



USP
UNIVERSIDAD SAN PEDRO

FACULTAD DE CIENCIAS DE
LA SALUD
Escuela Profesional de
Psicología

**FACTORES ASOCIADOS A VINCULACIÓN PRENATAL
MATERNA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL
CENTRO DE SALUD YUGOSLAVIA-NUEVO
CHIMBOTE, 2017**

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

CINTHIA MILAGROS MARÍN CHUQUIRUNA

ASESORA: MG. ERICA MILLONES ALBA

CHIMBOTE – PERÚ

2017

PALABRAS CLAVE

Vinculación prenatal materna, apego, factores, embarazo

KEYWORDS

Maternal prenatal, attachment, factors, pregnancy

DEDICATORIA

Dedicada especialmente a Dios por brindarme fortaleza, afecto, vida y sabiduría.

También a mis padres por expresarme su amor incondicional, su permanente comprensión, por velar por mi bienestar e inculcarme valores éticos y morales.

Y además a mis queridos hermanos por su motivación constante y por confiar en mis competencias para lograr mis metas trazadas.

Cinthia Milagros Marín Chuquiruna

AGRADECIMIENTO

Expreso mi gratitud a mi asesora Mg. Erica Millones Alba y al Mg. Víctor Joel Sánchez Romero, por brindarme su paciencia, apoyo incondicional, sus orientaciones teóricas y metodológicas e impulsarme al desarrollo de la investigación científica.

A la Lic. Magaly Urcia Requejo y el personal del Servicio de Obstétrica del Centro de Salud Yugoslavia por las facilidades otorgadas para la ejecución de esta investigación. Y a todas aquellas gestantes por su participación voluntaria y de valioso contribución para el presente estudio.

La 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 empleo 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.

Cinthia Milagros Marín Chuquiruna.

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, a la colectividad universitaria y comunidad científica los resultados correspondientes de la investigación titulada “Factores asociados a vinculación prenatal materna en gestantes atendidas en el Centro de Salud Yugoslavia-Nuevo Chimbote”. El presente documento está estructurado de la siguiente manera: La introducción, donde se muestra los antecedentes y fundamentación científica, la justificación del estudio, el problema, el marco teórico-conceptual, la hipótesis y los objetivos de la investigación. La metodología , donde se describe el tipo y diseño de investigación, la población y muestra, las técnicas e instrumentos empleados, así como los procedimientos de recolección de datos, y procesamiento para la protección de los derechos humanos. Los resultados, incluye el análisis y discusión. Las conclusiones y recomendaciones; y finalmente las referencias bibliográficas y los anexos.

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

INDICE DE CONTENIDOS

Carátula	i
Palabras clave	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Derecho de autoría	v
Presentación	vi
Índice de contenidos	vii
Índice de tablas	ix
Resumen	xi
Abstract	xii
Introducción	
Antecedentes y fundamentación científica	13
Justificación de la investigación	14
Problema	15
Marco teórico-conceptual	17
Hipótesis	31
Objetivo	31
Metodología	
Tipo y diseño de investigación	32
Población y muestra	32
Método, técnicas e instrumentos de recolección de datos	36
Procedimiento de recolección de datos	39
Protección de los derechos humanos	40
Resultados	
Análisis	41
Discusión	54

Conclusiones y Recomendaciones	58
Recomendaciones	59
Referencias bibliográficas	60
Anexos	66

INDICE DE TABLAS

Tabla 1	Matriz de operacionalización de la variable principal.	28
Tabla 2	Matriz de operacionalización de las variables de caracterización.	29
Tabla 3	Distribución de la muestra según variables sociodemográficas.	34
Tabla 4	Distribución de la muestra según variables obstétricas.	35
Tabla 5	Distribución de la muestra según variables psicológicas.	35
Tabla 6	La vinculación prenatal materna según edad en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Yugoslavia, Nuevo Chimbote, 2017.	41
Tabla 7	La vinculación prenatal materna según grado de instrucción en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Yugoslavia, Nuevo Chimbote 2017.	42
Tabla 8	La vinculación prenatal materna según procedencia en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Yugoslavia, Nuevo Chimbote 2017.	43
Tabla 9	La vinculación prenatal materna según ocupación actual en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Yugoslavia, Nuevo Chimbote 2017.	44
Tabla 10	La vinculación prenatal materna según estado civil en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Yugoslavia, Nuevo Chimbote 2017.	45
Tabla 11	La vinculación prenatal materna según embarazo planificado en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Yugoslavia, Nuevo Chimbote 2017.	46
Tabla 12	La vinculación prenatal materna según el número de embarazos en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Yugoslavia, Nuevo Chimbote 2017.	47

Tabla 13	La vinculación prenatal materna según control prenatal en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Yugoslavia, Nuevo Chimbote 2017.	48
Tabla 14	La vinculación prenatal materna según estimulación prenatal en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Yugoslavia, Nuevo Chimbote 2017.	49
Tabla 15	La vinculación prenatal materna según psicoprofilaxis obstétrica en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Yugoslavia, Nuevo Chimbote 2017.	50
Tabla 16	La vinculación prenatal materna según violencia de pareja en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Yugoslavia, Nuevo Chimbote 2017.	51
Tabla 17	La vinculación prenatal materna según la relación con la pareja en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Yugoslavia, Nuevo Chimbote 2017.	52
Tabla 18	La vinculación prenatal materna según la relación con la familia en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Yugoslavia, Nuevo Chimbote 2017.	53

RESUMEN

La investigación tuvo como objetivo determinar los factores asociados a la vinculación prenatal materna de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Yugoslavia-Nuevo Chimbote, 2017. Se desarrolló una investigación observacional, de nivel relacional y diseño epidemiológico analítico de corte transversal, con muestreo probabilístico sistemático. Participaron 112 gestantes, a las cuales se les aplicó un cuestionario así como la Escala de Vinculación Prenatal Materna cuyas siglas en inglés son MAAS, diseñado por Condon (1993) y traducido por Castro (2011). Para el análisis comparativo se utilizó el estadístico de prueba Chi cuadrado de independencia con un nivel de significancia $p < 0,05$. Los resultados muestran que la vinculación prenatal materna se relaciona con ciertos factores sociodemográficos, obstétricos y psicológicos entre ellos tenemos: edad ($p=0,000$), grado de instrucción ($p=0,000$), número de embarazos ($p=0,000$), estimulación prenatal ($p=0,002$), psicoprofilaxis obstétrica ($p=0,005$), violencia de pareja ($p=0,000$) y relación con la pareja ($p=0,023$).

Palabras clave: Vinculación prenatal materna, apego, factores y embarazo

ABSTRACT

The research aimed to determine the factors associated with the maternal prenatal linkage of the pregnant women treated at the Yugoslavia-Nuevo Chimbote Health Center, 2017. An observational, relational-level and cross-sectional analytical epidemiological design was developed with probabilistic sampling systematic. A total of 112 pregnant women participated, to whom a questionnaire was applied, as well as the Maternal Prenatal Linkage Scale (MAAS), designed by Condon (1993) and translated by Castro (2011). For the comparative analysis, the chi square test of independence was used with a significance level of $p < 0.05$. The results show that maternal prenatal attachment is related to certain sociodemographic, obstetrical and psychological factors, among them: age ($p = 0.000$), educational level ($p = 0.000$), number of pregnancies ($p = 0.000$), prenatal stimulation $P = 0.002$, obstetric psychoprophylaxis ($p = 0.005$), partner violence ($p = 0.000$) and relationship with the partner ($p = 0.023$).

Keywords: Maternal prenatal, attachment, factors and pregnancy

INTRODUCCIÓN

1.1. Antecedentes y fundamentación científica

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

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 bebé; 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 bebé es superar esos miedos y afrontarlos de una forma psicológica sana, siendo necesario generar intervenciones prenatales orientadas a fortalecer el vínculo materno fetal.

Bordin y Iracema (2009) en su investigación desarrollada sobre vínculo de la gestante y apego materno fetal reconocieron que coexiste una representativa relación entre el tipo de vínculo afectivo del embarazo, el apego materno fetal, y los síntomas depresivos. En general, se afirmó que las gestantes que poseen un vínculo afectivo seguro presentan un apego materno fetal alto y niveles bajos de síntomas depresivos y de ansiedad.

Rodríguez, Pérez-López y Brito (2004) en su estudio 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 determinar los factores asociados con la 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

Durante el embarazo, así como el feto necesita de un proceso óptimo de crecimiento y desarrollo, para la madre es también atraviesa un tiempo de compleja adaptación, en el cual además de experimentar cambios físicos, transita por un proceso consciente de aproximación afectiva con su hijo, lo que a su vez la lleva a visualizarse como madre y a adaptarse a los roles que esto conlleva (Lafuente, 2008).

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 determinados factores maternos en el desarrollo del bebé durante la gestación.

A nivel mundial se ha comprobado la importancia de la vinculación afectiva prenatal, la cual es considerada como aquel lazo o vínculo emocional que normalmente se desarrolla entre la mujer embarazada y su aun no nacido infante (Ainsworth, et al, 1978). Establecer un adecuado vínculo afectivo asegura así el desarrollo tanto social, cognitivo y emocional del menor; ya que, si se desarrolla un vínculo seguro este influirá para el desarrollo de su autoestima, sus habilidades cognitivas y sociales. Por el contrario, se generan dificultades cuando se forma un vínculo materno prenatal inseguro, hay mayor probabilidad de que el niño en su futuro presente un rendimiento escolar bajo, vulnerabilidad al estrés, niveles altos de

depresión y problemas para establecer relaciones interpersonales (Verny & Weintraub, 2009).

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.

De ahí que, como esfuerzo primario en el estudio de esta variable se propone la siguiente interrogante de investigación: ¿Cuáles son los factores asociados a la vinculación prenatal materna de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Yugoslavia de Nuevo Chimbote, 2017?

1.4. Marco teórico-conceptual

El embarazo para la madre constituye un período 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 implica (Castro, Estrada, y Landero, 2015; Lafuente, 2008).

La vinculación que se crea entre la madre y el feto apoya a moderar los cambios físicos y emocionales de esta etapa, preparando el posterior lazo de apego entre la diada madre - hijo, así como en las labores de crianza y protección, a ser de estímulo para renovar la calidad de vida de los progenitores y el nuevo miembro de la familia (Castro, et al, 2015).

Durante este periodo se obtendrá información acerca del embarazo, lo que permitirá que la mujer al estar informada tenga una mayor aprobación de este y de los cambios que trae consigo. De igual manera, al desarrollar un vínculo temprano aumentara el interés de la madre por obtener conocimientos sobre el desarrollo de su hijo, lo que traerá consigo disposición por desarrollar las capacidades y necesidades del bebé antes y después de su nacimiento (Rodríguez, Pérez-López, Brito, 2004).

La vinculación comienza cuando la madre se hace consciente de que el futuro niño es un individuo con su particular constitución física, y una personalidad incipiente. El desarrollar una apropiada vinculación afectiva durante la etapa prenatal, serán el principio idóneo para establecer un apego seguro en las relaciones progenitores-hijo (Smeekens, Riksen-Walraven, y Van-Bakel, 2007).

Teoría de la vinculación

La noción de que se establece un vínculo afectivo entre la madre y el feto durante la fase de la gestación no es un argumento reciente; Castro, et al (2015) afirman que ya desde mediados del siglo XX se plantearon fundamentos de cómo la mujer desarrolla una conexión con el feto de manera intrapsíquica, y que la carga libidinal de la gestante es transmitida hacia el bebé durante las etapas del embarazo.

No es inclusive a término de la década de 1960, con la investigación de John Bowlby (1969) que ratifica una postura teórica admisible respecto a la vinculación-apego. Su estudio original se enfocó en la necesidad biológica del infante de experimentar una proximidad física con la madre, integrando posteriormente que la vinculación es además una necesidad psicológica y que esta va más allá de procesos inconscientes.

Bowlby, citado por Castro (2011), propone que la vinculación se origina como una motivación interna que apoya a protegerse a sí mismo en circunstancias donde se sienta fatigado, enfermo o con temor, lo cual genera que se busque y conserve la proximidad hacia el individuo que le brinda la protección, el cual sería el objeto de vínculo y que en la mayoría de los casos sería la madre. Asimismo, plantea que el bebé nace con una serie de comportamientos de vinculación, tales como llanto, buscar a la madre, o sonreír, los cuales posibilitan que se amplíe y persista la proximidad con la madre.

En 1973, Bowlby en sus estudios denominado “modelo de trabajo interno”, a la capacidad del bebé de desarrollar expectativas en base de las respuestas de su objeto de vínculo, es decir el bebé fortalece la idea de que su objeto de vínculo le proporciona protección en el momento en que lo solicita a través de las experiencias previas.

Desde de las investigaciones de Bowlby se extendieron estudios más profundas acerca del apego y la vinculación, uno de los trabajos que ahondo en el tema fue Mary Ainsworth, la cual sustenta que la vinculación del infante va más allá de exclusivamente un proceso biológico, es decir, que esta engloba 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 hallan los elaborados en ámbito de laboratorio en el cual se contempla el comportamiento de los niños ante las condiciones examinadas de que la madre permaneciera presente en la misma habitación, y en donde la madre permaneciera ausente, y se aprecia la respuesta y comportamiento de los niños en lapso de tiempo en que la madre retornara. Generalmente los niños reaccionan a esta ausencia con angustia, y tan pronto como retornan con su madre y esta los reconforta retornan a su comportamiento habitual.

No obstante, coexisten otros tipos de reacción que de igual manera se muestran, los cuales distinguen el tipo de vinculación que exhibe el niño, la cual se podía anteponer basándose en la observación del comportamiento que realiza la madre (Ainsworth, et al, 1978). Una investigación ejecutada con 80 madres primigestas, aude que las madres con una vinculación segura se adaptan mejor a la maternidad, entre tanto que las de tipo inseguro experimentaban este ciclo como amenazante (Mikulincer y Florian, 1998).

Conceptualización de vinculación prenatal

Estas perspectivas fueron de gran valor, sin embargo, necesitaban de un fundamento que revelara su existencia. Siendo una de las primeras evidencias empíricas la presencia de las madres cuyos hijos fallecieron durante el proceso de parto, las cuales evidenciaron un intenso sufrimiento y duelo, revelando esto un lazo surgido durante el periodo del embarazo (Kennell, Slyter, & Klaus, 1970).

Lumley (1982), efectuó en Australia uno de los primeros trabajos longitudinales respecto a este tema, en el cual entrevistó a embarazadas en el primer trimestre, segundo trimestre, a las 36 semanas de gestación y después del parto, su propósito era el comprender las actitudes que se disponía hacia el feto. Descubriendo un 30% de vinculación en el primer trimestre, 63% en el segundo y 92% a las 36 semanas de gestación. A las mujeres que no mostraron actitudes de vinculación se lo atribuyó a que experimentaron complicaciones durante el proceso del embarazo y a la carencia de soporte por parte de sus parejas.

Sin embargo cada autor contribuyó con su perspectiva particular a la definición, encontrándose ideas en común entre la mayoría de los autores, dentro de las definiciones más empleadas se ubican 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 aún no nacido infante”.
- Doan y Zimmerman (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 se origina de la experiencia reciproca e interactiva entre el bebé y las figuras parentales y el mecanismo de apego innato, el cual se puede inferir como una actividad reciproca en el cual bebé y madre, estimula y modifica al otro por medio de la intercomunicación de señales y comportamientos que se crean de manera sincronizada desde las etapas del embarazo (Enríquez, Padilla y Montilla, 2008).

Si se consigue instaurar una apropiada vinculación prenatal se inicia la probabilidad de que posteriormente al nacimiento se establezcan unas relaciones más adecuadas que serán la el principio para un apego seguro padres-hijo, el cual es imprescindible para la formación del niño (Castro, 2011).

Definición de Vinculación

La definición de vinculación se ha empleado en diferentes investigaciones como sinónimo de apego, el cual no ha hallado un concepto admitido universalmente, partiendo de ello se localizaron ciertas definiciones que corresponden con la finalidad del presente estudio.

Bowlby (1982), la conceptualiza como un conjunto de comportamientos en desarrollo en el cual el infante busca establecer y sostener una proximidad psicológica y física hacia una figura que lo resguarda de los peligros que el percibe, buscando además recibir aprecio y que le posibilita explorar su entorno de modo seguro. También afirma que la vinculación es un tipo específico de vínculo social que un individuo siente hacia otra persona, la cual se modifica dependiendo quien siente el vínculo y hacia quien va dirigido, hallando dos vertientes el lado emocional y lado comportamental.

El lado emocional hace mención al deseo de encontrar y establecer proximidad con la figura generadora de apego en cierta situación determinada; mientras que el lado comportamental se relaciona a los comportamientos que el

individuo establece para sostener su proximidad al individuo que le origina el apego, esta proximidad puede ser tanto física como psicológica (Bowlby, 1982).

Una de las definiciones más actuales, hace mención a la vinculación como el lazo afectivo que surge entre dos individuos y da origen a un ambiente de seguridad en el otro, dentro de un entorno de diálogo y desarrollo (Enríquez, Padilla, Montilla, 2008).

Desarrollo de la vinculación prenatal

La vinculación se origina en la gestación por la acción genética y hormonal, sin embargo, en la ocasión en que los progenitores toman consciencia de que el bebé que esperan, es un ser con su particular constitución física y una personalidad incipiente, estamos refiriendo que se desarrolla la vinculación (López y Sueiro, 2008; Lafuente, 2008).

Existe una correlación perceptiva-psicológica, la cual proporciona al niño la ocasión de establecer comunicación con la madre, posibilitando incorporar los aspectos 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 postura psicológica, la madre y el feto se encuentran íntimamente unidos todo el tiempo que perdure 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 la comunicación que pueda establecer la madre al que el feto replica con movilidad motora, lograr escucharlo y sentir sus movimientos, les permite valorar al ser en formación como un individuo diferenciado de la madre, con identidad propia, a representar cómo será y asignarle ciertas características de personalidad humana.

La reciprocidad sensorial posibilita la formación de una relación afectiva privilegiado entre el feto y la madre. Por otra parte, el canal humoral lo compone las modificaciones del ambiente interno de la madre que se trasfiere a por medio de la placenta, esto demuestra como los cambios bruscos en su estado de ánimo puedan influir en el feto, debido a los cambios en las secreciones endocrinas y su actividad neurovegetativa (Valencia y González, 2008).

Como se afirmó previamente durante la etapa embarazo se lleva a establecer un periodo de adaptación por parte de la madre, en donde esta realiza tarea psicológica que se puede proponer desde 3 ángulos (Vives, 1994):

- La necesidad de desarrollar una serie de ajustes intrapsíquicos e interpersonales con el propósito de adaptarse al hecho de estar embarazada.
- La gradual asimilación e identificación del feto como un individuo que vive en la madre y que con el tiempo llegara a ser un ser autónomo e independiente de ella. Lo cual se establece cuando el feto se desplaza en el útero materno.
- La identificación progresiva de que el bebé en gestación, se está estableciendo como un ser único, distinto a sus progenitores.

Reva Rubin (1975), fue la primera en proponer que la vinculación que se origina entre la madre y el bebé es producto de un proceso prenatal, reconociendo 3 labores que establecen las madres durante el periodo embarazo: a) búsqueda de seguridad para ella y su bebé, b) garantizar de que el bebé sea reconocido por los demás, c) vincularse con el feto.

Por su parte Cranley (1981), explico el proceso de vinculación como una serie de fases en desarrollo que sucede conforme la madre embarazada admite ciertos comportamiento al comprender de los cambios que debe realizar en su estilo de vida para el bienestar del feto.

Para los investigadores Condon y Corkindale (1997), hay dos dimensiones de la vinculación en las que se debe concentrar la observación y medición: la calidad de vinculación, las experiencias de cercanía, ternura y la conceptualización del feto como una “pequeña personita”; y por otra parte la intensa preocupación por el feto, es decir la ocasión en que el feto habita el espacio central en la vida emocional de la madre.

Factores asociados a vinculación prenatal en gestantes

En relación a los trabajos de investigación de los agentes que intervienen en el inicio y formación del vínculo afectivo durante la etapa prenatal, autores tales como Doan y Zimmerman (2008) han indicado los distintos aspectos de la historia individual, el bienestar psíquico de la madre y diversos factores psicosociales.

Factores Sociodemográficos

Los factores sociodemográficos que contribuyen en el desarrollo del feto y se asocian a la vinculación prenatal materna se encuentran en el grado de estudios de la gestante, el nivel socioeconómico, la existencia de pareja estable y la aprobación social de la gestación (Alhusen, Gross, Hayat Rose y Sharps, 2012).

Este dato se asemeja a lo fundamentado por Alhusen et al. (2012) quienes confirmaron que los factores sociodemográficos poco oportunos tal como el grado de estudios se asocian con las prácticas de salud o actitudes que pueden alterar el adecuado proceso de la gestación, el bienestar del feto y el grado de vinculación prenatal materna.

También otros estudios como el de Gutiérrez y Galleguillos (2011) afirman que en la fase prenatal la edad de la madre influye en el inicio del proceso de vinculación materno fetal. Además este dato se asemeja a lo atribuido por Doan y Zimmerman (2003), quienes en base a sus diversos estudios realizados manifestaron

que la edad materna y el nivel de estudios de la gestante es un factor correlacionado con el vínculo materno fetal.

Sim embargo, Bordin y Iracema (2009) en su trabajo de investigación llevada a cabo identificaron que las mujeres embarazadas con enseñanza fundamental incompleta, presentaron menores valores de apego materno fetal , mientras que las que tenían escolaridad superior mostraron un nivel de apego materno fetal más alto.

Factores Obstétricos-Reproductivos

Los factores obstétricos-reproductivos son componentes significativos de la manifestación del vínculo prenatal materno, se asocian con conductas relacionadas a la práctica de salud centradas en el bienestar del feto, tal como el control obstétrico, la pretensión de no generarle daño y la disminución o término del consumo de alcohol, tabaco, y otras drogas (Doan y Zimmerman, 2008; Yarcheski, Mahon, Yarcheski, Hanks y Cannella, 2009).

Para los autores Guitierrez y Galleguillos (2011) la paridad o también denominada número de partos influye en el proceso de vinculación afectiva que desarrolla la gestante durante la etapa prenatal. También este dato lo ratifica Doan y Zimmerman (2003) quienes desarrollaron una serie de estudios y plantearon que dentro de los factores correlacionados con el apego materno fetal se encuentran el número de gestaciones.

Demás estudios realizados plantean que el vínculo afectivo que se establece durante el periodo del embarazo experimenta un aumento a partir de la sensación de los movimientos que realice el feto y en los últimos trimestres de embarazo de faz al nacimiento (Damato, 2000; DiPietro, 2010). Asimismo otras actitudes y prácticas de salud asociadas se encuentra el control prenatal, el sosiego y una nutrición apropiada (Lindgren, 2001).

Otras investigaciones muestran que las primíparas revelaron un afecto materno fetal más alto cuando son comparadas con las mujeres que ya tenían otros hijos. Este dato es confirmado por la literatura, que apunta que las diferencias entre primíparas y multíparas están ligadas a una mayor expectativa de las primeras en relación al nacimiento del bebé (Mercer y Ferketich, 1994; Nichols, Roux, y Harris, 2007).

Por último, es importante señalar que algunos estudios proponen que los factores relacionados a la vinculación prenatal materna están el mes de embarazo, la presencia o ausencia de movimientos fetales, la edad de las madres, entre otros (Ortiz A.J., Borre A., Carrillo S., Gutiérrez J. , 2006).

Factores Psicológicos

En lo referente a los factores psicológicos los resultados de la investigación de Condon y Corkindale (1997) plantean que las gestantes con un nivel menor de vinculación afectiva hacia sus hijos eran aquellas que habían mostrado grados de ansiedad y depresión altos, así como grados más bajos de soporte social fuera de su relación de pareja. Dicha conclusión señala por lo tanto que el estado psicológico de la gestante durante el periodo del embarazo interviene notablemente en el desarrollo del vínculo maternal fetal.

También diferentes trabajos de investigación proponen que aquellas madres que reflejaron sentir una fuerte filiación afectiva hacia sus bebés en el post-parto la representaban como un periodo continuo con los sentimientos originados hacia el mismo en la fase prenatal (Huth-Bocks, Leven-dosky, Bogat y Von Eye, 2004).

Distintos estudios en cuanto a los factores que contribuyen en el comienzo y progreso de la vinculación prenatal materna, autores como Doan y Zimmerman (2008) han manifestado que la existencia de capacidades cognitivas y emocionales para visualizar al feto como un ser diferenciado, así como el particular tipo de apego seguro en la etapa de la infancia o un lazo positivo presente con los progenitores, instauran los principios idóneos para un desarrollo positivo del

vínculo prenatal materno. De la igual manera que las capacidades cognitivas y emocionales son indispensables en el comienzo y reforzamiento del vínculo, su manifestación tiene que ver con elementos cognitivos y afectivos. Dentro de los elementos cognitivos se hallan las ideas o representaciones mentales referentes al feto, que posibilita a las madres elaborar incluso, atributos de personalidad y comportamiento; por otro lado, los componentes afectivos hacen alusión a la empatía y al agrado en la interacción.

Además dentro de los factores psicosociales correlacionados al vínculo prenatal materno se considera la planificación del embarazo, el manejo de la tensión, el estrés y la ansiedad durante el periodo de la gestación, el dominio del impacto emocional de las pérdidas perinatales previas, un adecuado perfil sociodemográfico y percepción de un apropiado soporte social (Damato, 2000; Doan y Zimmerman, 2008).

Asimismo Rauenhorst (2001) fundamenta lo significativo del soporte social, particularmente la relación de la gestante con su pareja en el establecimiento de la vinculación afectiva durante la fase prenatal.

Definición conceptual y operacional de las variables

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	Nominal	1. 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		2. Estilo Afecto positivo/baja preocupación (Calidad positiva y preocupación baja).
						3. Estilo desvinculado/ambivalente (Calidad negativa y preocupación baja).
						4. 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.	Adolescencia	Años cumplidos actuales	Ordinal	Alternativa que selecciona la gestante.
		Juventud			
		Adultez			
		Grado de instrucción	Primaria	Nominal	
			Secundaria		
	Superior				
	Procedencia	Urbano	Nominal		
		Rural			
		Urbano Marginal			
	Ocupación actual de la gestante	Ama de casa	Nominal		
		Con trabajo dependiente			
		Con trabajo independiente			
		Desempleada			
	Tipo de relación actual	Casada	Nominal		
		Conviviente			
		Soltera			
		Otra			

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicador	Escala de medición	Definición Operacional
Obstétricas	Referida a los antecedentes reproductivos y obstétricos de la gestante así como su condición perinatal	Semanas de Gestación) Tercer trimestre	Ordinal	Alternativa que selecciona la gestante
		Planificación del embarazo	) Si) No	Nominal
		Paridad	) Número de gestaciones	Nominal
		Control prenatal (CPN)	) Si) No	Nominal
		Estimulación Prenatal	) Si) No	Nominal
		Psicoprofilaxis Obstétrica	) Si) No	Nominal
Psicológicas	Referida a los antecedentes de violencia de pareja, así como la relación de pareja actual y la de familia.	Violencia de pareja	) Si) No	Nominal
		Relación con la pareja	) Buena) Mala	Nominal
		Relación con la familia de origen	) Buena) Mala	Nominal

1.5. Hipótesis

H1. La vinculación prenatal materna se relaciona con los factores sociodemográficos, obstétricos-reproductivos y psicológicos de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Yugoslavia de Nuevo Chimbote, 2017.

Ho. La vinculación prenatal materna no se relaciona con los factores sociodemográficos, obstétricos-reproductivos y psicológicos de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Yugoslavia de Nuevo Chimbote, 2017.

1.6. Objetivos

Objetivo general

Determinar los factores asociados a la vinculación prenatal materna de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Yugoslavia de Nuevo Chimbote, 2017.

Objetivos específicos:

1. Identificar los factores sociodemográficos asociados a la vinculación prenatal materna de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Yugoslavia de Nuevo Chimbote, 2017.
2. Identificar los factores obstétricos-reproductivos asociados a la vinculación prenatal materna de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Yugoslavia de Nuevo Chimbote, 2017.
3. Identificar los factores psicológicos asociados a la vinculación prenatal materna de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Yugoslavia de Nuevo Chimbote, 2017.

METODOLOGIA

2.1. Tipo 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).

Por su enfoque cuantitativo y en concordancia con los objetivos propuestos el proyecto se enmarca en un nivel de investigación relacional y diseño epidemiológico analítico de corte transversal, toda vez que se busca establecer relaciones entre variables en un momento determinado, sin precisar el sentido de causalidad, limitándose a señalar los factores de riesgo (Supo, 2012, p. 3).

2.2. Población y muestra

La población estuvo conformada por las gestantes atendidas en el Servicio de Obstetricia del Centro de Salud Yugoslavia en el periodo marzo a abril del año 2017. Para el cálculo de la muestra se utilizó un muestreo probabilístico sistemático, en vista que no se conoce ciertamente el número de gestantes que asistirán durante el tiempo de recolección de la información (Supo, 2012).

La muestra estuvo conformada por 112 gestantes, siendo un número representativo de gestantes, atendidas en el Servicio de Obstetricia del Centro de Salud Yugoslavia de Nuevo Chimbote durante los meses de marzo a abril del año 2017. Las gestantes fueron captadas en el servicio seleccionado inmediatamente después de recibir su atención prenatal por el/la obstetra.

Antes de llevar a cabo la encuesta se le informó a la gestante seleccionada, en qué consiste y cuál es 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:

Criterios de Inclusión

- Mujer gestante atendida en el Centro de Salud Yugoslavia durante el periodo de la investigación.
- Sin antecedentes reportado de depresión.
- Historia médica sin complicaciones obstétricas y fetales.
- Mujeres que se encuentran en el tercer trimestre de gestación en el momento de la inclusión en el estudio.
- 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
- Edad gestacional menor del tercer trimestre en el momento de la inclusión en el estudio.

Caracterización de la muestra en estudio

Tabla 3.

Distribución de la muestra según variables sociodemográficas.

Característica sociodemográficas	f	%
Edad		
15 – 19	29	25,9
20 – 24	32	28,6
25 – 40	51	45,5
Total	112	100,0
Grado de Instrucción		
Primaria	17	15,2
Secundaria	58	51,8
Superior	37	33,0
Total	112	100,0
Procedencia		
Urbano	88	78,6
Rural	6	5,3
Urbano Marginal	18	16,1
Total	112	100,0
Ocupación Actual		
Ama de Casa	70	62,5
Con trabajo Dependiente	17	15,2
Con trabajo Independiente	12	10,7
Desempleada	13	11,6
Total	112	100,0
Estado Civil		
Casada	13	11,6
Conviviente	78	69,6
Soltera	21	18,8
Total	112	100,0

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 4.
Distribución de la muestra según variables obstétricas.

Característica obstétricas	f	%
Embarazo Planificado		
Si	4	3,6
No	108	96,4
Total	112	100,0
Número de Embarazos		
Primigesta	69	6,6
Secundigesta	43	38,4
Total	112	100,0
Control Prenatal		
No controlada	52	46,4
Si controlada	60	53,6
Total	112	100,0
Estimulación Prenatal		
Si	34	30,4
No	78	69,6
Total	112	100,0
Psicoprofilaxis Obstétrica		
Si	31	27,7
No	81	72,3
Total	112	100,0

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 5.
Distribución de la muestra según variables psicológicas.

Características psicológicas	f	%
Violencia de Pareja		
Si	11	9,8
No	101	90,2
Total	112	100,0
Relación con la Pareja		
Buena	79	70,5
Mala	33	29,5
Total	112	100,0
Relación con la familia		
Buena	88	78,6
Mala	24	21,4
Total	112	100,0

Fuente: Elaboración propia.

2.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La recolección de datos se realizó mediante el desarrollo de una encuesta a la gestante que voluntariamente accedan a participar de la investigación. La aplicación del formulario se efectuó con una previa capacitación, cuyos tópicos de capacitación fueron: manejo del instrumento y los objetivos de la investigación.

Se elaboró un cuestionario para características sociodemográficas, obstétricas y psicológicas con el propósito de tomar en consideración, algunas variables que establezcan relación con la vinculación prenatal materna, así como para seleccionar a las participantes que cumpliera con los criterios de inclusión constituidos previamente.

Para la recolección de la información asociada con la variable principal del estudio se empleó la Escala de Vinculación Prenatal Materna cuyas siglas en inglés son MAAS (Maternal Antenatal Attachment Scale), diseñada por Condon (1993) como un instrumentos de auto reporte constituida por 19 ítems. Para la presente investigación se empleó la versión traducida de la MAAS elaborada por Castro (2011) en la ciudad de Monterrey en México (Apéndice 1).

La versión de Castro (2011) es resultado del proceso de traducción inversa propuesto por Cohen y Jones (1990), cuyo desarrollo fue explicado por Masson (2005). Debido a lo cual se formó un grupo con tres personas, cuyas características se precisan 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:

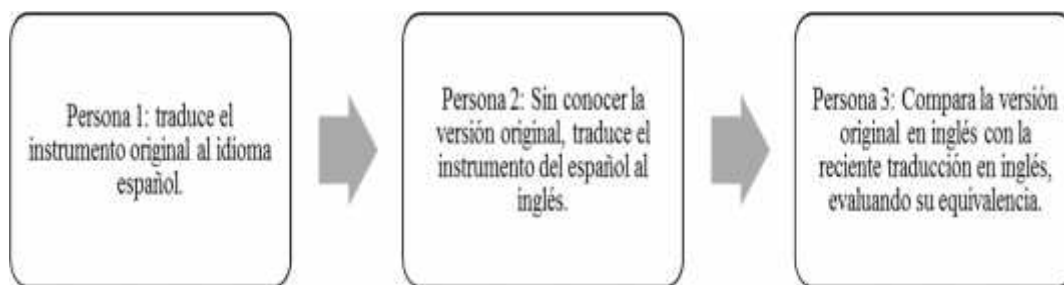


Figura 1: Proceso de traducción inversa

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

La estructura interna de la escala se constituye 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, y ansioso, ambivalente o preocupación sin afecto.

La versión final del instrumento esta conformada de 19 ítems, cuyas respuestas son situadas en 5 puntos de una escala tipo Likert, la puntuación mínima es de 19 y la puntuación máxima de 95. Las puntuaciones en la escala de calidad puntúan entre 11 y 55, entre tanto que en la de preocupación entre 8 y 40. En cuanto a la confiabilidad, el instrumento presenta para la escala total Alfa de Cronbach de 0.72, la sub-escala de calidad posee un Alfa de Conbach de 0.68 y la de preocupación de 0.62. La escala muestra 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, conforme fuera el caso, cuando la puntuación se ubica 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 preocupadas 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 (semejantes a los del cuadrante 1), pero, 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 relacionados 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. 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 la recolección de datos de la presente investigación se solicitó el permiso la directa del Centro de Salud Yugoslavia brindándole información acerca del estudio, lo cual permitiendo así las facilidades para la aplicación de los instrumentos.

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

2.5. Procedimiento y análisis de la información

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

- **Conteo:** se realizó 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 elaboró tablas para organizar la distribución de frecuencias absolutas y relativas.
- **Análisis cuantitativo:** El análisis estadístico de los datos se desarrolló mediante pruebas Chi cuadrado de independencia. Para todos los análisis se supone un nivel de significancia del 5% ($\alpha = 0.05$). Como regla de decisión se tomará en cuenta lo siguiente:

- Si el valor de $p < \alpha$ se considera región de rechazo, por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula.
- Si el valor de $p > \alpha$ se considera región de aceptación, por lo tanto, no se rechaza la hipótesis nula.

El análisis de los datos se realizará utilizando el software IBM SPSS Statistics para Windows versión 22.0.

2.6. 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:

- 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 retirar su consentimiento en cualquier momento, sin riesgo a represalia.
- Se garantizó la seguridad de las bases de datos, que no serán utilizadas para otro fin que el señalado en el apartado de objetivos específicos.

RESULTADOS

Análisis relacional de factores sociodemográficos asociados a la vinculación

prenatal

La tabla 6 muestra que un 96,6% de gestantes de 15 a 19 años de edad tiene un Estilo Fuerte / Saludable y 3,4% posee un Estilo Afecto positivo/ baja preocupación. También, el 84,4 % de gestantes de 20 a 24 años tiene un Estilo Fuerte / Saludable y 15,6 % posee un Estilo Afecto positivo/ baja preocupación. Además un 56,9% de gestantes de 25 a 40 años tiene un Estilo Fuerte / Saludable y 43,1%, posee un Estilo Afecto positivo/ baja preocupación. Encontrándose relación altamente significativa ($p=0.000$) entre edad y vinculación prenatal materna

Tabla 6.

La vinculación prenatal materna según edad en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Yugoslavia, Nuevo Chimbote, 2017.

Edad	Estilo de vinculación prenatal materna				Total		X ²	p
	Fuerte / Saludable		Afecto positivo/ baja preocupación					
	f	%	f	%	f	%		
15 – 19	28	96,6	1	3,4	29	100,0		
20 – 24	27	84,4	5	15,6	32	100,0	17,632	0.000**
25 – 40	29	56,9	22	43,1	51	100,0		
Total	84	75,0	28	25,0	112	100,0		

Fuente: Elaboración propia.

**Relación altamente significativa ($p<0.01$)

La tabla 7 muestra que un 41.2% de gestantes de grado de instrucción primaria tiene un Estilo Fuerte / Saludable y 58,8% posee un Estilo Afecto positivo/ baja preocupación. También, el 70,7% de gestantes de grado secundaria tiene un Estilo Fuerte / Saludable y 29,3% posee un Estilo Afecto positivo/ baja preocupación. Además un 97,3% de gestantes de grado superior tiene un Estilo Fuerte / Saludable y 2,7% posee un Estilo Afecto positivo/ baja preocupación. Encontrándose relación altamente significativa ($p=0.000$) entre grado de instrucción y vinculación prenatal materna

Tabla 7.

La vinculación prenatal materna según grado de instrucción en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Yugoslavia, Nuevo Chimbote 2017.

Grado de Instrucción	Estilo de vinculación prenatal materna				Total		X ²	p
	Fuerte / Saludable		Afecto Positivo/ Baja Preocupación		f	%		
	f	%	f	%	f	%		
Primaria	7	41,2	10	58,8	17	100,0		
Secundaria	41	70,7	17	29,3	58	100,0	20,758	0.000**
Superior	36	97,3	1	2,7	37	100,0		
Total	84	75,0	28	25,0	112	100,0		

Fuente: Elaboración propia.

**Relación altamente significativa ($p<0.01$)

La tabla 8 muestra que un 77,3% de gestantes de procedencia urbano tiene un Estilo Fuerte / Saludable y 22,7% posee un Estilo Afecto positivo/ baja preocupación. También, el 100,0 % de gestantes de procedencia rural tiene un Estilo Fuerte / Saludable y 0,0% posee un Estilo Afecto positivo/ baja preocupación. Además un 55,6% de gestantes de de procedencia urbano marginal tiene un Estilo Fuerte / Saludable y 44,4% posee un Estilo Afecto positivo/ baja preocupación. No hallándose relación ($p=0.053$).

Tabla 8.

La vinculación prenatal materna según procedencia en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Yugoslavia, Nuevo Chimbote 2017.

Procedencia	Estilo de vinculación prenatal materna				Total	X ²	p
	Fuerte / Saludable		Afecto positivo/ baja preocupación				
	f	%	f	%			
Urbano	68	77,3	20	22,7	88	100,0	
Rural	6	100,0	0	0,0	6	100,0	5,872 0.053
Urbano Marginal	10	55,6	8	44,4	18	100,0	
Total	84	75,0	28	25,0	112	100,0	

Fuente: Elaboración propia

La tabla 9 muestra que un 70,0% de gestantes de ocupación actual ama de casa tiene un Estilo Fuerte / Saludable y 30,0% posee un Estilo Afecto positivo/ baja preocupación. También, el 88,2% de gestantes de ocupación con trabajo dependiente tiene un Estilo Fuerte / Saludable y 11,8% posee un Estilo Afecto positivo/ baja preocupación. Además un 83,3% de ocupación con trabajo independiente de tiene un Estilo Fuerte / Saludable y 16,7% posee un Estilo Afecto positivo/ baja preocupación. Asimismo un 76,9% de ocupación desempleada tiene un Estilo Fuerte / Saludable y 23,1% posee un Estilo Afecto positivo/ baja preocupación. No hallándose relación ($p=0.393$).

Tabla 9.

La vinculación prenatal materna según ocupación actual en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Yugoslavia, Nuevo Chimbote 2017.

Ocupación Actual	Estilo de vinculación prenatal materna				Total	X ²	p
	Fuerte /Saludable		Afecto positivo/ baja preocupación				
	f	%	f	%			
Ama de Casa	49	70,0	21	30,0%	70	100,0	
Trabajo Dependiente	15	88,2%	2	11,8%	17	100,0	
Trabajo Independiente	10	83,3%	2	16,7%	12	100,0	2,992
Desempleada	10	76,9%	3	23,1%	13	100,0	0.393
Total	84	75,0%	28	25,0%	112	100,0	

Fuente: Elaboración propia

La tabla 10 muestra que un 84,6% de gestantes de estado civil casada tiene un Estilo Fuerte / Saludable y 15,4% posee un Estilo Afecto positivo/ baja preocupación. También, el 73,1% de gestantes de estado civil conviviente tiene un Estilo Fuerte / Saludable y 26,9% posee un Estilo Afecto positivo/ baja preocupación. Además un 76,2% de gestantes de estado civil soltera tiene un Estilo Fuerte / Saludable y 23,8% posee un Estilo Afecto positivo/ baja preocupación. No hallándose relación ($p=0.667$).

Tabla 10.

La vinculación prenatal materna según estado civil en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Yugoslavia, Nuevo Chimbote 2017.

Estado Civil	Estilo de vinculación prenatal materna				Total	X ²	p
	Fuerte / Saludable		Afecto positivo/ baja preocupación				
	f	%	f	%			
Casada	11	84,6%	2	15,4%	13	100,0	
Conviviente	57	73,1%	21	26,9%	78	100,0	2,992 0.667
Soltera	16	76,2%	5	23,8%	21	100,0	
Total	84	75,0%	28	25,0%	112	100,0	

Fuente: Elaboración propia

La tabla 11 muestra que el 100,0% de gestantes que si planificaron su embarazo tiene un Estilo Fuerte / Saludable y 0,0% posee un Estilo Afecto positivo/ baja preocupación. Mientras que, 74,1% de gestantes que no planificaron su embarazo tiene un Estilo Fuerte / Saludable y 25,9% posee un Estilo Afecto positivo/ baja preocupación. No hallándose relación ($p=0.240$).

Tabla 11.

La vinculación prenatal materna según embarazo planificado en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Yugoslavia, Nuevo Chimbote 2017.

Embarazo Planificado	Estilo de vinculación prenatal materna				Total		X ²	p
	Fuerte / Saludable		Afecto positivo/ baja preocupación		f	%		
	f	%	f	%				
Si	4	100,0%	0,0	0,0%	4	100,0		
No	80	74,1%	28	25,9%	108	100,0	1,383	0.240
Total	84	75,0%	28	25,0%	112	100,0		

Fuente: Elaboración propia

Análisis relacional de factores obstétricos asociados a la vinculación prenatal

La tabla 12 muestra que el 95,7% de primigestas tiene un Estilo Fuerte / Saludable y 4,3% posee un Estilo Afecto positivo/ baja preocupación. Mientras que, 41,9% de secundigestas tiene un Estilo Fuerte / Saludable y 58,1% posee un Estilo Afecto positivo/ baja preocupación. Encontrándose relación altamente significativa ($p=0.000$) entre número de embarazos y vinculación prenatal materna.

Tabla 12.

La vinculación prenatal materna según el número de embarazos en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Yugoslavia, Nuevo Chimbote 2017.

Número de Embarazos	Estilo de vinculación prenatal materna				Total	X ²	p
	Fuerte / Saludable		Afecto positivo/ baja preocupación				
	f	%	f	%			
Primigesta	66	95,7%	3	4,3%	69	100,0	
Secundigesta	18	41,9%	25	58,1%	43	100,0	40,882 0.000**
Total	84	75,0%	28	25,0%	112	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

**Relación altamente significativa ($p<0.01$)

La tabla 13 muestra que el 71,2% de gestantes con no control prenatal tiene un Estilo Fuerte / Saludable y 28,8% posee un Estilo Afecto positivo/ baja preocupación. Mientras que, 78,3% de gestantes con control prenatal tiene un Estilo Fuerte / Saludable y 21,7% posee un Estilo Afecto positivo/ baja preocupación. No hallándose relación ($p=0.382$).

Tabla 13.

La vinculación prenatal materna según control prenatal en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Yugoslavia, Nuevo Chimbote 2017.

Control Prenatal	Estilo de vinculación prenatal materna				Total	X ²	p
	Fuerte / Saludable		Afecto positivo/ baja preocupación				
	f	%	f	%			
No Controlada	37	71,2%	15	28,8%	52	100,0	
Controlada	47	78,3%	13	21,7%	60	100,0	0,766 0.382
Total	84	75,0%	28	25,0%	112	100,0	

Fuente: Elaboración propia

La tabla 14 muestra que el 94,1% de gestantes con estimulación prenatal tiene un Estilo Fuerte / Saludable y 5,9% posee un Estilo Afecto positivo/ baja preocupación. Mientras que, 66,7% de gestantes sin estimulación prenatal tiene un Estilo Fuerte / Saludable y 33,3% posee un Estilo Afecto positivo/ baja preocupación. Encontrándose relación altamente significativa ($p=0.002$) entre estimulación prenatal y vinculación prenatal materna.

Tabla 14.

La vinculación prenatal materna según estimulación prenatal en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Yugoslavia, Nuevo Chimbote 2017.

Estimulación Prenatal	Estilo de vinculación prenatal materna				Total		X ²	p
	Fuerte / Saludable		Afecto positivo/ baja preocupación		f	%		
	f	%	f	%	f	%		
Si	32	94,1%	2	5,9%	34	100,0		
No	52	66,7%	26	33,3%	78	100,0	9,516	0.002**
Total	84	75,0%	28	25,0%	112	100,0		

Fuente: Elaboración propia

**Relación altamente significativa ($p<0.01$)

La tabla 15 muestra que el 93,5% de gestantes con Psicoprofilaxis Obstétrica tiene un Estilo Fuerte / Saludable y 6,5% posee un Estilo Afecto positivo/ baja preocupación. Mientras que, 67,9% de gestantes sin psicoprofilaxis obstétrica tiene un Estilo Fuerte / Saludable y 32,1% posee un Estilo Afecto positivo/ baja preocupación. Encontrándose relación altamente significativa ($p=0.005$) entre Psicoprofilaxis Obstétrica y vinculación prenatal materna.

Tabla 15.

La vinculación prenatal materna según psicoprofilaxis obstétrica en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Yugoslavia, Nuevo Chimbote 2017.

Psicoprofilaxis Obstétrica	Estilo de vinculación prenatal materna				Total	X ²	p
	Fuerte / Saludable		Afecto positivo/ baja preocupación				
	f	%	f	%			
Si	29	93,5%	2	6,5%	31	100,0	
No	55	67,9%	26	32,1%	81	100,0	7,865 0.005**
Total	84	75,0%	28	25,0%	112	100,0	

Fuente: Elaboración propia

**Relación altamente significativa ($p<0.01$)

Análisis relacional de factores psicológicos asociados a la vinculación prenatal

La tabla 16 muestra que un 27,3% de gestantes que sufre de violencia de pareja tiene un Estilo Fuerte / Saludable y 72,7% posee un Estilo Afecto positivo/ baja preocupación. Mientras que, 80,2% de gestantes que no sufre de violencia de pareja tiene un Estilo Fuerte / Saludable y 19,8% posee un Estilo Afecto positivo/ baja preocupación. Encontrándose relación altamente significativa ($p=0.000$) entre violencia doméstica y vinculación prenatal materna.

Tabla 16.

Vinculación prenatal materna según violencia de pareja en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Yugoslavia, Nuevo Chimbote 2017.

Violencia de pareja	Estilo de vinculación prenatal materna				Total	X^2	p
	Fuerte / Saludable		Afecto positivo/ baja preocupación				
	f	%	f	%				f	%
Si	3	27,3%	8	72,7%	11	100,0	14,819 0.000**
No	81	80,2%	20	19,8%	101	100,0	
Total	84	75,0%	28	25,0%	112	100,0	

Fuente: Elaboración propia

**Relación altamente significativa ($p<0.01$)

La tabla 17 muestra que un 81,0% de gestantes con buena relación de pareja tiene un Estilo Fuerte / Saludable y 19,0% posee un Estilo Afecto positivo/ baja preocupación. Mientras que un 60,6% de gestantes con mala relación de pareja tiene un Estilo Fuerte / Saludable y 39,4% posee un Estilo Afecto positivo/ baja preocupación. Encontrándose asociación altamente significativa ($p=0.023$) entre relación con la pareja y vinculación prenatal materna.

Tabla 17.

La vinculación prenatal materna según la relación con la pareja en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Yugoslavia, Nuevo Chimbote 2017.

Relación con la Pareja	Estilo de vinculación prenatal materna				Total		X ²	p
	Fuerte / Saludable		Afecto positivo/ baja preocupación					
	f	%	f	%	f	%		
Buena	64	81,0%	15	19,0%	79	100,0		
Mala	20	60,6%	13	39,4%	33	100,0	5,170*	0.023*
Total	84	75,0%	28	25,0%	112	100,0		

Fuente: Elaboración propia

*Relación significativa ($p<0.05$)

La tabla 18 muestra que un 78,4% de gestantes con buena relación con la familia tiene un Estilo Fuerte / Saludable y 21,6% posee un Estilo Afecto positivo/ baja preocupación. Mientras que, 62,5% de gestantes con una mala relación con la familia tiene un Estilo Fuerte / Saludable y 37,5% posee un Estilo Afecto positivo/ baja preocupación. No hallándose relación ($p=0.111$)

Tabla 18.

La vinculación prenatal materna según la relación con la familia en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Yugoslavia, Nuevo Chimbote 2017.

Relación con la familia	Estilo de vinculación prenatal materna				Total		X ²	p
	Fuerte / Saludable		Afecto positivo/ baja preocupación		f	%		
	f	%	f	%	f	%		
Buena	69	78,4%	19	21,6%	88	100,0		
Mala	15	62,5%	9	37,5%	24	100,0	2,545	0.111
Total	84	75,0%	28	25,0%	112	100,0		

Fuente: Elaboración propia

Discusión

El objetivo principal de este estudio ha sido determinar los factores asociados a la vinculación prenatal materna de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Yugoslavia de Nuevo Chimbote, 2017. Es así que respecto a los factores sociodemográficos se identificó la relación entre la Vinculación prenatal materna y edad. Dicho resultado lo ratifica Gutiérrez y Galleguillos (2011) quienes afirmaron que en la fase prenatal la edad de la madre influye en el inicio del proceso de la vinculación materno fetal. Situación similar también lo confirman Ortiz et al. (2006) quienes en su estudio mencionaron que edad la gestante es un factor relacionado a la vinculación prenatal materna. Este dato se asemeja a lo atribuido por Doan y Zimmerman (2003) quienes realizaron varios trabajos de investigación y manifestaron que dentro de los factores demográficos correlacionados con el vínculo materno fetal se encuentra la edad materna. Asimismo en esta presente investigación se pudo apreciar que a menor edad predomina el Estilo Fuerte / Saludable, mientras que a mayor edad predomina el Estilo Afecto Positivo/ Baja Preocupación. Ello se consideró en un estudio que refiere que las madres adolescentes presentaron un mayor apego materno fetal en comparación con las madres adultas, en tanto que para las madres adultas mostraron temor relacionado con la maternidad considerando que su preocupación se halla orientada al desarrollo de sus metas a diferencia de las madres adolescentes (Santelices, Tapia y Perez, 2017). Por el contrario otra investigación propuso que uno de los factores de riesgo asociado a la falta de apego materno fetal ha sido atribuido la edad de la madre adolescente (Abarca y Ledig 2013). En cambio Rodríguez et al. (2004) afirma que no es posible considerar la edad adolescente como factor de riesgo en el apego neonatal por si solo ya que existen demás factores primordiales como el nivel socioeconómicos, hábitos nocivos, parejas inestables, abandono por parte de la familia de origen, entre otros. Teniendo como referencia estos datos la edad de las madres adolescentes es un marcador de dificultad y de prejuicio social más que un factor de riesgo independiente del vínculo materno fetal.

También se halló relación entre la Vinculación prenatal materna y el grado de instrucción. Estos resultados lo ratifica Doan y Zimmerman (2003), quienes en base a sus estudios elaborados confirmaron que el nivel de estudios de la madre gestante es un factor correlacionado con el apego materno fetal. Asimismo se pudo observar que a mayor grado de instrucción predomina el Estilo Fuerte / Saludable, mientras que a menor grado de instrucción predomina el Estilo Afecto Positivo/ Baja Preocupación. Ello también es corroborado por la investigación efectuada por Bordin y Iracema (2009) quienes en su estudio identificaron que las mujeres embarazadas con enseñanza fundamental incompleta, presentaron menores valores de apego materno fetal, mientras que las que tenían escolaridad superior mostraron un nivel de apego materno fetal más alto. Este dato se asemeja a lo fundamentado por Alhusen et al. (2012) quienes refirieron que los factores sociodemográficos poco oportunos tal como el grado de estudios se asocian con las prácticas de salud o actitudes que pueden alterar el adecuado proceso de la gestación, el bienestar del feto y el grado de vinculación prenatal materna. Es así que el factor educativo influye en el vínculo materno fetal, por ello es importante la promoción de la vinculación que establece la gestante en la etapa prenatal.

En cuanto a los factores obstétricos-reproductivos se encontró relación entre la Vinculación prenatal materna y paridad. 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 fase prenatal. También este dato lo ratifica Doan y Zimmerman (2003) quienes desarrollaron una serie de estudios y plantearon que dentro de los factores correlacionados con el apego materno fetal se encuentran el número de gestaciones. Se identificó además que a menor número de embarazos predomina el Estilo Fuerte / Saludable, mientras que a mayor número de embarazos predomina el Estilo Afecto Positivo/ Baja Preocupación. Esta situación es semejante a la investigación efectuada por Bordin y 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 una relación entre la Vinculación prenatal materna y estimulación prenatal. Encontrándose que las gestantes con estimulación prenatal predomina el Estilo Fuerte / Saludable, mientras que las gestantes sin estimulación prenatal predomina el predomina el Estilo Afecto Positivo/ Baja Preocupación. Dicho resultado lo ratifica el trabajo de investigación elaborada por Gómez et al. (2011) quienes identificaron que las mujeres que conocen algunas formas de interacción con su bebé, tales como las relacionadas al contenido del tacto, las del auditivo-verbales y las del sentido del gusto contribuyen en la relación materno fetal y establecimiento del apego durante la etapa de la gestación. Además este dato es corroborado tras referir que uno de los inicios para la formación de la vinculación afectiva para con los padres se da a través del desarrollo de técnicas de estimulación prenatal, ya que desde estas se abre para el padre la posibilidad de relacionarse con el feto, bien con la interacción permanente con la madre o directamente cuando se pone en contacto, mediante, el tacto y el lenguaje, con el vientre materno (Arteaga, 2007). En base a lo propuesto se puede ratificar que las actitudes de estimulación desarrolladas durante el período prenatal es un factor protector en el desarrollo de la calidad del vínculo afectivo de la diada materno-fetal.

Además se identificó una relación entre la Vinculación prenatal materna y Psicoprofilaxis Obstétrica. Apreciándose que gestantes con Psicoprofilaxis Obstétrica predomina el Estilo Fuerte / Saludable, mientras que gestantes sin Psicoprofilaxis Obstétrica predomina el Estilo Afecto positivo/ baja preocupación. En este sentido en base a los resultados encontrados se puede tener en cuenta lo planteado por Condon y Dunn (1988) quienes afirman que si se comprende la calidad de vinculación de la madre con el feto, es factible pronosticar la calidad de la vinculación en el post-parto temprano, ya que generalmente en estas circunstancias ambas vinculaciones son semejantes, estableciendo el parto un incidente de transición entre ellas. Este dato es similar a otro estudio que propone que aquellas madres que reflejaron sentir una fuerte filiación afectiva hacia sus bebés en el post-parto la representaban como un periodo

continuo con los sentimientos originados hacia el mismo en la fase prenatal (Huth-Bocks, Leven-dosky, Bogat y Von Eye, 2004).

En relación a los factores psicológicos se encontró relación entre la Vinculación prenatal materna y violencia de pareja. Observándose que las gestantes que no sufren de violencia de pareja predomina el Estilo Fuerte / Saludable, mientras que las gestantes que sufren de violencia de pareja predomina el Estilo Afecto positivo/ baja preocupación. Dicho dato lo confirma las investigaciones realizadas donde se ha podido demostrar que la exposición materna a estresores psicosociales durante el embarazo como padecer de violencia por parte de la pareja, con lleva a efectos negativos 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.

Por último se halló relación entre la Vinculación prenatal materna y relación de pareja. Dicho dato lo confirma el estudio realizado por Guitierrez y Galleguillos (2011) quienes identificaron que la variable relación con la pareja favorece el proceso de vinculación que desarrolla la gestante en la fase prenatal. Asimismo se pudo reconocer que las gestantes con buena relación de pareja predomina el Estilo Fuerte / Saludable, mientras que las gestantes con mala relación de pareja predomina el Estilo Afecto Positivo/ Baja Preocupación. Se asemeja al estudio de Lumley (1982), quien realizó uno de los primero estudios de este tema identificando que las mujeres que no presentaron actitudes de vinculación se adjudicaron que experimentaron la falta de apoyo por parte de sus parejas durante el embarazo. Ello también lo confirma el trabajo de investigación desarrollado por Rodríguez et al. (2004) quienes reconocieron 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. Por lo tanto se fundamenta que una apropiada vinculación en la etapa prenatal propicia después del nacimiento establecer unas relaciones progenitores-hijo más adecuadas, que serán el principio idóneo para el desarrollo de un apego seguro (Smeekens, et al. 2007). Teniendo en cuenta lo argumentado es relevante el soporte que brinda la pareja para reforzar el proceso de vinculación prenatal materna.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

- En cuanto a los factores sociodemográficos se encontró relación altamente significativa entre vinculación prenatal materna con edad y grado de instrucción.
- En relación a los factores obstétricos-reproductivos se identificó relación altamente significativa entre vinculación prenatal materna con número de embarazos, estimulación prenatal y psicoprofilaxis obstétrica.
- Con respecto a los factores psicológicos se halló relación altamente significativa entre vinculación prenatal materna y violencia de pareja. Además se encontró una relación significativa entre vinculación prenatal materna y relación con la pareja.

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 prolongue a la etapa prenatal como estrategia de promoción ,trascendiendo 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.
-) Promover la participación activa del padre durante el embarazo, ya que el apoyo emocional que brinde a su pareja contribuye con la adaptación satisfactoria de la gestación, refuerza el vínculo prenatal materno y predispone el desarrollo del rol paterno.

Referencias bibliográficas

- Abarca, M., y Ledig, M. (2013). *Factores asociados a la falla en el apego de la madre adolescente al recién nacido.*(Tesis de pregrado). Universidad Veracruzana, México.
- 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.
- 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.
- 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.

Yarcheski, A., Mahon, N., Yarcheski, T., Hanks, M. y Cannella, B. (2009). A meta-analytic study of predictors of maternal-fetal attachment. *International Journal of Nursing Studies*, 46, 708-715. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2008.10.013>

ANEXOS

Anexo 1. Instrumentos para la recolección de la información

Cuestionario para características sociodemográficas, 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:

- | | |
|--|---|
| <p>1. Edad:</p> | <p>8. Tiene control prenatal:
(1) Si
(2) No
Número de controles prenatales:.....</p> |
| <p>2. Grado de instrucción:
(1) Primaria
(2) Secundaria
(3) Superior</p> | <p>9. Participa en estimulación prenatal:
(1) Si
(2) No</p> |
| <p>3. Procedencia
(1) Urbano
(2) Rural
(3) Urbano Marginal</p> | <p>10. Participa en psicoprofilaxis obstétrica
(1) Si
(2) No</p> |
| <p>4. Ocupación actual:
(1) Ama de casa
(2) Con trabajo dependiente
(3) Con trabajo independiente
(4) Desempleada</p> | <p>11. Violencia de pareja
(1) Si
(2) No</p> |
| <p>5. Estado Civil actual:
(1) Casada
(2) Conviviente
(3) Soltera
(4) Otra.....</p> | <p>12. La relación con su pareja es:
(1) Buena
(2) Mala</p> |
| <p>6. Su embarazo fue planificado:
(1) Si
(2) No</p> | <p>13. La relación con su familia de origen es :
(1) Buena
(2) Mala</p> |
| <p>7. Paridad
Número de embarazos:</p> | |

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:
 Casi todo el tiempo
 Muy frecuentemente
 Frecuentemente
 Ocasionalmente
 En lo absoluto

2. En las últimas dos semanas cuando he hablado acerca de, o pensado acerca del bebé por nacer dentro de mí tuve emociones que fueron:
 Muy débiles o inexistentes
 Algo débiles
 Entre fuertes y débiles
 Algo fuertes
 Muy fuertes

3. En las últimas dos semanas mis emociones acerca del bebé dentro de mí han sido:
 Muy positivos
 Principalmente positivos
 Mezcla de positivos y negativos
 Principalmente negativos
 Muy negativos

4. En las últimas dos semanas he tenido el deseo de leer acerca de, y de obtener información acerca del bebé. Este deseo es:
 Muy débil o inexistente
 Algo débil
 Ni fuerte ni débil
 Moderadamente fuerte
 Muy fuerte

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:
 Casi todo el tiempo
 Muy frecuentemente
 Frecuentemente
 Ocasionalmente
 En lo absoluto

6. En las últimas dos semanas pienso del desarrollo del bebé generalmente como:
 Una personita real con características especiales
 Un bebe como cualquier otro bebé
 Un ser humano
 Una cosa viviente
 Una cosa que aún no está viva realmente

7. En las últimas dos semanas he sentido que el bebé dentro de mí dependerá de mí para su bienestar:
- Totalmente
 - Muchísimo
 - Moderadamente
 - Ligeramente
 - En lo absoluto
8. En las últimas dos semanas me he encontrado a mí misma hablando con mi bebé cuando estoy sola:
- En lo absoluto
 - Ocasionalmente
 - Frecuentemente
 - Muy frecuentemente
 - Casi todo el tiempo en que estoy sola
9. En las últimas dos semanas cuando pienso acerca de (o hablo con) mi bebé dentro de mí, mis pensamientos:
- Son siempre tiernos y amorosos
 - Son generalmente tiernos y amorosos
 - Son una mezcla de ambos: ternura e irritación
 - Contienen algo de irritación
 - Contienen mucho de irritación
10. La imagen en mi mente de cómo se ve realmente el bebé en esta etapa dentro de mi vientre es:
- Muy clara
 - Algo clara
 - Algo vaga
 - Muy vaga
 - No tengo idea alguna
11. En las últimas dos semanas cuando pienso acerca del bebé dentro de mí, mis sentimientos son:
- Muy tristes
 - Moderadamente tristes
 - Una mezcla de alegría y tristeza
 - Moderadamente felices
 - Muy felices
12. Algunas mujeres embarazadas algunas veces se irritan por el bebé dentro de ellas, sienten que quieren lastimarlo o castigarlo:
- No puedo imaginarme que alguna vez pudiera sentirme así
 - Puedo imaginarme que tal vez me sienta así algunas veces, pero realmente nunca lo he hecho
 - Me he sentido así una o dos veces
 - Me he sentido así ocasionalmente
13. En las últimas dos semanas he sentido:
- Muy distante emocionalmente de mi bebé
 - Moderadamente distante emocionalmente de mi bebé
 - Particularmente no cercana emocionalmente de mi bebé
 - Moderadamente cercana emocionalmente de mi bebé
 - Muy cercana emocionalmente de mi bebé

14. En las últimas dos semanas he cuidado lo que como para asegurarme de que mi bebé tenga una buena dieta:
- En lo absoluto
 - Una o dos veces cuando como
 - Ocasionalmente cuando como
 - Algo frecuente cuando como
 - Cada vez que como
15. La primera vez que vea a mi bebé después del nacimiento supongo que sentiré:
- Un intenso afecto
 - Mayormente afecto
 - Disgusto sobre uno o dos aspectos del bebé
 - Disgusto sobre algunos aspectos del bebé
 - Mayormente disgusto
16. Cuando nazca mi bebé me gustaría cargar al bebé:
- Inmediatamente
 - Después de que haya sido envuelto en una sábana
 - Después de que haya sido lavado
 - Después de algunas horas para que las cosas vuelvan a la normalidad
 - Al siguiente día
17. En las últimas dos semanas he tenido sueños acerca del embarazo o del bebé:
- En lo absoluto
 - Ocasionalmente
 - Frecuentemente
 - Muy frecuentemente
 - Casi cada noche
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:
- Muchas veces cada día
 - Al menos una vez al día
 - Ocasionalmente
 - Solo una vez
 - En lo absoluto
19. Si el embarazo se interrumpiera en este momento, debido a un parto prematuro no provocado u otro evento accidental sin ningún dolor o herida en mí, supongo que me sentiría:
- Muy contenta
 - Moderadamente contenta
 - Neutral (Ni triste ni contenta, o sentimientos encontrados)
 - Moderadamente triste
 - Muy triste

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
Aplicación	Aplicación 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 **INFORMADA** por la responsable de la presente investigación científica titulada: “ **FACTORES ASOCIADOS A VINCULACIÓN PRENATAL MATERNA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD YUGOSLAVIA, 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 satisfecha 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: _____