



Centro Universitario  
Cardenal Cisneros

TRABAJO FIN DE MÁSTER

**Análisis de variables  
influyentes en la construcción  
del patrón de apego materno-  
filial**

Amanda Alonso Jiménez

Director/a: Dra. María Rocío Fernández  
Velasco

Máster en Psicología General Sanitaria

Centro Universitario Cardenal Cisneros

Universidad de Alcalá

Año 2020

## ÍNDICE

<b>1. INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>4</b>
<b>2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS .....</b>	<b>5</b>
<b>3. MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>6</b>
<b>3.1. APEGO .....</b>	<b>6</b>
<b>3.2. ESTRÉS PERCIBIDO .....</b>	<b>8</b>
<b>3.3. CALIDAD DE PAREJA .....</b>	<b>9</b>
<b>3.4. HÁBITOS DE SALUD .....</b>	<b>10</b>
<b>3.4. APOYO SOCIAL .....</b>	<b>11</b>
<b>3.5. VIOLENCIA OBSTÉTRICA .....</b>	<b>12</b>
<b>4. MÉTODO .....</b>	<b>15</b>
<b>4.1 PARTICIPANTES .....</b>	<b>15</b>
<b>4.2. INSTRUMENTOS .....</b>	<b>16</b>
<b>4.3. PROCEDIMIENTO .....</b>	<b>19</b>
<b>4.4. DISEÑO .....</b>	<b>20</b>
<b>5. RESULTADOS .....</b>	<b>21</b>
<b>5. 1. ANÁLISIS DE DATOS DESCRIPTIVOS .....</b>	<b>21</b>
<b>5.2. ANÁLISIS DE DATOS PARA LA COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS .....</b>	<b>25</b>
<b>6. DISCUSIÓN .....</b>	<b>29</b>
<b>7. REFERENCIAS .....</b>	<b>35</b>
<b>8. ANEXOS .....</b>	<b>42</b>
<b>9. DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD .....</b>	<b>52</b>

## RESUMEN

Uno de los procesos fundamentales de la maternidad es la construcción del vínculo afectivo desarrollado por la madre y la criatura, en el que pueden influir diferentes variables psicológicas y físicas. En este estudio se ha estudiado la relación de las variables de estrés percibido, la calidad de pareja, los hábitos de salud, el apoyo social percibido y la violencia obstétrica con el tipo de vínculo creado tomando como muestra a 58 madres con hijos/as menores de dos años. Para ello, se realizó un análisis estadístico mediante una prueba t para muestras independientes obteniendo como resultado la negación de dicha relación entre la variable vínculo y el resto de variables independientes, asumiéndose de este modo la hipótesis nula. Además de esto, se ha estudiado la relación entre las propias variables independientes, obteniendo relación en algunas de ellas.

**PALABRAS CLAVE:** *apego, estrés percibido, calidad de pareja, hábitos de salud, apoyo social, violencia obstétrica*

## ABSTRACT

One of the fundamental stages of maternity is creating and developing an affective connection between mother and child, which can be influenced by various psychological and physical variables. In this study, the relationship between the type of connection formed and the variables of perceived stress, couple quality, health habits, perceived social support and obstetric violence was considered. The sample taken involved 58 mothers and their children under two years old. In order to do this, a statistical analysis was performed using a t test for independent samples, obtaining as a result the denial of the original relationship between the connection variable and the rest of the studied independent variables, therefore inferring the hypothesis null. In addition, the relationship between independent variables was studied and a link was found between some of them.

**KEY WORDS:** *attachment, perceived stress, couple partner, health habits, social support, obstetric violence*

## 1. INTRODUCCIÓN

La maternidad es una experiencia evolutiva repleta de procesos que suponen transformaciones en la mujer (Grimalt y Heresi, 2012). Esta tarea se inicia con la etapa prenatal durante el embarazo, en el que la madre y su hijo/a comienzan a establecer vínculos tanto de naturaleza biológica como afectiva-emocional (Díaz, 1997). La génesis de estas relaciones y vínculos para autores como Brockington (2004), se considera un proceso psicológico fundamental que tiene lugar tras el parto y que se va a desarrollar en los siguientes años de vida de la criatura. También se producen algunas de estas modificaciones a nivel físico y a nivel de estructura cerebral durante el periodo de embarazo, pudiendo ser estas últimas duraderas en las etapas posteriores (Barba-Müller, 2017).

Al mismo tiempo, este acontecimiento puede considerarse un momento vital crítico de una persona, así como de la pareja (Alemany y Velasco, 2005). Este hecho puede dar lugar a numerosos cambios fisiológicos, psicológicos y sociales a los cuales la familia deberá adaptarse, pudiendo generar en ellas un cierto grado de estrés como Holmes y Rahe (1967) manifiestan en su estudio (citado por Alemany y Velasco, 2005; García Vega et al., 2012).

Además del estrés producido por esos cambios, se pueden originar alteraciones en la calidad de la pareja en aspectos relativos a la sexualidad, estado emocional de la gestante, en la satisfacción o en la muestra de afecto, entre algunos otros (González Robles, 2016; Ramírez Peláez y Rodríguez Gallego, 2014).

Los hábitos de salud de la madre también se pueden ver modificados durante el periodo prenatal y postnatal, por lo que esto influirán en la salud y bienestar de la madre, así como la del feto (Sánchez García et al., 2016).

El apoyo social es otro componente esencial que afecta tanto a la salud física de la madre como a la psicológica, siendo este un predictor de su adaptación a la nueva situación (Martín Gutiérrez De Cabiedes, 2018).

La violencia obstétrica es una problemática muy compleja y poco estudiada por la comunidad científica. A pesar de esto, algunos estudios demuestran que la presencia de este tipo de violencia puede tener repercusiones en la madre afectando de esta manera al

desarrollo de la vinculación madre-criatura (Bystrova, 2009; citado en Camacho Arregui, 2019).

Debido a todas estas razones es muy importante estudiar estas variables y de qué forman afectan al vínculo materno-filial a través de la investigación, para que mediante este conocimiento se puedan prevenir e intervenir en la salud de la madre y del niño/a, así como en el funcionamiento y desarrollo de la dinámica familiar. Además de esto, algunos autores informan de la necesidad de un mayor desarrollo tanto en intervenciones como a nivel de investigación en el campo de la Psicología Perinatal en España (Rodríguez Muñoz, Olivares, Izquierdo, Soto y Huynh- Nhu, 2016).

## **2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS**

La literatura científica señala la importancia del correcto desarrollo de una vinculación positiva entre la madre y la criatura, puesto que esto dará lugar a una serie de consecuencias que afectarán tanto a la salud de la madre como del bebé (Dávila, 2015; Lecannelier, 2006 citado por Grimalt y Heresi, 2012; Palacios- Hernández, 2016; Santaelices y Olhaberry, 2009).

Por ello, la presente investigación tiene como principal objetivo conocer la influencia de algunas variables psicológicas y de la salud en la construcción del patrón de apego entre la madre gestante y su criatura, concretamente las variables de estrés percibido, calidad de pareja, hábitos de salud, apoyo social percibido y violencia obstétrica. Para ello, se tomará como hipótesis nula aquella cuya variable independiente (estrés percibido, calidad de pareja, hábitos de salud, apoyo social percibido y violencia obstétrica) no presente relación con la variable dependiente de construcción de vínculo materno-filial. Las diferentes hipótesis que esta investigación quiere comprobar son las siguientes:

- H<sub>1</sub>: Los niveles altos de estrés en la madre gestante influyen en la construcción del vínculo materno-filial de manera negativa.
- H<sub>2</sub>: Una buena calidad de pareja percibida es un factor influyente en la formación de vínculo positivo entre la madre y su hijo/hija.

- H<sub>3</sub>: Los hábitos de saludables que la madre haya presentado durante el embarazo y el postparto influyen de manera positiva en el establecimiento del vínculo.
- H<sub>4</sub>: La presencia de apoyo social durante la etapa perinatal influye positivamente en la elaboración de vínculo positivo entre madre y criatura.
- H<sub>5</sub>: La presencia de violencia obstétrica durante el parto influye de forma negativa en la creación del vínculo materno-filial.

### **3. MARCO TEÓRICO**

#### **3.1. APEGO**

El término de apego fue introducido por John Bowlby, sobre el que elaboró la Teoría del Apego (Moneta, 2014), una de construcciones teóricas más sólidas sobre las relaciones y vínculos afectivos que se establecen entre un menor y sus progenitores o cuidadores en la actualidad (Oliva Delgado, 2004; Pinedo Palacios y Santaelices Álvarez, 2006; Salinas-Quiroz y Posada, 2015). Esta teoría describe el desarrollo afectivo de las personas, centrandose su atención en la necesidad de construir un vínculo estable y recíproco con un cuidador, ya sea la madre o padre de la criatura como otra persona cercana encargada de su cuidado, siendo esta una necesidad primaria de los seres humanos (Bowlby, 1958). Este vínculo es relativamente estable en el tiempo y se construirá a través de las interacciones que se lleven a cabo con sus cuidadores mediante un sistema organizado de conductas, que se consolidará durante la infancia (Ainsworth, 1989; Ramírez Peláez y Rodríguez Gallego, 2014). Este sistema de conductas tendrán influencia en los procesos cognitivos del menor, originando modelos representacionales que guiarán su forma de percibir su entorno y a sí mismo (Dávila, 2015).

El vínculo materno-filial es aquella relación establecida entre la madre y un infante cuyo rasgo principal es la respuesta emocional materna hacia su hijo/a, la cual permite la supervivencia de este/a y su desarrollo, y para que esto ocurra, es necesario que se trate de una relación recíproca, favorable y significativa entre ambos (Bowlby, 1995; Klaus y Kennell, 1976; Spinner, 1978;). Estas relaciones de apego son fundamentales para el posterior desarrollo del menor, puesto que dependiendo del tipo de apego que se

genere la criatura conformará su personalidad y su manera de relacionarse con el entorno (Lecannelier, 2006; citado por Grimalt y Heresi, 2012). Esta forma de apego se denomina apego seguro según los patrones de apego infantil determinados por Ainsworth mediante el experimento de la situación extraña (Santaelices y Olhaberry, 2009; Dávila, 2015). Las criaturas que logren establecer un apego seguro presentarán una percepción de su progenitora segura y tras la separación de esta en el experimento, se mostrarán aliviados y consolados tras su regreso (Santaelices y Olhaberry, 2009).

Desde el punto de vista neurobiológico, los centros involucrados en la generación del apego se sitúan en las estructuras corticales y límbicas pudiendo producir, según algunas investigaciones, alteraciones en el vínculo si estas se encuentran afectadas (Guendelman, 2008). Además de esto, las hormonas como oxitocina, cortisol y la vasopresina también intervendrán en el establecimiento del vínculo (Alonso Allende, González Fuente, Pérez Rivera y Fernández García, 2017).

Por otro lado, el hecho de ser madre no asegura una respuesta en la mujer que ayude a la supervivencia y desarrollo del menor (Palacios-Hernández, 2016). Ainsworth, Blehar, Waters y Wall (1978) establecen mediante el procedimiento anteriormente citado otros dos patrones de apego: el ansioso ambivalente y el evitativo (citado por Santaelices y Olhaberry, 2009). En el apego ansioso ambivalente los menores se muestran angustiados y con resistencia al regreso de la madre, presentando problemas en la regulación emocional y en cambio, por otro lado, los/as menores que presenten un patrón de apego evitativo se comportarán de manera independiente mostrando poco interés en la madre (Santaelices y Olhaberry, 2009).

Además de estos tres tipos de apego, Main y Salomón (1986) proponen la incorporación de un cuarto tipo de apego considerado apego inseguro desorganizado, en el cual los menores presentan rasgos comunes con el apego ansioso ambivalente y con el apego evitativo, manifestando mayor inseguridad y conductas más confusas (citado por Oliva Delgado, 2004).

El establecimiento de un apego seguro y una vinculación óptima es fundamental para el desarrollo de los menores llegando a considerarse como un factor de protección para la salud infantil, puesto que una alteración en ese vínculo puede suponer un factor de

riesgo para el desarrollo cognitivo, social y salud mental (Palacios- Hernández, 2016; Santaelices y Olhaberry, 2009).

### **3.2. ESTRÉS PERCIBIDO**

El estrés se puede definir como una sensación de tensión interna producida por cambios a los que una persona se debe adaptar (Béjar-Poveda y Santiago-Vasco, 2017). Por esta razón, el periodo de postparto se puede considerar una situación causante de estrés debido a que se considera un momento de crisis cargado de numerosos cambios a distintos niveles tanto para la madre como para su entorno afectivo-social (Alemany y Velasco, 2005; Leonetti Correia y Martins Linhares, 2007). Estos cambios necesitarán una adaptación de la madre gestante y su entorno, pero esta adaptación puede generar niveles altos de estrés en ella o generar una sobrecarga emocional (Miller, 2002; Whitton et al., 1996; Ross Lee y Sellers, 2004; citados en García Vega et al., 2012). Estos niveles de estrés pueden dar lugar a consecuencias negativas en la salud y en el bienestar de la madre, considerándose un factor de riesgo en el desarrollo de trastornos emocionales como la depresión y la ansiedad, además de afectar al mismo tiempo en el desarrollo y salud de la criatura (García Vega et al., 2012; Leonetti Correia y Martins Linhares, 2007).

Uno de los factores que puede influir en el estrés materno puede ser la ocupación de un puesto de trabajo, debido al efecto de algunos fenómenos relacionados con el mercado laboral como el efecto techo de cristal o suelo pegajoso, lo que puede ser asociado a un peor estado de salud a las mujeres (Floderus, Hagman, Aronsson, Marklund y Wikman, 2009; Luecken et al., 1997; Nordenmark, 2004; citados en Torres, Navarro, Ascaso, Imaz y García-Esteve, 2014).

El estrés percibido por la madre durante el postparto puede tener como posible origen las etapas previas de embarazo y parto, ya que durante estos puede dar lugar a niveles elevados de estrés para la mujer gestante lo que podría ser un desencadenante de un episodio de estrés agudo que podría transformarse en un trastorno de estrés postraumático (Lam Flores, Sánchez Romero, Alva Olivos, Casillo Vásquez y Cabellos Tufinio, 2018). Esto tendrá gran relevancia debido a que se puede considerar un momento de gran vulnerabilidad para la madre, ya que a nivel neurobiológico y hormonal el cerebro se prepara para establecer el vínculo con la criatura (Lam Flores et



al., 2018). De este modo, como concluyen diversas investigaciones, los niveles altos de estrés percibido hacen más difícil la vinculación emocional con la criatura teniendo como resultado un apego no seguro (Condon y Corkindale, 1997; Goeke et al., 2012; Pisoni et al., 2014; Roncallo, Sánchez de Miguel y Arranz Feijo, 2012)

### **3.3. CALIDAD DE PAREJA**

El nacimiento además de ser un hecho anatómico-fisiológico es un evento biopsicosocial que va a influir en la vida de la pareja y por ello, el acompañamiento en todo el proceso es fundamental para la madre gestante, así como para la criatura, ya que este acompañamiento se puede considerar un factor que potencia una infancia saludable (Alemany y Velasco, 2005; Ramírez Peláez y Rodríguez Gallego, 2014). Además de esto, puede aportar diferentes elementos positivos para el funcionamiento de los miembros familia como el fomento del vínculo, la mejora los niveles de ansiedad y los sentimientos de autocontrol de la gestante y la adopción del rol de figura paterna/materna (Díaz, 1997; Ramírez Peláez y Rodríguez Gallego, 2014; Domínguez Salonginos, López Escriche y Knecht, 2018).

En el caso en el que la pareja de la gestante no se sienta involucrada en el proceso prenatal o postnatal la relación entre ambos podría cambiar, ya que pueden llegar a sentirse relegados a un segundo plano o generar tensiones entre la pareja debido a la doble exigencia afectiva de la madre gestante (Díaz, 1997).

Un aspecto importante de la calidad de las relaciones de pareja que se ve afectado tras el nacimiento de un hijo/a son las relaciones sexuales de las parejas, reduciéndose estas durante el periodo de postparto (Domínguez Salonginos et al., 2018; Rodríguez Fernández y Sueiro Domínguez, 2017; Tavares, Schlagintweit, Nobre y Rosen, 2019). Los cambios fisiológicos que se producen tras el parto pueden influir en la disminución de las relaciones sexuales como, por ejemplo, la disminución de estrógenos que reduce la lubricación genital o el aumento de prolactina que mitiga el deseo sexual (Domínguez Salonginos et al., 2018). No sólo influyen los cambios fisiológicos, sino que también los emocionales (tristeza, ansiedad) y los cognitivos (autopercepción negativa) (Domínguez Salonginos et al., 2018).

Por todas estas causas se pueden generar algunos problemas en la relación de pareja pudiendo presentar consecuencias negativas en la calidad de esta y en el sistema familiar (Domínguez Salonginos et al., 2018; González Robles, 2016).

### **3.4. HÁBITOS DE SALUD**

Los hábitos de salud que presenta una madre durante el embarazo pueden ser decisivos en la salud del menor ya que, durante este periodo el feto se encuentra condicionado a los cuidados de la madre debido a la conexión biológica que presentan mediante la placenta (Díaz, 1997). Sin embargo, esta etapa no es la única que se encuentra condicionada por los hábitos de salud, puesto que durante el postparto la práctica de ejercicio físico puede influir positivamente en la calidad de vida de las madres (Sánchez García et al., 2016).

Un efecto común del periodo del puerperio en relación con el sueño es el cansancio o fatiga postparto, la cual ocasiona en la madre una disminución de la capacidad de realizar las tareas propias del día a día y de su bienestar pudiendo afectar a la lactancia materna (Quevedo Navarro, Bernal Leal, Paños Villaescusa y Ballesta Castillejos, 2015).

La lactancia materna es uno de los momentos del periodo del postparto que puede favorecer a la creación de un buen vínculo con el bebé, debido a que durante esta acción se llevan a cabo numerosos intercambios afectivos que ayudan al fortalecimiento y creación del vínculo materno-filial (Marín Ospina, Jiménez y Villamarín Betancourt, 2016; Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal, 2016; Olza Fernández, Serrano Drozdowskyj y Muñoz Labián, 2011). Debido a la importancia de la lactancia, los hábitos de la salud de la madre gestante como, por ejemplo, la hidratación serán fundamentales para el mantenimiento y calidad de esta práctica (Figuroa-Damián, Beltrán-Montoya, Espino, Reyes y Segura-Cervantes, 2013).

Al mismo tiempo, a causa de las diferentes corrientes promotoras de la alimentación del bebé a través de la lactancia materna o la alimentación mediante leches artificiales, han generado en las madres diferentes emociones como culpa por el hecho de no poder amamantar a su bebé o tristeza afectando en las interacciones con la criatura, dando lugar a repercusiones negativas en la construcción del apego (Olza Fernández, Ruiz

Berdún y Villarnea, 2017). Además de esto, estos síntomas son factores de riesgo de poder desarrollar trastornos emocionales tras el parto, como por ejemplo la depresión posparto (Olza Fernández, Ruiz Berdún y Villarnea, 2017).

### **3.4. APOYO SOCIAL**

El apoyo social es un constructo que ha tomado mayor peso en las investigaciones en estos últimos años, debido a la influencia que este presenta sobre la salud de las personas (Martín Gutiérrez De Cabiedes, 2018). Sin embargo, todavía existen múltiples definiciones sobre el término sin haber un consenso unánime (Martín Gutiérrez De Cabiedes, 2018).

En base a la literatura científica, el apoyo social se puede definir como un constructo dinámico, interactivo y multidimensional, que se obtiene como resultado de la interacción entre personas (Contreras-García, Sobarzo Rodríguez y Manríquez-Vidal, 2017; Domeyko Prieto, 2019; Espinoza Chocano, 2016; Martín Gutiérrez De Cabiedes, 2018). Al mismo tiempo, el apoyo social debe estudiarse desde diferentes dimensiones: perspectiva estructural (características de la red de apoyo), perspectiva funcional (las funciones principales del apoyo); perspectiva contextual (ambiente y contextos donde el apoyo es recibido); y por último, la perspectiva evaluativa (percepción objetiva o subjetiva del apoyo) (Martín Gutiérrez De Cabiedes, 2018).

El apoyo social es un fuerte predictor de la adaptación de la mujer a la maternidad al favorecer el cambio de su nuevo estado y a la construcción de su nueva identidad (Martín Gutiérrez De Cabiedes, 2018).

Lotero Osorio, Villa González y Torres Trujillo (2018) relacionan el apoyo social percibido con la vivencia emocional del embarazo, siendo esta una variable relevante en la construcción de la interpretación de su entorno. La percepción de un buen apoyo social y estable en el tiempo, funciona como protector de los efectos de la vulnerabilidad psicológica y el estrés tras el parto (Contreras-García et al., 2017; Domeyko Prieto, 2019).

Las figuras más destacadas por las madres gestantes como fuente de apoyo son sus propias madres y sus parejas (Contreras-García et al., 2017). A pesar de esto, con los cambios que se han producido en la sociedad actual respecto a la situación de la mujer y

el desarrollo de nuevas tecnologías y maneras de comunicación a lo largo de los últimos años, las madres también señalan a otras mujeres en las mismas circunstancias y las nuevas tecnologías como fuente de apoyo (Martín Gutiérrez De Cabiedes, 2018).

### **3.5. VIOLENCIA OBSTÉTRICA**

La violencia obstétrica es un tipo de problemática compleja que, a pesar de haber sido más estudiada en los últimos años gracias a algunos movimientos sociales, continúa siendo un tipo de violencia desconocido para muchas personas y rechazada por algunos organismos (Brigidi y Ferreiro, 2018). Sin embargo, todavía la literatura sobre esta cuestión es reducida como señalan algunos investigadores, especialmente en Europa (Arguedas, 2014; Brigidi y Ferreiro, 2018; Rodríguez-Ramos y Aguilera-Ávila, 2017).

Arguedas (2014) define la violencia obstétrica como:

Un conjunto de prácticas que degrada, intimida y oprime a las mujeres y a las niñas en el ámbito de atención en salud reproductiva y, de manera mucho más intensa, en el periodo del embarazo, el parto y el puerperio. (p. 146)

Esta definición es similar a la que proponen Brigidi y Ferreiro (2018), a la que añaden que esta problemática no es únicamente demasiado intervencionismo sino que también la omisión es un tipo de violencia obstétrica. Por todo esto, Brigidi y Ferreiro (2018) señalan que se trata de violencia obstétrica si:

- Existe trato deshumanizado.
- Se usa un lenguaje inapropiado, grosero o paternalista.
- Se realiza discriminación por clase social, étnica, nacionalidad, orientación sexual, etc...
- Se infligen humillación, burlas y críticas.
- Se omite u oculta información, interfiriendo así en la capacidad de decisión de la mujer.
- Se vulnera el derecho a la intimidad. (pp. 42-43)

Además de esto, consideran otra manera de violencia obstétrica las excesivas tasas de empleo de algunas técnicas como ocurre con las episiotomías, maniobras de Kristeller o las cesáreas, superando las indicaciones de la Organización Mundial de la Salud

(Benlloch-Doménech, Barbé-Villarubia y Ribera, 2019; Brigidi y Ferreiro, 2018; Iglesias, Conde, González y Parada, 2019).

Otro aspecto que recoge este término es la situación y el modo en el que se produce, ya que la mujer se encuentra en un momento tanto de vulnerabilidad física como psicológica debido al parto en un contexto ajeno a ella y donde se aprecia la existencia de una relación de poder entre los profesionales sanitarios y madre (Rodríguez-Ramos y Aguilera-Ávila, 2017). Todo esto hace que el término de violencia obstétrica recoja al mismo tiempo otros tipos de violencia, siendo estos la violencia de género, la violencia institucional y la violencia simbólica (Rodríguez-Ramos y Aguilera-Ávila, 2017).

Algunas de las razones señaladas por la literatura científica por las que se produce este tipo de violencia hacia las mujeres es debido a la carencia de formación y de habilidades para hacer frente a los factores emocionales y sexuales del parto de los sanitarios, la ausencia de apoyo para tratar la iatrogenia de algunas intervenciones o el síndrome del *burnout* (Olza Fernández, 2014). Iglesias et al. (2019) añaden otras justificaciones de los profesionales como "la falta de tiempo, el estrés, la sobrecarga asistencial, la falta de medios materiales e infraestructuras o el ejercicio de una medicina defensiva basada en el temor a un potencial proceso de judicialización"(p. 81).

En cuanto a la regulación de estas prácticas, el primer país que propone una ley que recoge la violencia obstétrica es Venezuela en 2007 en el Artículo 15 de la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (Rodríguez-Ramos y Aguilera-Ávila, 2017; Venezuela, 2007), en el que se describe la violencia obstétrica como:

La apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres. (p.9)

Tras la aparición de esta ley, otros países latinoamericanos como Argentina en 2009 o algunos estados de México en 2012 también presentan una regulación legal específica sobre este tipo de violencia (Benlloch-Doménech et al., 2019; Rodríguez-Ramos y

Aguilera-Ávila, 2017). En cuanto a la legislación española no recoge de manera específica este tipo de violencia, pero de manera indirecta en el Código Penal y la Constitución, prohíben las prácticas que la forman en el artículo 15 (derecho a la integridad física y moral), artículo 17 (derecho a la libertad personal) y artículo 18 (derecho a la intimidad) (Brigidi y Ferreiro, 2018). Además de esto, existe un documento que guía las intervenciones y prácticas de los profesionales de la salud propuesto en 2007 por el Ministerio de Sanidad y Consumo, conocido como *Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud* (Goberna-Tricas, 2018; Rodríguez-Ramos y Aguilera-Ávila, 2017). Por último, la Organización mundial de la Salud también desarrolla documentos que sirvan como guía en los procesos de salud reproductiva, aportando recomendaciones para favorecer el bienestar de la mujer y fomentar un parto saludable (Organización Mundial de la Salud, 2018).

La presencia de este tipo de violencia puede propiciar consecuencias en la madre gestante, puesto que como algunos estudios señalan es un periodo extremadamente sensible que tiene un papel fundamental en el desarrollo de la vinculación materno-filial (Bystrova, 2009; citado en Camacho Arregui, 2019). Un aspecto esencial en este proceso es el papel que desempeña la secreción de oxitocina, ya que va a mediar en factores como el estrés, lactancia, dolor físico y apego (Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal, 2018). Debido a estas razones, lo más indicado sería que tras el parto la madre y la criatura tengan la posibilidad de establecer contacto, conocido como el piel con piel, lo que favorecerá a la reducción de los niveles de estrés de ambos, posibilitando la secreción de oxitocina de manera natural y la creación de una vinculación temprana (Rosenberg & Trevathan, 2002; citado en Camacho Arregui, 2019; Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal, 2018). Este contacto también tendrá consecuencias futuras ya que, se ha hallado la presencia de correlación entre este tipo de contacto y una mejor autorregulación, majeno de la irritabilidad y facilitación del apego materno-filial (Bystrova, 2009, citado en Camacho Arregui, 2019).

## 4. MÉTODO

### 4.1 PARTICIPANTES

La muestra intencional del presente estudio se compone de 58 madres, procedentes de la Comunidad de Madrid (N=58), de las cuales 21 de ellas pertenecen a centros sanitarios y las restantes fueron seleccionadas de manera directa. Por esta razón, la muestra se clasificaría de tipo intencional o de conveniencia ya que fue seleccionada por facilidad de acceso.

Al tratarse de una continuación de un estudio previo, el número de madres recogido para medir las variables de vínculo materno, estrés percibido, calidad de pareja, hábitos de salud, apoyo social percibido y violencia obstétrica es de 32 madres. Esta última variable, se añade como novedad en esta investigación por lo que la muestra disponible para la violencia obstétrica es de un número más reducido (N=32). Para el resto de variables citadas, se decide combinar las muestras ya que todas ellas cumplen los criterios de inclusión propuestos para esta investigación. La suma de las participantes de los dos estudios se realiza con la finalidad de conseguir una ampliación de la muestra, ya que todas ellas presentan los criterios de inclusión establecidos por esta investigación y de esta manera, se pretende conseguir una mayor potencia estadística en los resultados. Por ello, para la selección de la muestra se emplearon como criterios de inclusión:

- Madres con edades comprendidas entre los 20 y 40 años de edad.
- Criaturas de 0 y 24 meses de vida.
- Madres con relación de convivencia con sus parejas.
- Formar parte del sistema de Salud de la Comunidad de Madrid.

Contestaron un 55,77% del total de muestra (N=58), lo que supone una pérdida muestral de 46 participantes puesto que inicialmente fueron 104 madres las que firmaron el consentimiento informado y su confirmación de participación en el estudio.

Todas las madres mantenían una relación de convivencia con sus respectivas parejas. Sus edades oscilaron entre los 21 y los 40 años con una media de 32,95 años ( $X=32,95$ ). Las edades de los hijos/as de las participantes se encuentran comprendidas entre los 0 y los 24 meses con una media de 10,84 ( $X= 10,84$ ).



Por otro lado, en la recogida inicial de datos del presente estudio se pide a las madres que indiquen si han sufrido alguna complicación en el parto, la posición que ocupa la criatura respecto a sus hermanos y si esta había padecido alguna enfermedad. De las 32 madres, 6 de ellas han tenido complicaciones en el parto siendo estas: rotura de útero, hemorragia interna, cesárea no programada, desprendimiento de placenta y una no especificada. En cuanto a las enfermedades de los menores, sólo una madre indicó esta situación pero sin especificar la enfermedad.

#### **4.2. INSTRUMENTOS**

Los instrumentos utilizados en este trabajo han sido los siguientes:

- *Postpartum Bonding Questionnaire (PBQ)*: Evalúa el vínculo madre-hijo durante el periodo de postparto. Incluye un total de 25 ítems que forman 4 subescalas, con formato de respuesta escala Likert de 0 a 5 (Anexo 1). Las cuatro subescalas psicométricamente puntúan: Escala 1: vinculación con factores generales deteriorados (34% de varianza) formada por 12 ítems; Escala 2: Rechazo e ira (8% de varianza) compuesta por 7 ítems; Escala 3: Ansiedad por la atención (3,7 % de varianza) formada por 4 ítems y la Escala 4: Riesgo de abuso (3,4% de varianza) formada por 2 ítems (Brockington, Fraser y Wilson, 2006; Palacios-Hernández, Subirà y García-Esteve, 2015). Por otro lado, Brockington (2006) considera que existe una puntuación total (citado en Palacios-Hernández, Subirà y García-Esteve, 2015). Los resultados  $>26$  pueden significar la existencia de un trastorno de la vinculación, mientras que puntuaciones  $>40$  significan trastorno severo de vinculación. Palacios-Hernández, Subirà y García-Esteve (2015) recomiendan el uso del PBQ en población española, con objetivo de detectar trastornos en el vínculo. Será empleada en la investigación para evaluar la existencia o no de dichos trastornos y la posible correlación de las diversas variables estudiadas en la presencia de trastornos del vínculo (tratando como vinculación afectiva materno-filial negativa puntuaciones  $> 26$  y como vinculación afectiva materno-filial positiva  $< 26$ ).
- *Cuestionario de Estrés Percibido Materno*: este cuestionario fue elaborado ad hoc para este trabajo (anexo 2). Para la redacción y selección de los ítems que presenta se ha utilizado la información de diferentes estudios sobre la



variable estrés y tras esto se ha comprobado la fiabilidad de los mismos con el fin de conocer la consistencia interna de este. Para ello, se ha empleado alfa de Cronbach obteniendo como resultado  $\alpha = 0,855$  lo que indica un nivel consistencia interna alto (tabla 1). Para la respuesta de los ítems del cuestionario se ha realizado una escala tipo Likert, de 0 (*muy en desacuerdo*) a 4 puntos (*muy de acuerdo*), estableciendo el punto de corte en 40 puntos.

**Tabla 1.**

*Alfa de Cronbach del Cuestionario de Estrés Percibido Materno*

<b>Estadísticos de fiabilidad</b>	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,855	15

- *Escala de Ajuste Diádico (Dyadic Adjustment Scale, DAS):* Este cuestionario evalúa la calidad y ajuste de la relación de pareja mediante 32 ítems divididos en cuatro subescalas (Consenso, Satisfacción, Expresión afectiva y Cohesión) y una escala de ajuste global (Ajuste diádico) (Zicavo y Vera, 2011). El formato de respuesta es una escala tipo Liker, con puntuación de 0 a 5 (Anexo 3), siendo la máxima puntuación 151 y la mínima 0 (Cáceres Carrasco, Herrero-Fernández e Iraurgi Castillo, 2013), por lo que el punto de corte se establecerá en 107 puntos como indican algunos estudios (Santos-Iglesias, Vallejo-Medina y Sierra, 2009). En cuanto a criterios psicométricos, presenta una consistencia interna alta obteniendo una fiabilidad de la escala total de 0,96 (Zicavo y Vera, 2011). En relación con la validez, los 32 ítems de la escala correlacionan de manera significativa con el criterio de status marital y de la correlación con la Escala de Ajuste Marital (mide la misma variable) se obtiene un 0.93, por lo que se afirma la validez de constructo (Zicavo y Vera, 2011).

- *Cuestionario sobre Hábitos de saluden madres:* este cuestionario se ha creado ad hoc para esta investigación tomando como base el estudio de *Validez y confiabilidad del cuestionario "Prácticas de cuidado que realizan consigo*

*mismas las mujeres en el posparto”* de las autoras Carolina Vargas Porras y Luz Mery Hernández Molina (2010). Este cuestionario se compone de 14 ítems cuya escala de respuesta es dicotómica, por lo que a mayor número de *sí* mayor será el número los hábitos de salud que presentará la madre, siendo este positivo cuando supera los 7 puntos (anexo 4). La fiabilidad de este cuestionario ha sido medida con la prueba de alfa de Cronbach dando como resultado de  $\alpha=0,618$  teniendo en cuenta todos los ítems (tabla 2). Con el fin de aumentar este valor se han eliminado tres ítems del cuestionario (ítems 6,7 y 8) proporcionando un resultado superior que aumenta su consistencia interna ( $\alpha=0,714$ ) (tabla 3).

**Tabla 2.**

*Alfa de Cronbach del Cuestionario sobre Hábitos de Salud en Madres con 14 ítems*

<b>Estadísticos de fiabilidad</b>	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,618	14

**Tabla 3.**

*Alfa de Cronbach del Cuestionario sobre Hábitos de Salud en Madres con 11 ítems*

<b>Estadísticos de fiabilidad</b>	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,714	11

- *Cuestionario de apoyo social percibido (MOS)*: este instrumento mide la variable de apoyo social percibido mediante un total de 20 ítems (anexo 5). Estos enunciados presentan una escala de respuesta Likert de 1 a 5 puntos, siendo *nunca* el menor valor y *siempre* el mayor. El test presenta cuatro dimensiones del apoyo social: afectiva, de interacción social, instrumental e informacional; además de un índice global de apoyo social cuya puntuación máxima es 95 (Suarez Cuba, 2011). Se trata de un instrumento validado y

fiable, con una alta consistencia interna evaluada con el Alfa de Cronbach y obteniendo un valor de 0.97 en la misma (Suarez Cuba, 2011).

- *Cuestionario sobre Condiciones del parto*: este cuestionario tiene como objetivo medir la presencia de violencia obstétrica durante el parto (anexo 6). Consta de 12 ítems con respuesta dicotómica por lo que las respuestas afirmativas serán indicadores de este tipo de violencia, es decir, a mayor puntuación mayor violencia durante el parto (Rodríguez-Ramos y Aguilera-Ávila, 2017). No presenta un punto de corte establecido por las autoras, ya que en su investigación recogen que el hecho de haber vivido solamente uno de los de los acontecimientos propuestos se reconoce como la presencia de este tipo de violencia (Rodríguez-Ramos y Aguilera-Ávila, 2017). Por esta razón, se puede asumir que el punto de corte es igual a 1. Por último, para comprobar la fiabilidad del cuestionario se calculó el Alfa de Cronbach obteniendo un valor de 0,74, por lo que se confirma que los ítems están correlacionados con el constructo que se pretende medir (Rodríguez-Ramos y Aguilera-Ávila, 2017).

### **4.3. PROCEDIMIENTO**

Se realizó una exhaustiva búsqueda de información acerca de la temática seleccionada para el estudio empleando bases de datos (PsycINFO, PubMed, PSICODOC), bibliotecas electrónicas de diferentes universidades y revistas electrónicas para su elaboración. Para ellos se emplearon como los principales términos de búsqueda las palabras clave citadas al inicio del trabajo, además de emplearse las palabras perinatal, postparto y maternidad, que concretan la información necesaria para el estudio.

A continuación, se seleccionaron los seis cuestionarios pertinentes para medir las diferentes variables que la investigación propone y tras esto, se procedió a contactar con los investigadores que habían publicado los mismos con el fin de conseguir su consentimiento. Por otro lado, se crearon dos nuevos cuestionarios para las otras variables, fundamentándose estos en la literatura científica empleada para el trabajo. Para comprobar si estos presentaban unas cualidades psicométricas adecuadas, se aplicó Alfa de Cronbach con el fin de analizar su consistencia interna y fiabilidad (tabla 1, 2 y 3).

Todos estos cuestionarios se informatizaron con el objetivo de facilitar su realización por parte de los participantes, puesto que las madres podrían presentar algunos contratiempos o inconvenientes en responder a todos los cuestionarios en el momento de explicación.

Por otro lado, para la obtención de la muestra del estudio se contactó con los responsables de diferentes recursos sanitarios con el fin de conseguir los permisos pertinentes. Del mismo modo, se informó a todos los trabajadores implicados (enfermeras y pediatras) de las características e implicaciones del estudio para el correcto funcionamiento de este. Una vez se lograron los permisos necesarios se entregaron los consentimientos informados a los profesionales sanitarios que iban a tener contacto con la muestra. En ellos, se exponen los principales objetivos de la investigación además de los fines de la misma y sus condiciones, señalando la ley de protección de datos vigente (Anexo 7). Tras esto, se procedió a contactar con la muestra vía correo electrónico o móvil para administrar los cuestionarios seleccionados y poder resolver cualquier tipo de duda al respecto. Además de las madres que participaron de este centro, también se contó con la colaboración de otras mujeres gestantes que cumplen los criterios de inclusión propuestos.

Por último, las repuestas fueron registradas en un documento Excel y analizadas con el programa estadística *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versión del 2009 denominada *PASW Statistic 18.0*, con el cual se llevaron a cabo diferentes operaciones. Se calculó la media y la desviación típica de la edad de las madres y de sus hijos, la consistencia interna mediante alfa de Cronbach y se empleó una prueba t para la comparación de medias.

#### **4.4. DISEÑO**

Esta investigación presenta un carácter descriptivo correlacional, es decir, se pretende describir la posible correlación entre la variable dicotómica vínculo positivo/vínculo negativo con otras variables, concretamente con estrés percibido, calidad de pareja, hábitos de salud, apoyo social percibido y violencia obstétrica durante el periodo perinatal y postnatal. Para ello, se empleará un diseño ex post facto retrospectivo en el que los resultados que se obtengan se tratarán en términos de covariación y no de

causalidad. Para el análisis de datos se realizará la prueba t para muestras independientes en cada una de las variables estudiadas y se tomará como variable de agrupación la variable dicotómica de vínculo afectivo materno-filial la cual se dividirá en dos grupos, vínculo afectivo positivo y vínculo afectivo negativo.

## 5. RESULTADOS

Los resultados del presente estudio incluyen la explicación de los estadísticos descriptivos de cada uno de los instrumentos de evaluación empleados (tabla 5), así como el estudio de la posible relación existente entre las variables propuestas (el estrés percibido materno, la calidad de pareja, hábitos de salud, apoyo social y violencia obstétrica) y a la variable dicotómica de presencia de vínculo, categorizada en vínculo positivo y vínculo negativo (tablas 7,8,9,10 y 11). La dicotomización de esta variable se realiza mediante un punto de corte que se establece en una puntuación de 26, significando valores iguales o superiores a esta la presencia de vínculo negativo. Si por el contrario, las puntuaciones obtenidas se encuentran por debajo de 26 se entenderá como la existencia de una buena vinculación afectiva materno-filial. Además de los estadísticos descriptivos de los resultados de cada instrumento, se va a realizar un estudio de los estadísticos descriptivos de las características de la muestra, tomadas de los consentimientos informados (tabla 4).

### 5.1. ANÁLISIS DE DATOS DESCRIPTIVOS

**Tabla 4.**

*Estadísticos descriptivos de la muestra*

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.	Varianza
Edad madre	58	21	40	32,95	4,269	18,225
Edad criatura (meses)	58	1	23	10,84	6,279	39,432
Nº hijos/as	58	1	3	1,40	,591	,349
N válido (según lista)	58					

Estos indican que las madres participantes presentan una media de edad de 32,95 años con una desviación típica de 4,269 ( $X= 32,95$ ;  $DT= 4,269$ ). Por otro lado, la media de edad de las criaturas es de 10,84 meses con una desviación típica de ( $X= 10,84$ ;  $DT= 6,279$ ). La media de número de hijos es de 1,4 puntos, con un máximo de 3 hijos por familia.

**Tabla 5.**

*Estadísticos descriptivos de los cuestionarios*

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.	Varianza
APEGO	58	0	59	14,48	12,738	162,254
ESTRÉS	58	4	61	30,10	12,996	168,901
CP	58	50	135	108,62	19,038	362,450
HS	58	3	14	9,55	2,465	6,076
AS	58	52	95	85,55	11,588	134,287
VO	32	0	5	,84	1,370	1,878
N válido (según lista)	32					

El análisis de estadísticos descriptivos del instrumento *Postpartum Bonding Questionnaire* (PBQ) muestran una puntuación media de 14,48 puntos, una desviación típica de 12,738 y una varianza igual a 162,254 (tabla 5). La alta puntuación obtenida en la varianza es consecuencia de la gran dispersión de las puntuaciones obtenidas, las cuales presentan como valor mínimo una puntuación de 0 y un valor máximo de 59. La frecuencia de respuesta obtenida en la variable dicotómica de vínculo medida mediante el cuestionario PBQ como se observa en la tabla 6, muestran 53 personas con una vinculación afectiva positiva presentando una frecuencia de respuesta de 91,4% ( $X=11,94$ ) y 5 personas con posible trastorno del vínculo o vinculación afectiva negativa mostrando una frecuencia de respuesta del 8,6% ( $X=49$ ).

**Tabla 6.**

*Frecuencia de respuesta en el cuestionario PBQ*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
Vínculo positivo	53	91,4	91,4	91,4
Vínculo negativo	5	8,6	8,6	100,0
Total	58	100,0	100,0	

Además de estas frecuencias, como se ha citado anteriormente en la descripción del cuestionario PBQ, se puede hacer una división de tres grupos en relación a su tipo de vínculo desarrollado y posible trastorno del vínculo: vínculo positivo, posible trastorno de vinculación y posible trastorno de vinculación severo. Siguiendo esta división las frecuencias de respuesta obtenidas son un 91% para las madres que mostraban un vínculo positivo, un 2% para aquellas madres que podrían presentar un trastorno de vínculo y un 7% de las madres podrían padecer un trastorno de vínculo severo. Los ítems que mayores puntuaciones medias han obtenido son el ítem 12 (*Llora demasiado*), el cual presenta una media de 2,034 puntos y el ítem 19 (*Me pone nerviosa*) en el que la media obtenida es de 1,931 puntos. Estos ítems pueden ser un reflejo de las puntuaciones totales obtenidas, puesto que muestran una realidad común de población normal, a diferencia del estudio anterior en el que presentaban características clínicas.

En el cuestionario de Estrés Percibido Materno (EPM), se ha obtenido un valor promedio de 30,10 puntos con una desviación típica de 12,996 y una varianza de 168,901 (tabla 5). La varianza presenta un valor muy elevado debido a que los valores obtenidos en los resultados son extremos (mín= 4; máx= 61). Este aspecto también puede ser debido al pequeño tamaño muestral y a la existencia de alta dispersión de los datos. Los ítems que han obtenido mayores puntuaciones son el ítem 1 (*Siento un agotamiento constante*) con una media de 2,983 puntos, el ítem 3 (*Dejo de satisfacer*

*mis propias necesidades para satisfacer la de mi hijo/a*) con una media de 2,965 puntos y el ítem 14 (*Siento malestar físico que antes no sentía*) con una media de 2,293 puntos.

En cuanto a los estadísticos descriptivos obtenidos del cuestionario DAS, se ha obtenido una media de 108,62 puntos, una desviación típica de 19,038 y una varianza de 362,45 como se cita en la tabla 5. La varianza resultante presenta un valor muy elevado a causa de la dispersión de las puntuaciones, obteniendo un valor mínimo y un valor máximo muy alejados (mín= 50; máx= 135) (tabla 4). Además de esto, también ha podido influir notablemente en los resultados el reducido tamaño de la muestra. En cuanto a los ítems del cuestionario cabe señalar los ítems 16 (*¿Con qué frecuencia habéis pensado en el divorcio?*), 19 (*¿Confías en tu pareja?*) y 20 (*¿Lamentas el haberte casado?*), puesto que han obtenido las máximas puntuaciones lo que indica que raramente se han producido esas afirmaciones ( ítem (16)=4,569; ítem(19)= 4,603; ítem(20)= 4,465).

Los últimos ítems no daban como resultado una cifra numérica, si no que en el ítem 29 (*En las últimas semanas, ¿el desacuerdo en estar demasiado cansado para tener relaciones sexuales os ha causado problema?*) y 30 (*En las últimas semanas, ¿el desacuerdo en la ausencia de muestras de cariño os ha causado problema?*) se contestaba de manera dicotómica y en el 31 (*Las alternativas que aparecen a continuación representan diversos grados de satisfacción en una relación de pareja. La alternativa central ("Satisfecho") representa el grado de satisfacción de la mayoría de las relaciones. A continuación señale la respuesta que mejor describa el grado de satisfacción de tu relación (tras hacer un balance global de la misma)*) con la situación con la que más se identificasen. En el ítem 29 se han obtenido 19 respuestas afirmativas por lo que 19 personas confirman que el desacuerdo en relaciones sexuales les ha ocasionado problemas, y en el ítem 30 la mitad de los participantes han contestado *Sí*, por lo que gran parte de la muestra ha tenido problemas por el acuerdo de muestras de cariño. Por último en el ítem 30: 4 personas han contestado *perfecto*, 23 madres *extremadamente satisfechas*; *muy satisfechas* 16; 9 madres se encuentran *satisfechas*, 4 *un poco insatisfechas* y solo 2 *muy insatisfechas*.

Respecto a los estadísticos descriptivos de las respuestas sobre hábitos salud, se ha obtenido una media de 9,55 puntos con una desviación típica de 2,465 y una varianza de 6,076 (tabla 5), lo que sitúa a la media por encima del punto de corte establecido de 7



puntos, es decir, la muestra empleada para este estudio presenta unos hábitos de salud óptimos presentando los cuidados apropiados tanto en el periodo de embarazo como en el postparto. Todos los ítems presentan mayoría de Sí, siendo el ítem 11 (*He asistido a todas las revisiones médicas necesarias durante el embarazo*) contestado por todas las madres de manera afirmativa.

Los descriptivos obtenidos por el instrumento MOS para apoyo social han dado como resultado una promedio de 85,55 puntos, una desviación típica de 11,588 y una varianza de 134,287 (tabla 5). Las puntuaciones en todos los ítems del cuestionario son muy elevadas siendo la mínima 4, 207 en el ítem 6 (*Alguien que le muestre amor y afecto*) y la máxima en el ítem 15 (*Alguien que le ayude con las tareas domésticas si está enfermo*), dando lugar a altos niveles de apoyo social en la muestra.

La violencia obstétrica, al no ser recogida en el estudio previo, solo cuenta con una población de 32 personas (N=32). La media obtenida mediante el cuestionario fue de 0,84, una desviación típica de 1,37 y una varianza de 1,878 puntos (tabla 5). En función de los criterios de corrección de este cuestionario, 13 de las 32 personas participantes han sufrido violencia obstétrica durante el parto y los momentos anteriores, siendo la puntuación mínima de 0 y la máxima de 5. Los ítems más señalados han sido el 9 (*En el momento del parto, ¿se le impidió o dificultó elegir la posición para parir?*) con 6 madres, el ítem 2 (*¿Intervinieron estudiantes de prácticas durante el trabajo del parto o el parto sin su consentimiento?*) con 5 madres, el ítem 6 (*¿Le obligaron a quedarse en la cama, impidiéndole caminar o cambiar de posición?*) con 4 madres y el enunciado 3 (*¿Sintió que le infantilizaron (son diminutivos, sobrenombres, al tomar decisiones, simplificando demasiado las explicaciones) como si no pudiera entender lo que pasaba u opinar?*) con 3 personas. Cabe señalar, que únicamente el ítem 11 (*¿Se sintió amenazada o insultada durante el trabajo de parto o el parto?*) ha sido negativo para toda las madres.

## **5.2. ANÁLISIS DE DATOS PARA LA COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS**

Para la comprobación de las hipótesis se ha llevado a cabo una prueba t para muestras independientes correlacionando la variable dicotómica vínculo positivo/vínculo

negativo del PBQ con estrés percibido materno, calidad de la pareja, hábitos de salud, apoyo social y violencia obstétrica.

**Tabla 7.**

*Prueba para muestras independientes con la variable de estrés percibido*

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
ESTRÉS	Se han asumido varianza s iguales	1,162	,286	-1,472	56	,147	-8,860	6,019	-20,917	3,197
	No se han asumido varianza s iguales			-2,257	6,413	,062	-8,860	3,926	-18,319	,599

Tras la aplicación de la prueba t para muestras independientes no se observa la existencia de correlación entre la variable vínculo y estrés como se permite observar la tabla 7. Se obtiene un valor mayor a  $\alpha = 0,05$  por lo que se asume la hipótesis nula ( $t(56) = -1,472$ ;  $p = 0,147$ ). El intervalo de confianza obtenido es muy amplio (inf = -20,917; sup = 3,197), efecto que puede ser explicado por el reducido tamaño de la muestra.

**Tabla 8.**

*Prueba para muestras independientes con la variable de calidad de pareja*

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
--	--	--	--	-------------------------------------	--	--	--	--	--	--

		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
CP	Se han asumido varianzas iguales	,066	,798	,811	56	,421	7,245	8,934	-10,651	25,141
	No se han asumido varianzas iguales			,868	4,930	,426	7,245	8,352	-14,316	28,806

En relación a la calidad de pareja, los resultados obtenidos del la prueba t para muestras independientes muestran que no existe correlación entre la existencia de vínculo afectivo materno-filial y la calidad de la pareja, asumiendo la hipótesis nula con un  $\alpha > 0,05$  ( $t(56)=0,811$ ;  $p=0,421$ ) como se puede ver en la tabla 8.

**Tabla 9.**

*Prueba de muestras independientes con la variable hábitos de salud*

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba t para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
HS	Se han asumido varianzas iguales	,513	,477	,902	56	,371	1,042	1,155	-1,272	3,355
	No se han asumido varianzas iguales			1,053	5,162	,339	1,042	,989	-1,476	3,559

Respecto al cuestionario de hábitos de salud, se asume igualdad de medias aceptando la hipótesis nula puesto que se ha obtenido un  $\alpha > 0,05$  ( $t(56) = 0,902$ ;  $p = 0,371$ ) (tabla 9). Estos resultados se pueden deber a la no suficiente consistencia interna del cuestionario o el reducido tamaño que presenta la muestra del estudio.

**Tabla 10.**

*Prueba de muestras independientes con la variable apoyo social*

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba t para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferenci a de medias	Error tí. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
MOS	Se han asumido varianzas iguales	,176	,677	,633	56	,529	3,449	5,450	-7,469	14,367
	No se han asumido varianzas iguales			0,567	4,599	,598	3,449	6,088	-12,620	19,518

La prueba t de muestras independientes con la variable apoyo social acepta la hipótesis nula planteada, puesto que el valor es superior a  $\alpha = 0,05$  ( $t(56) = 0,633$ ;  $p = 0,529$ ) (tabla 10). Al igual que en el resto de variables, estos resultados pueden ser debidos al escaso número de muestra y a la dispersión de los resultados.

**Tabla 11.**

*Prueba de muestras independientes con la variable de violencia obstétrica*

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba t para la igualdad de medias						
--	--	--	--	-------------------------------------	--	--	--	--	--	--

		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral) de la diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia		
								Inferior	Superior	
VO	Se han asumido varianzas iguales	,570	,456	-,694	30	,493	-,700	1,009	-2,761	1,361
	No se han asumido varianzas iguales			-1,247	1,587	,365	-,700	,562	-3,831	2,431

Como se observa en la tabla 11, la hipótesis planteada es rechazada debido a que el valor obtenido es mayor que  $\alpha = 0,05$  ( $t(30) = -0,694$ ;  $p = 0,493$ ). En concreto, la muestra para esta variable es menor que las del resto, por lo que también puede influir en los resultados alcanzados.

## 6. DISCUSIÓN

El objetivo del presente estudio ha sido conocer, en una muestra de 58 madres con hijos/as menores de 24 meses, la influencia de las variables de estrés percibido, calidad de pareja, hábitos de salud, apoyo social y violencia obstétrica en la construcción del vínculo con su criatura. Para ello, se han elegido cuatro cuestionarios que evalúan las variables de vínculo, calidad de pareja, apoyo social y violencia obstétrica; y al mismo tiempo, se han elaborado los cuestionarios de estrés y hábitos de salud ad hoc en base a la literatura científica. En estos últimos cuestionarios, se ha decidido evaluar la consistencia interna que presentan con el fin de conocer la fiabilidad de los resultados.

En cuanto a la consistencia interna del cuestionario creado para evaluar el estrés percibido por la madre gestante, se ha obtenido puntuación alta en fiabilidad ( $\alpha = 0,855$ ) mediante la realización de alfa de Cronbach. Por otro lado, en el cuestionario de hábitos de salud tras llevar a evaluar su consistencia interna mediante alfa de Cronbach, la puntuación resultante no es lo suficientemente alta como ocurría en el primer caso ( $\alpha = 0,618$ ), por lo que la fiabilidad de los resultados obtenidos de este cuestionario no presentan la misma potencia que los anteriores. Con el fin de mejorar estos resultados,

se decide eliminar tres de sus ítems (el número 6, 7 y 8) alcanzando una fiabilidad mayor a la anterior ( $\alpha = 0,714$ ).

Las puntuaciones obtenidas en el cuestionario PBQ indican que una mayor parte de las madres presenta un vínculo positivo con su hijo/a (tabla 5), pero a pesar de esto tampoco coincide con los resultados de otras investigaciones con población general. Algunos ejemplos de esto son la llevada a cabo por Brisen (2002) en la que los patrones de apego positivo eran superiores a los porcentajes que representan una vinculación afectiva negativa, siendo un 67% para el apego seguro (citado por García Quiroga e Ibáñez Fanes, 2007). En otras investigaciones más recientes se asigna un 65% de la población general presenta apego seguro, disminuyendo y siendo menor que los otros tipos de apego en población clínica (Urizar Uribe, 2012). En cambio en este estudio, el porcentaje obtenido de apego seguro era muy superior al obtenido en otros estudios, quedando reducido el vínculo negativo a un porcentaje ínfimo.

La prueba t para muestras independientes para variable de estrés percibido y la existencia de vínculo no refleja la existencia de relación entre estas variables, por lo que rechaza la hipótesis planteada ( $H_1$ ) y se asume la hipótesis nula. Esta conclusión se encuentra en discrepancia con la aportada por de Lam Flores et al. (2018), en la que afirma que el estrés influye en el cuidado de la criatura y, por este motivo, es necesario que los niveles de estrés percibido que presenta la madre gestante muestren un grado bajo con el fin de mejorar el establecimiento de vínculo con su hijo/a y la calidad de este.

En cuanto a los resultados obtenidos para la calidad de pareja, se asume la hipótesis nula ( $H_0$ ) en la que la calidad que presente la relación de pareja no se relaciona en la existencia de vínculo positivo o negativo con el menor para esta muestra, pese a la importancia que se observa en la literatura científica de este tema (Díaz, 1997; González Robles, 2016; Ramírez Peláez y Rodríguez Gallego, 2014). Rodríguez Fernández y Sueiro Domínguez (2017) afirman la existencia de cambios y algunas dificultades en la calidad de la pareja pero, a pesar de esto, el presente estudio descarta la relación que pueda presentar esto con la construcción del vínculo. Este resultado puede deberse al reducido tamaño muestral con el que cuenta el trabajo y la representación de madres con

vínculo negativo, pudiéndose ver reflejado este hecho en la correspondiente tabla de resultados (tabla 8).

La puntuación en el cuestionario sobre hábitos de salud en madres gestantes es superior al punto de corte establecido, por lo que indicaría que la mayoría de estas mujeres presentan unos hábitos de salud adecuados ( $X= 9,55$ ). Los resultados obtenidos de la prueba t para muestras independientes empleando dicha variable y la existencia de vínculo positivo llevan a rechazar la hipótesis planteada ( $H_3$ ), por lo que se asume que los hábitos de salud de las madres gestantes no presenta relación con el tipo de vínculo que se origina para esta muestra. Sin embargo, Figueroa- Damián et al. (2013), Marín Ospina et al. (2016), Olza Fernández et al. (2011) y Sánchez García et al. (2016), afirman que algunos cuidados en la salud de la madre como el ejercicio físico, la calidad del sueño o la hidratación guardan relación con la calidad del vínculo materno filial y la calidad de vida de la madre gestante. Al igual que ocurre con la variable de calidad de pareja estos resultados se pueden deber al tamaño de la muestra empleada y los porcentajes obtenidos de los diferentes tipos de apego de la madres participantes.

Los resultados obtenidos en la prueba T para muestras independientes para la variable de apoyo social presenta un valor mayor que  $\alpha =0,05$  ( $p= 0,529$ ) por lo que se asume que el apoyo social percibido por la madre gestante no se relaciona en la construcción del tipo de apego con su hijo/a para esta muestra, rechazando la hipótesis planeada ( $H_4$ ). Este resultado es distinto al que señalan algunos estudios en el que relacionan esta variable con la vinculación materno-filial (Martín Gutiérrez De Cabiedes, 2018; Lotero Osorio et al., (2018). Al igual que ocurre con las otras variables, el tamaño y resultados de la muestra en cuanto al tipo de vínculo que presentan influyen en los valores estadísticos obtenidos, dificultando así una posible relación entre las variables seleccionadas.

Las puntuaciones en el cuestionario de condiciones del parto, señalan que el 40,6% de las madres sí han sufrido violencia obstétrica durante el proceso del parto. Según el valor estadístico obtenido por la prueba t para muestras independientes se asume la hipótesis nula, por lo que no relaciona el haber padecido este tipo de violencia con el desarrollo de una vinculación negativa para esta muestra. Esta variable fue medida con una muestra menor que la empleada para medir el resto de variables componiéndose de

32 madres, por lo que ha podido influir en el resultado obtenido. En cambio, algunos autores afirman la relación que presenta este fenómeno sobre la construcción del apego madre y criatura (Camacho Arregui,2019;Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal, 2018).

Una de las fortalezas de este trabajo es el procedimiento llevado a cabo, en el que se contacta con diferentes servicios sanitarios y personas con el fin de conseguir los instrumentos empleados y sus correcciones, así como parte de la muestra para que este salga adelante. Para ello, se concertó una reunión para explicar el proyecto y sus fines con los profesionales, así como un consentimiento específico para las madres de la muestra, con la finalidad de conservar y cuidar el valor ético y deontológico de presente estudio. Además, en la redacción del mismo se ha empleado un lenguaje no sexista e inclusivo en el que se recogen términos como *criatura*, se mencionan ambos sexos y se tienen en cuenta los diferentes tipos de familias. Por último, a todo esto se añade el planteamiento de una investigación novedosa no sólo en el campo de la Psicología Perinatal, sino que también contribuye al enriquecimiento del conocimiento de otros contextos sanitarios, favoreciendo de esta manera el abordaje multidisciplinar de esta temática.

Las limitaciones principales que presenta este estudio son la relacionada con el reducido tamaño de la muestra empleada dado que este hecho ha podido alterar los resultados como se puede observar en las varianzas resultantes de cada cuestionario, además de la polarización de resultados obteniendo valores muy extremos en cuanto al apego. A estos se suma el reducido grupo de madres que presenta una vinculación negativa, ya que solamente 5 de ellas han obtenido este resultado, lo que influye en los resultados de la comprobación de hipótesis. Otra limitación en relación a al tamaño de la muestra es la pérdida de muchas de las participantes, ya que estas firmaron el consentimiento informado y se comprometieron a participar pero no completaron los cuestionarios, por lo que se perdieron un total de 46 participantes en total. Otra dificultad encontrada en la recogida de datos es la complejidad de acceso a esta población, ya que presentan unas características muy específicas a pesar de ser población general, así como conseguir la autorización de distintas entidades sanitarias, puesto que el proceso de adquirir los permisos pertinentes era superior en tiempo a la realización de este trabajo.



Por otro lado, la baja consistencia interna obtenida del cuestionario de hábitos de salud se ha podido deber a que una gran parte de la población muestral ha obtenido una puntuación en el cuestionario de hábitos de salud relativamente positiva independientemente del tipo de vínculo que posean. Además de esto, tampoco se han recogido algunas variables socio-económicas como el nivel de estudios o si se encuentra empleada o en desempleo, ni variables relacionadas con la cultura. Estas han podido influir en las puntuaciones obtenidas en el cuestionario sobre vínculo materno-filial y podría ser interesante contar con ellas para una posible futura investigación.

De cara a futuras investigaciones, se pretende continuar con esta línea de trabajo pero a mayor escala mediante una ampliación de la muestra acorde al cálculo muestral establecido para establecer enunciados que puedan ser extrapolables al resto de población seleccionada, al igual que podría resultar interesante una ampliación de los resultados realizando un estudio de inferencia estadística.

Además de esto, mediante la ampliación de muestra se podría conseguir una mayor representación del grupo de madres con una vinculación negativa, por lo que aumentaría la potencia estadística de los resultados. En este caso, se podría realizar un análisis de regresión para estudiar de qué manera afectan las variables independientes a la variable de apego. Esto podría ser de gran importancia para desarrollar programas de prevención e intervención en madres, con el fin último de promover la salud en esta población. Estos programas, como se cita anteriormente, se pueden abordar de manera multidisciplinar en el que participen diferentes profesionales de la salud y de con temática muy variada como por ejemplo, un programa en el que se trabajen las variables propuestas en la etapa del embarazo para así fomentar un vínculo seguro.

Tras la obtención y análisis de los resultados, surge la idea de estudiar una posible relación entre las variables, por lo que sería interesante continuar con una análisis de mayor profundidad de las variables propuestas como independientes, estudiando si estas se pueden considerar moderadoras unas de otras o si estas presentan una relación directa entre algunas de ellas. Todo esto, también contribuirá en la elaboración de posteriores programas de promoción de la salud.

Por otro lado, también se podría realizar una baremación y un análisis más completo de las propiedades psicométricas de los cuestionarios elaborados, lo que podría facilitar información más precisa acerca de tema estudiado. Con todo esto, se generaría nueva información acerca de este campo, contribuyendo así al desarrollo de la Psicología Perinatal en España y favoreciendo al cuidado de la salud psicológicas de las madres, extendiéndose al recién nacido y sus familias.

## 7. REFERENCIAS

- Ainsworth, M. S. (1989). Attachments beyond infancy. *American psychologist*, 44(4), 709-716.
- Aleman, M. J. y Velasco, J. (2005). Aspectos emocionales que rodean al nacimiento. Estado de la cuestión. *Matronas profesión*, (4), 23-27.
- Alonso Allende, L., González Fuente, L. J., Pérez Rivera, F. J., y Fernández García, D. (2017). Apego en el postparto precoz: comparación entre madres de neonatos ingresados en el Servicio de Obstetricia y en la Unidad de Cuidados Intensivos
- Arguedas, G. (2014). La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. *Cuadernos Intercambio sobre Centroamérica y el Caribe*. 11(1), p. 145-169. Recuperado de: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/intercambio/article/view/14238>
- Barba-Müller, E. (2017). El embarazo conduce a cambios duraderos en la estructura del cerebro humano. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, (1), 82-83.
- Béjar-Poveda, C. y Santiago-Vasco, M. (2017). Influencia del estrés materno durante el embarazo en el desarrollo cognitivo del niño: una revisión. *Matronas profesión*, 18(3), 115-122.
- Benloch-Doménech, C., Barbé-Villarubia, M. J. y Ribera, J. C. (2019). Reflexiones al final de un inicio: estudio de asociación entre variables sociodemográficas y tipo de parto en la prevención de la violencia obstétrica en España. *MUSAS. Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad*, 4(1), 98-119.
- Bowlby, J. (1958). The nature of the child's tie to his mother. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 39, 350-373. Recuperado de: <https://search.proquest.com/docview/1298191630?accountid=14475>
- Bowlby, J. (1995). Una base segura, Aplicaciones Clínicas de una Teoría del Apego. Barcelona: Editorial Paidós: 20-39

- Brigidi, S. y Ferreiro, S. (2018). Observatorio de la violencia de obstétrica en España. *Mujeres y Salud, 43*, 40-44.
- Brockington, I. F.(2004). Postpartum psychiatric disorders. *The Lancet, 363*(9405), 303-310.
- Brockington, I. F., Fraser, C. y Wilson, D. (2006). The postpartum bonding questionnaire: a validation. *Archives of women's mental health, 9*(5), 233-242.
- Cáceres Carrasco, J., Herrero-Fernández, D. y Iraurgi Castillo, I. (2013). Características psicométricas y aplicabilidad clínica de la " Escala de ajuste diádico" en una muestra de parejas españolas. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual, 21*(3).
- Camacho Arregui, J. (2019). *Contacto piel con piel en la primera hora de vida como facilitador del desarrollo de un vínculo de apego seguro; dependiendo de los niveles de cortisol y oxitocina que se secretan en la madre y el infante durante el parto y en la primera hora* (Tesis doctoral). Recuperado de : <http://repositorio.usfq.edu.ec/handle/23000/8371>
- Condon, J. T. y Corkindale, C. (1997). The correlates of antenatal attachment in pregnant women. *British Journal of Medical Psychology, 70*, 359-372.
- Contreras-García, Y., Sobarzo Rodríguez, P. y Manríquez-Vidal, C. (2017). Caracterización del apoyo social percibido durante el posparto y la presencia de depresión materna. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología, 43*(1), 1-13.
- Dávila, Y. (2015). La influencia de la familia en el desarrollo del apego. *Anales, revista de la universidad de Cuenca, 57*, 121-130.
- Díaz, S (1997). El periodo postparto. Recuperado de: <http://www.unicef.cl/lactancia/docs/mod04/POST-PARTO.pdf>
- Domeyko Prieto, M. (2019). Antecedentes de depresión, síntomas de estrés post-traumático y apoyo social percibido: prediciendo depresión postparto. (Tesis doctoral, Pontificia Universidad Católica de Chile). Recuperado de: <https://repositorio.uc.cl/handle/11534/23693>

- Domínguez Salonginos, O., López Escriche, M. y Knecht, C. (2018). Psicoterapia grupal: un enfoque integrado para abordar la salud sexual y la relación de pareja tras el parto. *Informaciópsicològica*, (115), 137-152.
- Espinoza Chocano, D. (2016). Factores asociados a ansiedad perinatal en gestantes (Tesis Doctoral, Universidad Privada Antenor Orrego). Recuperado de: <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/2192>
- Figuroa-Damián, R., Beltrán-Montoya, J., Espino, S., Reyes, E. y Segura-Cervantes, E. (2013). Consumo de agua en el embarazo y la lactancia. *Acta Pediátrica de México*, 34(2), 102-108.
- García Quiroga, M. y Ibáñez Fanes, M. (2007). Apego e hiperactividad: Un estudio exploratorio del vínculo madre-hijo. *Terapia psicológica*, 25(2), 123-134.
- García Vega, M., Muñoz Gálligo, E., Mingote Adán, J. C., Isla, I., Ruiz, F. D. y Hernández García, J. M. (2012). El estrés, uno de los principales factores psicosociales predisponentes en el desarrollo de la depresión puerperal. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, (103), 65-71.
- Goberna-Tricas, J. (2018). Bioética de la relación asistencial: El modelo deliberativo como propuesta frente a la falta de respeto, el maltrato y la violencia obstétrica en atención al parto. *Dilemata*, (26), 53-62.
- Goecke, T., Voigt, F., Faschingbauer, F., Spangler, G., Beckmann, M. y Beetz, A. (2012). The association of prenatal attachment and perinatal factors with pre-and postpartum depression in first-time mothers. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 286, 309-316. <http://dx.doi.org/10.1007/s00404-012-2286-6>.
- González Robles, L. (2016). *La sexualidad femenina en el postparto: una investigación cualitativa desde la teoría fundamentada*. (Trabajo de Fin de Máster). Recuperado de: <http://repositorio.unican.es:8080/xmlui/handle/10902/8559>
- Grimalt, L. y Heresi, E. (2012). Estilos de apego y representaciones maternas durante el embarazo. *Revista chilena de pediatría*, 83(3), 239-246. DOI: 10.4067/S037041062012000300005

- Guendelman, S. (2008). Neurobiología Interpersonal: la depresión post-parto y el vínculo de apego temprano. *Psiquiatría universitaria*, 4(4), 454-461.
- Iglesias, S., Conde, M., González, S. y Parada, M. E. (2019). ¿ Violencia obstétrica en España, realidad o mito? 17.000 mujeres opinan. *MUSAS. Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad*, 4(1), 77-97.
- Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal (2016). Recuperado de: <https://saludmentalperinatal.es/la-lactancia-materna-como-herramienta-fisiologica-del-vinculo-afectivo/>
- Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal (2018). Recuperado de; <https://saludmentalperinatal.es/como-afecta-la-oxitocina-sintetica-al-comportamiento-materno-la-lactancia-y-el-vinculo-madre-criatura/>
- Klaus, M. y Kennell, J. (1976). Maternal-Infant Bonding: The Impact of Early Separation or Loss on Family Development.
- Lam Flores, S. L., Sánchez Romero, V. J., Alva Olivos, M. A., Castillo Vásquez, J. S. y Cabellos Tufinio, P. (2018). Violencia obstétrica y estrés en puérperas atendidas en un hospital de Chimbote, 2017. Recuperado de: <http://repositorio.usanpedro.edu.pe/handle/USANPEDRO/314>
- Leonetti Correia, L. y Martins Linhares, M. B. (2007). Ansiedad maternal en el período prenatal y postnatal: revisión de la literatura. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(4), 677-683.
- Lotero Osorio, H. D., Villa González, I. C., y Torres Trujillo, L. E. (2018). Afectividad y Apoyo Social Percibido en Mujeres Gestantes: un Análisis Comparativo. *Revista Colombiana de Psicología*, 27(2), 85-101.
- Marín Ospina, J., Jiménez, Á. M. y Villamarín Betancourt, E. (2016). Influencia de la lactancia materna en la formación del vínculo y en el desarrollo psicomotor. *Colección Académica de Ciencias Sociales*, 3(2), 1 - 10. Recuperado de <https://revistas.upb.edu.co/index.php/cienciassociales/article/view/6639>

- Martín Gutiérrez de Cabiedes, M. B. (2018). Las nuevas tecnologías como fuente de apoyo social en la transición a la maternidad. Un estudio cualitativo (Tesis Doctoral, Universidad de Comillas de Madrid). Recuperado de: <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/handle/11531/31310>
- Moneta, M. E. (2014). Apego y pérdida: redescubriendo a John Bowlby. *Revista chilena de pediatría*, 85(3), 265-268.
- Oliva Delgado, A. (2004). Estado actual de la teoría del apego. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 4(1), 65-81.
- Olza Fernández, I., Serrano Drozdowskyj, E. y Muñoz Labián, C.(2011). Lactancia para psiquiatras: Recomendaciones sobre el empleo de psicofármacos en madres lactantes. *Archivos de psiquiatría*, 74(1), 2.
- Olza Fernández, I. (2014). Estrés postraumático secundario en profesionales de la atención al parto. Aproximación al concepto de violencia obstétrica. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, (111), 79-83.
- Olza Fernández, I., Ruiz Berdún, D. y Villarrea, S. (2017). La culpa de las madres. Promover la lactancia materna sin presionar a las mujeres. *Revista Internacional de Éticas Aplicadas*, 25, 217-225. Recuperado de: <https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/412000143>
- Organización Mundial de la Salud (2018). Recuperado de: [https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal\\_perinatal\\_health/anc-positive-pregnancy-experience/es/](https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/es/)
- Palacios-Hernández, B. (2016). Alteraciones en el vínculo materno-infantil: prevalencia, factores de riesgo, criterios diagnósticos y estrategias de evaluación. *Revista de la Universidad Industrial de Santander Salud*, 48(2), 164-176. DOI:<http://dx.doi.org/10.18273/revsal.v48n2-2016001>
- Palacios-Hernández, B., Subirà S. y García-Esteve, L. (2015). Comparative study of the factors involved in the mother-infant bonding in women with and without postpartum depression (Tesis Doctoral publicada). Departamento de Psicología

- Clínica y de la Salud, Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona. Recuperado de: [https://ddd.uab.cat/pub/tesis/2015/hdl\\_10803\\_311622/bph1de1.pdf](https://ddd.uab.cat/pub/tesis/2015/hdl_10803_311622/bph1de1.pdf)
- Pinedo Palacios, J. y Santelices Álvarez, M. (2006). Apego adulto: Los Modelos Operantes Internos y la Teoría de la Mente. *Terapia Psicológica*, 24 (2), 201-209.
- Pisoni, C., Garofoli, F., Tzialla, C., Orcesi, S., Spinillo, A., Politi, P. y Stronati, M. (2014). Risk and protective factors in maternal-fetal attachment development. *Early Human Development*, 90, S45-S46. Recuperado de: [http://dx.doi.org/10.1016/S0378-3782\(14\)50012-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0378-3782(14)50012-6).
- Quevedo Navarro, B., Bernal Leal, S., Paños Villaescusa, R. y Ballesta Castillejos, A. (2015). Influencia de la fatiga posparto sobre el tipo de alimentación en el primer mes de vida. *NURE investigación: Revista Científica de enfermería*, 12(75), 5.
- Ramírez Peláez, H. y Rodríguez Gallego, I. (2014). Beneficios del acompañamiento a la mujer por parte de su pareja durante el embarazo, el parto y el puerperio en relación con el vínculo paternofilial. Revisión bibliográfica. *Matronas profesión*, 15(4), 1-6.
- Rodríguez Fernández, B. y Sueiro Domínguez, E. (2017). Sexualidad en embarazo y postparto: la necesidad de educación afectivo-sexual. *Revista de Estudios e Investigación en Psicología y Educación*, 0(14), 245-248.
- Rodríguez-Muñoz, M. D. L. F., Olivares, M. E., Izquierdo, N., Soto, C. y Huynh-Nhu, L. (2016). Prevención de la depresión perinatal. *Clínica y Salud*, 27(3), 97-99.
- Rodríguez- Ramos, P. A. y Aguilera- Ávila, L. (2017). La violencia obstétrica, otra forma de violencia contra la mujer. El caso de Tenerife. *MUSAS. Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad*, 2(2), 56-74. Recuperado de: <http://revistes.ub.edu/index.php/MUSAS/article/view/vol2.num2.4>
- Roncallo, C. P., Sánchez de Miguel, M. y Arranz Freijo, E. (2015). Vínculo materno-fetal: implicaciones en el desarrollo psicológico y propuesta de intervención en atención temprana. *Escritos de psicología (Internet)*, 8(2), 14-23.
- Salinas-Quiroz, F. y Posada, G. (2015). MBQS: Método de evaluación para intervenciones en apego dirigidas a primera infancia. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 13 (2), 1051-1063.



- Sánchez García, J., Rodríguez Blanque, R., Sánchez López, A., Baena García, L., Suárez Manzano, S. y Aguilar Cordero, M. (2016). Efectos de la actividad física durante el embarazo y en la recuperación posparto: protocolo de estudio. *Nutrición Hospitalaria*, 33 (5), 29-32.
- Santaelices, M. P. y Olhaberry, M. (2009). Asistencia temprana a salas cuna y patrones de apego infantil: una revisión. *Summa Psicológica UST*, 6(1), 101-111.
- Santos-Iglesias, P., Vallejo-Medina, P. y Sierra, J. C. (2009). Propiedades psicométricas de una versión breve de la Escala de Ajuste Diádico en muestras españolas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9(3), 501-517
- Spinner, M. R. (1978). Maternal-infant bonding. *Canadian Family Physician*, 24, 1151-1153.
- Suarez Cuba, M. Á. (2011). Identificación y utilidad de las herramientas para evaluar el apoyo social al paciente y al cuidador informal. *Revista Médica La Paz*, 17(1), 60-67.
- Tavares, I. M., Schlagintweit, H. E., Nobre, P. J., y Rosen, N. O. (2019). Sexual well-being and perceived stress in couples transitioning to parenthood: A dyadic analysis. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 19(3), 198-208.
- Torres, A., Navarro, P., Ascaso, C., Imaz, M. L. y García-Esteve, L. (2014). Trabajo, estrés laboral y psicopatología perinatal. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, (109), 9-15.
- Urizar Uribe, M. (2012). Vínculo afectivo y sus trastornos. Recuperado de: <http://www.avpap.org/documentos/bilbao2012/DesarrolloAfectivoAVPap.pdf>
- Vargas Porras, C. y Hernández Molina, L. M. (2010). Validez y confiabilidad del cuestionario "Prácticas de cuidado que realizan consigo mismas las mujeres en el posparto". *Avances en enfermería*, 28(1), 96.
- Venezuela, Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia de 23 de abril de 2007, de La Asamblea Nacional. *Gaceta Oficial*. nº 38.668.

Zicavo, N. y Vera, C. (2011). Incidencia del ajuste diádico y sentido del humor en la satisfacción marital. *Revista de Psicología, 13(1)*, 74-89.

## 8. ANEXOS

### ANEXO 1.

#### POSTPARTUM BONDING QUESTIONNAIRE (PBQ)

Por favor indique con qué frecuencia le ocurre lo que se detalla a continuación. No hay respuestas “buenas” o “malas”. Escoja la respuesta más adecuada a su experiencia en los últimos 24 meses.

¿Cómo se siente respecto a su bebé?	Siempre	Muy a menudo	Bastante a menudo	A veces	Raramente	Nunca
1. Me siento cercana.						
2. Desearía que volvieran los días en que no lo tenía.						
3. Me siento distante.						
4. Me encanta abrazarlo.						
5. Lamento haberlo tenido.						
6. Siento como si no fuera mío.						
7. Siento que me toma el pelo.						
8. Lo quiero con locura.						
9. Me siento feliz cuando ríe.						
10. Me irrita.						
11. Disfruto jugando con él.						
12. Llora demasiado.						
13. Me siento atrapada como madre.						
14. Me siento enfadada con mi bebé.						
15. Siento resentimiento hacia él.						
16. Es el más guapo del mundo.						
17. Desearía que de alguna manera desapareciera.						
18. He hecho cosas que son perjudiciales para él.						

19.	Me pone nerviosa.						
20.	Me asusta.						
21.	Me fastidia.						
22.	Me siento segura cuando lo estoy cuidando.						
23.	Siento que la única solución es que otra persona lo cuide.						
24.	Tengo ganas de hacerle daño.						
25.	Se consuela fácilmente.						

## ANEXO 2.

### CUESTIONARIO DE ESTRÉS PERCIBIDO MATERNO (EPM)

Al contestar el siguiente cuestionario marque la respuesta que mejor describa sus sentimientos. Si encuentra que una respuesta no describe con exactitud sus sentimientos, señale la que más se acerque a ellos. Debe responder de acuerdo con la primera reacción que tenga después de leer cada oración.

	Muy en desacuerdo	Desacuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
Siento un agotamiento constante a diario					
Tengo la sensación de que no puedo controlar bien las situaciones					
Dejo de satisfacer mis propias necesidades para satisfacer las de mi hijo/a					
Siento que me cuesta concentrarme en las tareas que normalmente antes realizaba					
Siento que mis responsabilidades como madre me desbordan					
Me siento irritable con					

frecuencia					
Me cuesta conciliar el sueño (en los pocos momentos que tengo para descansar)					
Siento fluctuaciones en mi apetito (a veces hambre desmesurada, a veces inapetencia)					
No disfruto de las cosas como lo hacía antes					
No estoy tan interesada por la gente como lo estaba antes					
Siento que no soy una buena madre					
Me siento juzgada como madre					
No soy capaz de hacer tantas cosas como esperaba					
Siento malestar físico que antes no sentía (dolores de cabeza, dolores musculares, cansancio exagerado, por ejemplo)					
Todos los comportamientos que realiza mi hijo/a tienen consecuencias estresantes en mí					

### ANEXO 3.

#### ESCALA DE AJUSTE DIÁDICO (DYADIC ADJUSTMENT SCALE, DAS)

Marca con una X el espacio que refleje mejor tu posición actual en cada uno de los siguientes aspectos, en tu relación de pareja.

	Siempre de acuerdo	Casi siempre de acuerdo	Desacuerdo ocasional	Desacuerdo frecuente	Casi siempre desacuerdo	Siempre en desacuerdo
--	--------------------	-------------------------	----------------------	----------------------	-------------------------	-----------------------

1) Manejo de las finanzas familiares						
2)Diversiones						
3)Asuntos religiosos						
4)Demostraciones del afecto						
5) Amistades						
6)Relaciones sexuales						
7)Conductas convencionales (conductas correctas o apropiadas)						
8)Filosofía de vida						
9) Relaciones con parientes cercanos						
10) Metas, objetivos y cosas consideradas como importantes						
11) Cantidad de tiempo que pasan juntos						
12) Toma de decisiones importantes						
13) Tareas domésticas						
14) Intereses y actividades de ocio (de tiempo libre)						
15) Decisiones en relación con el futuro (de cada uno)						
	<b>Siempre</b>	<b>Casi siempre</b>	<b>A menudo</b>	<b>Ocasionalmente</b>	<b>Raramente</b>	<b>Nunca</b>
16) ¿Con qué frecuencia habéis pensado en el divorcio?						
17) ¿Con qué frecuencia te vas de casa tras una pelea?						
18) Con qué frecuencia piensas que las cosas os van bien como pareja?						
19) ¿Confías en tu pareja?						

20) ¿Lamentas el haberte casado?						
21) ¿Con qué frecuencia discutís?						
22) ¿Con qué frecuencia perdéis el control durante una pelea?						
23) ¿Besas a tu pareja?						
24) ¿En qué ocasiones participas con tu pareja en actividades externa a la familia?						
	<b>Nunca</b>	<b>Menos de una vez al mes</b>	<b>Una o dos veces al mes</b>	<b>Una o dos veces a la semana</b>	<b>Una vez al día</b>	<b>Más a menudo</b>
25) ¿Tienen un intercambio de ideas estimulante?						
26) ¿Se ríen juntos?						
27) ¿Discuten las cosas con calma?						
28) ¿Trabajan juntos en algún proyecto?						

Indica si en las últimas semanas el desacuerdo en alguno de los puntos siguientes os ha causado problema:

29) Estar demasiado cansado para tener relaciones sexuales Sí No

30) Ausencia de muestras de cariño Sí No

31) Las alternativas que aparecen a continuación representan diversos grados de satisfacción en una relación de pareja. La alternativa central ("Satisfecho") representa el grado de satisfacción de la mayoría de las relaciones. A continuación señale la respuesta que mejor describa el grado de satisfacción de tu relación (tras hacer un balance global de la misma):

- Muy insatisfecho
- Bastante insatisfecho
- Un poco insatisfecho
- Satisfecho

- Muy Satisfecho
- Extremadamente satisfecho
- Perfecto

## **ANEXO 4.**

### **CUESTIONARIO SOBRE HÁBITOS DE SALUD MATERNOS**

Este cuestionario presenta ítems relacionados con diferentes hábitos saludables de las madres durante el primer año de vida del bebé. Por favor, responda con sinceridad a las preguntas formuladas, no existen respuestas buenas o malas.

	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
<b>1. He practicado deporte durante el embarazo, como por ejemplo salir a caminar, natación, yoga o similares</b>		
<b>2. Tras el nacimiento del bebé, he realizado deporte</b>		
<b>3. Realizo cuatro o cinco comidas al día</b>		
<b>4. Considero que llevo una dieta equilibrada con variedad de alimentos</b>		
<b>5. Llevo un orden u horario en mis comidas</b>		
<b>6. Bebo entre siete u ocho vasos de agua diariamente</b>		
<b>7. No he consumido ningún tipo de droga durante el embarazo (considerándose droga tabaco, alcohol, cannabis y otras drogas ilegales)</b>		
<b>8. Después del embarazo no he consumido ningún tipo de droga (considerándose droga tabaco, alcohol, cannabis y otras drogas ilegales)</b>		
<b>9. Duermo entre seis y ocho horas diarias</b>		
<b>10. Mi tiempo de sueño presenta una calidad adecuada que me permite estar descansada</b>		
<b>11. He asistido a todas las revisiones médicas necesarias durante el embarazo</b>		
<b>12. He acudido a un curso de preparación al parto</b>		
<b>13. Tras el embarazo, he acudido al médico si era necesario para cuidar mi salud</b>		
<b>14. Mi salud física y mental es igual de importante que la de mi bebé</b>		

## **ANEXO5.**

### ESCALA MOS DE APOYO SOCIAL

Rellene con la mayor sinceridad posible las siguientes cuestiones que se refieren al apoyo o ayuda de que usted dispone: Recuerde que no hay respuestas "malas" ni "buenas". Encontrará una pregunta abierta, la número 1, y las siguientes preguntas se responderán marcando el número que más se adapte a su realidad.

**1. Aproximadamente, ¿Cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene usted? (personas con las que se siente a gusto y puede hablar acerca de todo lo que se le ocurre).**

**Escriba el número de amigos íntimos o familiares cercanos: .....**

	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de veces	Siempre
2. Alguien que le ayuda cuando tenga que estar en la cama					
3. Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar					
4. Alguien que le aconseje cuando tenga problemas					
5. Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita					
6. Alguien que le demuestre amor y afecto					
7. Alguien con quien pasar un buen rato					
8. Alguien que le informe y le ayude a entender una situación					
9. Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y de sus preocupaciones					
10. Alguien que le abrace					
11. Alguien con quien pueda relajarse					
12. Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo					
13. Alguien cuyo consejo					



realmente desee					
14. Alguien con quien hacer cosas que le ayuden a olvidar sus problemas					
15. Alguien que le ayude con las tareas domésticas si está enfermo					
16. Alguien con quien compartir sus temores o problemas más íntimos					
17. Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales					
18. Alguien con quien divertirse					
19. Alguien que comprenda sus problemas					
20. Alguien a quien amar y sentirse querido					

## ANEXO 6.

### CUESTIONARIO SOBRE EL PARTO

Este cuestionario presenta ítems relacionados con posibles situaciones que se hayan podido producir durante el parto. Por favor, responda con sinceridad a las preguntas formuladas, recordando que no existen respuestas buenas o malas.

	SÍ	NO
1. ¿Sintió que le adelantaron el parto por conveniencia del personal sanitario?		
2. ¿Intervinieron estudiantes de prácticas durante el trabajo del parto o el parto sin su consentimiento?		
3. ¿ Sintió que le infantilizaron (son diminutivos. sobrenombres, al tomar decisiones, simplificando demasiado las explicaciones) como si no pudiera entender lo que pasaba u opinar?		
4. ¿Le fue difícil o imposible preguntar o manifestar sus miedos o inquietudes porque no le respondían o lo hacían de mala manera?		
5. ¿Se sintió desatendida por parte del personal sanitario durante el trabajo del parto?		
6. ¿Le obligaron a quedarse en la cama, impidiéndole caminar o cambiar de posición?		
7. ¿Cree que el personal sanitario hacía comentarios irónicos, en tono de		

burla o descalificaciones de su comportamiento o sus sensaciones?		
8. ¿Cree que le impidieron expresar sus emociones (llorar, gritar, reír...) durante el trabajo de parto o el parto?		
9. En el momento del parto, ¿se le impidió o dificultó elegir la posición para parir?		
10. ¿Se le impidió el contacto con el bebé antes de que se lo llevaran para los controles?		
11. ¿Se sintió amenazada o insultada durante el trabajo de parto o el parto?		
12. ¿Le hicieron sentir culpable por algún resultado negativo del parto?		

## ANEXO 7.

La presente investigación pretende evaluar si existe alguna correlación entre el estrés percibido por la madre durante los 2 primeros años de vida del hijo/a y la relación de apego existente entre ambos, entendiendo el apego como el vínculo afectivo específico que se genera entre la madre y su infante. Para ello, se incluirán diversas variables que pueden considerarse de importancia en referencia a estos procesos: el apoyo social percibido, la calidad de la pareja, circunstancias del parto y hábitos de salud.

Para el correcto funcionamiento de la investigación será necesario responder algunas preguntas con la mayor sinceridad, destinadas a evaluar los aspectos anteriormente expuestos, a ser posible, en las dos semanas siguientes a recibirlo.

Los datos resultantes serán empleados con fines de investigación, siendo éstos totalmente anónimos. Asimismo, para no interferir en el tiempo de los participantes, los cuestionarios se rellenarán por correo electrónico o vía whatsapp, facilitando en la medida de lo posible que puedan rellenar los datos pertinentes. El correo se indicará a continuación del mismo modo, si se desea, pueden recibir los resultados de la investigación indicándolo en la siguiente casilla:

- Me gustaría conocer los resultados de la investigación  SÍ  NO  
En caso de aceptar participar, indique su correo electrónico:.....

Si lo prefiere puede añadir el número de teléfono móvil para acceder vía whatsapp a los cuestionarios .....

Yo, Don/doña..... con DNI/NIE ..... manifiesto que he sido correctamente informado/a y comprendo y acepto todas las condiciones y la información que me ha sido expuesta, respondiendo a todas las dudas que se me han planteado sobre la misma.

Toda la información suministrada está sujeta a las disposiciones que se encuentran recogidas en el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, no pudiendo ser difundida sin la expresa autorización del responsable legal, a excepción de los casos que sean previstos por la Ley.

Queda constancia a .... de ..... del año 2020, en .....

Firmado:

<b>NÚMERO DE PARTICIPANTE:</b>
--------------------------------

#### **DATOS GENERALES DE LA PARTICIPANTE**

<b>EDAD DE LA MADRE</b>		
<b>EDAD DEL MENOR</b>		
<b>PAREJA</b>	SÍ	NO
<b>NÚMERO DE HIJOS</b>		
<b>COMPLICACIONES EN EL PARTO</b>	SÍ	NO
<b>ENFERMEDADES DEL MENOR</b>	SÍ	NO

**En caso de complicaciones en el parto, ¿cuáles han sido estas?**

**En caso de respuesta afirmativa en enfermedades del menor, ¿qué enfermedad/es presenta?**