



Universidad Nacional
Federico Villarreal

**Vicerrectorado de
INVESTIGACION**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**ADAPTACIÓN PRENATAL Y VINCULACIÓN AFECTIVA ENTRE
GESTANTES CON/SIN APOYO DE LA PAREJA DE UN INSTITUTO
DE SALUD MATERNO DE LIMA METROPOLITANA**

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Psicología

AUTORA:

Saravia Perez, Gloria Jimena

ASESORA:

Mayorga Falcón, Elizabeth

JURADOS:

Pinto Herrera, Florita

Zegarra Martínez, Vilma

Córdova Gonzales, Luis

Lima – Perú

2020

Dedicatoria

Dedico este trabajo a Dios, por haberme guiado y permitido llegar hasta este momento tan especial e importante en mi vida profesional; de igual manera a mis padres: Gloria Pérez y Eddy Saravia, por ser mi motivación y enseñarme a no rendirme fácilmente, a mis abuelos: Epifania Quito y Avilio Pérez que me supieron encaminar con humildad, a mi abuelito Florentino Saravia que siempre me guía y me cuida desde el cielo, a mi enamorado Wilber Chichipe por brindarme el espacio y paciencia suficiente para seguir avanzando, a mi amiga Paulina Villa por sus palabras de aliento para seguir creyendo en mí, también a mi amiga Gabriela Llanto por su apoyo en momentos difíciles durante esta etapa, y finalmente a mi familia entera que estuvieron acompañándome en todo este tiempo.

Jimena Saravia P.

Agradecimiento

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

A mis padres: Gloria Pérez y Eddy Saravia; abuelos: Epifania Quito y Avilio Pérez por el apoyo incondicional, ya que me brindaron la oportunidad de tener una excelente educación en el trascurso de la vida, también por los valores inculcados desde mi infancia y haber confiado en mi persona en la ejecución del presente estudio.

A la Universidad Nacional Federico Villarreal porque abrió sus puertas para lograr mi formación como psicóloga, a través de sus docentes me transmitieron el conocimiento científico y humanístico necesario para el ejercicio profesional.

A los Magister Elizabeth Mayorga Falcón, Walter Capa Luque, Juan Ártica Martínez, Jimmy Orihuela, Ana María Muñoz y Pedro Manrique Silva por la comprensión y paciencia al enseñar, porque más que docentes, fueron una guía y buenos amigos en quienes puedo confiar.

Así mismo a los directores, profesionales de psicología, obstetras y gestantes del instituto de salud materno de Lima Metropolitana por las facilidades otorgadas que hicieron posible la ejecución del presente estudio.

Índice

Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice	iv
Lista de tablas	vi
Resumen	vii
Abstract	viii
I. Introducción	9
1.1. Descripción y formulación del problema	13
1.2. Antecedentes	18
1.3. Objetivos	26
1.4. Justificación	27
1.5. Hipótesis	29
II. Marco teórico	30
2.1. Bases teóricas sobre la vinculación afectiva prenatal	30
2.1.1. Breve reseña sobre la vinculación afectiva prenatal	31
2.1.2. Definiciones sobre la vinculación afectiva prenatal	33
2.1.3. Teorías de la vinculación afectiva prenatal	36
2.2. Bases teóricas sobre la adaptación prenatal	39
2.2.1. Definiciones sobre la adaptación prenatal	42
2.2.2. Teorías de la adaptación prenatal	44
2.3. Bases teóricas sobre la relación de pareja	46
2.3.1. Teoría de la formación de la relación de pareja	47
2.3.2. Teoría del amor	50

III. Método	52
3.1. Tipo de investigación	52
3.2. Ámbito temporal y espacial	52
3.3. Variables	52
3.4. Población y muestra	55
3.5. Instrumentos	57
3.6. Procedimientos	61
3.7. Análisis de datos	61
3.8. Consideraciones éticas	62
3.9. Fuentes de financiamiento	63
IV. Resultados	64
V. Discusión de resultados	71
VI. Conclusiones	89
VII. Recomendaciones	90
VIII. Referencias	92
IX. Anexos	108

Lista de tablas

Tabla 1: Definición operacional de las variables	54
Tabla 2: Descripción de la muestra, según características sociodemográficas	56
Tabla 3: Análisis de confiabilidad bajo el método de consistencia interna de la Escala de adaptación prenatal y vinculación afectiva	59
Tabla 4: Validez ítem- test en la Escala de adaptación prenatal y vinculación afectiva	60
Tabla 5: Niveles de adaptación prenatal entre gestantes con/sin apoyo de la pareja	64
Tabla 6: Niveles de vinculación afectiva entre gestantes con/sin apoyo de la pareja	65
Tabla 7: Análisis de normalidad Kolmogorov-Smirnov en la adaptación prenatal y vinculación afectiva	65
Tabla 8: Comparación de adaptación prenatal y vinculación afectiva entre gestantes con/sin apoyo de la pareja	66
Tabla 9: Comparación en la adaptación prenatal entre gestantes con/sin apoyo de la pareja, según número de gestación	67
Tabla 10: Comparación en la adaptación prenatal entre gestantes con/sin apoyo de pareja, según planificación del embarazo	68
Tabla 11: Comparación en la vinculación afectiva entre gestantes con/sin apoyo de la pareja, según número de gestación	69
Tabla 12: Comparación en la vinculación afectiva entre gestantes con/sin apoyo de pareja, según planificación del embarazo	70

**Adaptación prenatal y vinculación afectiva entre gestantes con/sin apoyo de la pareja
de un instituto de salud materno de Lima Metropolitana**

Saravia Pérez, Gloria Jimena

Universidad Nacional Federico Villarreal

Resumen

El objetivo del presente estudio fue comparar la adaptación prenatal y la vinculación afectiva entre gestantes con/sin apoyo de pareja de un instituto de salud materno de Lima Metropolitana. El tamaño de la muestra fue de 311 gestantes adultas de 20 a 45 años, seleccionada por un muestreo de tipo no probabilístico por conveniencia. Se utilizó la Escala para la Adaptación Prenatal y Vinculación Afectiva (EVAP) creada por Lafuente (2008) y adaptada por Ártica et al. (2018). En los resultados se menciona las diferencias significativas ($p < 0.01$) en ambas variables estudiadas, siendo a favor de las gestantes que cuentan con el apoyo de sus parejas. En la variable adaptación prenatal, se halló diferencias significativas según el número de gestación y la planificación del embarazo, en las gestantes con/sin apoyo de la pareja a favor de las primigestas y las que sí planificaron. En la variable vinculación afectiva, se encontró diferencias significativas según el número de gestación, en el grupo de gestantes sin apoyo de la pareja, a favor de las primigestas y finalmente se encontró diferencias significativas según la planificación del embarazo en el grupo de gestantes con apoyo de la pareja, a favor de las que sí planificaron.

Palabras clave: adaptación prenatal, vinculación afectiva, pareja, gestantes.

Prenatal adaptation and emotional bonding between pregnant women with / without support from the partner of a maternal health institute in Metropolitan Lima

Saravia Pérez, Gloria Jimena

Federico Villarreal National University

Abstract

The objective of the present study was to compare prenatal adaptation and affective bonding between pregnant women with / without partner support from a maternal health institute in Metropolitan Lima. The sample size was 311 adult pregnant women aged 20 to 45 years, selected by a non-probabilistic convenience sampling. The Scale for Prenatal Adaptation and Affective Bonding (EVAP) created by Lafuente (2008) and adapted by Ártica et al. (2018) was used. The results mention the significant differences ($p < 0.01$) in both variables studied, being in favor of the pregnant women who have the support of their partners. In the prenatal adaptation variable, significant differences were found according to the number of gestation and pregnancy planning, in pregnant women with / without partner support in favor of first-time pregnant women and those who did plan. In the affective bonding variable, significant differences were found according to the number of gestation, in the group of pregnant women without partner support, in favor of first-time pregnant women, and finally significant differences were found according to pregnancy planning in the group of pregnant women with support. of the couple, in favor of those who did plan.

Keywords: prenatal adaptation, affective bonding, couple and pregnant women.

I. Introducción

Esta investigación nace de las reflexiones sobre el proceso de gestación y todos los cambios físicos y psicológicos que implica a los involucrados que son la madre, el padre y el bebé. Por ello la importancia del cuidado en la etapa prenatal, que es el primer eslabón de la vida del ser humano, además de significar una experiencia única y diferente para la pareja.

Para una parte de la sociedad occidental los nueve meses de vida en el útero no existe más allá de los cambios que se observan en la figura de la madre, tanto así que consideran que el bebé al nacer tiene una edad de cero meses y pasan por alto todo tipo de aprendizaje e interacción que realizó durante la etapa prenatal (Rodrigues, 2010). Sumando a esto durante el periodo de gestación el nonato inicia también una de las etapas más importantes de su vida que influirá en su desarrollo posterior, es por ello significativo involucrar también al padre (Ridgway & House, 2006; Gouni, 2008).

Además, Nathanielsz (1995) mencionaba que a las 12 semanas de gestación el nonato ya cuenta con un sistema nervioso autónomo. También responde a estímulos de presión y tacto pudiendo tocarse los pies con las manos y se aleja de objetos que toca accidentalmente para después acercarse de nuevo (Ridgway & House, 2006). De igual modo, a partir del tercer mes, el bebé empieza a ser más activo y a responder a mayores estímulos como a sonidos de baja y alta frecuencia, también realiza movimientos oculares durante el sueño (MOR), moviliza los miembros inferiores, encoge los dedos de sus pies, dobla las muñecas, frunce el ceño y hasta toma el líquido amniótico, prefiriendo el líquido endulzado y mostrando disgusto por el sabor amargo (Macfarlane, 1978; Ridgway & House, 2006).

Cuando se analiza lo anterior, se observa la importancia de la etapa prenatal y los cambios que ocurren dentro de ella, así mismo se menciona el aprendizaje de las experiencias

vividas del neonato durante la gestación. Ya que como refieren los autores, este periodo es la base para las etapas posteriores del desarrollo de vida del ser humano. Además, se origina una incertidumbre de como poder contribuir a que la población considere importante el periodo del embarazo y todo lo que conlleva. A continuación, uno de los autores que defiende esta posición nos brindara la siguiente propuesta.

Rodrigues (2010) refiere que como sociedad deberíamos ubicar el comienzo de la maternidad y la paternidad, proponiendo adelantar el momento de ser padres para así cubrir las necesidades de protección y cuidados del bebé desde antes del nacimiento, buscando la importancia de las experiencias vividas en la etapa prenatal, definiéndola como una maternidad y paternidad temprana. Pues cuando se habla de paternidad y maternidad temprana, se entiende que ayudara aceptar la responsabilidad y compromiso en los mismos ya que desde el inicio de la gestación ocurren cambios físicos, psicológicos y sociales que tendrán que asumir los protagonistas; de ese modo poder generar un ambiente más saludable.

Cabe aclarar que en el embarazo inicia una nueva etapa en la vida de la mujer, por un lado, significa un motivo de alegría y gozo, pero para otras puede significar una molestia y a la vez un fuerte desequilibrio emocional que afectara la relación con su pareja y bebé. Por esta razón, cuando se habla de una adaptación adecuada o inadecuada del rol materno puede deberse a muchos factores como la edad de la madre, el apoyo de la pareja y familiares, experiencias del nacimiento y las aspiraciones, experiencias previas positivas o negativas de procreación y crianza, el número de hijos, también se habla del tipo de personalidad de la madre, influencias culturales dentro de la familia y el nivel socioeconómico de los padres (Calderón & Alzamora, 2006).

Como lo demuestra lo citado anteriormente el proceso de embarazo implica una compleja adaptación biopsicosocial, sin embargo, al imaginar el aspecto físico o el carácter de su bebé originará un mayor acercamiento entre la diada y a la vez ayudará a la gestante a ser más consciente de su nuevo rol y adaptarse de manera adecuada (Castro et al., 2015; Lafuente, 2008). Así mismo en este largo camino se experimentan sentimientos de sorpresa, alegría y realización, pero también momentos de estrés, inseguridades, ansiedad y temor hasta la llegada del bebé (Rodrigues, 2010).

Conforme a lo mencionado se entiende que al imaginar el aspecto físico y el carácter del bebé ayudara a que se definan como padres desde esta etapa previa al parto y ello contribuirá a que sean conscientes de este nuevo rol y además cubran las necesidades del bebé dando como resultado una adecuada adaptación al embarazo.

Entonces si durante el proceso de la gestación se presentan situaciones que impidan la aceptación de estos cambios tanto físicos como psicológicos que se mencionó anteriormente, puede interferir también en el desarrollo de una adecuada vinculación afectiva, debido a que estas dos variables se encuentran estrechamente ligadas, lo cual influirá en el desarrollo durante la etapa post natal (Lafuente, 1995). Ya que la aceptación del embarazo es fundamental para que el vínculo afectivo inicie de manera precoz, es decir durante la etapa prenatal (Rodrigues et al., 2004).

En efecto se demuestra que los aspectos emocionales influyen notablemente en la etapa de gestación. Sin embargo, todavía existe la resistencia de tomar en cuenta al psicólogo perinatal y a reconocer su función dentro de un trabajo multidisciplinario en donde contribuye al apoyo y el cuidado de los aspectos emocionales de la familia durante la etapa del embarazo (Rodrigues, 2010).

La presente investigación está estructurada de la siguiente manera: En el primer apartado está constituido por; la descripción y formulación del problema, antecedentes de la investigación, objetivos, justificación del estudio e hipótesis. en el segundo apartado, se presenta el marco teórico sobre las variables estudiadas: las bases teóricas sobre la vinculación afectiva, adaptación prenatal y la relación de la pareja. En el tercer apartado, hace referencia al método de investigación donde incluye: el tipo de investigación, ámbito temporal y espacial, las variables, población y muestra, los instrumentos, procedimientos, análisis de datos, consideraciones éticas y fuentes de financiamiento. En el cuarto apartado, hace referencia a todos los resultados de la investigación. En el quinto apartado se presenta la discusión de los resultados obtenidos. En el sexto y séptimo apartado se mencionan las conclusiones y las recomendaciones de la investigación respectiva y finalmente las referencias bibliográficas y los anexos.

A continuación, todo ello será contemplado a lo largo del trabajo de investigación para una mejor comprensión de las variables adaptación prenatal y vinculación afectiva junto al papel que desempeña el apoyo de la pareja durante la gestación. Se espera que los contenidos del trabajo sean bien recibidos y útiles por quienes están interesados en el tema presentado y también que genere comentarios e iniciativas que permitan desarrollar nuevos conocimientos e intervenciones orientadas en las variables estudiadas.

Así mismo, la contribución de la investigación es comunicar sobre el nivel de adaptación prenatal y vinculación afectiva en una muestra de gestantes con/sin apoyo de la pareja de un instituto nacional materno de Lima Metropolitana, en el cual ingresan mujeres de diferentes partes del Perú e informar sobre cómo se comporta la presencia de la pareja

durante este proceso en ambas variables estudiadas y finalmente con el propósito de sensibilizar a toda la población para una paternidad temprana.

1.1. Descripción y formulación del problema

El control prenatal es muy importante para la salud de la madre y del bebé, ya que durante el control la gestante es examinada con diferentes pruebas para detectar algunos signos y síntomas que puedan poner en peligro su salud y el desarrollo normal del embarazo. Una atención prenatal se define como aquellas acciones y procedimientos destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan influir a la morbilidad y mortalidad materna y perinatal, además este control permitirá identificar los riesgos y anomalías durante el embarazo, tanto en la madre como en el feto, por lo contrario quienes no controlan su embarazo tienen cinco veces más posibilidades de tener complicaciones; sin embargo, al ser detectadas a tiempo, pueden ser tratadas oportunamente, según la (Encuesta Demográfica y de Salud Familiar [ENDES], 2017).

Los profesionales que rodean a la madre gestante también contribuyen a generar un ambiente saludable durante el embarazo. De acuerdo con Fernández (2006) menciona que, toda mujer tiene derecho a una atención prenatal adecuada, esto significa una ejecución y evaluación de este servicio, ya que para atender eficientemente el periodo gestacional es importante tomar en cuenta también los factores sociales y emocionales. Ciertamente se demuestra que tanto la adaptación prenatal como la vinculación afectiva, serán influidas por diversos factores que rodeen a la gestante, no siendo ajeno el trato del ambiente hospitalario y los programas preventivos que se puedan brindar para evitar problemas psicológicos durante y después del proceso de gestación en la madre y en el bebé.

ENDES (2017) menciona que en el Perú el 97,5% de mujeres gestantes en su último nacimiento, de los cinco años anteriores a la encuesta, recibieron atención prenatal de un profesional de salud calificado (médico, obstetra y enfermera), ello muestra una evolución desde el año 1986 (54,6%) observándose una tendencia ascendente con el transcurrir de los años. Además, la oficina del Registro Nacional de Identificación y Estado Civil en conjunto con el Ministerio de Salud (como se citaron en ENDES, 2017) mencionaban que el registro de nacimientos se ha incrementado de manera considerable, de 439 mil 86 nacimientos en el 2005 pasó a 518 mil 633 en el 2012, año en que se inicia el ingreso en línea y para el 2015 el registro de nacimientos llegó a 558 mil 888.

Por ese motivo, es importante considerar el periodo prenatal para prevenir futuras complicaciones en las fases del desarrollo humano, ya que el proceso de adaptación al embarazo pasa por diferentes etapas como el desarrollo y crecimiento personal de la madre, además del crecimiento fisiológico del bebé. La concepción es un periodo en donde participa tanto la gestante, su pareja y el bebé, agregado aspectos biológicos, psicológicos y sociales, es por ello sustancial contemplar el desarrollo de la adaptación prenatal y vinculación afectiva, además tener en cuenta los aspectos psicosociales en este periodo como la aceptación del embarazo, la identificación con el rol materno, la calidad de la relación con la pareja, la calidad de la relación con la madre, la prevención para el parto, el temor y pérdida de control; así mismo la preocupación por su propio bienestar y de su bebé (Lederman & Weis, 2009).

Conforme a lo expresado, las variables psicológicas son significativas dentro de la gestación, ya que el estado emocional que la madre manifieste ejercerá una notable

influencia en el proceso de vinculación afectiva con el bebé, antes y después de su nacimiento (Fernández & Sánchez, 2005).

La conexión o vínculo afectivo prenatal es un canal emocional beneficioso de nexo entre los padres y el feto, debido a que se va desarrollando cuando los padres valoren al feto como un ser individual, separado y distinto del cuerpo materno con características propias (Lafuente, 1995).

Además, es recomendable la estimulación con el neonato a través de interacciones de señas y juegos en relación con los movimientos del feto; favoreciendo, estableciendo y conservando el vínculo emocional que los padres son capaces de conectar con sus bebés antes del nacimiento, pues en ese instante la pareja da inicio al papel de padres ya que en ese momento empieza un periodo de adiestramiento al bebé para sus aprendizajes y recuerdos futuros (Rodríguez, 2010). Ello nos hace suponer que desde el periodo prenatal se podría hablar de un papel de padres que ayudara a asumir roles y que beneficiara a una mejor adaptación en este trayecto. Por lo tanto, es conveniente el establecimiento de la adaptación al rol materno para consolidar el vínculo afectivo prenatal (Hidalgo & Menéndez, 2003).

Como se afirmó anteriormente, la existencia de las experiencias previas e interacciones en el proceso de gestación serán la base de los sucesos posteriores tanto para el neonato como para los padres, pues se pretende que el vínculo afectivo se inicie tempranamente para contribuir al desarrollo de su autoestima, habilidades cognitivas y sociales del futuro infante, por lo contrario se observara un vínculo afectivo inseguro lo cual en un tiempo futuro se manifestaran como dificultades para establecer relaciones interpersonales, vulnerabilidad al estrés y depresión en el niño (Verny & Weintraub, 2009).

El vínculo afectivo se verá influenciado por la adaptación al embarazo que desarrolla la gestante como, por ejemplo: experiencias recibidas en su infancia sobre la maternidad, miedos del proceso primerizo o recibido por embarazos anteriores y formas de afrontamiento (Oberman, 2013). Entendemos que es importante adaptarse de manera adecuada a la etapa de gestación y en conjunto el establecimiento de la vinculación afectiva que es la base de las relaciones afectivas futuras del neonato, lo cual ayudara a practicar adecuados estilos de afronte ante exigencias sociales como el estrés y ansiedad.

Asimismo, Castro et al. (2015) también refieren que la vinculación afectiva entre la diada contribuye a una adecuada regulación de los cambios físicos y emocionales durante la gestación, lo cual será la base para el apego posterior entre la madre-hijo, el tipo de crianza y el estímulo para renovar la calidad de vida de los padres y del nuevo miembro de la familia.

Según Rauenhorst (2001) lo esencial del soporte social a la madre durante el periodo de gestación, corresponde al apoyo de la pareja como surgimiento del vínculo afectivo prenatal a través de: los ultrasonidos, el conocimiento del sexo y la elección del nombre del neonato. Como se describe líneas arriba el aspecto socioemocional influirá notablemente a la adaptación y vínculo afectivo prenatal; entonces comprendemos que el apoyo de la pareja que contribuye seguridad beneficiará en la conexión que establezca la gestante con el neonato, acompañándolo durante todo este proceso.

Cabe resaltar que los problemas que se presentan en las diversas parejas serán influenciados por la cultura y sociedad ya que se medirán según los estándares establecidos, significándose que las gestantes tendrán sus propias expectativas hacia sus parejas durante la gestación, específicamente el desempeño del rol como padre que se espera, pues a veces no necesariamente serán cumplidas, originando una insatisfacción hacia la pareja y

percepción de falta de apoyo. Atendiendo a esta posición Sprecher (2002) refiere en sus estudios sobre las creencias en el amor de las personas varían por el tipo de cultura que provienen. Por ese motivo, el factor sociocultural define qué tipos de comportamientos han de esperarse del otro dentro de una relación de pareja, pudiendo generar conflictos (Brehm, 1985).

De hecho, uno de los factores que influye en la gestación son los problemas en la pareja, debido a que en muchos casos dará lugar a la separación o distanciamiento de los padres del bebé, lo que podría provocar un ambiente insano que influirá en el proceso de adaptación prenatal y vinculación afectiva. Conforme a lo expresado, peritos en terapia de pareja refieren que una de las características principales que definen una relación de pareja es el sentimiento de compromiso que existe entre sus miembros (Wallerstein & Blakeslee, 1995). Además, el compromiso tiene un efecto amortiguador de conflictos, dado que pequeños problemas pueden ser altamente destructivos cuando no se halla establecido un compromiso fuerte (Lieberman et al., 1987).

Por todo lo expuesto, es importante mencionar que en el Perú existen diversidad de culturas y costumbres, lo cual influirá en el momento en que la mujer tenga que adaptarse a una etapa como es la gestación y generar un vínculo adecuado con su bebé. Así como también he de indicar que la sociedad manifiesta expectativas arbitrarias sobre una madre para con su hijo sin considerar otros factores que podrían influir en la gestante como: lugar de residencia, edad, número de gestación, planificación del embarazo, nivel socioeconómico, nivel educativo, experiencias previas en el embarazo, conocimientos de tipos de crianza, proyecto de vida, apoyo de la pareja, etc.

En el instituto de salud materno de Lima Metropolitana, se observa una cantidad superior de parejas de las gestantes con mayor compromiso y apoyo a través del acompañamiento en los procesos de chequeos hospitalarios de las diferentes especialidades que acuden las gestantes. Como se afirma anteriormente, es importante el apoyo de la pareja durante el desarrollo de la gestación con el fin de contribuir positivamente al estado emocional de la gestante mejorando la comunicación entre el neonato y sus padres, además ayuda a una adecuada adaptación prenatal y formación de la conexión emocional. Por lo contrario, también se encuentra un grupo de gestantes que no cuentan con el apoyo de sus parejas, ello quiere decir ausencia total de esta persona durante el periodo del embarazo; pues en estas gestantes solteras se percibe que atraviesan dificultades para expresar sus expectativas hacia el proceso de gestación e identificar el rol materno. Todo ello dará como resultado una inadecuada adaptación prenatal y la vinculación afectiva entre la gestante y su bebé.

Por todo lo descrito anteriormente y considerando que, en este instituto de salud materno de Lima Metropolitana, ingresan gestante de distintos lugares del Perú, se formula la siguiente interrogante de investigación:

¿Existen diferencias en la adaptación prenatal y la vinculación afectiva entre las gestantes con/sin apoyo de pareja de un instituto de salud materno de Lima Metropolitana?

1.2. Antecedentes

Antecedentes internacionales

Rubio et al. (2018) en Colombia, investigaron la estimulación prenatal en gestantes de alto riesgo obstétrico: Una mirada desde la ocupación. Con el objetivo de reeducar a las gestantes de alto riesgo obstétrico en ejercicios de estimulación prenatal y ocuparlas en

actividades que mejoren su calidad de vida mientras están hospitalizadas. Fue un estudio cualitativo, durante el 2015 y 2016. Participaron 35 gestantes entre 18 y 41 años. De las cuales 80% fueron diagnosticadas con preeclampsia y el 50 % tenían menos de 33 semanas gestacionales. Obtuvieron como resultados que, al realizar actividades con sentido y propósito, las gestantes incorporaban la capacidad, eficacia y goce en los procesos adquiridos y realizados, pues estar ocupadas les permitió implementar nuevas formas de saber y hacer, así como motivarse por encontrar actividades significativas en el reaprendizaje de la estimulación prenatal.

Millares (2017) en México, describió la relación entre la tipología familiar y la adaptación psicosocial al embarazo en mujeres gestantes adscritas a la unidad de medicina familiar no.64 Tequesquihuac. Encontró que, del total de las pacientes, obtuvo una media de 26.33 y 48.98% con estudios de preparatoria, 49% casadas, 60.5% cursando su primer embarazo, 50.5% asistieron a sesiones de embarazo seguro con PREVENIMSS. Siendo de mayor proporción las de tipología familiar nucleares (nuclear y nuclear simple), mayor adaptación psicosocial del embarazo 78.6%. También estableció una relación entre la tipología familiar y la adaptación psicosocial al embarazo con una X^2 26.690, V de Cramer 0.369 con una p de 0.000. Finalmente concluyó que la tipología familiar y la adaptación psicosocial tienen una relación estadísticamente significativa.

Gómez et al. (2011) en España, investigaron la relación materna fetal y el establecimiento del apego durante la etapa de gestación. Los participantes fueron 117 mujeres embarazadas durante la etapa de gestación del tercer trimestre; primerizas en un 70% y en su mayoría mujeres que laboraban, en igual proporción trabajadoras del sector comercial (dependientas) y funcionarias, un 34.2% respectivamente. Utilizaron la escala de vinculación afectiva y adaptación prenatal (EVAP). Concluyeron que la mayoría de las

madres estaban familiarizadas con los beneficios de una adecuada interacción con su bebé; ayudando a su adaptación y vinculación afectiva en la etapa gestacional. También descubrieron una contribución positiva ante las dudas, inquietudes o excesiva responsabilidad que observa la gestante sobre su vida futura y la del neonato; ya que estos sentimientos son los que influyen en el rol materno y en la adaptación del recién nacido. Entonces dedujeron que se tendría que vencer los sentimientos de miedo e inseguridades que la gestante experimenta para contribuir una relación psicológicamente sana entre la madre y el bebé.

Rodríguez (2010) en España, investigó la adaptación de la pareja al embarazo como proceso y promoción de la salud infantil. Los participantes procedían de un programa de preparación a la maternidad y paternidad de carácter privado. En total la muestra estuvo compuesta por 30 parejas que hubieran cumplido los siete meses de embarazo. El autor obtuvo como resultado en la prueba EVAP, que el 56,7% de las mujeres tenían una vinculación alta o muy alta con el neonato, mientras que en los hombres este porcentaje era del 50%. Por otro lado, las correlaciones que obtuvieron significación estadística entre los niveles de ansiedad de los participantes y la vinculación afectiva prenatal presentan una tendencia negativa. Menciona también que, a mayor ansiedad materna, menor vinculación con el neonato, es decir, que los factores psicoemocionales como la ansiedad influyen directamente al vínculo afectivo prenatal. En cuanto al grado total de satisfacción con la pareja durante el último trimestre de embarazo indicó que más del 96% de los hombres y de las mujeres que participaron en este estudio se sentían satisfechos o muy felices con su vida en pareja.

Ontiveros & López (2010) en España, describieron la relación entre la adaptación psicosocial al embarazo y la ansiedad estado en primigestas de bajo riesgo obstétrico. El modelo que utilizaron fue el de adaptación al embarazo de Lederman y la ansiedad de Spielberger. El diseño fue descriptivo correlacional. La muestra estuvo compuesta por dos grupos: 100 gestantes del segundo trimestre y 100 para el tercer trimestre. Emplearon los instrumentos PSEQ y el IDARE. Encontraron relación entre la adaptación psicosocial al embarazo y ansiedad estado ($r_s=.56$, $p< .01$), correlación en la ansiedad con ingreso económico ($r_s=-.20$, $p< .01$) y escolaridad ($r_s=-.25$, $p< .01$). Además, mencionaron que la adaptación psicosocial mostraba asociación con la edad ($r_s= -.14$, $p< .05$), ingreso económico ($r_s= -.267$, $p< .01$) y escolaridad ($r_s= -.252$, $p< .01$). En cuanto a las primigestas que tienen mayor ansiedad presentaban menor adaptación psicosocial al embarazo y el bajo ingreso económico, tener menos edad y menor escolaridad, se asociaban con menor adaptación psicosocial. Finalmente concluyeron que, a menor escolaridad, menor ingreso económico y una menor edad gestacional se relacionaban con una menor preparación al parto.

García (2008) comparó las prácticas de cuidado en dos grupos de gestantes en la ciudad de Sincelejo en el país de Colombia. El objetivo del estudio fue comparar las prácticas de cuidado que realizaban consigo misma y con su hijo por nacer entre gestantes adolescentes y adultas. La muestra fue de 97 gestantes adolescentes entre 15 y 19 años y las adultas fueron 153 entre 20 y 45 años. En los resultados menciona las diferencias significativas en las dimensiones de: estimulación prenatal, higiene, cuidados personales, alimentación y sustancias no beneficiosas, concluyendo que las gestantes adultas tuvieron una conducta más favorable que las gestantes adolescentes, pues la edad de la gestante

influye en algunas conductas favorables para este proceso de adaptación en el embarazo y a la vez restaurar el vínculo afectivo.

Vásquez (2008) indagó sobre la forma de cuidarse en gestantes adolescentes y adultas de las comunas Santa Marta-Colombia. Estudio 47 gestantes adolescentes y 92 gestantes adultas. Valoró las prácticas de cuidado en cuanto la alimentación, estimulación prenatal, ejercicio y descanso, higiene y cuidado personales, sistemas de apoyo y consumo de sustancias no beneficiosas. Los resultados mencionaron que en ambos grupos las prácticas fueron regulares. Sin embargo, las adultas obtuvieron mayor puntaje en cuanto la estimulación hacia el bebé, prácticas de higiene, sistema de apoyo y consumen menos sustancias no beneficiosas. En cuanto a las adolescentes tiene mejor práctica en el ejercicio, descanso y la alimentación es regular para ambos grupos.

Nichols et al. (2007) en Estados Unidos, investigaron sobre las Mujeres primigrávidas y multigrávidas: perspectivas prenatales. Con los objetivos de comparar las variables prenatales personales (demográficas y otros elementos descriptivos, incluida la autoestima) y psicosociales (apego materno-fetal, satisfacción marital) y también describir las experiencias de embarazo percibidas tanto para mujeres primigestas como multigrávidas. Recopilaron datos tanto cuantitativos como cualitativos mediante un diseño descriptivo de métodos mixtos, la muestra estuvo constituida por mujeres embarazadas que recibían atención obstétrica (privados, públicos y militares). 50 primigrávidas embarazadas y 50 mujeres multigrávidas reclutadas durante el último trimestre de un embarazo saludable y sin complicaciones. Los instrumentos que utilizaron fueron : la Escala de apego materno-fetal (MFAS) de Cranley (1981), La Escala de Satisfacción Marital (MSS; Nichols y Schwartz, 1998) y finalmente la Escala de Autoestima (RSES) de Rosenberg (1989).

Concluyeron que las mujeres multigrávidas obtuvieron niveles significativamente más bajos de apego materno-fetal ($p < .00$) y satisfacción marital ($p < .00$) que las mujeres primigrávidas. Asimismo, mencionaron que las respuestas de las mujeres embarazadas revelaban claramente que existían diferencias únicas y distintas entre las necesidades de las mujeres primigrávidas y las de las mujeres multigrávidas.

Fernández & Sánchez (2005) en España, ejecutaron una investigación, con el objetivo de identificar el estado de ánimo y respuesta emocional en la gestante: Influencia de variables psicosociales. La muestra estuvo constituida por 146 gestantes. Para evaluar utilizaron las siguientes pruebas: IDDAEA (Inventario diferencial de adjetivos para el estudio del estado de ánimo) de Tous y Pueyo (1991), el cuestionario EVAP de Lafuente (1995), STAI cuestionario de ansiedad estado-rasgo de Spielberg y colaboradores (1994); Beck (BDI) adaptado al castellano por Sanz y Vázquez (1993), cuestionario de satisfacción marital (CSM) de Lazarus (2000) y el IPE (Inventario de Perfil Estructurado) de Lazarus (2000). Hallaron que el estado de ánimo presentaba asociación positiva con la activación, con el grado de satisfacción marital experimentada por la mujer y con el grado de satisfacción percibido en su pareja. La variable arousal presentó asociaciones positivas con respecto al grado de satisfacción marital experimentado y percibido, así como también en las variables de vinculación afectiva como: aceptación del embarazo, relaciones personales de la mujer gestante y escala total de vinculación. También mencionaron que las mujeres de edades comprendidas entre 26 y 30 años manifiestan mejor sensación de bienestar. Señalan que en este mismo grupo de mujeres percibían que sus parejas se encontraban satisfechas con la relación, lo cual se conecta con la percepción del apoyo marital.

Rodrigues et al. (2004) en España, investigaron la vinculación afectiva prenatal y la ansiedad durante los últimos tres meses del embarazo en las madres y padres tempranos. Los participantes estuvieron compuestos por nueve parejas que pertenecían a un programa sobre la preparación a la maternidad y la paternidad encontrándose en el séptimo mes del embarazo. Utilizaron el inventario de situaciones y respuestas de ansiedad (ISRA) de Cano Vindel y Tobal en 1994, cuestionario para la evaluación de la vinculación afectiva prenatal (EVAP) de Lafuente (1995) y el cuestionario de áreas de compatibilidad-incompatibilidad en la pareja de Costa y Serrat (1998). En los resultados, identificaron que las gestantes con adecuada satisfacción con su pareja obtenían una mejor vinculación afectiva, permitiendo a la vez que sea menor el nivel de ansiedad cognitiva y fisiológica.

Antecedentes nacionales

Chávez (2018) en Chachapoyas-Perú estudió el nivel de adaptación psicosocial del embarazo en gestantes atendidas en el hospital regional Virgen de Fátima de Chachapoyas, 2017. Tuvo como objetivo determinar el nivel de adaptación psicosocial del embarazo en las gestantes atendidas. La muestra fue de 70 gestantes que acudieron al consultorio obstétrico. La prueba utilizada fue: Guía de cuestionario, adaptación del prenatal self-evaluation questionnaire (PSQ). Concluyendo que el 61,4% (43) gestantes consideran que la adaptación psicosocial es deficiente mientras que el 38.6% (27) gestantes presentaron buena adaptación. En cuanto a la dimensión; relación con la pareja el 100% (70) presentaron deficiente adaptación psicosocial; en cuanto a la preocupación por el bienestar del bebé, el 92.9% (65) y el 38.6% (27) tienen entre 25 a 29 años y el 34.3% (24) gestantes tienen entre 20 a 24 años. Finalmente menciono que la mayoría de las embarazadas presentan un nivel de adaptación psicosocial deficiente, lo cual se ve relacionado con la dimensión de relación con la pareja

continuado por la dimensión preocupación por el bienestar del bebé y la edad que predominan respecto a la adaptación psicosocial se encuentra entre los 20 a 29 años.

Marín (2017) en Chimbote-Perú investigó los factores asociados a la vinculación prenatal en gestantes atendidas en un centro de salud Yugoslavia-Nuevo Chimbote. Participaron 112 gestantes, le aplicó la escala de vinculación prenatal materna diseñada por Condón (1993) y traducida por Castro (2011). Mostró que el 81,0% de gestantes con buena relación de pareja obtuvieron un estilo fuerte/ saludable y el 19,0% un estilo afecto positivo/baja preocupación. Mientras que el 60,6% de gestantes con mala relación de pareja tenía un estilo fuerte/saludable y el 39,4% poseía un estilo afecto positivo/ baja preocupación también encontró una asociación altamente significativa ($p=0.023$) entre la relación con la pareja y vinculación prenatal.

Solís et al. (2017) en Lima- Perú determinaron la depresión en gestantes y el apoyo de la pareja, la población fue de 3214 gestantes en donde la muestra estuvo constituida de dos grupos de 45 gestantes cada uno, con depresión y sin depresión. Para la recolección de datos utilizaron la ficha de recopilación de datos, la escala de depresión perinatal Edimburgo (EPDS) y un cuestionario de apoyo de la pareja durante la gestación. Concluyeron que la falta de apoyo por parte de la pareja se asoció significativamente con la presencia de la depresión en las embarazadas.

Saavedra (2015) en Lima-Perú indagó los resultados perinatales en las gestantes. Los usuarios provenían de un programa de estimulación prenatal en el instituto nacional materno perinatal, enero-julio del 2015. El tamaño de la muestra estuvo conformado por 195 gestantes. La técnica que utilizó fue la documentación o análisis documental, ya que procedió a hacer una revisión de las fichas de seguimiento de las gestantes que participaron

del programa de estimulación prenatal durante el año 2015; Respecto a la calificación de Apgar del recién nacido, encontró que el 97.9% de recién nacidos cuyas madres participaron del programa de estimulación prenatal tuvo un Apgar normal y el 2.1% depresión moderada. De acuerdo con lo mencionado, el autor pudo señalar que los recién nacidos de las gestantes que realizaron una estimulación prenatal; lo cual contribuye a la adaptación prenatal y vinculación afectiva, obtuvieron un resultado óptimo a través de sus sentidos, puesto que los neonatos en el proceso de adaptación se presentaron más despiertos, relajados, menos llorones, etc.

1.3. Objetivos

Objetivo General:

Comparar la adaptación prenatal y la vinculación afectiva entre gestantes con/sin apoyo de pareja de un instituto de salud materno de Lima Metropolitana.

Objetivos Específicos:

O₁: Describir el nivel de adaptación prenatal entre gestantes con/sin el apoyo de la pareja.

O₂: Describir el nivel de vinculación afectiva entre gestantes con/sin el apoyo de la pareja.

O₃: Comparar la adaptación prenatal entre gestantes con/sin apoyo de la pareja, según número de gestación.

O₄: Comparar la adaptación prenatal entre gestantes con/sin el apoyo de la pareja, según planificación del embarazo.

O₅: Comparar la vinculación afectiva entre gestantes con/sin el apoyo de la pareja, según número de gestación.

O₆: Comparar la vinculación afectiva entre gestantes con/sin el apoyo de la pareja, según planificación del embarazo.

1.4. Justificación

La presente investigación es conveniente ya que la adaptación prenatal y vinculación afectiva son procesos que beneficiaran a los padres y al neonato durante el periodo de gestación ayudando a confrontar nuevas exigencias biopsicosociales que se puedan presentar durante y después del embarazo, originándose como una especie de amortiguador ante estos conflictos para un mejor ambiente de seguridad y estabilidad para la triada. Asimismo, ayudara a desarrollar y descubrir distintas habilidades de cuidado y crianza en ambos padres para asegurar la formación de un apego seguro en la etapa post natal. Cabe destacar que este proceso será una tarea para los tres protagonistas del periodo de gestación, puesto que desempeñar estos nuevos roles no será un ejercicio fácil, dependerá de distintos factores que los rodean a la triada.

En cuanto a la relevancia social el apoyo de la pareja durante este periodo asume un papel importante dado que, influirá notablemente en el estado emocional de la madre, así mismo estos cambios durante el embarazo también lo experimentará el padre pudiendo originar temores e inseguridades en él. Es decir que los conflictos del padre pueden influir en la decisión que tome de alejarse o no apoyar a la gestante creando enfrentamientos en la pareja, esto dependerá del tipo de solución que decidan ambos. También se sabe que la comunicación asertiva es un factor importante dentro de la relación de pareja, además es un componente de las habilidades sociales del ser humano, con ello se puede concluir la importancia de una vinculación prenatal durante la gestación ya que es la base de las

habilidades sociales del neonato, contribuyendo a manejar una adecuada comunicación asertiva en las siguientes etapas del desarrollo humano, viéndose reflejado también en el periodo de la adultez cuando éste desempeñe un papel de padre o madre dentro de sus relaciones de pareja futuras.

A nivel práctico la intención es fortalecer y promover una adecuada evaluación en adaptación prenatal y vinculación afectiva con la finalidad de detectar dificultades en el embarazo para poder implementar con anticipación estrategias de atención multidisciplinarias ante la presencia de niveles bajos de adaptación prenatal y vinculación afectiva o de posibles trastornos emocionales gestacionales y prevenir consecuencias en la etapa post parto. Estableciendo desde la etapa prenatal terapias grupales y programas enfocadas en la prevención e intervención, dado que se desea realizar en el futuro un programa de intervención para ambos grupos de la investigación: gestantes con/sin apoyo de la pareja y además concientizar el papel significativo que desempeña el apoyo de la pareja para la adaptación al embarazo y la formación del vínculo afectivo, conjuntamente promover una paternidad temprana. Además de cooperar las bases para la salud tanto física como emocional de los padres y del bebé antes y después de su nacimiento obteniendo una mejor calidad de vida para los mismos, fomentando un trabajo multidisciplinario entre los profesionales.

A nivel teórico la presente investigación contribuirá información respecto a las actitudes y comportamiento de la futura madre, también se brindará más información actual sobre la adaptación prenatal y la vinculación afectiva entre gestantes con/sin apoyo de la pareja de un instituto de salud materno de Lima Metropolitana lo cual complementará en los avances de la psicología perinatal en el Perú.

1.5. Hipótesis

Hipótesis general:

H_i: Existen diferencias en la adaptación prenatal y la vinculación afectiva entre gestantes con/sin apoyo de pareja de un instituto de salud materno de Lima Metropolitana.

Hipótesis específicas:

H₁: Existen diferencias en la adaptación prenatal entre gestantes con/sin apoyo de pareja, según número de gestación.

H₂: Existen diferencias en la adaptación prenatal entre gestantes con/sin apoyo de pareja, según planificación del embarazo.

H₃: Existen diferencias en la vinculación afectiva entre gestantes con/sin apoyo de pareja, según número de gestación.

H₄: Existen diferencias en la vinculación afectiva entre gestantes con/sin apoyo de pareja, según la planificación del embarazo.

II. Marco teórico

2.1. Bases teóricas sobre la vinculación afectiva prenatal

Las personas se desarrollan a lo largo de su vida dentro de un contexto, interactuándose socialmente de manera continua con los demás, seleccionando intencionalmente a ciertas personas para una relación más cercana por diferentes motivos, buscando que esta relación sea continua y duradera, pues estas cohesiones afectivas selectivas son llamadas vínculos y que además es una necesidad básica, definiéndose como lazos afectivos que surgen en un ambiente de confianza entre las personas responsables (Fernández, 2005; Heredia, 2005). Así mismo, todos los seres humanos poseen la necesidad de establecer vínculos fuertes, selectivos y duraderos (Comín, 2012).

Los vínculos afectivos, interviene al ser humano desde el nacimiento, ya que influirá en el tipo de relaciones sociales que establezca durante toda su vida para poder desarrollarse adecuadamente en el área psicosocial, por lo contrario, podría existir dificultades en las habilidades sociales como la intolerancia ante nuevas situaciones pudiendo originar trastornos, sufrimientos y emociones negativas (Fernández, 2005; Lecannelier, 2009).

Bowlby (1969) estableció una teoría aceptable sobre la vinculación-apego centrándose en la necesidad biológica del infante de experimentar una cercanía o proximidad física con la madre. Finalmente, Bowlby (1982) define a la vinculación como un conjunto de comportamientos en evolución en donde el niño busca establecer y mantener una proximidad física y psicológica hacia una figura que lo proteja de los peligros que el percibe, buscando también recibir afecto y que le permita explorar su mundo de manera segura. También refiere que la vinculación es una clase específica de vínculo social que una persona siente hacia otra, la cual cambia dependiendo quien sienta el vínculo y hacia quien va

dirigido, encontrando dos vertientes: el lado emocional y lado comportamental. En primer lugar, el aspecto emocional hace referencia al deseo de buscar y establecer contacto con la figura generadora de apego en alguna situación específica; mientras que el aspecto comportamental se refiere a las acciones o comportamientos que la persona realiza para mantener su proximidad de la persona que genera el apego, asimismo esta proximidad puede ser tanto física como psicológica.

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

Uno de los conceptos más recientes define que a la vinculación es un lazo afectivo que emerge entre el bebé y los progenitores originando un marco de confianza en el otro, dentro de un contexto de comunicación y comportamientos pues esta conexión es recíproca y sincronizada (Enríquez et al., 2008).

2.1.1. Breve reseña sobre la vinculación afectiva prenatal

La sociedad occidental desde muchos años atrás ha considerado que los nueve meses de vida intrauterina no existen más allá de los cambios físicos que experimenta la gestante, ya que se definen que la edad del bebé al nacer es de cero meses, pasando por alto todo el aprendizaje prenatal que ocurrió previamente, Entendiéndose además que el nonato no es capaz de prepararse en el útero para ser “la personita” que nace, se adapta a una nueva etapa

de su vida y sigue un ciclo de transiciones del desarrollo humano, lo cual le llevara a ser en la madurez biológica un futuro padre o madre (Rodrigues, 2010). Debido a que se toma en cuenta todos los conocimientos acumulados hasta la actualidad sobre la vida antes de nacer, no se puede creer que el útero sea solamente un lugar que accede el espermatozoide y de aquella creencia de que el útero es una especie de panteón donde no existe ninguna influencia de estímulos internos, ni externos donde pasando los doscientos ochenta días, la vida surge sorpresivamente (MacFarlane, 1978).

En épocas más recientes como en los siglos XIX y XX, cuando se origina la embriología sistemática, el periodo prenatal empezó a generar mayores intereses, pues al principio tuvo un carácter especulativo, pero poco a poco fue ganando bases de una interpretación más científica. Se puede considerar que en los años 70 del siglo pasado fue el momento donde se situó el comienzo de los primeros indicios irrefutables de que el nonato es un aprendiz aventajado. Estos avances fueron gracias a la utilización del ultrasonido como instrumento de exploración de las etapas del desarrollo intrauterino, evidenciado inclusive la capacidad de movimiento en el útero desde etapas muy tempranas de la gestación (Vries, 1985).

Kennell et al. (1976) realizaron una de las primeras demostraciones empíricas con madres cuyos hijos murieron durante el parto, reflejaban un profundo sufrimiento y duelo. Demostrándose que durante la gestación se originó un lazo emocional. También Lumley (1982) en Australia realizó uno de los primeros estudios longitudinales en este tema a padres primerizos, pues el autor definía la vinculación afectiva prenatal como el establecimiento de una relación imaginaria con el nonato. Entrevistó a embarazadas durante el primer, segundo trimestre, 36 semanas de gestación y después del parto con el propósito de conocer las

actitudes que las madres tenían hacia su neonato. Encontró que en el primer trimestre había un 30 % de vinculación, en el segundo trimestre un 63% y el 92 % a las 36 semanas de gestación. Concluyendo que aquellas mujeres que no presentaban actitudes de vinculación fueron las mismas que experimentaron complicaciones durante su embarazo como la falta de apoyo por parte de sus parejas.

2.1.2. Definiciones sobre la vinculación afectiva prenatal

Macfarlane (1981) insinuaba que el vínculo materno-infantil se crea desde el momento en que la madre recibe la noticia sobre su embarazo y que sería importante describir los estilos de vinculación maternos que intervienen en el desarrollo del bebé durante la etapa de gestación. Además, el vínculo afectivo prenatal es una corriente emocional positiva entre los padres y el feto que beneficia la calidad de vida de los tres protagonistas antes, durante y después del embarazo (Lafuente, 1995).

De igual modo Para Gómez et al. (2011) la vinculación prenatal inicia cuando los padres reciben la noticia que viene un bebé en camino y también se menciona que las gestantes entrelazan en sus mentes todas las experiencias recibidas durante su niñez sobre el embarazo, maternidad y crianza de los hijos como también los miedos del proceso primerizo o de embarazos anteriores y expresan sus estrategias de afronte no conocidas hasta ese momento.

Para Chupillon (2014) el vínculo afectivo se origina desde que el bebé es deseado o no por los padres; asimismo la madre y el feto tienen una vida en común durante los nueve meses de gestación, por lo cual en el momento que nacerá este bebé afrontará su primera separación que es la del cuerpo, pero continúa unido por las vivencias afectivas que ha tenido. Además, el vínculo afectivo prenatal contribuye al desarrollo de capacidades en los

padres para enfrentar diferentes adversidades que se puedan presentar durante la etapa de la gestación, impulsando a la vez una adecuada adaptación a los nuevos roles en el embarazo (Rodríguez, 2010).

El vínculo afectivo durante la gestación también contiene componentes cognitivos y emocionales, en cuanto a los componentes cognitivos tenemos las representaciones mentales acerca del futuro bebé; su personalidad y comportamiento y en los componentes emocionales se refiere a la empatía y el agrado que se siente al relacionarme con los demás (Roncallo et al., 2015). En general la interacción continua con él bebé como; conocer el sexo, pensar en un nombre desde el principio y conversarle mientras este aun en el vientre contribuye al origen de una dimensión afectiva cálida para el recibimiento del bebé (Heredia, 2005).

También la vinculación afectiva en la etapa gestacional influye en las prácticas de salud, pues se buscará los cuidados necesarios prenatales mediante los chequeos o controles continuos en los centros de salud, lo cual dependerá de la actitud que tenga la madre, de lo contrario de un embarazo no planificado con emociones negativas hacia esta etapa y en consecuencia se observara que son más propensas a faltar a sus controles prenatales. En conclusión, se entiende que al recibir una atención prenatal contribuirá benéficamente a la prevención y promoción de una práctica de la parentalidad positiva (Santrock, 2007).

Además, a partir del tercer trimestre del embarazo la idea de tener un hijo se torna más real, para algunos padres este periodo se marca definitivamente en el momento donde surge un nuevo rol, ya que es preciso mencionar que en este nuevo rol se manifiesta una jerarquización con respecto al papel del padre que será más impórtate a diferencia de otros estatus como el de trabajador, amigo, etc. Siempre y cuando este papel sea realmente más significativo que otras, promoverá más conductas positivas para la representación del padre,

además que se manifestará estas conductas mediante las representaciones mentales lo cual llevara al vínculo afectivo con el bebé (Habib & Lancaster, 2006).

Gómez et al. (2003) nos proponen programas de intervención durante la etapa de la gestación invitando a la madre a comunicarse con el neonato a través de sus pensamientos y sentimientos, fortaleciendo que el bebé se sienta protegido, también presentan el fantaseo y la anticipación imaginada sobre la relación con el bebé como material de creación del vínculo entre la diada, del mismo modo los sonidos tienen una gran importancia en la esfera prenatal, pues diversas investigaciones coinciden en mencionar que una vía de comunicación muy eficaz con el bebé es la música. Se muestra que el neonato mediante la música recibe nociones de unión y amor: incluso ya nacidos a las madres les han servido para calmar e inducir al sueño en sus bebés (Odent, 1994).

Brazelton & Cramer (1993) destacan la importancia de los sentimientos y la ansiedad que siente la madre antes del parto para la formación del vínculo, por esa razón mencionan que en el momento del nacimiento del niño se juntan tres bebés: el niño imaginario de sueños y fantasía, el feto que no han visto pero que han sentido haciéndose evidente durante varios meses y el recién nacido real que pueden ver, oír y tocar, por consiguiente el vínculo con el niño se construirá sobre las bases de las relaciones previas con ese hijo imaginario y con el hijo en desarrollo. Examinando estas relaciones se comprende la importancia de las interacciones más tempranas entre el bebé y sus padres.

Para los profesores de pediatría americanos; Kennell & Klaus (1976) aseguraron que el vínculo afectivo es el lazo que se establece entre la madre y su hijo desde las primeras semanas de embarazo. Pues este vínculo se desarrollará durante toda su vida mediante

estímulos y reacciones mutuas entre el niño y la madre que originan seguridad, sosiego, consuelo y placer para ambos protagonistas.

Finalmente, Bergman (2011) menciona que en el útero el feto encuentra el nido adecuado, oxigenación, calor, nutrición y protección, entonces una vez que llegue el nacimiento en donde él bebé necesitara el mismo nido, oxígeno, calor, nutrición y protección pues aquí ya no será la madre que proporcione ello sino un programa en el cerebro que requiere el hábitat correcto, en conclusión esto es el contacto piel madre y recién nacido, esto será el hábitat donde el recién nacido podrá cuidarse a sí mismo en diferentes aspectos; este vínculo afectivo le ayudará también a la madre en caso que tenga un parto prematuro ya que poseerá la sensación de ser capaz de superar esta crisis, en otras ocasiones el feto muere o nacen con problemas incompatibles con la vida, pues las atenciones compasivas de la madre hacia la criatura que está muriendo es tenerla piel a piel y es lo que permitirá un adecuado vínculo afectivo.

2.1.3. Teorías de la vinculación afectiva prenatal

Rubin (1975) fue el primero en plantear que la vinculación que se establece entre la madre y el bebé es resultado de un proceso prenatal, identificando tres tareas que desarrollan las madres durante el embarazo:

- ✓ Búsqueda de seguridad para ella y su bebé
- ✓ Asegurarse de que el bebé sea aceptado por los demás
- ✓ Vincularse con el feto

En cuanto al constructo nos referimos por lo investigado por Cranley (1979) quien presentó la primera revisión de la literatura y propuso un modelo multidimensional

compuesto por seis aspectos de la vinculación materno-fetal, que lo define como el alcance de la capacidad que tienen las mujeres para desarrollar comportamientos que representen afiliación e interacción con el bebé no nacido, consistiéndose en lo siguiente:

- ✓ Diferenciación del “self” y el feto
- ✓ Atribución de características al feto
- ✓ Entrega personal
- ✓ Asunción de roles
- ✓ Preparativos para la llegada del bebé
- ✓ Interacción con el feto

Según Verny (2003) refiere que desde el preciso momento de la concepción del bebé intrauterino se mantiene un dialogo con la madre y también con el mundo exterior a través de esta. Esta comunicación será posible si se le presenta los canales comunicantes. Pues tendrán que estar abiertos para recibir el mensaje materno completo, iniciándose así el proceso de enseñanza. Los canales que presenta son:

- ✓ Canal 1 o comunicación molecular; la madre a través de sus emociones elabora moléculas que le llegan al nonato por medio de la placenta y del cordón umbilical, produciendo en los mismos efectos que estas moléculas le producen a la madre y en el mismo momento.
- ✓ Canal 2 o comunicación sensorial; esta se produce cuando la madre acaricia su vientre o cuando le canta a su bebé intrauterino, comunicándose con la madre a través de sus pataditas.
- ✓ Canal 3 o comunicación intuitiva; es la transmisión que se canaliza por intermedio de los pensamientos maternos y ella recibe la respuesta del nonato en forma de sueños. En el

mismo momento que la madre crea un pensamiento, en ese mismo instante le está llegando el mensaje al nonato.

Cabe señalar que este complejo, pero efectivo sistema de comunicación permite a la madre a preparar a su bebé en el útero y de la misma manera él aprende y guarda en su memoria información sobre sí mismo, sobre su mamá y sobre el mundo que lo rodea (Verny, 2003).

Para Condon (1993) refiere que el lazo o vínculo emocional se desarrolla entre la mujer embarazada y su aun no nacido infante. Propone cuatro estilos o cuadrantes:

- ✓ 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.
- ✓ Estilo afecto positivo/baja preocupación (cuadrante 2): en este cuadrante se presenta una calidad positiva con preocupación baja. Ubicada a aquellas madres que reportan afectos positivos de vinculación (similares al cuadrante 1), sin embargo, pasan menos tiempo desarrollando la experiencia de vinculación. En este cuadrante se podrían ubicar las madres multíparas ya que para ellas los cambios ya son conocidos y los toman como normal, del mismo modo se pueden ubicar, las mujeres que perciben la intensidad de la experiencia de vinculación como amenazante, por ejemplo: temor de perder el bebé.
- ✓ Estilo desvinculado/ ambivalente (cuadrante 3): en este cuadrante se presenta una calidad negativa con preocupación baja. Identifica a las mujeres que pasan poco tiempo pensando en el feto y experimentan pocos afectos positivos asociados a la vinculación. Pueden ser que se sientan separadas del feto y debido a eso están poco interesadas por

él, o pueden tener sentimientos ambivalentes hacia el feto los cuales son amenazantes por lo que su existencia es suprimida o negada.

- ✓ Estilo ansioso/ ambivalente o preocupación sin efecto (cuadrante 4): en este cuadrante se presenta una calidad negativa con preocupación alta. Identifica a aquellas mujeres que se preocupan demasiado por el feto. Así mismo, la preocupación es sin efecto o acompañada de ambivalencia, por esta razón esta desprovisto de matices afectivos placenteros o positivos. Puede tener un toque de interés intelectual por el feto y 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.

2.2. Bases teóricas sobre la adaptación prenatal

La gestación es una etapa de cambios para la mujer que requiere de una serie de adaptaciones rápidas a los distintos momentos, ya que su cuerpo está expuesto a muchos esfuerzos adicionales como el aumento de la circulación sanguínea, mayor actividad muscular, ensanchamiento de la pelvis, aumento de peso, etc., también se origina una serie de cambios psicológicos en el estado de ánimo como el estrés, la ansiedad y la tristeza pues serán las reacciones más comunes durante esta etapa (Maldonado, 1997).

El estrés prolongado durante la gestación aumenta la posibilidad de un bebé con síntomas de alto nivel de activación, irritable, con patrones irregulares tanto de sueño y de alimentación, con movimientos excesivos en los intestinos, bajo peso al nacer, llanto persistente y de una elevada necesidad de estar en brazos (Hurlock, 1985)

Además, según Hiscock & Wake (2001) señalan que los hijos de madres depresivas muestran síntomas también de depresión, esto lo explican debido a que la actividad cerebral de los neonatos es una imitación de los patrones cerebrales de sus madres, presentando ambos una actividad cerebral del área frontal derecha el cual consiste en la zona de procesamiento de emociones negativas. Del mismo modo las madres con depresión manifiestan un menor vínculo hacia sus hijos al manifestar conductas afectivas negativas y disfóricas durante la interacción con sus hijos (Condon & Corkindale, 1997).

Para Connolly (2000) existen diversidad de roles en la vida adulta sin embargo el rol materno es comprendido como un rol importante en las mujeres pues este papel es complejo, va más allá de actividades de alimentación o cambios de pañales siendo más amplio a lo largo de toda la vida de la madre.

Los cambios en la etapa prenatal se irán incrementando y el nivel de ansiedad también, pues cada trimestre del embarazo tiene sus propias características psicosociales (Ontiveros & López, 2010). Asimismo, vemos las modificaciones que surge en las expectativas, dudas e incertidumbres necesarias que se originan para formar una nueva unidad familiar (Rodríguez, 2010).

Del mismo modo, durante esta etapa la gestante adquirirá información acerca del embarazo, lo cual permitirá que la madre al estar informada tenga una mayor aceptación a esta etapa y de sus cambios que trae consigo. Igualmente, el establecimiento del vínculo temprano incrementara la curiosidad de la madre por adquirir conocimientos sobre el desarrollo de su bebé, originando que siga incrementando el interés por desarrollar las habilidades y necesidades de su bebé antes y después del nacimiento (Rodríguez et al., 2004). Así mismo, las mujeres con más ansiedad, neuroticismo, vulnerabilidad, depresión,

autoestima baja, insatisfacción con la pareja y falta de apoyo social son quienes manifiestan mayores niveles de ansiedad relacionada con el embarazo y temor al parto (Rouhe et al., 2011)

En cuanto al rol que adquiere el futuro padre en el proceso de la gestación posee una exclusiva importancia para el mismo y la diada madre-bebé, debido a que es la imagen de apoyo principal en la etapa prenatal tanto en los cambios psicológicos y físicos que podrían ocurrir, no obstante, en la pareja también ocurrirán cambios como la adaptación a su rol de la paternidad y la adaptación a nueva relación de pareja ante la llegada de su hijo. En conclusión, al igual que la mujer, el padre también atraviesa una serie de cambios internos y externos en el embarazo; además de las variaciones de la propia mujer que deberá de adaptarse.

El afronte y resolución de disputas durante este periodo se encontrará influenciada por diversos factores como la edad, la paridad, el deseo del niño(a) o la solidez económica. En efecto el padre también deberá de solucionar conflictos de su niñez, eligiendo conductas que le agraden para imitar y realizarlas, ya que la adaptación del padre forma una triple tarea: adaptación al embarazo, al papel maternal de su pareja y su propio papel de padre (Sagrario et al., 2008).

Cabe destacar que, Fernández (1996) menciona que el universo de significados sobre la maternidad se organiza en cuanto a la idea que la mujer es igual a madre; la maternidad es la función de la mujer pues a través de ella la mujer alcanza su realización y adultez. En cuanto a la masculinidad se construye el concepto en cualidades a las representaciones sociales que la cultura ofrece de ser padre significándose ser proveedor, competitivo, brusco

con poca facilidad para expresar sus emociones y poca habilidad para realizar actividades del hogar (Burin & Meler, 1998).

La globalización cultural nos brinda nuevas formas de roles y pone en tela de juicio los antiguos valores y creencias de los hombres y mujeres. Actualmente aún existen familias con los antiguos modelos quiere decir padres trabajadores y madres ama de casa, por otro lado existen también las familias con las nuevas estructuras, esto significa madres trabajadoras, padres separados y familias ensambladas; lo que da como resultado una variedad de roles maternos y paternos adquiriendo diferentes significados donde también podemos observar una división de tareas más equitativas basadas en sus cualidad dentro de la relación de pareja y no basándose en una estructura social que determinaba a una mujer por el hecho de ser madre. (Cristiani et al., 2014)

2.2.1. Definiciones sobre la adaptación prenatal

La adaptación prenatal es el desarrollo que se necesita para entablar un adecuado vínculo afectivo influyendo en el tipo de crianza y organización de estos nuevos roles de padres, este proceso de adaptación dependerá del apoyo que reciban los padres, sus recursos psicológicos y las experiencias previas acerca de la maternidad y de la paternidad (Lafuente, 2008).

Igualmente, Halfon et al. (2009) exponen que la adaptación prenatal se encuentra estrechamente relacionados con los recursos psicológicos propios, el apoyo o soporte emocional que perciban y las representaciones mentales que posea sobre los roles de paternidad. Pues de acuerdo con Ontiveros & López (2010) durante la transición de la etapa prenatal que culminara con la posnatal, se necesita sustituir el antiguo paradigma en la que

no existían roles que demandan cuidados y responsabilidades a nuevas necesidades de un hijo.

La aceptación al embarazo es la respuesta adaptativa expresada por la gestante frente a los cambios tanto fisiológicos como psicológicos, además involucra aspectos de planificación y espera consciente del embarazo, su estado de ánimo variable entre felicidad y tristeza, tolerancia al malestar, aceptación de los cambios experimentados por su cuerpo, y la ambivalencia hacia el embarazo (Lederman & Weis, 2009)

Dado que, en el proceso de adaptación prenatal, se originarán los mecanismos y respuestas emocionales implicados en la reacción hacia la percepción del proceso del embarazo, así también como los mecanismos de afrontamiento que se generan produciendo alteraciones del estado fisiológico (arousal continuo del Sistema Nervioso Autónomo), emocional (ansiedad, depresión) y cognitivo (errores en el procesamiento) (Fernández & Cabaco, 2004).

Cabe señalar que, Torres (2004) afirma que en un cierto nivel de ansiedad es necesario, pues estimulara a la mujer a encontrar herramientas en su interior y exterior para poder enfrentar esta etapa, sin embargo, en algunas situaciones la mujer se siente inútil, en su forma de pensar y en su forma de actuar, interviniendo en las actividades diarias de su vida. Sentirse incapaz de enfrentar su embarazo y el cuidado de su persona, puede ocasionar dificultades en la salud física y mental de ella misma como de su bebé.

Con respecto a ello, algunos autores, han encontrado que la ansiedad durante la etapa del embarazo podría ocasionar: abortos, partos prematuros, mayor riesgo de cesáreas y alteraciones en el desarrollo fetal (Dole et al., 2003 & Relier, 2001). Pues para poder

establecer una adaptación durante la gestación, es importante que se establezca un adecuado vínculo entre la diada madre e hijo (Chupillon, 2014).

Además, en relación con el embarazo todas las mujeres experimentan conflictos ante la llegada del nuevo miembro y su crianza. Estas conductas ante las disputas de la nueva etapa se califican como adaptativos; es decir aceptación al rol parental durante la etapa del embarazo o desadaptativos en sentido la gestante presenta obstáculos a la relación de su rol (Lederman, 2009).

2.2.2. Teorías de la adaptación prenatal

Lederman (como se citó en Aspectos psicosociales en la gestación, 1996) aplica la adaptación prenatal en siete dimensiones psicosociales:

- ✓ La primera es la aceptación del embarazo; es decir, son las respuestas adaptativas ante el acontecimiento del embarazo; por ejemplo: la planificación y espera consiente, estado de ánimo alegre, tolerancia al malestar experimentado. En conclusión, es la aceptación a los cambios que surgen en el cuerpo y finalmente la aprobación de la ambivalencia de esta etapa.
- ✓ La segunda capacidad consiste en la identificación con el rol parental; influye la motivación para este papel materno. Mediante conductas como la protección y alimentación adecuada al bebé, resolución de problemas y el desarrollo del vínculo afectivo.
- ✓ La tercera dimensión es la calidad de la relación con la madre; se refiere a la calidad de relación con la abuela durante la gestación y el parto; además de la aceptación del nieto. También reconocer a su hija en el nuevo rol como madre, respetar la autonomía de esta y

por última la ayuda que pueda brindarle para recordar con su hija las propias experiencias de relación.

- ✓ La cuarta es la calidad de la relación que tiene con su pareja; se muestra el interés de esta como futura madre. El ajuste adecuado al nuevo rol de padre, la empatía, comprensión, soporte emocional, comunicación y demostraciones de confianza.
- ✓ La quinta dimensión radica en las conductas de preparación; acudir a clases prenatales, leer libros sobre la etapa de la gestación, etc. Imaginarnos cómo será el momento del parto.
- ✓ La sexta dimensión se basa sobre el temor al dolor y la pérdida de control durante el parto; la pérdida de control sobre el cuerpo y las emociones, el origen de la desconfianza en el personal de salud y la posición hacia el uso de la medicación.
- ✓ La séptima dimensión se fundamenta en la preocupación por el bienestar propio y la del bebé. La autoestima y el temor no expresado por posibles anomalías en el parto.

Para Vives (1994) el embarazo conlleva a un proceso de adaptación por parte de la madre, en donde realiza un trabajo psíquico en el que plantea desde tres ángulos:

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

Por otro lado, el proceso de adaptación al embarazo atraviesa por una serie de etapas en las cuales además del desarrollo y crecimiento personal de la gestante, se produce el desarrollo fisiológico y psíquico del niño intrauterino y se desencadena la estructuración del vínculo entre la madre y el bebé. En este proceso las variables psicológicas tienen una gran importancia en relación con el curso y término de la gestación, pues la reacción emocional que una mujer puede manifestar cuando se le confirma su embarazo puede ser de dos tipos: sorpresa (si el embarazo es inesperado) o satisfacción (si el embarazo era deseado). Dependiendo del tipo de emoción que origine la gestante dependerá del procesamiento de la información que la mujer realice de los tres ambientes que conforman su organismo psicofísico (microambiente, matroambiente, macroambiente). Es decir, cuando la mujer percibe los estímulos de dichos ambientes como amenazantes, debido a una reacción aprendida de amenaza y a sus propias características de personalidad que le conducen a una elaboración cognitiva errónea sobre su capacidad de afrontamiento, surge la ansiedad y como consecuencia se ve afectado el proceso de vinculación afectiva con el bebé, tanto antes como después del nacimiento (Fernández, 2005).

2.3. Bases teóricas sobre la relación de pareja

Hazan & Zeifman (1994, 1999) señalaron que las funciones principales del apego (seguridad y protección) descritas por Bowlby en la infancia (1969, 1972) permanecen en las relaciones íntimas a lo largo de la edad adulta, con la diferencia de que en la adultez es la pareja romántica la que cumple las funciones de la figura de apego principal.

Asimismo, Weiss (1991) sugiere que en la edad adulta el proceso de búsqueda de nuevas figuras de apego está motivado por una maduración a nivel social y sexual, pues existe un aumento de la capacidad para reconocer las limitaciones de los padres, el aumento

de la autoconfianza y la necesidad de independencia. Los estudios confirman que la pareja romántica suele ser la figura de apego principal.

En un estudio de Lafuente (1992) con 772 sujetos con edades comprendidas entre los 2 y los 85 años. Señala que, durante la infancia, la principal figura de apego son los padres si bien aparecen otras figuras de apego como son los hermanos, familiares, primos, tíos y amigos. Finalmente encontró que, cuando se alcanza la senectud (66-85 años), los hijos o el cónyuge, si aún vive, son las principales figuras de apego.

2.3.1. Teoría de la formación de la relación de pareja, según la teoría del apego

Basados en la teoría del apego y en la formación y mantenimiento de los vínculos de apego explicado por Bowlby (1979) y asumiendo cierto paralelismo con la etapa infantil, Zeifman & Hazan (1997) y Hazan & Zeifman (1999) presentaron un modelo del proceso de formación del vínculo de apego adulto en el transcurso del establecimiento de una relación de pareja. Este modelo se compone de cuatro fases: pre-apego, formación del apego, apego definido y corrección de metas cuyas características se detallan a continuación:

- ✓ Pre-apego: atracción y cortejo. Esta primera fase, corresponde al momento en el que comienza la atracción entre dos personas, pues en ella se observan una serie de conductas universales que sirven para iniciar una interacción con aquellas personas por las que se siente cierta atracción: sonrisas, contacto ocular, charla animada e intrascendente, expresiones faciales y otros gestos informales. Durante esta fase, existe un gran entusiasmo y respeto por el otro y cualquier comentario o información trivial, son atendidos con gran interés y unida al elevado contenido emocional del discurso y los gestos, facilita la sincronía en las conversaciones. La feniletilamina es la hormona

responsable de la elevada energía y empatía que se produce en esta fase y disminuye la posibilidad de nuevos rivales que dificulten el potencial vínculo futuro.

- ✓ Formación del apego: enamoramiento. Al igual que en la fase anterior, en el enamoramiento sigue existiendo una elevada activación fisiológica; sin embargo, en esta etapa el arousal se prolonga más allá de la simple interacción: estados como la falta de sueño y la disminución del apetito al tiempo que, paradójicamente, disponen de una energía inagotable, son algunas consecuencias de este tipo de activación. Es decir, La explicación neurológica de este nivel de activación sigue siendo la acción de la feniletilamina, cuyos efectos serían similares a los de las anfetaminas, esto es el aumento de la activación y propiedades parcialmente alucinógenas, lo que podría explicar la idealización característica de esta fase. Por otra parte, el correlato bioquímico que activa el deseo de permanecer en contacto físico con la pareja es la hormona denominada oxitocina, que liberada tras el clímax sexual (Carter, como se citaron en Hazan & Zeifman, 1999) está implicada en los abrazos que a menudo siguen a las relaciones sexuales. Observamos así dinámicas más tranquilas e íntimas como cambios en la cualidad de la voz (susurros, habla infantilizada, etc.), contacto visual y corporal prolongados, abrazos, conductas más “parentales” (cuidados, mimos, etc.) y un mayor intercambio de información personal (secretos familiares, experiencias dolorosas anteriores, etc.).
- ✓ Apego definido: amor. En esta tercera fase, la idealización inicial es reemplazada por una visión más realista del compañero. En el desarrollo de la relación, crece la familiaridad de los miembros, declina la frecuencia de la actividad sexual, mientras que aumenta la importancia de los aspectos emocionales y del cuidado relativo a la satisfacción sexual. En esta fase, las parejas empiezan a utilizar el tiempo que pasan juntos para dialogar no

sólo de aspectos personales o temas focalizados en la relación sino también de otras clases de cuestiones externas, dedicando menos tiempo a la comunicación íntima. Para los autores la habituación a la feniletilamina producida en esta fase estimula la liberación de endorfinas inductoras de calma y satisfacción. Además de aliviar la ansiedad, los opioides condicionan la vinculación a los efectos placenteros. En la formación del apego se cree que pueda existir un condicionamiento del sistema opioide donde la pareja es asociada con los efectos fisiológicos de reducción de ansiedad producido por la liberación de las endorfinas. De este modo, el apego puede ser definido como un “condicionamiento del sistema opioide de un individuo al estímulo de una persona particular” (Zeifman & Hazan, 1997). En consecuencia, si la ruptura ocurre durante esta fase opioide (tras la formación del apego), se vivirá con una elevada ansiedad, reducción de la actividad y desarreglos de las funciones corporales, como la disminución del apetito y el insomnio. Con estos datos, los autores sugieren que el estrés de separación es un criterio razonable y plausible de la formación del apego en la adultez.

- ✓ Corrección de metas: fase post romance. En esta última fase, los amigos, el trabajo y otras obligaciones del mundo real, hacen que el comportamiento de los miembros de la pareja vuelva a la normalidad, produciéndose una disminución de las conductas de apego y de la actividad sexual. Hay un descenso notable en la frecuencia y duración de las miradas múltiples y en el contacto físico tanto íntimo como de cuidados. En este momento, aparece una reorientación de la atención y la búsqueda de estimulación hacia fuentes distintas de la relación, dándose conversaciones más variadas no limitadas a temas personales, del otro o de la relación. En este punto, a pesar de que la fuerte conexión emocional no es tan aparente como en fases anteriores, sí existe una profunda interdependencia que implica incluso la correulación de sistemas fisiológicos (Hofer,

como se citaron en Hazan & Zeifman, 1999). Así, a pesar de que en circunstancias normales el sistema de apego no está activado, en esta fase la pareja es considerada como base de seguridad.

2.3.2. Teoría del amor

Una de las teorías del amor más popularizada es la teoría triangular del amor de Sternberg (1989). Esta teoría señala la existencia de tres componentes principales en donde cada una de ellas tiene una evolución propia durante toda la relación de pareja y son las siguientes: intimidad, pasión y compromiso.

- ✓ El compromiso consiste en dos decisiones, amar a la persona y permanecer junto a ella a pesar de otras relaciones potenciales, pues ambos componentes están relacionados con la exclusividad y la estabilidad o continuidad temporal de la relación. No obstante, con respecto a este último componente, Noller (1996) argumenta que respecto a la estabilidad se refiere al resultado de los efectos positivos del compromiso que un componente per se y apunta a la necesidad de distinguir entre las motivaciones individuales para permanecer en una relación y las constricciones externas estructurales que impiden que se rompa (hijos, problemas económicos, etc.).
- ✓ La intimidad (intimus, ‘lo más interior’), representa la revelación mutua de información personal, el compartir emociones y relatos con la pareja, la escucha recíproca de las confidencias, la preocupación profunda con el otro, sentimientos intensos de amor y confort con la proximidad y el contacto físico (Hatfield, 1988). La intimidad incluye a su vez 10 elementos: el deseo de promover el bienestar de la pareja, el sentimiento de felicidad junto a esa persona, el respeto por el otro, la posibilidad de contar con la otra

persona en momentos de necesidad, la comprensión mutua, la entrega de uno mismo y de bienes materiales, recibir apoyo emocional por parte del otro, ofrecer apoyo emocional a la pareja, comunicación íntima y la valoración positiva del otro.

- ✓ La pasión (pati, sufrir) se refiere, principalmente, al deseo y la atracción física hacia la pareja, pues está definida por un componente emocional (afecto positivo, atracción y arousal sexual, sentimientos de malestar cuando aparecen problemas en la relación, un fuerte sentimiento de reciprocidad y ansia de unión permanente), un componente cognitivo (preocupación y pensamientos intrusivos sobre la pareja, idealización, análisis y evaluación de la conducta del otro y un interés por saber todo lo que concierne a la pareja) y por un componente conductual (servir al otro, cercanía física extensiva y monitorización de los movimientos del otro).

III. Método

3.1. Tipo de investigación

La presente investigación es de enfoque cuantitativo, asimismo el diseño es no experimental y corte transaccional o transversal, apropiada para aquellas variables que no pueden ser manipuladas o resulta complicada hacerlo y también consiste en recolectar datos en un solo momento, en un tiempo único. Además, el tipo de investigación es descriptivo comparativo, pues se busca las diferencias en la adaptación prenatal y vinculación afectiva entre gestantes con/sin apoyo de pareja de un instituto de salud materno de Lima Metropolitana (Hernández et al., 2014).

3.2. Ámbito temporal y espacial

La presente investigación se realizó en el segundo semestre del 2019 y se recogió los datos durante los meses julio y agosto en un instituto de salud materno de Lima Metropolitana a gestantes de 20 a 45 años que asistían a los consultorios externos.

3.3. Variables

➤ Variables de estudio

En la tabla 1, se describe la definición operacional de cada variable estudiada.

➤ La Adaptación Prenatal

- Es el desarrollo que se necesita para entablar un adecuado vínculo afectivo influyendo en el tipo de crianza y organización de estos nuevos roles de padres, este proceso de adaptación dependerá el apoyo que reciban los padres, sus recursos psicológicos y las experiencias previas acerca de la maternidad y de la paternidad (Lafuente, 2008).

- Son las respuestas dadas por la muestra seleccionada frente a la Escala para la evaluación de la Vinculación afectiva y la Adaptación prenatal (EVAP), compuesto por los ítems: 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20 y 21 con cinco alternativas de respuesta.
- La Vinculación Afectiva
 - Es un canal emocional beneficioso de nexos entre los padres y el feto, pues se va desarrollando cuando los padres valoren al feto como un ser individual, separado y distinto del cuerpo materno con características propias (Lafuente, 1995).
 - Son las respuestas dadas por la muestra seleccionada frente a la Escala para la evaluación de la Vinculación afectiva y la Adaptación prenatal (EVAP) compuesto por los ítems: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 y 9 con cinco alternativas de respuesta.
- Variables de control
 - Numero de gestación
 - Planificación del embarazo

Tabla 1*Definición operacional de las variables*

Variables	Indicadores	Tipo de variables	Escala	Categoría
Vinculación afectiva	-Aproximación afectiva al feto a través del pensamiento	Cualitativa	Ordinal	nivel bajo
				nivel medio
				nivel alto
	-Aproximación afectiva a través de la diferenciación del feto			
	-Aproximación afectiva a través de la interacción con el feto			
	-Aproximación afectiva a través del bienestar emocional			
Adaptación prenatal	-Aceptación del embarazo	cualitativa	ordinal	nivel bajo
				nivel medio
	-Adaptación a la paternidad			nivel alto
	-Experiencias infantiles			
	-Cuidado prenatal			

3.4. Población y muestra

Esta Institución dispone de una capacidad aproximadamente de 1,407 gestantes adultas mensualmente. La población estuvo constituida por todas las madres gestante con/sin apoyo de la pareja a partir del segundo trimestre de embarazo, es decir a partir de las 14 semanas de embarazo, entre las edades de 20 y 45 años que asistieron a un instituto de salud materno de Lima Metropolitana.

El tamaño de la muestra estuvo formado por 302 gestantes, siendo calculada por un programa para poblaciones finitas, el nivel de confianza fue de 95%, el valor de Z de 1.96, el error permisible (e) 5% y la proporción 50 %. Sin embargo, se aplicó a nueve gestantes más, haciendo un total de la muestra 311. La selección de la muestra fue a través del muestreo no probabilístico por conveniencia.

En la tabla 2, se describe la muestra de la investigación de acuerdo con los elementos sociodemográficos, destacando que el 53.4% de participantes cuenta con apoyo de la pareja en su gestación, mientras que un 46.6% no cuenta con apoyo de la pareja. Por otro lado, el 68.2% de participantes no planificaron su embarazo, de igual forma la muestra estuvo compuesta en mayor proporción por mujeres solteras (46.6%). Además, el 64.3% de las participantes nacieron en Lima, mientras que un 35.7% en provincia. Así mismo la mayoría de las gestantes son adultas (72.3%), mientras que el 27.7% son jóvenes. Finalmente, se halló que el 64.3% son multigestas, mientras que en el 35.7% se trata de su primer embarazo.

Tabla 2*Descripción de la muestra, según características sociodemográficas*

VARIABLES		Frecuencia	Porcentaje
Planificación del embarazo	Si	99	31.8%
	No	212	68.2%
Estado civil	Soltera	145	46.6%
	Conviviente	129	41.5%
	Casada	37	11.9%
Lugar de nacimiento	Lima	200	64.3%
	Provincia	111	35.7%
Apoyo de la pareja	Si	166	53.4%
	No	145	46.6%
Grupo etario	Jóvenes	86	27.7%
	Adultos	225	72.3%
Número de gestación	Primigestas	111	35.7%
	Multigestas	200	64.3%
Total		311	100%

Criterios de Inclusión:

- Madres gestantes a partir del segundo trimestre de embarazo que acepten voluntariamente participar en el estudio y firme la Ficha de Consentimiento Informado.

Criterios de Exclusión:

- Madres gestantes a partir del segundo trimestre de embarazo que presenten alteraciones psicológicas.
- Madres gestantes que no quieran participar.

3.5. Instrumentos

Escala para la Adaptación Prenatal y Vinculación Afectiva (EVAP).

Esta escala EVAP fue creada por Lafuente en el año 2008, con el propósito de medir la adaptación del embarazo y la vinculación prenatal. Basándose en las variables aportadas por Hughes y Lederman. La escala presentó una estructura de 30 ítems con seis factores: aproximación afectiva a través del pensamiento; aceptación del embarazo y adaptación a la maternidad; aproximación afectiva a través de la diferenciación del feto; experiencias infantiles y cuidado prenatal; aproximación afectiva a través de la interacción con el feto; aproximación afectiva a través del bienestar emocional.

Para evidenciar las propiedades psicométricas consideró a 116 embarazadas del Hospital La Fe de Valencia (España), entre los 3 y los 9 meses de gestación. Evidencio la validez de constructo; Ejecutando un análisis exploratorio de componentes principales con rotación varimax, también realizó la validez criterial; usando la prueba MAP de Funke-Furber que fue 0,589 y con la MFAS de Cranley, fue 0.671. y finalmente para la validez diferencial aplicó la EVAP adaptada para varones, a las parejas de las mujeres de la muestra y de otra forma de validez diferencial de la EVAP también analizó las diferencias significativas a favor de las mujeres de edad gestacional más avanzada en determinados ítems. En cuanto a la fiabilidad lo midió con el coeficiente alfa de Cronbach que fue de 0,8098.

Este instrumento fue adaptado en Lima por Ártica et al. (2018) en una población de 310 gestantes adolescentes y adultas, a partir del segundo trimestre de embarazo del Instituto Nacional Materno Perinatal, mencionaron que las seis dimensiones propuesta por Lafuente representan microdimensiones de los constructos adaptación y vinculación afectiva prenatal,

pues no se requiere la subdivisión, quedándose una estructura solo con dos dimensiones. Esta versión consta de 21 ítems que permiten medir la vinculación Afectiva (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 ítems) y adaptación prenatal (10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21 ítems), con respuesta tipo Likert con cinco opciones.

Los autores realizaron la validez basada en el contenido a través del método fundamentado en el juicio de expertos (Pedrosa et al., 2013), estimando el índice de validez de contenido a través del valor de V de Aiken (Aiken, 1985) participando ocho jueces expertos en el proceso. En cuanto a la validez de la estructura interna (Sireci & Padilla, 2004) determinaron mediante la técnica estadística del análisis factorial, pudiendo realizar el análisis factorial exploratorio (AFE) utilizaron el programa FACTOR 10.8.02 (Lorenzo et al., 2007) y confirmatorio (AFC) para estimar la estructura de la escala con el programa MOA 24.0. Con respecto a la confiabilidad lo calcularon a través del coeficiente omega (McDonald, 1999), trabajando así con las cargas factoriales (Gerbing & Anderson, 1988); en cuanto a los coeficientes de confiabilidad en la subescala Adaptación al embarazo y vinculación afectiva obtuvieron valores de .746 y .749 respectivamente, presentando valores mayores a .70 por lo que se consideran aceptables (Campo et al., 2008).

- Ajuste psicométrico de la escala para la Evaluación de la Vinculación afectiva y la Adaptación Prenatal (EVAP)

En la presente investigación se informa que ambas subescalas de la prueba analizada cuentan con una adecuada confiabilidad, ya que presentan coeficientes omega superiores a 0.8, el cual según indicación de George & Mallery (2003) es el valor mínimo aceptable para admitir un instrumento como confiable y consistente. A continuación, en la tabla 3, se describe el análisis de confiabilidad de cada una de las variables.

Tabla 3

Análisis de confiabilidad bajo el método de consistencia interna en la Escala de adaptación prenatal y vinculación afectiva

Variables	Coefficiente omega	Número de elementos
Adaptación prenatal	0.843	12
Vinculación afectiva	0.841	9

En la tabla 4 se dan a conocer las correlaciones entre los ítems y el puntaje general de la subescala a la que corresponden (adaptación prenatal y vinculación afectiva), manifestando coeficientes significativos ($p < 0.01$) en todos los reactivos del instrumento, con valores que van desde ,519** a ,739**, es decir, representan valores adecuados que señalan validez en la prueba.

Tabla 4*Validez ítem - test en la Escala de adaptación prenatal y vinculación afectiva*

Variables	Ítem	Correlación ítem – test	P
Vinculación afectiva	1	,721**	0.000
	2	,686**	0.000
	3	,706**	0.000
	4	,617**	0.000
	5	,664**	0.000
	6	,630**	0.000
	7	,631**	0.000
	8	,562**	0.000
	9	,683**	0.000
	10	,543**	0.000
	11	,530**	0.000
	12	,603**	0.000
Adaptación prenatal	13	,528**	0.000
	14	,519**	0.000
	15	,567**	0.000
	16	,634**	0.000
	17	,722**	0.000
	18	,725**	0.000
	19	,739**	0.000
	20	,554**	0.000
	21	,592**	0.000

***Existe correlación significativa en el nivel 0.01*

Además del instrumento se hizo empleo de una ficha sociodemográfica compuesto por ítems como: edad, grado de instrucción, número de gestación, estado civil, lugar de nacimiento, planificación al embarazo y la interrogante: ¿Usted actualmente cuenta con el apoyo de su pareja? Algunas variables fueron tomadas en cuenta en el estudio con relación a los objetivos anteriormente expuesto.

3.6. Procedimientos

En concordancia a la recolección de datos, esta se realizó en las instalaciones de un instituto de salud materno de Lima Metropolitana en las salas de espera del área de consultorios externos. Para el contacto con las participantes, se les abordó en dichas salas y se les consultó sobre los criterios de inclusión y exclusión. Se les entregó el consentimiento informado y la ficha demográfica donde se les aclaró que la prueba será confidencial y anónima. Después se les entregó e informo los detalles de la escala de Evaluación de la Vinculación afectiva y la Adaptación Prenatal (EVAP), reiterándoles la importancia de la sinceridad en sus respuestas.

3.7. Análisis de datos

Se realizó a través del paquete estadístico SPSS versión 24. Primero se aplicó el ajuste psicométrico mediante el análisis de validez ítem test, a través del estadístico correlación de Pearson y la confiabilidad por consistencia interna por medio del coeficiente omega en el instrumento. Con respecto al análisis descriptivo de las variables se empleó estadísticos que permitieron describir la muestra (desviación estándar, moda, media porcentajes y frecuencias) además de tablas de contingencia para la descripción de los objetivos específicos. Para saber el tipo de distribución de los datos se aplicó la prueba de normalidad Kolmogorov – Smirnov, en este caso no se ajustaron a la normalidad, es decir se utilizó el estadístico no paramétrico U de Mann Whitney para el análisis comparativo entre dos grupos (según apoyo de la pareja, número de gestación y planificación del embarazo).

3.8. Consideraciones éticas

La participación en la investigación se fundamenta en base a los principios nacionales e internacionales que rigen la investigación realizada en humanos. Pese a que la presente investigación no es experimental, se tomó en cuenta los principios de la Declaración de Helsinki (2017) promulgado por la Asociación Médica Mundial (AMM).

Por tanto, se incluye los siguientes aspectos:

1. Principios básicos del respeto por el individuo, incluyendo la participación del investigador durante el inicio y el curso de la investigación, así también como su total responsabilidad durante la aplicación de la investigación. (Contemplado en el Artículo 8, 20,21 y 22).
2. El deber del investigador de salvaguardar la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de los participantes (Artículo 9).
3. Se tomará toda clase de precaución para salvaguardar la intimidad y confidencialidad de su información personal (Artículo 24)

También se tomó en cuenta los principios contemplados en el Código de Ética del Psicólogo Peruano, haciendo referencia a los siguientes artículos:

Artículo 36^a: El psicólogo no debe de modificar el contenido de la historia y de cualquier otro documento realizado con la investigación, sea para perjudicarlo o para obtener algún beneficio indebido para éste, para sí o para terceras personas.

Artículo 23^a: Todo psicólogo que investiga debe hacerlo respetando la normatividad internacional y nacional que regula la investigación con seres humanos.

Artículo 24^a: Todo psicólogo que elabore un proyecto de investigación con seres humanos debe contar, para su ejecución, con la aprobación de un Comité de Ética de Investigación debidamente acreditado.

Artículo 25^a: El psicólogo debe tener presente que toda investigación con seres humanos debe, necesariamente, contar con el consentimiento informado de los sujetos comprendidos, el consentimiento sustituto en caso de incompetencia o incapacidad y el asentimiento en caso de niños y adolescentes de 8 a 18 años.

Artículo 37^a: El psicólogo debe mantener el anonimato de la persona cuando la información sea utilizada para fines de investigación o docencia.

Artículo 47^a: Explicar a la persona que se atiende sobre la naturaleza, propósito y resultado de la prueba, en lenguaje comprensible y constructivo salvaguardando de cualquier situación que ponga en peligro su estabilidad emocional

3.9. Fuentes de financiamiento

La investigación fue autofinanciada.

IV. Resultados

Análisis descriptivo

En la tabla 5, se presenta que en las gestantes predomina el nivel medio de adaptación prenatal con un 45.7%, seguido por el nivel bajo presente en el 43.4%, asimismo se evidenció un 10.9% de gestantes con nivel alto de adaptación prenatal. Por otro lado, en gestantes con apoyo de la pareja se encontró predominancia del nivel medio con 67.5%, seguido por el nivel alto con 20.5%, mientras que en gestantes que no cuentan con el apoyo de la pareja la adaptación prenatal se evidenció predominante en el nivel bajo con un 79.3%.

Tabla 5

Niveles de adaptación prenatal entre gestantes con/sin el apoyo de la pareja

Apoyo de la pareja	Niveles					
	Bajo		Medio		Alto	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Con apoyo	20	12.0%	112	67.5%	34	20.5%
Sin apoyo	115	79.3%	30	20.7%	0	0.0%
Total	135	43.4%	142	45.7%	34	10.9%

En la tabla 6, se muestra que en las gestantes predomina el nivel medio de vinculación afectiva con un 42.8%, seguido por el nivel bajo presente en el 32.8%, asimismo se evidenció un 24.4% de gestantes con nivel alto de vinculación afectiva. Por otro lado, en gestantes con apoyo de la pareja se encontró predominancia del nivel medio con 51.8%, seguido por el nivel alto con 34.9%, mientras que en gestantes que no cuentan con el apoyo de la pareja la vinculación afectiva se evidenció predominante en el nivel bajo con 55.2%.

Tabla 6*Niveles de vinculación afectiva entre gestantes con/sin el apoyo de la pareja*

Apoyo de la pareja	Niveles					
	Bajo		Medio		Alto	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Con apoyo	22	13.3%	86	51.8%	58	34.9%
Sin apoyo	80	55.2%	47	32.4%	18	12.4%
Total	102	32.8%	133	42.8%	76	24.4%

Ajuste de normalidad

En la tabla 7, se logra demostrar que los puntajes de las variables analizadas en ambos casos muestran valores inferiores a 0.05, señalando que no se ajustan a la normalidad, por tanto, las pruebas estadísticas a emplearse en el análisis inferencial serán de tipo no paramétrica.

Tabla 7*Análisis de la normalidad Kolmogorov - Smirnov en la adaptación prenatal y vinculación afectiva*

Variables	Kolmogorov-Smirnov	
	Estadístico	Sig.
Adaptación prenatal	0.102	0.000
Vinculación afectiva	0.136	0.000

p<0.05 No existe normalidad en las variables

Análisis inferencial

En la tabla 8, se muestra que existen diferencias significativas ($p<0.01$) entre las gestantes que cuentan con apoyo de la pareja y aquellas que no tienen apoyo de la pareja, tanto en la variable adaptación prenatal como en la vinculación afectiva, del mismo modo, el puntaje promedio de los grupos indica que las diferencias encontradas se hallan a favor de las gestantes que cuentan con el apoyo de la pareja.

Tabla 8

Comparación de adaptación prenatal y vinculación afectiva entre gestantes con/sin apoyo de pareja

Estadísticos	Adaptación prenatal		Vinculación afectiva	
	Con apoyo	Sin apoyo	Con apoyo	Sin apoyo
Rango promedio	215.66	87.70	191.23	115.67
Suma de rangos	35800.00	12716.00	31744.00	16772.00
Media	48.56	38.45	38.18	32.37
Desviación estándar	4.258	6.179	4.318	6.714
N	166	145	166	145
U de Mann-Whitney	2131.000		6187.000	
W de Wilcoxon	12716.000		16772.000	
Z	-12.536		-7.407	
P	0.000		0.000	

$P<0.01$ Existen diferencias significativas

En la tabla 9, se identifica que existen diferencias significativas ($p<0.01$) en la adaptación prenatal, según número de gestación entre gestantes con/sin apoyo de pareja, evidenciando para ambos casos de acuerdo con el puntaje promedio que las primigestas presentan mayor adaptación prenatal frente a las participantes multigestas.

Tabla 9

Comparación en la adaptación prenatal entre gestantes con/sin apoyo de pareja, según número de gestación

Estadísticos	Adaptación prenatal			
	Con apoyo de la pareja		Sin apoyo de la pareja	
	Primigesta	Multigesta	Primigesta	Multigesta
Rango promedio	100.53	74.11	87.43	64.93
Suma de rangos	5931.50	7929.50	4546.50	6038.50
Media	50.29	47.61	40.65	37.22
Desviación estándar	4.210	3.992	6.084	5.912
N	59	107	52	93
U de Mann-Whitney	2151.500		1667.500	
W de Wilcoxon	7929.500		6038.500	
Z	-3.402		-3.103	
P	0.001		0.002	

P<0.01 Existen diferencias significativas

En la tabla 10, se identifica que existen diferencias significativas ($p<0.05$) en la adaptación prenatal, según planificación del embarazo entre gestantes con/sin apoyo de pareja, evidenciando en ambos casos, de acuerdo con el puntaje promedio que las participantes con un embarazo planificado presentan mayor adaptación prenatal frente a las que no planificaron su embarazo.

Tabla 10

Comparación en la adaptación prenatal entre gestantes con/sin apoyo de pareja, según planificación del embarazo

Estadísticos	Adaptación prenatal			
	Con apoyo de la pareja		Sin apoyo de la pareja	
	Planificado	No planificado	Planificado	No planificado
Rango promedio	97.56	71.04	92.00	69.78
Suma de rangos	7609.50	6251.50	1932.00	8653.00
Media	49.87	47.40	41.71	37.90
Desviación estándar	4.107	4.067	6.702	5.938
N	78	88	21	124
U de Mann-Whitney	2335.500		903.000	
W de Wilcoxon	6251.500		8653.000	
Z	-3.559		-2.248	
P	0.000		0.025	

P<0.05 Existen diferencias significativas

En la tabla 11, se identifica que existen diferencias significativas ($p<0.05$) en la vinculación afectiva, según número de gestación, tan solo entre gestantes que no cuentan con el apoyo de la pareja, evidenciando de acuerdo con el puntaje promedio que las primigestas presentan mayor vinculación afectiva frente a las participantes multigestas. Por otro lado, entre las participantes que cuentan con apoyo de la pareja no se evidenciaron diferencias significativas de la vinculación afectiva según número de gestación.

Tabla 11

Comparación en la vinculación afectiva entre gestantes con/sin apoyo de pareja, según número de gestación

Estadísticos	Vinculación afectiva			
	Con apoyo de la pareja		Sin apoyo de la pareja	
	Primigesta	Multigesta	Primigesta	Multigesta
Rango promedio	89.64	80.12	84.67	66.47
Suma de rangos	5288.50	8572.50	4403.00	6182.00
Media	38.63	37.93	34.31	31.29
Desviación estándar	4.828	4.012	7.635	5.912
N	59	107	52	93
U de Mann-Whitney	2794.500		1811.000	
W de Wilcoxon	8572.500		6182.000	
Z	-1.225		-2.512	
P	0.221		0.012	

P<0.05 Existen diferencias significativas

En la tabla 12, se identifica que existen diferencias significativas ($p<0.05$) en la vinculación afectiva, según planificación del embarazo entre gestantes que cuentan con apoyo de la pareja, evidenciando de acuerdo con el puntaje promedio que las participantes con un embarazo planificado presentan mayor vinculación afectiva frente a las que no planificaron su embarazo. Por otro lado, en las gestantes que no cuentan con el apoyo de la pareja, la vinculación afectiva no presentó diferencias significativas, según planificación del embarazo.

Tabla 12

Comparación en la vinculación afectiva entre gestantes con/sin apoyo de pareja, según planificación del embarazo

Estadísticos	Vinculación afectiva			
	Con apoyo de la pareja		Sin apoyo de la pareja	
	Planificado	No planificado	Planificado	No planificado
Rango promedio	93.34	74.78	81.14	71.62
Suma de rangos	7280.50	6580.50	1704.00	8881.00
Media	39.01	37.44	34.00	32.10
Desviación estándar	4.192	4.317	7.746	6.519
N	78	88	21	124
U de Mann-Whitney	2664.500		1131.000	
W de Wilcoxon	6580.500		8881.000	
Z	-2.490		-0.964	
P	0.013		0.335	

P<0.05 Existen diferencias significativas

V. Discusión de resultados

A continuación, se presentan las evidencias encontradas respecto a la problemática planteada de las variables adaptación prenatal y vinculación afectiva en una muestra de 311 gestantes con/sin apoyo de la pareja de un instituto de salud materno de Lima Metropolitana. Así mismo la actual investigación pretende contribuir tanto al conocimiento específico de cada una de las variables como también las diferencias encontradas entre los grupos de la muestra elegida.

El objetivo principal de este estudio ha sido comparar la adaptación prenatal y la vinculación afectiva entre gestantes con/sin apoyo de pareja de un instituto de salud materno de Lima Metropolitana, encontrando como resultado que existen diferencias significativas ($p < 0.01$) en ambas variables estudiadas, permitiendo aceptar la hipótesis general dado que se encontró en los resultados diferencias a favor de las gestantes que cuentan con el apoyo de sus parejas tanto en la adaptación prenatal como en la vinculación afectiva, con una media de 48.56 y 38.18 respectivamente; además ubicándose ambas variables en una categoría media de acuerdo con los baremos reportados por Ártica et al. (2018). Debido a lo encontrado se concluye que la presencia de la pareja durante el proceso de gestación contribuye de manera positiva a la adaptación prenatal y a la vinculación afectiva generando un ambiente saludable tanto físico y emocional para la diada madre-hijo en donde se desarrollara habilidades de protección y cuidados desde la etapa del embarazo (Rodriguez, 2010). A continuación, se va a analizar según cada variable de acuerdo con los resultados generales.

Con respecto a la adaptación prenatal en relación con los resultados mencionados, se respaldan en lo encontrado por Chávez (2018) en Chachapoyas-Perú que estudió el nivel de

adaptación psicosocial del embarazo en gestantes atendidas en el hospital regional Virgen de Fátima de Chachapoyas. Mencionando que, con respecto a todas las dimensiones estudiadas, el que más predominó fue la dimensión relación de pareja, donde el 100% de las gestantes presentaron un nivel de adaptación psicosocial deficiente, dado que el autor menciona que la mayoría de las gestantes eran madres solteras y embarazos no deseados donde la pareja en este caso el progenitor no se encontraba presente.

Así mismo los resultados coinciden con Ontiveros & López (2010) en su investigación sobre la adaptación psicosocial y niveles de ansiedad en gestantes. Hallaron una asociación significativa entre la ansiedad y relación de pareja. Ya que las gestantes que tienen una relación deficiente con el esposo les provocara una fuerte ansiedad pudiendo desmotivarla y sentir que es incapaz de ser una buena madre influyendo en el rol materno (Lederman, 1996).

A nivel teórico tal y como lo afirma Lafuente (2008) la adaptación prenatal es la etapa previa que se necesita para originar un adecuado vínculo afectivo, dado que esta conexión es importante porque influirá en el tipo de crianza y organización de los nuevos roles de los padres, así mismo el proceso de adaptación dependerá del tipo de apoyo que reciban los padres, como también sus propios recursos psicológicos y las experiencias previas acerca de la maternidad y la paternidad.

Además, durante esta etapa también se origina en la mujer una preocupación referente al rol de su pareja como padre y también en la relación marital durante el desarrollo de la gestación, puesto que la futura madre empieza a notar con frecuencia que tanto ella, como su esposo, experimentan sensaciones de vulnerabilidad durante el desarrollo del embarazo (Lederman, 1996).

Por otra parte, existen evidencias que tienden a mostrar que el matrimonio proporciona estabilidad social y emocional, mientras que el divorcio, la separación, la viudedad y el estar sin pareja la socavan (Dupre & Meadows, 2007; Hughes & Waite, 2009). Para Symoens et al. (2013) mencionan también que existe una deficiente salud mental (depresión más frecuente y menor satisfacción vital) entre las personas que han vivido una ruptura de una pareja.

En consecuencia, de acuerdo con el objetivo general con respecto a la adaptación prenatal, se observa que la presencia de la pareja durante el proceso de gestación propicia un mejor manejo a los cambios que ocurra en esta etapa del embarazo, pues se considera como un recurso psicológico de apoyo (Lederman, 1996). Cabe destacar que estos cambios no solo se observaran en la madre, sino que también en la pareja, ya que ambos pasaran por un proceso de cambios de conductas, pensamientos y hábitos para ahora incluir al bebé. Por eso, en algún momento la madre empezará a notar que su pareja se encuentra desempeñando el rol de padre y viceversa (Ontiveros & López, 2010). Ello les permitirá ser conscientes del papel que realizan y en consecuencia apoyarse mutuamente para asumir la responsabilidad de cubrir las necesidades del bebé.

Entonces, por todo lo explicado la madre manejara mucho mejor estos cambios con los recursos psicológicos que posee, siendo más tolerable para ella toda esta etapa. Además, el desempeño del rol de padre y de una pareja funcional durante todo este proceso de gestación, facilitara aceptar al hijo y desear conocerlo. A sí mismo, generar habilidades de cuidado, protección acompañado de sentimientos y emociones agradables hacia el bebé, como refieren los autores con anterioridad.

De manera análoga, de acuerdo con Hughes & Waite (2009) la presencia de la pareja brinda una mayor seguridad y respaldo tanto emocional, como también en temas legales y reconocimiento social. Como consecuencia les permitirá a las gestantes con apoyo de la pareja desarrollar mejores sus recursos psicológicos para afrontar los cambios en el embarazo, ya que sentirán la seguridad de quienes la respaldan.

Por otro lado, las madres solteras en su mayoría alcanzaron una adaptación prenatal baja, confirmando que la presencia de la pareja contribuye significativamente, ya que los cambios y necesidades que surgieren en esta etapa necesitan del acompañamiento y protección de las personas que la sociedad espera que lo haga, siendo una de ellas la pareja (Sprecher, 2002).

Además , el varón presenta emociones ambivalentes en el momento del embarazo, pues ocurre que durante las primeras semanas tiende a tener un distanciamiento emocional con la mujer, mostrando conductas como si no hubiera cambios en su vida familiar, la cual se refleja en la falta de interés hacia la pareja y hacia el futuro bebé, sin embargo en las últimas semanas del embarazo, se redefine a sí mismo como el padre, debido a que ya cuenta con una realidad que no puede evadir e inicia el apoyo hacia su pareja para preparar el nido (Machado, 2010). En base a los resultados obtenidos en el grupo de gestantes sin apoyo de la pareja es claro que el hombre no asumió su rol de padre y el desinterés se aplazó por más tiempo sin poder retomar sus responsabilidades para cubrir las necesidades de su bebé y pareja.

En cuanto al vínculo afectivo, también existen diferencias significativas ($p < 0.01$) a favor de las gestantes que cuentan con el apoyo de sus parejas. Los resultados hallados son similares a lo encontrado por Marín (2017) en Chimbote-Perú, en donde halló una asociación

altamente significativa ($p=0.023$) entre la relación con la pareja y la vinculación prenatal. De igual modo Mejía (2017) menciona que las gestantes con buena relación de pareja predominan el Estilo Fuerte/Saludable, mientras que las gestantes con mala relación de pareja predominan el Estilo Afecto Positivo/ Baja Preocupación.

También los resultados hallados coinciden con Fernández & Sánchez (2005) en España, en donde hallaron que el estado de ánimo presenta asociación positiva con el grado de satisfacción marital experimentada por la mujer y con el grado de satisfacción percibido en su pareja. Del mismo modo la variable arousal presentó asociaciones positivas con respecto al grado de satisfacción marital experimentado y percibido, así como también en las variables de vinculación afectiva como: aceptación del embarazo, relaciones personales de la mujer gestante y escala total de vinculación.

Así mismo, como afirma Lafuente (1995) el vínculo afectivo prenatal es un canal emocional beneficioso entre los padres y el feto, ya que se va desarrollando cuando los padres inician la valoración al feto como un ser individual, separado y distinto del cuerpo materno con características propias. Cabe resaltar que lo esencial del soporte social a la madre durante el periodo de gestación, corresponde el apoyo de la pareja como surgimiento del vínculo afectivo prenatal a través de: los ultrasonidos, el conocimiento del sexo y elegir el nombre del neonato (Rauenhorst, 2001).

Por lo tanto, de acuerdo con el objetivo general con respecto a la vinculación afectiva, se muestra una contribución positiva que tiene la pareja en esta variable, ya que durante la etapa de gestación lo ideal es la interacción constante con el bebé, promover los cuidados necesarios, imaginar su aspecto físico, mantener esa emoción ante la llegada pronta y sumada al acompañamiento en todo momento de la pareja (Gómez et al., 2003). Por ese motivo,

generara un vínculo afectivo sano y fuerte que será beneficioso para las posteriores experiencias que tenga el bebé en la etapa posnatal. Además, las gestantes con pareja se encuentran más confiadas y estables en cuando al apoyo que cuenta de su esposo o convivientes, permitiéndole desarrollar un ambiente adecuado con su bebé (Hughes & Waite, 2009).

Por otro lado, las gestantes que no cuentan con el apoyo de sus parejas presentarían temores e inseguridades que corresponde a su propia condición, ubicándola en la sociedad sin poseer algunos derechos legales que pudiera reclamar y además sin el apoyo emocional (Hughes & Waite, 2009). Lo cual podría ser una de sus preocupaciones, cabe resaltar que la mayoría de las gestantes sin apoyo de la pareja son adultas, pues según Mansilla (2000) menciona que en esta etapa la mayoría de las personas estarían logrando alcanzar una madures psicológica y ello significa que se hayan realizado un proyecto de vida. Lo cual pudo haber sido interferidas por la etapa de la gestación, agregando el hecho de que la mayoría son multigestas, lo cual significaría que pasan menos tiempo vinculándose con su bebé, debido a la crianza de los demás hijos (Condon, 1993). Por todo ello no le permitiría interactuar su embarazo con plenitud y lograr un vínculo afectivo más alto.

Con relación al primer objetivo específico determinado en esta investigación: Describir el nivel de adaptación prenatal entre gestantes con/sin el apoyo de la pareja. Se halló que en las gestantes con apoyo de la pareja se encontró predominancia del nivel medio con 67.5%, seguido por el nivel alto con 20.5%, mientras que en gestantes que no cuentan con el apoyo de la pareja la adaptación prenatal se evidenció predominante en el nivel bajo con un 79.3% y un 0% en el nivel alto. Significándose que las gestantes con apoyo de la pareja obtuvieron mayores puntajes que las gestantes sin apoyo de la pareja.

Estos datos coinciden con la investigación de Chávez (2018) mencionando que el 61.4% obtuvieron una adaptación psicosocial deficiente y solo un 38.6% lograron una adaptación psicosocial buena. Además, con respecto a todas las dimensiones evaluadas, el que predominó fue la dimensión relación con la pareja donde el 100% de las gestantes alcanzaron un nivel deficiente, ya que refirió que el progenitor o pareja no estaba presente y que los embarazos eran no deseados, puesto que el apoyo de la pareja juega un papel importante para mostrar seguridad en las gestantes. En comparación con los resultados hallados, se encontraron similitud en los datos, debido a que en la presente investigación se halló que las gestantes que no contaban con el apoyo de la pareja el 79.3% correspondía a un nivel bajo y además un 0% en el nivel alto, confirmando la contribución significativa de la pareja. Por otro lado, se encontró que de la muestra total el 68.2% no planificaron su embarazo, lo cual no necesariamente se podría definir como no deseados y el 46.6% de las gestantes eran solteras, que no contaban con sus parejas.

Así mismo, estos resultados tienen algunas similitudes con lo encontrado por Millares (2017) quien encontró en su estudio que de la muestra total de gestantes el 78.6% obtuvo una adecuada adaptación psicosocial y un 21% una adaptación deficiente. Ya que el 50% de gestantes se encontraban casadas, 34% eran convivientes y solo el 16% solteras. Contrastando con la investigación actual se observa que de igual modo predomina en las gestantes con apoyo de la pareja el nivel medio.

A continuación, se analizará el primer objetivo específico por grupos a comparar. La adaptación prenatal en las gestantes con apoyo de pareja predominó un nivel medio, la razón por la cual no se obtuvo mayores porcentajes en el nivel alto, sería que más del 50% de este grupo de gestantes no planificaron su embarazo. Ya que, la llegada de un bebé, de todos

modos, es un cambio repentino que no lo esperaban y en consecuencia afectara a las metas, planes o proyecto de vida que podrían haber estado cumpliendo o pensaban hacerlo (Fernández, 2005). Además, el 64.5% eran multigestas, quiere decir que no era su primera gestación, cabe mencionar que las primigestas de la investigación poseen una mejor adaptación, sin embargo, las gestantes de este grupo el 20.5% lograron un nivel alto.

En cuando al grupo de las gestantes que no contaban con el apoyo de la pareja alcanzaron un 79.3% que pertenecen a un nivel bajo y 0% en el nivel alto. En efecto, es un dato importante que se aporta a nivel descriptivo en la investigación ya que existe una relevancia del apoyo de la pareja ante los niveles de adaptación prenatal. La razón por la cual se obtuvo estos resultados seria que las gestantes de este grupo el 85.5% no planificaron su embarazo, además que no contaban con el apoyo de la pareja, que como anteriormente lo explicamos, la presencia de este contribuye positivamente a la adaptación prenatal, sumando ello el 64.1% eran multigestas lo que significaría que estarían preocupadas también por la crianza de sus demás hijos o experiencias previas como algunas perdidas (Calderón & Alzamora, 2006). Sin embargo, hubo un grupo pequeño que representa el 20.7% que obtuvo una adaptación media, esto se explicaría porque el 14.5% de gestantes sin apoyo de pareja planifico su embarazo.

Con respecto al segundo objetivo específico que fue describir el nivel de vinculación afectiva entre gestantes con/sin el apoyo de la pareja, se determinó que en las gestantes con apoyo de la pareja predomino el nivel medio con 51.8%, seguido por el nivel alto con 34.9%, mientras que en gestantes sin apoyo de la pareja la vinculación afectiva se evidenció predominante en el nivel bajo con 55.2%. Significándose igualmente que las gestantes con apoyo de la pareja obtuvieron mayores puntajes que las gestantes sin apoyo de la pareja, ello

es un dato importante que se aporta a nivel descriptivo en la investigación ya que existe una relevancia del apoyo de la pareja ante los niveles de vinculación afectiva.

Estos resultados tienen algunas similitudes con lo encontrado por Rodrigues (2010) quien halló que las gestantes de la muestra total, el 56,7% obtuvieron una vinculación alta o muy alta con el bebé. Ya que el 40% de las gestantes se sentían “satisfechas” en la relación de pareja y el 56% se sentían felices, ya que la muestra estuvo constituida por 30 parejas que asistían a clases de preparación prenatal. En contraste a la presente investigación, se observa que en las gestantes con apoyo de pareja predomina el nivel medio y alto, ya que el apoyo de pareja les permitiría estar más estables emocionalmente (Lafuente, 2008).

De igual modo encontramos semejanzas con lo investigado por Mejía (2017) quien refiere que el 100% de gestantes con una buena relación de pareja predominó un estilo fuerte/saludable. Así mismo Marín (2017) halló que las gestantes con una buena relación con la pareja predominan un estilo fuerte saludable con un 81% y en las gestantes que cuentan con una mala relación de pareja predominan un estilo positivo/baja preocupación con un 39.4%.

Además, una de las razones por la cual no se obtuvo mayores porcentajes en el nivel alto, se explicarían porque en este grupo de gestantes el 53% no planificaron su embarazo y en el momento de no planear un bebé es complicado imaginarlo acompañado con sentimientos de gratitud desde el primer momento e identificar que es un ser único con características propias, debido a que es una de las razones por las que empezamos a originar el vínculo afectivo (Heredía, 2005). Sin embargo, el 34.9% alcanzó un nivel alto.

En cuanto a las gestantes que no cuentan con apoyo de la pareja predomina el nivel bajo, siendo más del 50% en la vinculación afectiva. Así mismo, la razón por la cual se

obtuvieron estos resultados sería primero porque el 100% eran madres solteras, ya que presentan dificultades para generar un ambiente y conexión saludable para ella y su bebé, probablemente porque sus recursos psicológicos, siendo uno de ellos la pareja no se encontraba presente durante este proceso (Rauenhorst, 2001). Por esa razón, probablemente sentían la necesidad de resolver o atender otros motivos que se producían como problemas económicos. Además, el 64.1% eran multigestas lo cual tampoco ayudaría a que surja un adecuado vínculo afectivo debido a que estarían atendiendo las necesidades de sus otros hijos (Condon, 1993).

Como respuesta al tercer planteamiento específico: Comparar la adaptación prenatal entre gestantes con/sin apoyo de la pareja, según número de gestación, se identificó que existen diferencias significativas ($p < 0.01$) según número de gestación en gestantes con/sin apoyo de pareja, aceptando la hipótesis de investigación. Evidenciando de acuerdo con los puntajes promedios y medias que las primigestas presentan mayor adaptación prenatal frente a las participantes multigestas.

Los resultados hallados se apoyan con lo estudiado por Armengol et al. (2007) quienes investigaron los factores psicosociales de la gestación y además de validar y adaptar el cuestionario PSQ (Lederman, 1996). Del mismo modo, encontraron que existía diferencias significativas en la dimensión aceptación del embarazo ($p = .001$), concluyendo que las primigestas tenían una mayor aceptación.

Además, Nichols et al. (2007) en su estudio sobre las perspectivas prenatales en mujeres primigravidas y multigravidas, concluyeron que cada grupo de gestantes presentan necesidades únicas y diferentes por tanto las intervenciones deben adaptarse a las necesidades de ambos grupos de mujeres embarazadas y sus familias.

Sin embargo, los resultados obtenidos difieren con lo estudiado por Chávez (2018) mencionando que existe una deficiencia en la adaptación psicosocial sobre todo en las primigestas, debido al primer trimestre de la gestación que atraviesan, pues experimenta cierto temor por los cambios anatómo-fisiológicos. Por ello, es importante mencionar que en la presente investigación todas las gestantes de la muestra poseen una edad gestacional a partir del segundo trimestre del embarazo hacia adelante, ya que las primigestas del estudio estarían culminando con algunos de los síntomas que menciona (Chávez, 2018).

Apoyando a los resultados de la investigación Lederman (1992) considera que el primer embarazo es un periodo de transición entre la mujer sin hijo a la mujer con hijo, también que, durante los nueve meses de gestación, se deberán reemplazar antiguos pensamientos para así prepararse a la llegada de un bebé. En lo social, la mujer advierte el cambio de rol que tendrá, como madre y esposa, sobre todo cuando es el primer hijo, porque empieza a preguntarse si es capaz de cuidarse y ser buena madre (Burroughs, 1999; Reeder, 2001). Todos los cambios que se producen en esta etapa requieren que se involucre el resto de la familia, ya que en ese momento es donde también se consideran que nacen los abuelos, los tíos y se realiza un apoyo por parte del resto de la familia (Quintero, 1997).

Los resultados muestran que, en la adaptación prenatal según el número de gestación, si existen diferencias significativas para ambos grupos de gestantes, a continuación, se analizara los resultados según grupo de comparación. En cuanto al grupo de gestantes con apoyo de pareja, las primigestas obtuvieron una mejor adaptación que las multigestas significándose que las primigestas poseen mayor expectativas y sentimientos de gratitud hacia su bebé por primera vez (Nichols et al., 2007). Por esa razón, ello llevara a que estos

cambios sean más soportables durante el proceso de gestación agregándole el apoyo de su pareja.

Además, en la muestra total se incluyen gestantes que se sometieron a procedimientos para salir gestando durante mucho tiempo y por ende el embarazo fue una espera constante acompañado de ilusiones y emociones gratas, lo cual significa que los cambios que se produzcan en esta etapa serán más tolerables. A diferencia de las gestantes multigestas, que ya pasaron por este proceso y que además pudieron tener experiencias previas como por ejemplo algunas pérdidas anteriores, embarazos no culminados o complicaciones de salud, pues como consecuencia le generan mayores miedos e inseguridad ante esta etapa (Armengol et al., 2007). Agregado a ello se muestra que la mayoría de las gestantes con apoyo de la pareja son adultas y en conjunto atraviesan por cambios propios de su edad, como la premenopausia y decadencia física (Mansilla, 2000). Sumado con algunas inseguridades de saber si podrán hacer bien el rol de madres.

En cuanto al grupo de gestantes que no contaba con el apoyo de su pareja se observa que también existen diferencias entre las primigestas y multigestas. Ya que Nichols et al. (2007) refieren que las primigestas fueron más deseosas por la llegada del bebé y en consecuencia permite que se adapten mejor que las multigestas, debido a que se estarían presentando una serie de preocupaciones como la crianza de sus demás hijos, el aspecto económico de poder cubrir sus necesidades y experiencias previas desagradables en anteriores embarazos. Entendiéndose que las primigestas centran su atención en su primer embarazo debido a la expectativa de conocer al bebé a diferencias de las multigestas que estarían enfocadas en otras situaciones como la crianza de su demás hijo o expresando temor

debido a pérdidas anteriores, todo ello sin el acompañamiento de su pareja, lo cual no le permitiría manejar los cambios de la gestación de una manera adecuada.

Como respuesta al cuarto planteamiento específico: Comparar la adaptación prenatal entre gestantes con/sin el apoyo de la pareja, según la planificación del embarazo, se identifica que existen diferencias significativas ($p < 0.05$) en ambos grupos de gestantes, aceptando la hipótesis de investigación. De acuerdo con los puntajes promedios y las medias, se muestra que las participantes con un embarazo planificado presentan mayor adaptación prenatal frente a las que no planificaron.

A nivel teórico se menciona que la gestación en ocasiones lleva a un desequilibrio familiar, sobre todo en parejas donde la llegada de un nuevo integrante llega de forma sorpresiva o inesperada, ya sea por falta de comunicación en los deseos de cada integrante o por carencia de métodos de planificación familiar, además de todos los cambios que se producen en esta etapa requieren que se involucre también el resto de la familia, ya que aquí es donde también se consideran que nacen los abuelos, los tíos y se realiza un apoyo por parte del resto de la familia (Quintero, 1997).

Las ideas previas o las valoraciones que desarrollan las embarazadas con la gestación, van a variar también en función del tipo de embarazo, ya que la percepción e ideas previas suelen ser diferentes entre un embarazo planificado y un embarazo no planificado, asimismo las gestantes al ser conscientes del precoz y tal vez, inoportuno embarazo, van a manifestar posiblemente actitudes de rechazo y pasividad ante él, si el embarazo no ha sido planificado (Fernández, 2005).

Además, todos los embarazos, aunque hayan sido planificados previamente y trascurren en un principio con total normalidad y siendo deseados, también suscitaran

dificultades, cambios y sentimientos contradictorios en determinados momentos de la gestación, siendo estos inevitables (Santos & Schor, 2003; Armengol et al., 2007).

A continuación, se analizarán los resultados obtenidos según los grupos a comparar. En el grupo de gestantes que cuenta con el apoyo de la pareja se observa que la planificación del embarazo involucra que a nivel cognitivo, afectivo y comportamental te predispongas a aceptar estos cambios que conlleva asumir este rol de madre, lo cual facilitara que la mujer se adapte mejor a estos cambios que ocurran constantemente, manifestando también los recursos psicológicos propios que cuenta la gestante.

En el grupo de gestantes sin apoyo de la pareja se analiza el hecho de que algunas de ellas planificaron la gestación al inicio del periodo, cuando contaban con el apoyo de sus parejas o en todo caso tuvieron otras razones para planificarlo. Además, los cambios normalmente son más notables al empezar el embarazo (Chávez, 2018). Y en ese momento fue planificado el embarazo, pudiendo lograr adquirir recursos psicológicos que ayuden a adaptarse a las situaciones que se presenten más adelante y manejándolo de una manera mucho mejor (Lafuente, 2008). Sin embargo, en comparación a las gestantes que no planificaron su embarazo desde el inicio evidentemente no pudieron recurrir a aquellos recursos psicológicos que le podrían haber servido como amortiguadores de los problemas, sumando el hecho de no contar con el apoyo de la pareja en la actualidad.

Por otro lado, respondiendo al quinto objetivo específico: Comparar la vinculación afectiva entre gestantes con/sin el apoyo de la pareja, según número de gestación, se identifica que existen diferencias significativas ($p < 0.05$) en la vinculación afectiva, según número de gestación entre gestantes que no cuentan con el apoyo de la pareja, evidenciando de acuerdo con el puntaje promedio y la media que las primigestas presentan mayor

vinculación afectiva frente a las participantes multigestas. Además, que entre las participantes que cuentan con apoyo de la pareja no se evidenciaron diferencias significativas según número de gestación.

Los resultados hallados en cuanto al grupo que no cuenta apoyo de la pareja se apoyan con lo encontrado por Marín (2017) mostrando 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. Encontrándose relación altamente significativa ($p=0.000$) entre número de embarazos y vinculación prenatal materna.

Seguidamente se corroboran los resultados hallados con lo estudiado por Mejía (2017) refiere que del total de gestantes primigestas el 93.2 % tienen un Estilo Fuerte/Saludable y un 6.8% tienen un Estilo Afecto Positivo/Baja Preocupación. Mientras que del total de gestantes secungestas el 92.6 % tienen un Estilo Fuerte/Saludable y el 7.4% tienen un Estilo Afecto Positivo/Baja Preocupación.

Por otro lado, los resultados también coinciden con lo encontrado por Nichols et al. (2007) quienes concluyeron en su estudio que las mujeres multigrávidas obtuvieron niveles más bajos de apego materno-fetal y satisfacción marital a diferencia que las primigravidas. Mencionando también que el enfoque de la mujer multigrávida se concentra en el niño mayor y quizás, el menor enfoque en el cónyuge, en contraste con las madres primerizas que se enfocan exclusivamente en el feto porque no tienen otro hijo para desviar la atención.

A continuación, se analizarán los resultados hallados según los grupos de comparación. En cuanto al grupo sin apoyo de la pareja se encontró diferencias significativas a favor de las primigestas ya que como se mencionó con anterioridad en las primíparas se observa una mayor expectativa que las múltiparas en relación con el nacimiento del bebé

(Nichols et al., 2007). Asimismo, los resultados se deben a que las gestantes de este grupo manifestaron mayores expectativas por ser su primer embarazo, considerando que la mayoría de las gestantes del estudio eran adultas ya que sus deseos de tener un bebé estaban dentro de sus proyectos de vida, quizás desde hace mucho tiempo (Mansilla, 2000). Asimismo, algunas gestantes también manifestaron que contaban con el apoyo de sus parejas al inicio del embarazo lo que fue más emocionante experimentar algo nuevo.

En el grupo con apoyo de la pareja no existen diferencias significativas según el número de gestación, puesto que las gestantes se vinculan de igual modo indistintamente de ser primigestas o multigestas, ya que la presencia del apoyo de sus parejas contribuye de manera positiva al vínculo afectivo (Rauenhorst, 2001). Lo que genera mayor seguridad plena de volver a vivir estas experiencias y valorar cada gestación como únicas.

Además, Nichols et al. (2007) hallaron que en relación con las madres que esperaban un segundo hijo indicaron que el apoyo social era el aspecto más positivo del embarazo actual. Ello se explicaría que las gestantes multigestas del presente estudio estarían encontrando este apoyo de parte de su pareja en todo este proceso, lo cual como resultado generaría un adecuado vínculo afectivo prenatal.

En relación al sexto objetivo específico: Comparar la vinculación afectiva entre gestantes con/sin el apoyo de la pareja, según la planificación del embarazo, se identifica que existen diferencias significativas ($p < 0.05$) en la vinculación afectiva, según planificación del embarazo entre gestantes que cuentan con apoyo de la pareja, evidenciando de acuerdo con el puntaje promedio que las participantes con un embarazo planificado presentan mayor vinculación afectiva frente a las que no planificaron su embarazo. Por otro

lado, en las gestantes que no cuentan con el apoyo de la pareja, la vinculación afectiva no presentó diferencias significativas, según planificación del embarazo.

Según estos resultados obtenidos en el grupo de gestantes con apoyo de la pareja, coinciden con lo estudiado por Mejía (2017) quien encontró que las gestantes que planificaron su embarazo el 94.5 % tenían un Estilo Fuerte/Saludable y un 5.5 % tenían un Estilo Afecto Positivo/Baja Preocupación. Mientras que del total de gestantes que no planificaron su embarazo el 90.7 % tenían un Estilo Fuerte/Saludable y un 9.3 % un Estilo Afecto Positivo/Baja Preocupación.

Del mismo modo, los factores psicosociales correlacionados al vínculo afectivo prenatal materno son: la planificación del embarazo, el manejo de la tensión, el estrés y la ansiedad durante la gestación, las pérdidas previas de embarazos, el perfil sociodemográfico y percepción de un apropiado soporte social (Damato, 2000).

Por otro lado, a diferencia de un embarazo no planificado acompañado de emociones negativas hacia esta etapa se observa también que son más propensas a despreocuparse por los cuidados en esta etapa como faltar a sus controles prenatales, lo cual afectará a la interacción entre la madre y su bebé (Santrock, 2007). Ya que cuando se espera la llegada del bebé, se busca recibir una atención prenatal adecuada lo cual contribuirá benéficamente a la prevención y promoción de una práctica de la parentalidad positiva. Además, las mujeres que han desarrollado la empatía y la sensibilidad propias del rol materno en el embarazo tienen una mayor capacidad para ofrecer una respuesta adecuada y contingente a las necesidades del recién nacido (Siddiqui & Hägglöf, 2000).

A continuación, se profundizará el análisis de los resultados según los grupos a comparar. En el grupo de gestantes con apoyo de la pareja se presenta una diferencia

significativa según la planificación del embarazo, ya que al esperar la llegada de un bebé se originan deseos de conocerlo y en consecuencia manifiestas conductas de cuidados, imaginarlo con frecuencia, cubrir sus necesidades, además de que todas estas expectativas son compartidas con su pareja. A diferencia de la llegada del nuevo ser, ocurra de manera inesperada pudiendo afectar de algún modo las metas o planes que se encontraba realizando la madre; aquí se estaría observando el cambio de vida de la mujer sin hijos y después gestante (Ontiveros & López, 2010).

Asimismo, en cuanto al grupo de las gestantes sin apoyo de la pareja, no se encontraron diferencias significativas según la planificación del embarazo. Estos resultados obtenidos en el grupo de gestantes sin apoyo de la pareja, coincide con lo encontrado por Marín (2017) mencionando que no encontró relación según la planificación del embarazo ($p=0.240$). Mostrando 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.

Por otro lado, ello es posible ya que muchas de las gestantes sin apoyo de la pareja, planificaron su embarazo al inicio de la etapa, pero en el transcurso de su gestación ocurrió la separación con su pareja lo cual en el momento de la entrevista no expresaron con totalidad estos deseos iniciales que tuvieron ante su embarazo, debido a la falta de apoyo de la pareja. Lo que significaría un factor importante para la formación del vínculo afectivo (Rauenhorst, 2001).

VI. Conclusiones

1. En cuanto a las variables estudiadas: adaptación prenatal y vinculación afectiva se encontró diferencias significativas a favor de las gestantes que cuentan con apoyo de la pareja.
2. Con respecto al nivel de adaptación prenatal en las gestantes con apoyo de la pareja predominó el nivel medio con un 67.5% y en las gestantes sin apoyo de la pareja predominó el nivel bajo con un 79.3%.
3. En el nivel de vinculación afectiva en las gestantes con apoyo de la pareja predominó el nivel medio con un 51.8% y en las gestantes sin apoyo de la pareja predominó el nivel bajo 55.2%.
4. Se halló diferencias significativas en la adaptación prenatal según: número de gestación y planificación del embarazo en las gestantes con/sin apoyo de la pareja a favor de las primigestas y de las que, si planificaron, respectivamente.
5. Se halló diferencias significativas en la vinculación afectiva según número de gestación tan solo en las gestantes sin apoyo de la pareja a favor de las primigestas.
6. Se halló diferencias significativas en la vinculación afectiva según la planificación del embarazo tan solo en las gestantes con apoyo de la pareja a favor de las que si lo planificaron.

VII.Recomendaciones:

1. Ampliar líneas de investigación en la etapa prenatal, ya que se demuestra que existen aprendizajes e interacciones continuas entre los padres y el bebé.
2. Hacer uso de los resultados hallados en este estudio, a fin de generar aportes teóricos y profundizar en temáticas asociadas a la adaptación prenatal y vinculación afectiva para incentivar una paternidad temprana durante la gestación.
3. Continuar con las investigaciones sobre la adaptación prenatal y vinculación afectiva pudiendo profundizar factores como las pérdidas anteriores, diagnósticos desfavorables del nonato, edad gestacional, nivel de instrucción y lugar de procedencia ya que en la presente investigación no se consideraron.
4. Desarrollar una atención integral en la etapa prenatal para que se pueda evaluar y diagnosticar oportunamente factores de riesgos psicosociales para contribuir un adecuado manejo de la adaptación prenatal y vinculación afectiva.
5. Al jefe del establecimiento instituto de salud materno de Lima Metropolitana, facilitar y apoyar a los profesionales de la salud en las diferentes áreas de hospitalización y consultorios externos para la realización de programas y talleres, de esa manera promocionar el acompañamiento y participación de la pareja durante la etapa del embarazo, ya que es un factor protector que fortalece la adaptación prenatal y vínculo afectiva en la etapa pre y post natal.
6. Realizar intervenciones interdisciplinarias en el instituto de salud materno de Lima Metropolitana, en las gestantes sin apoyo de la pareja; ya que, en la presente investigación, obtuvieron bajos niveles de adaptación prenatal y vinculación afectiva.

7. Realizar intervenciones interdisciplinarias en el instituto de salud materno de Lima Metropolitana, en las gestantes multigestas; ya que, en la presente investigación, obtuvieron menores niveles de adaptación prenatal y vinculación afectiva que las primigestas.
8. Realizar intervenciones interdisciplinarias en el instituto de salud materno de Lima Metropolitana en las gestantes que no planificaron su embarazo; ya que, en la presente investigación, obtuvieron menores niveles de adaptación prenatal y vinculación afectiva a diferencia de las que sí pudieron planificar.

VIII. Referencias

- Aiken, L. (1985). Three coefficients for analyzing the reliability and validity of ratings. *Educational and Psychological Measurement*, 45 (1), 131-142.
<https://doi.org/10.1177/0013164485451012>
- Armengol, A., Chamarro, L., García, M. (2007). Aspectos psicosociales en la gestación: el Cuestionario de Evaluación Prenatal *Anales de Psicología*, 23 (1), 25-32.
<https://www.redalyc.org/pdf/167/16723104.pdf>
- Ártica J., Barba G., Mejía A., Manco E. & Orihuela J. (2018). Evidencias de validez de la escala para la Evaluación de la Vinculación Afectiva y la Adaptación Prenatal (EVAP) en gestantes usuarias del INMP. *Revista de Investigación en Psicología*, 21 (2), 267 – 284. <http://dx.doi.org/10.15381/rinvp.v21i2.15827>
- Asociación Médica Mundial. (2017). Declaración de Helsinki- Principios Éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. *New England Journal of Medicine*, 6(2), 1726-569. <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2000000200010>
- Bergman, N. (2011). Somos Mamíferos, Recuperando el Paradigma Original [Documental-Video]. [Internet]. <http://www.youtube.com/watch?v=hDOPnCPoBg0>
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss Volume I*. Basic Books.
- Bowlby, J. (1972). *La separación*. Paidós
- Bowlby, J. (1979). *The making & breaking of affectional bonds*. Routledge.
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss: Volume I: Attachment* (2da. Ed.). Basic Books.

- Brazelton, T. & Cramer, B. (1993). *La relación más temprana padres-bebés y el drama del apego inicial*. Paidós.
- Brehm, S. (1985). *Intimate relationships*. Random House.
- Burín, M. & Meler, I. (1998). *Género y familia. Poder, amor y sexualidad en la construcción de la subjetividad*. Paidós
- Burroughs, A. (1999). *Enfermería Materno Infantil*. (7ma Ed.). Interamericana de México.
- Calderón, J. & Alzamora, L. (2006). Embarazo en la Adolescencia. *Revista Médica Vallejiana*. 23 (4), 1726-4642. Doi: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36323403>
- Campo, A. & Oviedo, H. (2008). Propiedades psicométricas de una escala: la consistencia interna. *Rev. Salud Pública*, 10(5), 831-839. <https://www.redalyc.org/pdf/422/42210515.pdf>
- Cano, A., Tobal, J., González, H. & Iruarrizaga, L. (1994). El afrontamiento de la ansiedad en las drogodependencias. *Anales de Psicología*. 10(2), 145-156. https://www.um.es/analesps/v10/v10_2/05-10_2.pdf
- Castro, R. (2011). *Roles sexuales, vinculación afectiva prenatal y depresión postparto en la mujer*. [Tesis de maestría; Universidad autónoma de Nuevo León. Monterrey]. Repositorio institucional de la Universidad autónoma de Nuevo León. <http://eprints.uanl.mx/2349/1/1080049563.pdf>

- Castro, R., Estrada, B., & Landero, R. (2015). Propiedades psicométricas de la traducción al español de la Escala de Vinculación Prenatal Materna. *Summa Psicológica UST*, 12(1), 103-109. 10.18774/448x.2015.12.193
- Chávez, J. (2018). *Nivel de adaptación psicosocial del embarazo en gestantes atendidas en el Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas, 2017*. [Tesis de maestría; Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza]. Repositorio institucional de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza. <http://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/241414>
- Chupillón L. (2014). *Rol materno en adolescentes primíparas y el desarrollo del vínculo afectivo. Servicio de neonatología. HRDLM, 2013*. [Tesis de maestría; Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo]. Repositorio institucional de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. <http://tesis.usat.edu.pe/handle/usat/357>
- Comín M. (2012). El vínculo de apego y sus consecuencias para el psiquismo humano. *Intercambios, Papeles de Psicoanálisis*. 29 (1), 7-17. <https://www.raco.cat/index.php/Interconvis/article/view/353994>
- Condon, J. (1993). The assessment of antenatal emotional attachment: Development of a questionnaire instrument. *British Journal of Medical Psychology*. 66(1), 167-183. Doi: <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1993.tb01739.x>
- Condon, J. & Corkindale, C. (1997). The correlates of antenatal attachment in pregnant women. *British Journal of Medical Psychology*, 70(4), 359-372. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1997.tb01912.x>

- Connolly, E. (2000). Toward an Understanding of Mothering: A Comparison of Two Motherhood Stages. *The American Journal of Occupational Therapy*, 54(3), 281-289. Doi: <https://doi.org/10.5014/ajot.54.3.281>
- Costa, M. & Serrat, C. (1998). *Terapia de parejas*. Alianza.
- Cranley, M. (1979). *The impact of perceived stress and social support on maternal fetal attachment in the third trimester*. University of Wisconsin.
- Cranley, M. (1981). Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy. *Nursing Research*, 30(5), 281-284. <http://dx.doi.org/10.1097/00006199-198109000-00008>.
- Cristiani, L., Bertolotto, Maricel, Anderson, Mariela, Polinelli, Silvia Noemi, Collavini, Marina, Seijo, Florencia & Delfino, Marcela (2014). *Significado cultural de la crianza y de los roles materno y paterno. Aportes a la reflexión teórica*. [Tesis de maestría; Universidad de Buenos Aires]. Repositorio institucional de la Universidad de Buenos Aires. <https://www.academica.org/000-035/790>
- Damato, E. (2000). Maternal-Fetal attachment in twin pregnancies. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 29(6), 598-605. Doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1552-6909.2000.tb02073.x>
- Dole, N., Savitz, D., Hertz-Picciotto, I., Siega-Riz, A., McMahon, M. & Buekens, P. (2003). Maternal Stress and Preterm Birth. *American Journal of Epidemiology*, 157 (1), 14-24. [10.1093 / aje / kwf176](https://doi.org/10.1093/aje/kwf176)

- Dupre, E. & Meadows, O. (2007). Disaggregating the Effects of Marital Trajectories on Health. *Journal of Family Issues*, 28(5), 623-652.
<https://doi.org/10.1177/0192513X06296296>
- Enríquez, A., Padilla P., y Montilla I. (2008). Apego, vinculación temprana y psicopatología en la primera infancia. *Informaciones Psiquiátricas*, 193(1), 249-292.
http://www.informacionespsiquiatricas.com/antiores/info_2008/03_193_03.htm
- Fernández, A. (1996). *La mujer de la ilusión. Pactos y contratos entre hombres y mujeres*. Paidós.
- Fernández, L, Cabaco, A. & Crespo, A. (2003). Factores ambientales y embarazo: influencias físicas, psicosociales y socioculturales. *Psicología e Educação*, 2(2), 5-14.
http://psicologiaeducacao.ubi.pt/Files/Other/Arquivo/VOL2/PE%20VOL2%20N2/PE%20VOL2%20N2_index_3_.pdf
- Fernández, L. & Cabaco, A. (2004). Procesamiento del estrés en las gestantes: implicaciones para la salud de la mujer y del niño intrauterino. *Familia*, 28(1), 9-24.
<https://summa.upsa.es/high.raw?id=0000028410&name=00000001.original.pdf>
- Fernández L. (2005). *El vínculo afectivo con el niño por nacer*. Universidad Pontificia de Salamanca.
- Fernández, L; Sánchez, A. (2005). Estado de ánimo y respuesta emocional en la gestante: influencia de variables psicosociales. *International Journal of Developmental and*

Educational Psychology, 1(1), 585-596.
<https://www.redalyc.org/pdf/3498/349832486043.pdf>

Fernández, F. (2006). Nosotras parimos, ¿nosotras decidimos? El consentimiento de la mujer y otros aspectos legales de la atención materna infantil. *Medicina Naturista*, 10(1), 28-38. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1985570>

García, L. (2008). Comparación de las prácticas de cuidado en dos grupos de gestantes en la ciudad de Sincelejo. *Avances En Enfermería*, 26(1), 22-35.
<https://orcid.org/0000-0001-6256-9022>

George, D. & Mallery, P. (2003). *Spss for Windows step by step: A Simple Guide and Reference*. (4ta. Ed.). Allyn & Bacon.

Gerbing, D. & Anderson J. (1988). An update paradigm for scale development incorporating unidimensionality and its assessment. *Journal of Marketing Research*, 25 (2), 186-192. Doi: <https://doi.org/10.1177/002224378802500207>

Gómez, A., Viguer, P. & Cantero, M. (2003). *Intervención temprana. Desarrollo óptimo de 0 a 6 años*. Ediciones Pirámide.

Gómez, R., Alonso, P. & Rivera, I. (2011). Relación materna fetal y establecimiento del apego durante la etapa de gestación. *International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD*, 1(1), 425-434. <https://www.Dialnet-RelacionMaternoFetalYEstablecimientoDelApegoDurant-5098335.pdf>

Gouni, O. (2008). *Soul Days*. A Hellenic Union for the Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine publication to sensitize people on the significance of pre birth

dynamics in life. *Psychology Research*, 6 (12), 2159-5542.
<http://clou.uclan.ac.uk/16630/>

Habib, C., Lancaster S. (2006). The Transition to Fatherhood: Identity and Bonding in early Pregnancy. *Fathering: A Journal of Theory, Research, and Practice About Men as Father*, 4(3), 235-253. Doi: 10.3149 / fth.0403.235

Halfon N., Taaffe K., Schuster M. (2009). *Preparing for parenthood. Who's ready, who's not?. Child Rearing in America: Challenges facing parents with young children.* University Press.

Hatfield, E. (1988). *Passionate and companionate love.* New Haven.

Hazan, C. & Zeifman, D. (1994). Sex and the psychological tether. *Advances in Personal Relationships*, 5, 151-178. <https://psycnet.apa.org/record/1994-97997-005>

Hazan, C. & Zeifman D. (1999). *Pair bonds as attachments. Evaluating the evidence.* McGraw-Hill.

Hidalgo, V, & Menéndez S. (2003). La pareja ante la llegada de los hijos e hijas. Evolución de la relación conyugal durante el proceso de convertirse en padres y madres. *Infancia y Aprendizaje: Journal for the Study of Education and Development*, 26 (4), 469-483. Doi: 10.1174/021037003322553851

Hiscock, H. & Wake, M. (2001). Infant Sleep Problems and Postnatal Depression: A Community-Based Study. *Pediatrics*, 107(6), 1317-1322. Doi: <https://doi.org/10.1542/peds.107.6.1317>

- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2014) *Metodología de la investigación* (5ta Ed.). Mc Graw Hill.
- Hughes, C. (1987). *Assessing the pregnant family*. Springer
- Hughes, M. & Waite, J. (2009). Marital Biography and Health at Mid-life. *Journal of Health and Social Behavior*, 50(3): 344-358. Doi: 10.1177 / 002214650905000307
- Hurlock, E. (1985). *Fundamentos del patrón de desarrollo, Desarrollo del niño*. Mc Graw Hill.
- Instituto Nacional Materno Perinatal. (2018). *Boletín Estadístico 2018*. Oficina de Estadística e informática. <http://www.inmp.gob.pe/institucional/boletines-estadisticos/1422371837>
- Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. (2017). *Boletín estadístico 2017*. Oficina de Estadística e Informática. https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1525/index.html
- Kenell, J., Slyter, H., & Klaus, M. (1976). The mourning response of parents to death of a newborn infant. *New England Journal of Medicine*, 283(7), 344-353. Doi: 10.1056 / NEJM197008132830706
- Lafuente, M. J. (1992). Los padres como figuras de apego a lo largo del ciclo vital. *Revista de Psicología de la Educación*, 4(10), 81-98. Dialnet-PatronesDeApegoPautasDeInteraccionFamiliarYFuncion-2356868.pdf
- Lafuente, M. (1995). *Hijos en camino*. Grupo Editorial CEAC, S.A.

- Lafuente, M. (2008). La escala EVAP Evaluación de la Vinculación Afectiva y la Adaptación Prenatal. Un estudio piloto. *Index de Enfermería*, 17(2), 133-137. http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962008000200012&script=sci_arttext&tlng=en
- Lazarus, A. (2000). *El enfoque multimodal: una psicoterapia breve pero completa*. Desclée de Brouwer.
- Lecannelier F. (2009). *Apego e intersubjetividad: influencia de los vínculos tempranos en el desarrollo humano y la salud mental*. LOM Ediciones.
- Lederman R. (1996). *Psychosocial adaptation in pregnancy: Assessment of seven dimensions of maternal development*. Springer.
- Lederman, R. & Weis, K. (2009). *Psychosocial adaptation to pregnancy: Seven dimensions of maternal development*. Springer
- Liberman, R., Wheeler, E., Visser, L., Kuehnel, J. & Kuehnel, T. (1987). *Manual de terapia de pareja*. Desclée de Brouwer.
- Lorenzo, U. & Ferrando, P. (2007). *FACTOR: A computer program to fit the exploratory factor analysis model*. University Rovira y Virgili
- Lumley, J. (1982). Attitudes to the fetus among primigravidae. *Australian Pediatric Journal*, 18(2), 106-109. Doi: <https://doi.org/10.1111/j.1440-1754.1982.tb02000.x>
- Macfarlane, A. (1978). *Psicología del nacimiento*. Ediciones Morata.
- Macfarlane, A. (1981). *Psicología del nacimiento* (4ta. Ed.). Ediciones Morata.

- Machado, R. (2010). *La familia en el proceso salud. Enfermedad*. Editorial Alfíl.
- Maldonado, M. (1997). *Psicología da gravidez*. Saraiva.
- Mansilla, A. (2000), Problemas del Desarrollo Humano. *Revista UNMSM - Revista de Investigación en Psicología*, 9(1), 1609-7475.
<https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/view/4999>
- Marín, C. (2017). *Factores asociados a vinculación prenatal materna en gestantes atendidas en el centro de salud Yugoslavia-nuevo Chimbote, 2017*. [Tesis de maestría; Universidad San Pedro]. Repositorio institucional de la Universidad de san Pedro.
<http://repositorio.usanpedro.edu.pe/handle/USANPEDRO/4583>
- McDonald, R. (1999). *Test theory: A unified treatment*. Lawrence Erlbaum Associates.
- Mejía R. (2017). *Estilos de vinculación prenatal materna en gestantes atendidas en el hospital la caleta-Chimbote, 2017*. [Tesis de la maestría; Universidad San Pedro]. Repositorio institucional de la Universidad San Pedro.
<http://repositorio.usanpedro.edu.pe/handle/USANPEDRO/4565>
- Millares, G. (2017) “*Relación entre la tipología familiar y la adaptación psicosocial al embarazo en mujeres gestantes adscritas a la unidad de medicina familiar no. 64 Tequesquináhuac*”. [Tesis de maestría; Universidad Autónoma de México]. Repositorio institucional de la Universidad Autónoma de México.
<http://hdl.handle.net/20.500.11799/63605>
- Nathanielsz, W. (1995). *Tiempo para nacer. Vida y desarrollo del niño antes del nacimiento*. Círculo de Lectores.

- Nichols, M. & Schwartz, R. (1998). *Family therapy: Concepts and methods*. Allyn and Bacon
- Nichols, M., Roux, G. & Harris, N. (2007). Mujeres primigrávidas y multigrávidas: perspectivas prenatales. *Revista de Educación Perinatal*, 16 (2), 21–32. <https://scihub.do/10.1624/105812407X192019>
- Noller, P. (1996) What is this thing called love? Defining the love that supports marriage and family. *Personal Relationships*, 3(1), 97-115. Doi: <https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.1996.tb00106.x>
- Odent, M. (1994). Preventing violence or developing the capacity to love? *Primal Health Research*, 2 (3), 1-7. Doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7245.1346>
- Oberman, A. (2013). *Nacer y Acompañar: abordajes clínicos de la psicología perinatal*. Lugar Editorial.
- Ontiveros, M. & López, J. (2010). Adaptación Psicosocial y Niveles de Ansiedad en Embarazadas Primigestas de Bajo Riesgo Obstétrico. *Bol Clin Hosp Infant Edo Son*, 27(2), 92-98. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=29792>
- Pedrosa, I., Suárez, J., & García, E. (2013). Evidencias sobre la Validez de Contenido: Avances Teóricos y Métodos para su Estimación. *Acción Psicológica*, 10(2), 10-20. Doi: <http://dx.doi.org/10.5944/ap.10.2.11820>

- Quintero, A. (1997). Cambios en la dinámica familiar durante la gestación y el parto. *Investigación y Educación en Enfermería*, 15 (1), 109-119. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/iee/article/view/16957>
- Rauenhorst, J. (2001). Factors influencing mother-infant attachment during pregnancy: A qualitative investigation. *Dissertation Abstracts International -Section B- The Sciences and Engineering*, 62 (6B), 2993. <https://www.redalyc.org/pdf/167/16723104.pdf>
- Reeder, J. (2001). *Enfermería Materno Infantil*. (17ava. Ed.). Trillas.
- Relier, J. (2001). Influence of maternal stress on fetal behavior and brain development. *Biology of Neonatal*, 79 (1), 168-71. Doi: <https://doi.org/10.1159/000047086>
- Ridgway, R. & House, S. (2006). *The Unborn Child. Beginnig a Whole Life and Overcoming Problems of Early Origin*. Karnac Books Ltd.
- Rodrigues, A. (2010). *Adaptación de la pareja al embarazo como proceso y promoción de la salud infantil*. [Tesis de maestría; Universidad de Murcia]. Repositorio institucional de la Universidad de Murcia. <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/402098/TARR.pdf>
- 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. <https://www.redalyc.org/pdf/167/16720109.pdf>

- Roncallo, C., Sánchez de Miguel M. & Arranz E. (2015). Vínculo materno-fetal. Implicaciones en el desarrollo psicológico y propuesta de intervención en Atención Temprana. *Escritos de Psicología*, 8(2), 14–23. Doi: <http://dx.doi.org/10.5231/psy.writ.2015.0706>
- Rosenberg, M. (1989). *Society and the adolescent Self-image (Revised Edition)*. Wesleyan University Press.
- Rouhe, H., Salmela-Aro, K., Gissler, M., Halmesmäki, E. & Saisto, T. (2011). Mental health problems common in women with fear of childbirth. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 118(9), 1104-1111. Doi: 10.1111 / j.1471-0528.2011.02967.x
- Rubin, R., (1975). Maternal tasks in pregnancy. *Maternal Child Nursing Journal*, 1(1), 367-376. Doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1976.tb00921.x>
- Rubio, M., Perdomo, N. & Zamudio, D. (2018). Estimulación prenatal en gestantes de alto riesgo obstétrico: Una mirada desde la ocupación. *Aquichan*, 18(4),426-437. Doi: 10.5294/aqui.2018.18.4.5
- Saavedra, R. (2015). *Resultados perinatales en las gestantes que participaron del programa de estimulación prenatal. Instituto Nacional Materno Perinatal, enero-julio del 2015* [Tesis de maestría; Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. Repositorio institucional de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. <https://hdl.handle.net/20.500.12672/5032>
- Sagrario, A., Rentero, S., Noria, S., Rodriguez, J., Rojas, M. & Muñoz C. (2008) *Adaptación al nuevo rol: la figura paterna en el embarazo.*

https://www.researchgate.net/publication/301300074_La_evolucion_de_los_tiempos_Adaptacion_del_rol_paterno

Santos, S. & Schor, N. (2003). Vivências da maternidade na adolescência precoce. *Revista de Saúde Pública*, 37(1), 15-23. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102003000100005>

Santrock J. (2007). *Desarrollo infantil*. McGraw-Hill.

Sanz, J. y Vázquez, C. (1993). Adaptación española de la Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS) de Weissman y Beck: propiedades clínicas y psicométricas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 19(67), 707-750. <http://www.uhu.es/publicaciones/ojs/index.php/amc/index>

Siddiqui, A. & Hägglöf, B. (2000). Does maternal prenatal attachment predict postnatal mother–infant interaction? *Early Human Development*, 59(1), 13-25. Doi: 10.1016 / s0378-3782 (00) 00076-1

Sireci S. & Padilla J. (2014). Validating assessments: introduction to the special section. *Psicothema*, 26 (1), 97-99. Doi: 10.7334/psicothema2013.255

Solís, M., Salazar, E. & Reyes, A. (2017). Depresión en gestantes y el apoyo de la pareja. *Rev Peru Investig Matern Perinat*, 7(2), 16-20. Doi: <https://doi.org/10.33421/inmp.2018113>

Spielberger, C., Gorsuch, L. & Lushene, E. (1994). *STAI, Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo*. TEA.

- Sprecher, S. (2002). Sexual satisfaction in premarital relationships: Associations with satisfaction, love, commitment, and stability. *Journal of Sex Research*, 39(3), 190-96. Doi: <https://doi.org/10.1080/00224490209552141>
- Sternberg, R. (1989). *El triángulo del amor*. Paidós.
- Symoens, S., Bastaists, K., Mortelmans, D. & Bracke, P. (2013). Breaking Up, Breaking Hearts? Characteristics of the Divorce Process and Well-Being After Divorce. *Journal of Divorce & Remarriage*. 54(3), 177-196. Doi: 10.1080 / 10502556.2013.773792
- Torres, M. (2004). Impacto emocional del embarazo de alto riesgo. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 33 (3) 263-284. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502004000300004&lng=en&tlng=es.
- Tous, J. & Pueyo, A. (1991). *Inventario Diferencial de Adjetivos para el Estudio del Estado de Ánimo (IDDA-EA)*. TEA.
- Vásquez, M. (2008). Forma de cuidarse las gestantes adolescentes y adultas de las comunas una y cinco en santa marta. *Duazary*, 6(1), 31-37. <https://www.redalyc.org/pdf/5121/512156326005.pdf>
- Verny, T. (2003). *El futuro bebé*. Ediciones Urano.
- Verny, T., & Weintraub, P. (2009). *El Vínculo afectivo con el niño que va a nacer*. Ediciones Urano.

Vives J., (1994). *Génesis del vínculo materno-infantil. Apego y vínculo materno-infantil.*

U de G/Asociación Psicoanalítica Jalisciense.

Vries, P., Visser, H. & Prechtl, F. (1985). The emergente of fetal behaviour. II. Quantitative aspects. *Early Human Development*, 12(2), 99-120. Doi: [https://doi.org/10.1016/0378-3782\(85\)90174-4](https://doi.org/10.1016/0378-3782(85)90174-4)

Wallerstein, J. & Blakeslee, S. (1995). *The Good Marriage*. Warner Books.

Weiss, R. (1991). *The attachment bond in childhood and adulthood*. Attachment across the life cycle.

Zeifman, D., & Hazan, C. (1997). A process model of adult attachment formation. In S. Duck (Ed.), *Handbook of personal relationships: Theory, research and interventions* (p. 179–195). John Wiley & Sons Inc.

IX. Anexos

9.1. Anexo A

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Manifiesta la veracidad de los datos personales aportados para la confección de su historia clínica, y que ha recibido información suficiente acerca de la investigación que se realizará en el Instituto Nacional Materno Perinatal, al que presta voluntariamente su consentimiento, de acuerdo con las condiciones que se transcriben a continuación:

1. Por lo presente dejen constancia que he sido informado de las características técnicas del cuestionario a aplicar y me han sido respondidas todas las dudas pertinentes.
2. Se garantiza la confidencialidad, respecto a la información brindada por el paciente, cuyo límite solo podrá ser vulnerado con causa justa de acuerdo con lo establecido en el código de ética del ejercicio de la profesión.

Firma del participante

Firma del investigador

9.2. Anexo B

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

FICHA DE DATOS PERSONALES

Edad: _____ N° de Gestación: _____

El embarazo fue planificado: si () no ()

Estado civil: Soltera(o) () Conviviente () Casada(o) ()

Divorciada(o) () Otros () _____

Lugar de nacimiento: Lima () Provincia ()

Grado de instrucción: _____

Usted cuenta actualmente con el apoyo de su pareja en este proceso de gestación:

SI ()

NO ()

9.3. Anexo C

ESCALA PARA LA EVALUACIÓN DE LA VINCULACIÓN AFECTIVA Y LA ADAPTACIÓN PRENATAL (EVAP)

(Versión adaptada por el servicio de psicología del INMP, 2018)

SUB ESCALA- VINCULACIÓN AFECTIVA PRENATAL

1. Imagino como es ahora mi hijo/a

a. No, me resulta imposible

b. No, no lo he intentado

c. Me cuesta imaginarlo.

d. Lo hago algunas veces

e. Lo hago con frecuencia.

2. Acaricio mi abdomen para que mi hijo/a sienta el cariño que le tengo y para calmarlo si está inquieto moviéndose demasiado:

a. No, porque no creo que vaya a darse cuenta.

b. No, porque me siento ridícula haciendo eso.

c. Casi nunca lo hago.

d. Sí, algunas veces.

e. Sí, con relativa frecuencia.

3. Imagino como será mi bebé en el futuro (su aspecto, su forma de ser, etc.)

a. No, me resulta imposible.

b. No, no le intentado

c. Me asusta hacerlo.

d. Lo hago algunas veces.

e. Lo hago con frecuencia y me resulta fácil.

4. Cuando mi hijo se mueve:

a. Me molesta.

b. Me pone un poco nerviosa.

c. Me resulta indiferente.

d. Me llama la atención.

e. Me gusta y me emociona.

5. Le hablo a mi hijo/a, le canto, le pongo música y/o le leo cosas en voz alta:

a. No, porque creo que es completamente inútil.

b. No, porque no me sale de forma espontánea.

c. Sí, algunas veces.

d. Sí, cada tarde.

e. Sí, con frecuencia.

6. Puedo hacerme una cierta idea del carácter de mi hijo/a, por su forma de moverse dentro de mi (muy activo o muy reposado, por ejemplo).

a. No.

b. Casi nada.

c. Tengo dudas.

d. Un poco.

e. Sí.

7. He empezado a preparar algunas cosas para el nacimiento de mi bebé (su habitación, su ropa, la cuna, los biberones, etc.)

a. No, aún no he preparado nada porque no tengo muchas ganas, estoy poco motivada.

b. No, aún no he tenido tiempo.

c. He preparado pocas cosas ya tendré tiempo más adelante.

d. He preparado algunas cosas.

e. Ya lo he preparado casi todo.

8. Me he interesado en conocer más sobre la maternidad

a. No, nunca.

b. Algo, hablando con otras madres

c. Algo, hablando con otras madres y leyendo algunas cosas.

d. Bastante (de otras madres, libros, revistas, etc.)

e. Mucha (de otras madres, libros, revistas, matronas, médicos, etc.).

9. He pensado en el regreso a casa desde el hospital con mi bebé en brazos

a. No, creo que no es importante pensar en esas cosas.

b. No, ¿para qué? Aún falta mucho

c. No, pero pensaré en ello más adelante

d. Sí, lo he pensado algunas veces.

e. Sí, pienso en ello con frecuencia.

SUB ESCALA - ADAPTACIÓN AL EMBARAZO

10. Cuando pienso en el futuro al lado de mi bebé:

a. Me siento mal.

b. Me angustia

c. Tengo muchas dudas y temores

d. Me considero una madre capaz.

e. Sé que le gustaré y lo haré bien.

11. Encuentro que mi cuerpo actualmente:

a. Ha cambiado y no es de mi agrado.

b. Ha perdido su forma.

c. Ha cambiado, pero no es un problema para mí.

d. Ha cambiado, pero intento verme bien.

e. Me agrada mi nuevo aspecto.

12. Evito realizar actividades que puedan resultar peligrosas para mi hijo/a (llevar excesivo peso, hacer ejercicios demasiados violentos, fatigarse en exceso, etc.)

a. No, eso de cuidarse de los peligros son tonterías.

b. No me preocupo demasiado de eso

c. Sí, algunas veces.

d. Sí, siempre que puedo.

e. Sí, siempre.

13. Voy a clase de preparación de parto

a. No ni pienso hacerlo, no las considero útiles.

b. No, estoy demasiado ocupada.

c. Aun no, lo hare más adelante.

d. Sí, porque quiero que el embarazo y el parto salga bien.

e. Sí, porque quiero estar bien preparada para el nacimiento de mi hijo/a.

14. Durante mi infancia y adolescencia:

a. Mi padre me maltrataba bastante, porque me lo merecía.

b. Mi padre no se portó bien conmigo.

c. Mi padre no era demasiado cariñoso conmigo

d. Mi padre era bueno conmigo, pero no me entendía bien.

e. Mi padre me quería y supo educarme bien.

15. Durante mi infancia y adolescencia:

a. Mi madre me maltrataba bastante, porque me lo merecía.

b. Mi madre no se portó bien conmigo.

c. Mi madre no era demasiado cariñosa conmigo

d. Mi madre era buena conmigo, pero no me entendía bien.

e. Mi madre me quería y supo educarme bien.

16. Cuando se confirmó mi embarazo:

a. No quería creerlo, la verdad es que aún no deseo tener este hijo.

b. Me costó mucho hacerme la idea y no sé aun si lo he aceptado del todo.

c. Me costó algún tiempo aceptarlo, pero ya lo tengo bien asumido.

d. Lo acepté bien porque, aunque yo no lo había planeado, quería quedar embarazada.

e. Me puse contentísima, ya que era todo lo que quería.

17. Creo que el embarazo:

a. Es un auténtico fastidio.

b. Es algo por lo que no hay más remedio que parar si quieres tener un hijo/a.

- c. Es una época como cualquier otra.
- d. Es algo nuevo interesante, aunque pueda ocasionar algunas molestias.
- e. Es algo muy especial, es un privilegio ser mujer en este caso.

18. Me resulta fácil imaginarme a mí misma dando de comer al bebé, cuidándolo, cambiándole los pañales, durmiéndolo, etc.

- a. Para mi es imposible imaginar todo eso.
- b. Me cuesta mucho esfuerzo imaginarlo.
- c. Me lo imagino a veces, pero no sé si sabré hacerlo.
- d. Me lo imagino bastantes veces.
- e. Me lo imagino muchas veces y con facilidad.

19. Mi pareja y yo hablamos de nuestro futuro bebé:

- a. Nunca
- b. Casi nunca
- c. Algunas veces
- d. Bastante.
- e. Mucho.

20. Siempre me han gustado los niños

- a. No, ahora siguen sin gustarme.

b. No, pero los tolero.

c. Ni me gustan, ni me disgustan.

d. Sí, pero me cuesta ganármelos.

e. Sí, me lo paso bien con ellos y suelo tener una buena relación.

21. El embarazo

a. Me ha producido muchas molestias (náuseas, vómitos, dolores) y no quiero volver a quedar embarazada

b. Me ha producido algunas molestias, que me han tenido bastante preocupada.

c. Me ha producido algunas molestias, pero eso es bastante común y sé que van a pasar.

d. Apenas me ha producido molestias, creo he tenido suerte.

e. Ha sido excelente, no he sentido ninguna molestia.