de la psicología perinatal*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

- Ortiz A.J., Borre A., Carrillo S., y Gutiérrez J. (2006). Relación de apego entre madres adolescentes y su bebe canguro. *Revista Latinoamericana de Psicología.* , Bogotá, Colombia. 38, pp. 71-86.
- Rauenhorst, J.M. (2001). Factors influencing mother-infant attachment during pregnancy: A qualitative investigation. *Dissertation Abstracts International - Section B- The Sciences and Engineering*, 62 (6B), 2993
- Rodríguez, A., Pérez L., y Brito, A. (2004). La vinculación afectiva prenatal y la ansiedad durante los últimos tres meses del embarazo en las madres y padres tempranos. Un estudio preliminar. *Anales de psicología*, 20 (1), 95-102.
- Rubin, R., (1975). Maternal tasks in pregnancy. *Maternal Child Nursing Journal*, 4, 143-153.
- Smeekens, S., Riksen-Walraven, J., y Van-Bakel, H. (2007). Multiple Determinants of Externalizing Behavior in 5-Year-Olds: A Longitudinal Model. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35 (3):347-361.
- Santelices, M., Tapia., C. y Perez, C. (2017). Las representaciones maternas del apego durante el embarazo predicen la organización del apego materno-infantil a un año de edad. *Child Development*, 62, 891 - 905.
- Shieh, F. y Kravitz, T. (2006) *Vínculo de apego madre- bebé y variables psicosociales.* (Tesis de Licenciatura). Recuperado de: <http://dspace.palermo.edu/dspace/bitstream/handle/10226/1067/Mendez%20Ezcurra%2C%20Agustina.pdf?sequence=5&isAllowed=y>
- Supo, J. (2012). Seminarios de investigación científica. México D.F. Seminarios de Investigación.

- Valencia M.L. y González W., (2008). *Etología del apego y del reconocimiento en el ser humano*. El Hombre y la Máquina, 31.
- Verny, T., & Kelly, J. (2009). *La vida secreta del niño antes de nacer*. Barcelona. Ediciones Urano.
- Verny, T., & Weintraub, P. (2009). *El Vínculo afectivo con el niño que va a nacer*. Barcelona. Ediciones Urano.
- Vives J., (1994). *Génesis del vínculo materno-infantil. Apego y vínculo materno-infantil*. Guadalajara: U de G/Asociación Psicoanalítica Jalisciense, 2651.
- Winnicott, D. W. (1993). *El niño y el mundo externo*. Buenos Aires: Hormé.
- Winnicott, D.W.(1958). *Collected Papers: A través de la pediatría al psicoanálisis*. New York: Basic Book.
- Valadares, B. (1996). *Los mitos sociales de la maternidad en la prensa escrita*. Revista Casa de la Mujer, 8, 23-30.

ANEXOS

Anexo 01. Cuestionario para características demográficas, obstétricas y psicológicas

Formulario para investigación sobre salud mental perinatal

A continuación se presenta una serie de interrogantes sobre características personales, por favor trate de responder según la respuesta que más se asemeje a su condición actual:

1. **Edad:**
2. **Grado de instrucción:**
 - (1) Educación básica
 - (2) Educación superior
3. **Procedencia:**
 - (1) Urbano
 - (2) Rural
4. **Ocupación actual:**
 - (1) Ama de casa
 - (2) Con trabajo
 - (3) Desempleada
5. **Su embarazo fue planificado:**
 - (1) Si
 - (2) No
6. **Paridad:**
 - (1) Primigesta
 - (2) Segundigesta
7. **Tiene control prenatal**
 - (1) Si
 - (2) No

Número de controles prenatales:.....
8. **Participo en estipulación prenatal:**
 - (1) Si
 - (2) No
9. **Participa en psicoporfilaxis obstétrica:**
 - (1) Si
 - (2) No
10. **Violencia domestica de pareja:**
 - (1) Si
 - (2) No
11. **La relación con su pareja es:**
 - (1) Buena
 - (2) Mala
12. **La relación con su familia de origen es:**
 - (1) Buena
 - (2) Mala

Escala de Vinculación Materna Prenatal

Construida por Condon (1993), traducida por Castro (2011)

Estas preguntas son acerca de sus pensamientos y sentimientos sobre el desarrollo del bebé. Por favor marque solo una de las casillas en respuesta a cada pregunta.

1. En las últimas dos semanas he pensado acerca de, o he estado preocupada del bebé dentro de mí:
2. En las últimas dos semanas cuando he hablado acerca de, o pensado acerca del bebé dentro de mí tuve sentimientos emocionales que fueron:
3. En las últimas dos semanas mis sentimientos acerca del bebé dentro de mí han sido:
4. En las últimas dos semanas he tenido el deseo de leer acerca de, y de obtener información acerca del bebé. Este deseo es:
5. En las últimas dos semanas he estado tratando de imaginarme en mi mente como realmente se ve el desarrollo del bebé en mi vientre:
6. En las últimas dos semanas pienso del desarrollo del bebé generalmente como:
7. En las últimas dos semanas he sentido que el bebé dentro de mí es dependiente de mí para su bienestar:
8. En las últimas dos semanas me he encontrado a mí misma hablando con mi bebé cuando estoy sola:
9. En las últimas dos semanas cuando pienso acerca de (o hablo con) mi bebé dentro de mí, mis pensamientos:
10. La imagen en mi mente de cómo se ve realmente el bebé en esta etapa dentro de mi vientre es:
11. En las últimas dos semanas cuando pienso acerca del bebé dentro de mí, se me vienen sentimientos que son:
12. Algunas mujeres embarazadas algunas veces se irritan por el bebé dentro de ellas, que sienten que quieren lastimarlo o castigarlo:
13. En las últimas dos semanas he sentido:
14. En las últimas dos semanas he cuidado lo que como para asegurarme de que mi bebé tenga una buena dieta:
15. La primera vez que vea a mi bebé después del nacimiento supongo que sentiré:
16. Cuando nazca mi bebé me gustaría cargar al bebé:
17. En las últimas dos semanas he tenido sueños acerca del embarazo o del bebé:
18. En las últimas dos semanas me he encontrado a mí misma sintiéndome, o frotando con mi mano el exterior de mi estómago donde está el bebé:
19. Si el embarazo se perdiera en este momento, debido a un aborto no provocado u otro evento accidental sin ningún dolor o herida en mí, supongo que me sentiría:

Muchas gracias por su participación

Anexo 2. Ficha técnica de la Escala de Vinculación Materna Prenatal

Nombre de la Escala	Escala de Vinculación Materna Prenatal
Autor	Condon, J.
Año	1993
Traducida	Castro, R. (2011)
Finalidad	Evaluar la vinculación prenatal materna
Nº de ítems	19 ítems
Población	Gestantes
Duración de la escala	De 15 a 20 minutos aproximadamente
Traducida	Castro, R. (2011)
Aplicación	Se puede aplicar de forma individual o colectiva
Material de ejecución	Escala y lapicero
Estilos de Vinculación	<ul style="list-style-type: none"> - Estilo fuerte/saludable - Estilo afecto positivo/baja preocupación - Estilo desvinculado/ambivalente - Estilo ansioso/ambivalente

Anexo 3. Consentimiento informado

FICHA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PARTICIPANTE

Yo, como sujeto de investigación, en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente, **EXPONGO:** Que he sido debidamente **INFORMADO/A** por los responsables de realizar la presente investigación científica titulada: Estilos de vinculación prenatal materna en gestantes atendidas en el Hospital La Caleta-Chimbote, 2017; y he recibido explicaciones, tanto verbales como escritas, sobre la naturaleza y propósitos de la investigación y también he tenido ocasión de aclarar las dudas que me han surgido.

Habiendo comprendido y estando satisfecho/a de todas las explicaciones y aclaraciones recibidas sobre el mencionado trabajo de investigación, **OTORGO MI CONSENTIMIENTO** para que me sea realizada la encuesta. Entiendo que este consentimiento puede ser revocado por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento.

Y, para que así conste, firmo el presente documento.

Firma del Participante

Fecha: _____