



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Medicina

Escuela Profesional de Obstetricia

Vínculo prenatal asociado a prácticas de autocuidado en el embarazo, Lima 2018

TESIS

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia

AUTOR

Doris Vanessa GUZMÁN GONZALES

ASESOR

Edita Rumualda CUYA CANDELA

Lima, Perú

2018



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Guzmán D. Vínculo prenatal asociado a prácticas de autocuidado en el embarazo, Lima 2018 [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Escuela Profesional de Obstetricia; 2018.



Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América
Facultad de Medicina



Escuela Profesional de Obstetricia
"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Hombres y Mujeres"
"Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OBTENER EL TITULO
PROFESIONAL DE LICENCIADO (A) EN OBSTETRICIA

El jurado designado para evaluar la Sustentación de Tesis, de acuerdo a las "Normas para la Elaboración de Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado (a) en Obstetricia en las Escuelas Profesionales de la Facultad de Medicina", de:

BACHILLER: GUZMÁN GONZALES DORIS VANESSA

Cuyo título es: VÍNCULO PRENATAL ASOCIADO A PRÁCTICAS DE
AUTOCUIDADO EN EL EMBARAZO, LIMA 2018. Reunidos en la fecha, después de
la sustentación y resolución de preguntas por el Tesista, acordó el siguiente calificativo:

..... *Muy Bueno* *Diecisiete* *17*

Marta Luque S
LIC. OBST. MARTA LUQUE SUMA
C.O.P. 2843
PRESIDENTE

Dora Nancy Michuy
LIC. OBST. DORA NANCY RODRIGUEZ MICHUY
C.O.P. 3978
MIEMBRO

Isabel Alfonso Flores
LIC. OBST. ISABEL ALFONZO FLORES
C.O.P. 0283
MIEMBRO

Edita R. Cuya Candela
LIC. OBST. EDITA R. CUYA CANDELA
C.O.P. 1262
ASESOR (A)

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
FACULTAD DE MEDICINA
Clara Diaz Tinoco
Mg. CLARA DIAZ TINOCO
DIRECTORA
E.P. DE OBSTETRICIA

Lima, 20 de diciembre del 2018

AGRADECIMIENTO

Expreso mi gratitud a mi querida Universidad por permitirme conocer esta maravillosa carrera, así como convertirme en un profesional en lo que tanto me apasiona, gracias a mis profesores, quienes con la enseñanza de sus valiosos conocimientos fueron parte de mi formación.

Muchas gracias a mi asesora Obst. Edita Cuya Candela por brindarme su paciencia, apoyo incondicional, sus orientaciones teóricas y metodológicas e impulsarme al desarrollo de la investigación científica.

Gracias al obstetra Victor Hugo Moquillaza Alcántara por su extraordinaria asesoría en la presente tesis y su excelente calidad de ser humano.

Gracias a mis obstetras del Centro de Salud San Juan de Miraflores por las facilidades otorgadas para la ejecución de esta investigación y sobre todo por los conocimientos compartidos, enseñanzas y apoyo brindado en todo momento, todo mi cariño y gratitud hacia ellas.

DEDICATORIA

A Dios, por permitirme haber culminado esta etapa universitaria y haberme acompañado durante todo el proceso, siendo mi protector en los momentos difíciles y su palabra mi motor para seguir adelante.

A mis queridos padres Luis y Doris por darme su amor y apoyo incondicional en toda etapa de mi vida, también a mi hermana Yaly, mi compañera de juegos y mi mejor consejera, porque estaremos siempre la una para la otra, todo mi cariño y admiración. Para mi prima Moni y toda mi familia por ser personas llenas de nobleza y de gran corazón.

A Oscar, mi compañero de sueños, gracias por apoyarme, brindarme su amor y soporte en todo este tiempo. A mis amigas Angela, Rocío, Alicia, Marycruz y Kathia por las aventuras vividas en nuestra querida alma mater.

INDICE

RESUMEN	5
ABSTRACT	6
I. INTRODUCCION	7
1.1 ANTECEDENTES.....	10
1.2 MARCO CONCEPTUAL.....	19
II. METODOLOGÍA.....	38
2.1 TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	38
2.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO	38
2.3 MUESTRA DE ESTUDIO.....	39
2.4 VARIABLES DE INVESTIGACIÓN	39
2.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....	40
2.6 PLAN DE PROCEDIMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	41
2.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS	42
2.8 LIMITACIONES DE ESTUDIO	42
III. RESULTADOS.....	43
IV. DISCUSION.....	50
V. CONCLUSIONES	55
VI. RECOMENDACIONES.....	56
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	57
VIII. ANEXOS.....	61
ANEXO 1° CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	61
ANEXO 2° FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	62
ANEXO 3° ESCALA DE VINCULACIÓN ANTENATAL MATERNO	63
ANEXO 4° CUESTIONARIO DE PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN EL EMBARAZO...	64
ANEXO 5° FICHA DE EVALUACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS.....	65
ANEXO 6° VALIDACIÓN – PRUEBA BINOMIAL	66
ANEXO 7° CERTIFICACIÓN DE TRADUCCIÓN DE INSTRUMENTO POR EXPERTO	67
ANEXO 8° OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	68
ANEXO 9° MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	70
ANEXO 10° VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS – PRUEBA PILOTO	72

RESUMEN

VÍNCULO PRENATAL ASOCIADO A PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN EL EMBARAZO DE GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD SAN JUAN DE MIRAFLORES DURANTE EL PERIODO AGOSTO-OCTUBRE 2018

Objetivos: Determinar si existe asociación entre el vínculo prenatal y las prácticas de autocuidado en el embarazo de gestantes atendidas en el Centro de Salud San Juan de Miraflores durante el periodo agosto - octubre 2018.

Material y métodos: Estudio observacional, analítico, de corte transversal. Donde la muestra estuvo conformada por 70 gestantes, con una edad gestacional mayor a 20 semanas. Se utilizó como ficha de recolección de datos el instrumento adaptado de la Maternal Antenatal Attachment Scale (MAAS) y el instrumento de Prácticas de Autocuidado en el embarazo. La validación estadística de ambos se realizó de acuerdo al alfa de Cronbach. El análisis inferencial se evaluó mediante la prueba Chi Cuadrado de Pearson, considerando un nivel de confianza del 95% y se asumió que existe asociación ya que el valor de p es menor de 0.05.

Resultados: Se encontró asociación entre el vínculo prenatal y las prácticas de autocuidado en el embarazo con una evidencia estadísticamente significativa de ($p=0.025$). En la dimensión de calidad de vínculo prenatal y las prácticas de autocuidado de igual manera existió una asociación estadísticamente significativa ($p=0.049$). No ocurriendo lo mismo en el caso de intensidad de preocupación del vínculo prenatal y las prácticas de autocuidado, donde no se halló evidencia estadísticamente significativa ($p=0.064$).

Conclusiones: Existe relación significativa entre vínculo prenatal y prácticas de autocuidado en el embarazo en las gestantes que acuden al Centro de Salud de San Juan de Miraflores en el periodo agosto-octubre del 2018.

Palabras claves: Vínculo prenatal, prácticas de autocuidado, embarazo

ABSTRACT

PRENATAL LINK ASSOCIATED WITH SELF-CARE PRACTICES IN THE PREGNANCY OF GESTANTS ATTENDED AT SAN JUAN DE MIRAFLORES HEALTH CENTER DURING THE AUGUST-OCTOBER PERIOD OF 2018

Objectives: To determine if there is an association between the prenatal link and self-care practices in the pregnancy of pregnant women attended at the San Juan de Miraflores Health Center during the period August - October 2018.

Material and methods: Observational, analytical, cross-sectional study. Where the sample consisted of 70 pregnant women, with a gestational age greater than 20 weeks. The adapted instrument of the prenatal maternal and maternal attachment scale (MAAS) and the instrument of self-care practices in pregnancy were used as a data collection form. The statistical validation of both was performed according to the Cronbach's alpha. The inferential analysis was evaluated using the Pearson's Chi Square test, a confidence level of 95% was obtained and it was assumed that there is an association so that the value of the minor is of 0.05.

Results: An association was found between prenatal bond and self-care practices in pregnancy with statistically significant evidence of ($p = 0.025$). In the dimension of prenatal link quality and self-care practices, there is a statistically significant association ($p = 0.049$). Nothing happens in regard to the relationship between the prenatal relationship and self-care practices, where there is no statistically significant evidence ($p = 0.064$).

Conclusions: There is a significant relationship between prenatal relationships and self-care practices in pregnant women who attend the Health Center of San Juan de Miraflores in the August-October period of 2018.

Keywords: Prenatal link, self-care practices, pregnancy

I. INTRODUCCION

Según los últimos datos presentados por la Organización Mundial de la Salud del presente año; cada día mueren en todo el mundo 830 mujeres por complicaciones relacionadas al embarazo y parto. Cabe resaltar que en el 2015 se estimaron 303,000 muertes de mujeres durante el embarazo y parto a nivel mundial. En las zonas rurales y en las comunidades más pobres es donde se concentra el mayor número de muertes maternas. A nivel mundial aproximadamente un 80% son debido a causas directas que incluyen trastornos hipertensivos, hemorragias intensas e infecciones y parto obstruido. Entre el 20% están las causas indirectas por enfermedades que complican el embarazo o son agravadas por él, como el paludismo, la anemia, el VIH/SIDA o las enfermedades cardiovasculares. De la mortalidad materna reportada, el 99% comprende a los países en vías de desarrollo, como es el caso de nuestro país. ⁽¹⁾

La OMS refiere que muchas mujeres mueren de complicaciones que se producen durante el embarazo y el parto o después de ellos. La mayoría de esas complicaciones aparecen durante la gestación y la mayoría son prevenibles o tratables ⁽¹⁾

Una de las estrategias más eficaces planteada por la Organización Mundial de la salud (OMS) para reducir la mortalidad materna perinatal es el enfocarse en una maternidad saludable y segura. La evidencia científica al respecto reporta que la mortalidad materna ha disminuido casi un 50% desde 1990 hasta el 2015. ⁽¹⁾, sin embargo aún existe un alto número de muertes maternas en algunas zonas del mundo, lo cual refleja las inequidades en el acceso a los servicios de salud y subraya las diferencias socioeconómicas de una población.

La deficiencia en prácticas de autocuidado en gestantes puede tener como consecuencia el deterioro de su salud y el de su futuro bebé, lo que genera un aumento en la morbimortalidad materna y perinatal. ⁽³⁾ el autocuidado tiene el objetivo de identificar factores de riesgo y enfermedades que pueden ser

detectadas durante el desarrollo del embarazo, para así llevar a cabo acciones preventivas que beneficien la salud de la materna y su bebé. ⁽⁴⁾

Dentro de los Objetivos del Desarrollo Sostenible (2016- 2030), la Maternidad Segura es uno de los temas claves para lograr una mejor calidad de vida para la madre y el niño. La inversión en una maternidad saludable y sin riesgos es una intervención eficaz para disminuir la mortalidad materna. ⁽⁸⁾

La idea surge desde el año 1987 cuando las Naciones Unidas convocan a la Primera Conferencia Mundial en Nairobi (Kenia), que formuló un "Llamado a la Acción" para reducir los riesgos del embarazo y disminuir la mortalidad materna. Ese día se celebró La Maternidad Saludable y Segura. Esta iniciativa fue liderada por un Grupo Interagencial, compuesto por el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el Fondo de actividades de Población (FNUAP), la OMS, la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF), El Consejo de Población y el Banco Mundial. ⁽¹⁾

En el año 1998 el Ministerio de Salud del Perú asumió este compromiso, declarando la tercera semana de Mayo, de cada año, como la "Semana de la Maternidad Saludable y Segura", con la finalidad de sensibilizar, motivar y comprometer a todas las instituciones públicas y privadas, así como a la población en general, en el tema de la maternidad sin riesgos. ⁽⁹⁾

En la "Semana de la Maternidad Saludable y Segura" las obstetras promueven que nuestras madres peruanas gocen de mayor conocimiento respecto a los derechos que tienen, autocuidados que deben tener con ellas mismas y con sus hijos por nacer, el cual engloba una alimentación adecuada en el embarazo, estilos de vida saludables, conocimiento de las consecuencias al tener hábitos nocivos, importancia de las sesiones de Psicoprofilaxis obstétrica y Estimulación Prenatal, para que se puedan preparar de manera integral para la llegada de su futuro hijo. De esta manera se logra prevenir las complicaciones.

En el Perú se han tenido importantes avances con respecto a la disminución de los casos de muerte materna en los últimos años y en lo que respecta a la

mejora de la salud materna se consideró que nuestro país ha tenido progresos hacia el logro del ODM 5, debido a la reducción sostenida que tuvo hasta el 2013 de la mortalidad materna. ⁽¹⁾

Se estuvo cerca de cumplir con los objetivos del milenio, esperando llegar a 66 muertes maternas por 100000 nacidos vivos para el año 2015. Según las estimaciones de la razón de mortalidad materna (1990 a 2015) realizadas por la OMS, el UNICEF, el UNFPA, el Banco Mundial sobre las y la División de Población de Naciones Unidas, el Perú alcanzó una RMM de 68 muertes maternas por cada 100 mil nacidos vivos, para el año 2015; por lo que se considera que nuestro país ha tenido progresos hacia la mejora de la salud materna y el logro del ODM5. ⁽⁷⁾

Uno de los mejores momentos para brindar la información necesaria de cómo prevenir complicaciones es el control prenatal, al igual que la psicoprofilaxis obstétrica y estimulación prenatal en donde se les menciona a las gestantes qué prácticas de autocuidado deben tener durante su embarazo. Las soluciones sanitarias para prevenir o tratar las complicaciones son bien conocidas, tales como que todas las mujeres necesitan acceso a la atención prenatal durante la gestación, a la atención especializada durante el parto, y a la atención y apoyo en las primeras semanas tras el parto.

Existen hipótesis acerca de que el vínculo o apego prenatal es un factor que está ligado a la calidad en los cuidados ⁽⁵⁾, como ejemplo, si existen bajos niveles de unión prenatal pueden estar relacionados con diversas formas de abuso fetal, que puede ser pasivo, por omisiones en el cuidado y atención al embarazo, como no asistir a controles, no generar cambios asociados al nuevo estado, para potenciar las condiciones de desarrollo del feto, entre otras; o activos, como por ejemplo, la ingesta de drogas, consumo de alcohol, tabaquismo, trastornos de la alimentación o la autoagresión. Sin embargo, es necesario desarrollar más investigaciones sobre el tema, puesto que podría ser útil para disminuir el riesgo fetal. ⁽⁶⁾

2.1 ANTECEDENTES

Del Río G, Madero KP, Palencia S, Puerta L. realizaron una investigación en Colombia, en el 2013, titulado “Prácticas de cuidado que realizan consigo mismas y sus hijos por nacer gestantes del corregimiento palenque bolívar” El objetivo que se quiere demostrar es describir las prácticas de cuidado que realizan consigo misma y con el hijo por nacer las gestantes del corregimiento de Palenque Bolívar. La metodología es cuantitativa, porque apunta a la medición y utilización de técnicas estadísticas (medición con instrumento) lo que permitió medir variables o conceptos asignados en este proyecto. El conocimiento sobre las prácticas de cuidado durante la gestación desde la perspectiva transcultural permitirá proporcionar un cuidado materno perinatal más comprometido con las necesidades, creencias, realidades y cotidianidad de las gestantes de dicha población. En los resultados encontraron una regular práctica de cuidado en las dimensiones de estimulación prenatal (84%), ejercicio y descanso (6%), higiene y cuidados personales (52%) y buena práctica de cuidado, alimentación (66%), sustancias no beneficiosas (100%), sistemas de apoyo (58%). La conclusión del presente artículo teniendo en cuenta el arraigo del cuidado genérico en las embarazadas palenqueras se hace necesario que la práctica profesional ajuste sus acciones de cuidado a las costumbres y creencias de esta cultura afro descendiente negociándolos, preservándolos o reestructurándolos en conjunto, para ofrecer un cuidado culturalmente congruente. ⁽¹⁹⁾

Quintero A, González A. en un estudio en México en el año 2017, titulado “Formalización de la transmisión del cuidado entre la madre y el feto durante la gestación” el cual tuvo como objetivo cómo se realiza la satisfacción de esta Agencia de Autocuidado y Demanda de Autocuidado se verá afectada no sólo la madre sino también el feto que crece en su interior. Es un estudio de revisión bibliográfica titulado, realizado en Santa Cruz de Palma en México. La maternidad es un proceso vital que modifica, la capacidad de Autocuidado de la madre y las necesidades del mismo. Este artículo formaliza, cómo se modifica esta Agencia y Demanda de Autocuidado durante la gestación y la vida fetal. Para posteriormente establecer la relación de dependencia entre una y otra. La

metodología utilizada ha sido la extracción del conocimiento mediante la búsqueda bibliográfica y reuniones con expertos. Como conclusión en este artículo afirman que el cuidado materno se transmite al feto y se puede formalizar. La maternidad es un proceso vital de condicionamiento multifactorial. Para el Feto, el organismo materno supone su Entorno. Este proceso vital provoca una alteración en Ag y Demanda de Ac, que condiciona el cuidado. Este cuidado tendrá influencia en Madre y Feto (Subconjunto materno). Relación Madre-Feto (RAU) no es 1-1 sino 1-n. El cuidado y la relación de dependencia Madre-Feto evolucionan en el tiempo. ⁽²⁰⁾

Alanís G, Pérez B, Álvarez M, Rojas M. presentan su trabajo en México, en el 2015, el cual se titula "Autocuidado en mujeres embarazadas en una comunidad del estado de México". El objetivo es identificar el autocuidado que realizan las mujeres embarazadas en una comunidad del municipio de Jiquipilco. El presente es un estudio cualitativo, descriptivo transversal con enfoque cualitativo. Nos menciona que el embarazo es un estado de la mujer que requiere mayores cuidados de sí misma. La muestra se compuso por setenta mujeres de 15 a 35 años de edad y embarazo sin complicaciones. Tras la revisión de los resultados en cuanto a la alimentación mencionan que la calidad y no la cantidad de los alimentos traen beneficios para su salud, además de ser modificada ligeramente en función de algunas recomendaciones, la provisión de cuidado en la higiene personal varía según su decisión. Entre las actividades realizadas son únicamente las labores del hogar donde implique un menor esfuerzo para ellas, con periodos de descanso. El entorno donde se encuentra el aporte del aire es apto para realizar ejercicio físico, sin embargo, no es llevada a cabo. El autocuidado de las mujeres embarazadas es deficiente, en los requisitos que más requiere atender el de alimentación, ejercicio y reforzar conocimientos para una mejor prevención de peligros y seguridad. ⁽²¹⁾

Prieto B. realizó un estudio en Colombia, en el 2016, titulado "Prácticas de cuidado y su influencia durante la gestación". Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. El objetivo del artículo es identificar el cuidado que realiza la gestante para sí y para su hijo por nacer. Lo realizaron con un estudio descriptivo de corte transversal, participaron 130 gestantes en segundo y tercer

trimestre de embarazo, sin enfermedades asociadas. Se aplicó el instrumento de prácticas de cuidado que realizan consigo mismo y con el hijo por nacer, validado por la Universidad Nacional de Colombia. Se utilizaron las categorías mala, regular y buena práctica. Los hallazgos encontrados en la dimensión de estimulación prenatal revelan como el 39,23 % de la muestra, estimula al feto colocándole música. El 80,00 % de las gestantes nunca estimula al hijo con luz a través del abdomen, la estimulación táctil mostró una buena práctica. La actividad física constituyó una buena práctica que ayuda a mantener un peso adecuado y a prepararse para el trabajo de parto, el 50,00 %, realiza actividad física 30 minutos a la semana. Existe déficit en el consumo de alimentos esenciales durante el embarazo. Se concluye entonces que la muestra de estudio hubo déficit en la realización de prácticas de cuidado necesarias para la adecuada salud materna, fetal y neonatal, evidenciando la necesidad de desarrollar estrategias con base en los contextos y entornos propios de la gestante por parte del personal de salud que brinda atención en el cuidado materno.

Villa C, Giraldo I, Velásquez M realizaron un estudio en Colombia, en el 2016, el cual se titula "Vínculo prenatal: la importancia de los Estilos Vinculares en el cuidado gestacional". Tuvo como objetivo identificar antecedentes y aproximaciones teóricas contemporáneas sobre el tema del 'vínculo afectivo' o 'estilo vincular personal' y su relación con el 'vínculo prenatal' que establecen las mujeres en estado de embarazo con sus hijos por nacer. Así mismo, identificar aspectos relevantes sobre esta relación y los cuidados de la salud gestacional, que sirvan de sustento a la innovación pedagógica de las acciones en salud. Es un estudio cualitativo de investigación documental. Se dio mediante un proceso inductivo, la información se organizó en un sistema categorial en tres fases: exploración, focalización y profundización y que dio lugar a los subtemas desarrollados, que partieron de los constructos de apego y vínculo desde los autores originales. Proponen tomar en consideración en la atención prenatal, todas las acciones que favorezcan un vínculo seguro y estable y garantice la unidad de cuidado del binomio madre-hijo como protector natural de los bebés por nacer. ⁽⁶⁾

Roncallo CP, Sanchez M, Arranz E. en España 2015 realizó un estudio el cual se titula “Vínculo materno-fetal: implicaciones en el desarrollo psicológico y propuesta de intervención en atención temprana”. Es un estudio que tiene como objetivo determinar que el vínculo materno-fetal se asocia con aspectos emocionales y cognitivos que permiten recrear al feto como otro ser humano, este vínculo se expresa a través de prácticas de salud dirigidas a buscar la protección y el bienestar del feto. Es un estudio donde se plantea un modelo de intervención interdisciplinar, centrado en el vínculo materno-fetal como factor protector del vínculo en el período post-parto y como potenciador de prácticas de parentalidad positiva que fomente un desarrollo psicológico saludable. Menciona diversas investigaciones en el campo de la salud identifican el vínculo materno-fetal como un precedente significativo de la vinculación post-natal entre la madre y su bebé. Por otra parte se constata que el estado psicológico de la madre influye en el feto, tanto a nivel neurocomportamental y en las alteraciones en el desarrollo que se manifiestan así mismo en el periodo post-natal, afectando significativamente la relación madre-bebé. Proponen que las prácticas de atención temprana se extiendan al periodo prenatal como estrategia de prevención, repercutiendo favorablemente en la salud materno-infantil. ⁽¹⁶⁾

Rojas L. publicó un estudio en Colombia, en el 2014, titulado: “Vínculo afectivo prenatal”. El objetivo general es discernir las consecuencias de la relación vincular afectiva durante el embarazo en el desarrollo del niño, se realiza un rastreo bibliográfico tomando como metodología el análisis documental, además de las observaciones llevadas a cabo en la práctica profesional realizada en el Hospital Raúl Orejuela Bueno (Colombia). Se explica la importancia de las conductas maternas durante el embarazo en el desarrollo del niño, abarcando principalmente la vinculación afectiva que, desde la madre, se establece. La conclusión es cómo la actitud materna, la presencia de emociones y expectativas positivas hacia el ser no nacido puede favorecer de manera significativa a su desarrollo en el plano emocional y psicológico, primando una mayor seguridad, autorregulación de sus emociones, menor presentación de llanto y capacidades asertivas de interacción. Es evidente entonces que la vinculación afectiva prenatal actuaría como preventivo de

comportamientos perjudiciales hacia el bebé, aumenta la sensibilidad, el conocimiento, la comprensión. De acuerdo a los diversos autores revisados, el establecimiento del vínculo permite en la mujer embarazada una praxis adecuada, en pro al beneficio de la formación del ser no nacido lo que en últimas marca el inicio de su desarrollo emocional y relacional, sin dejar a un lado su salud física. ⁽¹⁷⁾

Castro M en su estudio realizado en México, en el 2015, el cual se titula “Propiedades psicométricas de la traducción al español de la Escala de Vinculación Prenatal Materna en la Universidad Autónoma de Nuevo León”. El objetivo del estudio es evaluar las propiedades psicométricas de la traducción al español de la Escala de Vinculación Prenatal Materna. . El estudio incluyó a 169 mujeres embarazadas; a las cuales se aplicó la traducción de la escala de vinculación prenatal materna. El análisis factorial exploratorio mostró dos factores con el 36.8% de la varianza explicada, eliminando 5 ítems. La escala total obtuvo un alfa de Cronbach de .694, la subescala de Calidad un alfa .771 y la de Preocupación de .550. Este estudio nos dice que embarazo es el período de desarrollo y crecimiento óptimo del feto; paralelamente, para la madre, es un tiempo de compleja adaptación, en el cual además de experimentar cambios físicos, hay una mayor conciencia de su hijo, lo cual la aproxima afectivamente a este. El lazo que se establece entre la madre y el feto ayuda a mitigar los problemas físicos y emocionales de esta etapa, preparando la futura relación de apego entre madre e hijo. Se utilizó el proceso de traducción inversa, a fin de lograr una equivalencia conceptual de la escala. ⁽¹⁸⁾

Cinar N, Caka SY, Topal S, Yuvaci HU, Erkorkmaz U. quienes realizaron una investigación en Portugal, publicado en el 2016, titulado “The Relation of Health-Related Practices of Pregnant Women, Fatigue and Prenatal Attachment.” Tuvo como objetivo examinar la relación de las prácticas relacionadas con la salud de las mujeres embarazadas durante el embarazo y la fatiga en la madre y el apego prenatal. El estudio de diseño descriptivo donde la muestra del estudio consistió en mujeres embarazadas (al menos 20 semanas de gestación) de 18 años o más (n = 211) que solicitaron servicios de atención prenatal y aceptaron participar en el estudio. Los datos fueron

recolectados a través de un Formulario de información personal, Inventario breve de fatiga (BFI) y el Inventario de apego prenatal (PAI). Los resultados del estudio nos mostró que las medianas de PAI de los participantes fueron 55 [42-64], y las medianas BFI fueron 30 [23-42], y se encontró una relación negativa, estadísticamente significativa entre BFI y PAI ($r = -0.184$, $p = 0.007$). Se concluyó entonces que las mujeres embarazadas que desarrollan conductas de salud positivas durante el embarazo sienten menos fatiga y afectan positivamente el apego prenatal. Es importante evaluar el apego prenatal e identificar a la madre con bajos puntajes de apego. ⁽²²⁾

Maddahi MS, Dolatian M, Khoramabadi M, Talebi A. En un estudio en Irán, publicado en el 2016, titulado “Correlation of maternal-fetal attachment and health practices during pregnancy with neonatal outcomes” el objetivo del presente estudio es identificar la relación entre el apego materno-fetal y las prácticas de salud durante el embarazo con resultados neonatales. Es un estudio de tipo transversal nos sitúa en el contexto de que el bajo peso al nacer debido a parto prematuro o restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) es el factor más importante que contribuye a la mortalidad prenatal, neonatal y postnatal. Debido a esto el vínculo materno-fetal juega un papel significativo en la salud materna y fetal. Las prácticas de salud realizadas por la madre durante el embarazo constituyen uno de los factores que pueden afectar los resultados neonatales. El estudio se practicó a 315 mujeres embarazadas con una edad gestacional de 33-41 semanas que se presentaron en hospitales en Sirjan (Irán) entre diciembre de 2014 y febrero de 2015. Utilizaron el Cuestionario de prácticas de salud en el embarazo y la Escala de apego materno fetal. Los datos se analizaron utilizando IBM-SPSS versión 20, centrándose en la correlación producto-momento de Pearson y el modelo de regresión logística. La significancia estadística se estableció en $p < 0.05$. La puntuación media del accesorio materno-fetal fue 60,34 y la puntuación media de las prácticas de salud fue 123,57. El peso promedio al nacer de los recién nacidos fue de 3052,38 g. Las prácticas de salud ($p < 0.05$, $r = 0.11$) y el apego materno-fetal ($p < 0.01$, $r = 0.23$) se correlacionaron positiva y significativamente con los resultados neonatales. También se observó una relación positiva significativa entre el apego materno-fetal y los resultados neonatales. No se observaron

relaciones significativas entre las prácticas de salud durante el embarazo y los resultados neonatales. Como conclusión del estudio nos menciona que el apego materno-fetal y las prácticas de salud durante el embarazo se correlacionan positiva y significativamente con los resultados neonatales. ⁽²⁴⁾

Vera Q realizó su trabajo de investigación en Trujillo - Perú, publicado en el año 2016, el cual lleva el siguiente título: "Nivel de conocimiento sobre autocuidado y su relación con la preeclampsia en las gestantes del servicio de obstetricia del Hospital Regional docente de Trujillo - 2016". El objetivo del estudio fue determinar el nivel de conocimiento sobre auto cuidado y su relación con la preeclampsia en las Gestantes del Servicio de Obstetricia del - Hospital Regional Docente de Trujillo. Nos menciona también la metodología que utilizaron, la cual fue no experimental, correlacional de corte trasversal. La investigación se llevó a cabo durante los meses de enero – noviembre 2016; para su aplicación el instrumento utilizado fue un cuestionario; se evaluaron a 52 gestantes hospitalizadas. La cual dio como resultado que el Nivel de conocimiento sobre Autocuidado y la Preeclampsia en las gestantes, el 67.31% es de nivel Regular, el 21.15% es nivel deficiente y solo el 11.54% es bueno. Se concluyó que existe relación entre el nivel de conocimiento y la preeclampsia con una significancia de 5%. $P=0.023$ Por lo tanto es importante que en la atención primaria de las gestantes se considere un buen y adecuado control prenatal donde incluya una correcta toma de presión arterial y la educación prenatal adecuada para que la gestante tenga un buen conocimiento acerca del autocuidado en su embarazo. ⁽¹³⁾

Almenara S. realizó una investigación en Arequipa – Perú, publicada en 2016, titulada "Factores laborales relacionados al Autocuidado de la Salud Gestacional en mujeres trabajadoras de la Universidad Católica de Santa María, Arequipa 2013 - 2015". El objetivo del estudio fue identificar los factores laborales, precisar el autocuidado de la salud gestacional y establecer la relación que existe entre los factores laborales y el autocuidado de la salud gestacional en mujeres trabajadoras de la Universidad Católica de Santa María. Es un estudio de diseño retrospectivo de corte trasversal. Aplicaron una entrevista que constó de cuatro partes, una sobre datos generales, otra sobre preguntas relacionadas a los factores laborales, otra sobre preguntas

relacionadas a los autocuidados de la salud gestacional y la cuarta parte relacionadas al desgaste emocional. Contando con una muestra de 23 trabajadoras gestantes, las cuales fueron entrevistadas. Como resultado se encontró lo siguiente: un 60,9% tuvieron un contrato a tiempo determinado, el 56,5% tuvieron temor a perder el trabajo cuando quedaron embarazadas, el 69,6% tuvieron falta de apoyo en el trabajo para asistir a sus controles prenatales, el 78,3% no planificó su embarazo, el 56,5% no acuden a sus controles prenatales, el 73,9% no consumieron sus suplementos vitamínicos, el 82,6% no asistió a la Psicoprofilaxis Obstétrica, el 78,3% no se auto-medica y el 73,9% aplazó su descanso prenatal. Lo más significativo en cuanto al autocuidado fue que en mujeres trabajadoras se percibió que un 52,2% tuvo un autocuidado inadecuado. ⁽¹⁴⁾

Rojas O, Salas C, Vargas O , estos autores realizaron una investigación en Lima, Perú en el 2014, titulado “Prácticas de autocuidado en mujeres embarazadas del Centro de Salud “Collique III zona, Comas“. El objetivo del estudio fue determinar las prácticas de autocuidado en mujeres embarazadas de un Centro de Salud del Cono Norte. La metodología que se utilizó fue de tipo descriptivo de corte transversal. La población estuvo constituida por 920 mujeres embarazadas, obteniendo una muestra conformada por 97 gestantes, las cuales fueron seleccionadas de manera aleatoria. El instrumento que se utilizó fue, Prácticas de Autocuidado en Mujeres Embarazadas (PAME) y se validó en un grupo de personas con características similares a la población de estudio, en el Cono Norte. El cuestionario presenta alternativas en escala Tipo Likert para las primeras dimensiones y dicotómicas para la tercera y la técnica utilizada fue la encuesta. Resultados: Como respuestas obtenidas indican que el nivel de prácticas sobre el autocuidado global en las gestantes es bueno con un 69.16%. El nivel de prácticas en la dimensión de autocuidado general es bueno con un 87.85%; en desarrollo personal e interacción social es regular con un 60.75% y en conocimientos específicos de salud es regular con un 45.79%. Conclusiones: Se presentó regular práctica y conocimiento en la dimensión de desarrollo personal e interacción social y específicos de salud. ⁽¹⁵⁾

Zapata V, quien realizó su estudio en Lima, Perú, en el 2017 un trabajo titulado: “Estimulación prenatal y el establecimiento del vínculo afectivo en madres

atendidas en el Hospital María Auxiliadora”, cuyo objetivo fue determinar la relación entre estimulación prenatal y el establecimiento del vínculo afectivo en madres e hijos. El diseño fue un estudio observacional, descriptivo correlacional, prospectivo, de corte transversal. Muestra fueron 76 gestantes en total de 120. Instrumento, fue una ficha de datos y un Cuestionario de Observación preparado especialmente para el estudio. El 100% de participantes recibieron sesiones de Estimulación Prenatal siendo totalmente completas en 75%. El establecimiento del vínculo afectivo observado, fue para auditivo: 88,2% [chi²; 15,166] p<0.0001] visual: 80,3% [chi²; 12.210 p<0.0001] motor: 72,4% [chi²; 4.93 p=0.003], táctil: 88,2% [chi²; 5.083 p=0.038], todos significativo estadísticamente en todos los ítems. El estudio concluyó que existe relación significativa, entre la estimulación prenatal y el establecimiento del vínculo afectivo en madres e hijos atendidos en el Hospital “María Auxiliadora” durante los meses de octubre a noviembre de 2016. ⁽¹¹⁾

Ballona M, Santisteban D, realizaron su estudio en Lambayeque – Perú, en el año 2015, presenta el título: “Adopción del rol materno en gestantes adolescentes que acuden al Centro de Salud Toribia Castro”. Cuyo objetivo fue caracterizar el inicio de la adopción del rol materno en gestantes adolescentes. El análisis de contenido temático permitió develar las siguientes categorías: Ajustes en la vida social y psicológica ante el embarazo, iniciando la adopción del rol maternal, el apoyo facilitando la adopción del rol materno. Para la adolescente la adopción del rol materno le es difícil; ya que es inesperado. Siendo este el inicio del vínculo afectivo entre madre-hijo. Por tal motivo la preocupación en distintos ámbitos de la sociedad, dado la complejidad del problema. Concluyéndose que el ser adolescente dificulta el no aceptar su adopción de rol de madre; inician su rol materno cuando sienten parte de sí a su futuro bebé, estableciendo el vínculo afectivo madre-hijo; la adopción del rol materno se evidencia en el estadio de anticipación; la red de apoyo como la familia y el centro de salud son fundamentales en la aceptación del inicio de la adopción de su rol materno. ⁽¹²⁾

1.2 MARCO CONCEPTUAL

EL VÍNCULO PRENATAL

Por definición es Vínculo del latín vinculum (atadura), significa una ligadura estrecha pero no forzada. Generalmente, se lo aplica a una relación estrecha. ⁽²⁵⁾ Comienza a establecerse muchas veces, a partir de la gestación o partir de la percepción de los movimientos fetales y se formaliza en el momento del nacimiento, atravesando todo tipo de vicisitudes. ⁽²⁶⁾

La idea de vínculo se une a la de apego cuando se anexa a un proceso por el cual se construye un lazo emocional. En relación a esto, Young señaló que la vinculación es un proceso crucial que se forma entre un niño y sus padres. Este proceso se evidencia a través de indicadores socioemocionales, sensoriomotores y físicos. Tanto la madre como el padre pueden apoyar el vínculo positivo, comenzando durante el embarazo. ⁽²⁷⁾

Este vínculo se inicia en el útero, donde el niño empieza a reconocerse con su madre, y se fortalece esta relación luego del nacimiento. Si bien es principalmente entre la madre y el recién nacido, todos los miembros de la familia pueden entrar en este círculo. Gracias a instrumentos clínicos como los ultrasonidos, se ha observado en el bebé, reacciones que responden a una comunicación con su madre, en donde ella le trasmite sensaciones a las que el niño responde pateando y moviéndose.

Un ejemplo fue el que usó para ayudar a un futuro padre a vincularse con su niño, le pidió al padre que pusiera su cabeza en el vientre de su esposa y que gritara con fuerza, y el bebé respondió pateando fuertemente las paredes del útero; otro ejemplo que aclara el vínculo desde el vientre, se refiere a los horarios mantenidos por las madres durante el embarazo, estos serán los mismos que tendrán los niños luego del parto; madres noctámbulas tendrán niños noctámbulos y madres madrugadoras tendrán niños madrugadores.

Las primeras teorías de vínculo prenatal fue de John Bowlby (1986), quien fue uno de los pioneros en contribuir al tema de vinculación-apego. Para él siempre ha existido la necesidad universal humana de formar vínculos afectivos. Su

trabajo original se centró en la necesidad biológica del infante de experimentar una cercanía o proximidad física con la madre, complementando posteriormente, que la vinculación es también una necesidad afectiva y que va más allá de procesos inconscientes. Principalmente trabajó con niños que tenían problemas de conducta, descubriendo que las experiencias de la infancia determinan el desarrollo de la personalidad en cuanto al establecimiento de lazos afectivos. ⁽⁶⁾

Bowlby da cuenta de la existencia del sistema de apego como un sistema filogenéticamente heredado y presente en los seres humanos. El autor define que es un sistema comportamental innato, propio de los seres humanos, que se activa en situaciones de amenaza o aflicción y que tiene la finalidad de recuperar el bienestar, a través de comportamientos destinados a recibir apoyo, cuidado y protección del cuidador primario. El apego conforma un sistema de regulación diádica entre el cuidador y el infante, siendo imprescindible la presencia y disponibilidad del cuidador, ya que dependiendo de las experiencias repetidas (positivas, negativas o ambas), el niño desarrolla una serie de representaciones mentales acerca de la naturaleza de la relación con su figura de apego y acerca de su propia existencia. ⁽²⁹⁾

Bowlby afirma también que en el ser humano existe una disposición a crear lazos emocionales íntimos con individuos determinados como un componente básico de la naturaleza humana; esta interacción es equivalente a la calidad del vínculo, lo define como: El conjunto de pautas de conductas características, en parte pre programadas, que se desarrollan en el entorno corriente durante los primeros meses de vida y que tienen el efecto de mantener al niño en una proximidad más o menos estrecha con su figura materna.

La calidad del apego temprano, depende en mayor medida de un cuidador siempre accesible y receptivo, es decir disponible, para que el niño experimente los primeros sentimientos positivos, seguridad, afecto y confianza, en lugar de los negativos, inseguridad, abandono o miedo. Además, debe contar con la sensibilidad suficiente para entender las peticiones del bebé y así poder atender sus necesidades, logrando una interacción cooperativa.

A partir de los trabajos de Bowlby, se desarrollaron investigaciones más profundas respecto al apego y vinculación.

Otras investigaciones acerca de la existencia del llamado vínculo materno-fetal -de carácter unidireccional desde la madre hacia el feto, frente al carácter bidireccional del vínculo de apego- provienen de investigaciones clásicas acerca de la pérdida perinatal y el dolor asociado a la misma. Proviene también del estudio de la relación existente entre la madre y el bebé en el post-parto temprano ⁽³⁰⁾ y otro trabajo en el cual, buscando definir la importancia y los factores que intervienen en el inicio del rol materno, postula que la relación existente entre una madre y su hijo recién nacido es consecuencia de un proceso de vinculación prenatal.

Una de las investigadoras que profundizó en el tema fue Mary Ainsworth, la cual sostiene que la vinculación del infante es más allá que un proceso biológico, es decir, pues incluye la apreciación interna del comportamiento materno. ⁽⁶⁾ La importancia de establecer una buena vinculación prenatal, radica en que se da la posibilidad de establecer relaciones más apropiadas, después del nacimiento, las que serán la base para un apego seguro padre-hijo, vínculo necesario para el desarrollo del niño. ⁽³¹⁾

Las formas de apego se desarrollan en forma temprana y poseen alta probabilidad de mantenerse durante toda la vida. En base a cómo los individuos responden en relación a su figura de apego cuando están ansiosos, Ainsworth (discípula de J.Bowlby), Blewar, Waters y Wall, definieron los tres patrones más importantes de apego y las condiciones familiares que los promueven, existiendo el estilo seguro, el inseguro evitativo o evasivo y el inseguro resistente o ambivalente(o ansioso-ambivalente). ⁽¹⁶⁾

La vinculación temprana surge de la experiencia recíproca e interactiva entre el bebé y las figuras parentales y el mecanismo de apego innato, el cual se puede entender como un movimiento recíproco en el que bebé y madre, incitan y modifican al otro a través de la interacción de señales y conductas que se producen de forma sincronizada desde la gestación. ⁽³²⁾

Para Bowlby el vínculo prenatal es la relación que se da entre la madre y su hijo antes de nacer, que hace emerger sentimientos y emociones por su feto y comportamientos en la interacción con él que se relacionan con las representaciones cognitivas que la madre tiene de sí misma como cuidadora, es decir con su identidad materna. ⁽³³⁾ lo entienden como la relación de apego de una gestante y su hijo que inicia durante el embarazo con las representaciones o imágenes internas que esta hace de su hijo.

El significado del término apego prenatal requiere una aclaración. Condon propuso un modelo de apego adulto que aplicó a la relación materno-fetal relación por la cual la madre busca: saber; estar con; para evitar la separación o la pérdida; proteger; e identificar y satisfacer las necesidades del feto.

Por este motivo existen diversas escalas de medición del vínculo:

Maternal Escala de apego prenatal (MAAS) (Condon, 1993)

El MAAS es una escala bidimensional de inserción prenatal y se desarrolló de entrevistas con parejas embarazadas. Estas experiencias cubrieron las cinco disposiciones de la relación madre-feto según lo descrito por (Condon, 1993). Análisis factorial seguido por el análisis de elementos produjo un instrumento de 19 elementos que pretende medir el calidad e intensidad del apego emocional prenatal. El aspecto de "calidad" se refiere a el concepto de cercanía / distancia, ternura / irritación y sentimientos positivos / negativos hacia el feto La subescala de "intensidad" mide la preocupación de la madre por el feto Una declaración es seguida por cinco opciones de respuesta de las cuales se obtienen puntajes derivado con una puntuación más alta, lo que significa que la mujer está más "unida". El MAAS tiene buenos niveles de consistencia interna (alfa de Cronbach > 0.8). Algo de apoyo para la validez de constructo ha sido mostrado por Condon y Corkindale (1997). Además estudio cualitativo de mujeres embarazadas y apego prenatal por Muller y Ferketich (1992) indicó que cuatro de las seis categorías derivadas del análisis de contenido aparecían superponerse con las subescalas MAAS. ⁽¹⁶⁾

La Escala de Apego Materno-Fetal (MFAS) (Cranley, 1981)

MFAS fue desarrollado a través de consultas con profesionales apropiados y mujeres embarazadas para identificar aspectos relevantes del apego prenatal. El análisis del artículo fue realizado en las subescalas y el puntaje total para dar una medida con 24 elementos y el siguiendo cinco subescalas: diferenciación del yo del feto; interacción con el feto; atribuyendo características al feto; entrega de uno mismo; y toma de roles. Las preguntas tienen cinco opciones de respuesta que van desde 'nunca' a 'la mayoría del tiempo'. Cuanto mayor sea el puntaje, más 'unida' es la madre. El MFAS tiene una buena fiabilidad interna para la escala completa (Alfa de Cronbach = 0,85) aunque los coeficientes de correlación son menores para el subtítulo escalas (rango de 0.52 a 0.73). La validez y la estructura factorial de la escala tienen sin embargo, ha sido cuestionado. Muller y Ferketich (1992) informaron que las categorías generados a partir de entrevistas con los padres sobre el feto muestran similitudes limitadas con las subescalas. ⁽¹⁶⁾

Prenatal Attachment Inventory (PAI)

Este instrumento fue creado a comienzos de los años 90. Desarrollado al igual que la MFAS en el contexto de un postgrado en enfermería obstétrica, el Prenatal Attachment Inventory (PAI), se basa en las críticas realizadas a este primer instrumento de medida. Es por ello que incluye una serie de componentes cognitivos del vínculo materno-fetal que reflejarían los pensamientos y fantasías que tiene la madre acerca del feto, los cuales se encuentran reseñados en la literatura precedente y que revelan la creciente filiación afectiva ⁽¹⁸⁾

Cuestionario para la Evaluación de la Vinculación Afectiva Prenatal (EVAP) (Lafuente, 1994).

Este instrumento se ha utilizado para la obtención del grado de vinculación al feto de ambos padres expectantes en nuestro estudio piloto. Se trata de un cuestionario exploratorio, que presenta versión para las madres y padres expectantes, consta de 30 ítems que se distribuyen en 7 subescalas (actitudes

ante el embarazo, relaciones personales, diferenciación del feto comunicación con él, conductas de preparativo, conductas de protección, conductas de fantaseo, experiencias infantiles).

La utilización del EVAP está aconsejada en el último trimestre del embarazo ya que algunas de las conductas evaluadas son más perceptibles para la medición en esas fechas. En ese momento del embarazo los padres ya han tenido tiempo para adaptarse a su nueva situación. ⁽³⁶⁾

Además diversas investigaciones de evaluación prenatal han comprobado que el tercer trimestre es el mejor período para realizar un buen pronóstico (Lafuente, 1994). El instrumento valora entre otros aspectos:

- La diferenciación del ser no nacido como un ser distinto del organismo materno con características individuales propias.
- La interacción con él.
- El grado de deseo y aceptación del ser no nacido.
- Los comportamientos dirigidos a su cuidado.
- Los preparativos para su nacimiento.
- Las reacciones y actitudes ante los cambios corporales y emocionales que se experimentan.
- La capacidad para imaginar cosas relacionadas con el feto y el futuro niño.
- El papel como padres y educadores.
- La crianza.
- La relación con la pareja.
- Las experiencias infantiles con los propios padres y otros miembros de la familia.
- Las características personales.

La calidad y el apoyo que la obstetra ofrece a la gestante adulta puede tener una influencia sobre la forma como ella cuida de sí y de su hijo por nacer. Cada gestante adulta presenta características fisiológicas, psicológicas, culturales y sociales ligadas a creencias y prácticas propias de la región; por eso es necesario tener en cuenta las teorías de Madeleine Leininger, quien afirma que una de las formas de abordar el cuidado culturales mediante el seguimiento de tres modos de acción: la preservación y/o mantenimiento, la adaptación y/o

negociación y la reorientación y/o reestructuración de los cuidados culturales. Siguiendo las orientaciones de esta teoría, el profesional de obstetricia deberá reconocer las prácticas de cuidado que tienen las gestantes, para promover el mantenimiento, adecuación o reestructuración de dichas prácticas, de manera que se brinde un cuidado cercano a la realidad cultural de la mujer y coherente con sus expectativas.

Existen hipótesis de diversos autores que mencionan acerca de que el vínculo o apego prenatal es un factor que está ligado a la calidad en los cuidados del embarazo. Maddahi MS, Dolatian M, Khoramabadi M, Talebi A en el 2016 manifestó que entre las prácticas de cuidado de las gestantes que permiten desarrollar un estilo de vida saludable para ellas y sus bebés, también pueden cambiar la percepción que estas tienen del riesgo obstétrico y favorecer la relación del binomio y, por tanto, el vínculo prenatal. ⁽¹⁰⁾

El autor Prieto B. Cuba 2016 menciona que si existen bajos niveles de unión prenatal pueden estar relacionados con diversas formas de abuso fetal, que puede ser pasivo, por omisiones en el cuidado y atención al embarazo, como no asistir a controles, no generar cambios asociados al nuevo estado, para potenciar las condiciones de desarrollo del feto, entre otras; o activos, como por ejemplo, la ingesta de drogas, consumo de alcohol, tabaquismo, trastornos de la alimentación o la autoagresión. Sin embargo, es necesario desarrollar más investigaciones sobre el tema, puesto que podría ser útil para disminuir el riesgo fetal. ⁽⁶⁾

De este modo teniendo este precedente, ya que el autocuidado y las medidas que ellas tienen para llevar una maternidad saludable involucra también qué tan vinculadas se encuentran ellas con sus hijos, es preciso mencionar también el inicio de este vínculo prenatal, como es descrito por diversos autores el vínculo afectivo inicia desde antes de nacer, llamándosele en esta etapa vínculo afectivo prenatal. ⁽²⁾

EL AUTOCUIDADO EN EL EMBARAZO

El autocuidado en el embarazo por definición son actividades que realizan las mujeres con ellas mismas durante el proceso prenatal con el fin de seguir

viviendo, mantener la salud, prevenir enfermedades y conservar su bienestar y él de su hijo por nacer, comprende lo que las gestantes hacen para cuidarse y como lo hacen. Existen 3 distintos tipos:

Tipos de prácticas de autocuidado:

Buena práctica de cuidado: Aquellas gestantes que realizan más actividades para cuidarse y se espera que estén expuestas a menos situaciones de enfermedad con beneficios para ella y su hijo por nacer.

Regular práctica de cuidado: Aquellas gestantes que realizan algunas actividades para cuidarse y están, adecuadamente expuestas a situaciones de enfermedad y con menos posibilidad de beneficios para ella y para su hijo por nacer.

Mala práctica de cuidado: Aquellas gestantes que realizan menos actividades para cuidarse y podrían estar más expuestas a situaciones de enfermedad y con menos posibilidad de beneficios para ella y su hijo por nacer.

Estos autores coinciden en las dimensiones del autocuidado para el presente trabajo , están: la estimulación prenatal, que son las acciones que la madre realiza para estimular a su bebé antes del nacimiento; la actividad física y descanso, que deben ser periódicos para contribuir al bienestar físico de la madre y el feto, mejorando el sueño, circulación, tono muscular y ayudando a evitar el excesivo aumento de peso; la higiene y cuidados personales, que hacen que la gestante pueda mantenerse limpia y cómoda, con el fin de evitar posibles infecciones en ella y su hijo; la alimentación, dado que en esta etapa aumentan los requerimientos nutricionales, por lo tanto, es importante garantizar que ambos reciban los nutrientes necesarios para estar saludables; los sistemas de apoyo social donde la madre debe contar con una red de acompañamiento informacional y emocional siempre disponible y evitar el consumo de sustancias no beneficiosas que perjudiquen tanto al bebé como la salud materna.

Se puede observar entonces que las Dimensiones del Autocuidado son las siguientes:

Estimulación Prenatal

La estimulación intrauterina se define como dar al futuro bebé excelentes condiciones que le permitan desarrollarse mejor según su proceso natural, su propia dinámica y desarrollar todas las capacidades y facultades que posee en su carga genética, que va a depender del grado de comprometimiento que tenga tanto la madre como el padre con su bebé.

La estimulación prenatal es uno de los cuidados claves en el desarrollo psicomotor del niño: Mientras aún está en su útero el bebé siente, oye, ve, saborea, responde y hasta aprende y recuerda. Las conexiones neuronales, como cita Ernesto Plata y Francisco Leal en su libro Preguntas de Madres, necesitan más que aminoácidos y grasas; para funcionar necesitan estímulos psicosensores como luz, sonido, caricias y diálogo, lo cual genera innumerables efectos en el desarrollo y crecimiento del nuevo ser.

Ejercicio durante en el embarazo

La situación de embarazo posiblemente sea la que mayor cantidad y calidad de modificaciones de diversa índole provoca en el ser humano; estos cambios cobran una superlativa importancia debido a que de su normal desarrollo no sólo depende el bienestar de la gestante, sino también el armónico curso del embarazo y, algo aún más trascendental, la salud fetal. Las gestantes reciben todo tipo de consejos durante el embarazo, entretantos una de las recomendaciones dadas por el personal de salud al momento de su control es: el tipo, intensidad, duración de la actividad física que deben desarrollar, desde hace mucho tiempo se ha relacionado el buen embarazo y el parto sencillo con el ejercicio físico.

La actividad física durante el embarazo resulta muy beneficiosa, no sólo porque permite fortalecer el cuerpo en general, además de los músculos que se utilizarán en el parto (abdomen, suelo pélvico, espalda), y aliviar las molestias típicas de esta etapa, sino también porque acompaña las progresivas y profundas transformaciones que se producen a lo largo de la gestación.

Las ventajas de hacer ejercicio durante el embarazo son:

- ❖ Incrementa la autoestima minimizando la depresión y la ansiedad
- ❖ Ayuda a mantener un ritmo de aumento de peso adecuado
- ❖ Reduce el malestar relacionado con el embarazo: aumento de peso y volumen, menor coordinación, apatía
- ❖ La recuperación tras el parto es más rápida
- ❖ Se acelera la recuperación del peso anterior al embarazo
- ❖ Incrementa tus niveles de energía y de bienestar
- ❖ Mejora la calidad del sueño

Higiene en el embarazo

La limpieza del cuerpo es una necesidad diaria, independientemente de la época estacional. Con la limpieza no sólo se elimina el sudor y las células muertas, sino también gérmenes que proliferan sobre la piel, además se favorece la transpiración y se elimina el olor. La limpieza es una pauta de conducta social adaptativa que conlleva el sentirse mejor. Para realizar una adecuada higiene corporal hay que lavarse todas las partes del cuerpo, poniendo atención en todas ellas ya que cada una es importante en sí misma. La higiene diaria es muy importante durante todo el embarazo, ya que la sudoración y el flujo vaginal están aumentados.

Durante el embarazo el riesgo de aparición de caries es mayor, por lo que se debe extremar el cuidado de los dientes y encías.

Higiene de las manos

Las manos sucias son el principal vehículo para la transmisión de enfermedades. Todo lo que se toca es susceptible de estar infectado. Un solo microbio en condiciones ideales, es capaz de formar una colonia de 281 billones de miembros en sólo 24 horas. Los microbios son capaces de dividirse en dos y multiplicarse así sucesivamente.

Higiene dental

El embarazo provoca fluctuaciones hormonales que aumentan el riesgo de enfermedad gingival. La fluctuación de los niveles hormonales del organismo

puede hacer que las encías manifiesten mayor sensibilidad a la nociva placa dental. Es una de las principales causas de enfermedad gingival.

Alimentación en el embarazo

El embarazo constituye una de las etapas de mayor vulnerabilidad nutricional en la vida de la mujer. Existe una importante actividad anabólica que determina un aumento de las necesidades nutricionales con relación al periodo preconcepcional. La desnutrición materna pregestacional o durante el embarazo se asocia a un mayor riesgo de morbilidad infantil, en tanto que la obesidad también constituye un factor importante de riesgo, al aumentar algunas patologías del embarazo, la proporción de recién nacidos macrosómicos y por ese mecanismo, las distocias y complicaciones del parto. Los consejos nutricionales para la mujer embarazada han variado con el tiempo.

Anteriormente, las mujeres eran estimuladas a tener modestos incrementos de peso durante la gestación y a consumir dietas hipocalóricas. En otros momentos, fueron incentivadas a “comer por dos”, lo que contribuyó a ganancias de peso excesivas, con mayor patología materna y fetal. Hoy comprendemos mejor las necesidades nutricionales durante el embarazo y el rol de los diferentes nutrientes específicos en esta etapa de la vida. El desafío de los profesionales de la salud es ayudar a establecer conductas saludables con relación a alimentación y actividad física y prevenir la exposición a sustancias tóxicas durante todo el ciclo vital y en forma muy prioritaria durante el embarazo, período de máxima vulnerabilidad. Es importante resaltar las necesidades nutricionales durante el embarazo ya que durante este se da un incremento de las necesidades de casi todos los nutrientes, en una proporción variable que fluctúa entre 0 y 50%.

Energía. La necesidad adicional de energía, para una embarazada con estado nutricional normal se consideraba alrededor de 300 Kcal diarias.

Estudios recientes demuestran que con frecuencia disminuye la actividad física durante el embarazo y el gasto energético por este factor. A la vez existen mecanismos de adaptación que determinan una mejor utilización de la energía

consumida. En mujeres con estado nutricional normal la ingesta es sólo 110 Kcal los primeros trimestres del embarazo y de 150-200 Kcal durante el último trimestre. En mujeres con bajo índice de masa corporal las necesidades de energía se incrementan en 230 Kcal en segundo trimestre y en 500 Kcal para el tercer trimestre.

Proteínas. La necesidad adicional de proteínas se estima en 10 gramos diarios, cantidad que se puede satisfacer con dos tazas de leche adicionales.

Grasas. Deben aportar no más del 30% de las calorías totales. Es importante incluir ácidos grasos esenciales de la familia "omega-6" presentes en aceites vegetales (maíz, maravilla, pepa de uva) y de la familia "omega-3" que se encuentran fundamentalmente en los aceites de soya, raps (canola), y en alimentos como el pescado, almendras y nueces. Estos ácidos grasos son fundamentales para el buen funcionamiento del sistema útero-placentario, el desarrollo del sistema nervioso y la retina del feto durante el embarazo y del niño durante la lactancia.

Hierro. Las necesidades de hierro se duplican durante el embarazo y es prácticamente imposible cubrirlas con medidas dietéticas. Ello lleva a la necesidad de utilizar suplementos en forma rutinaria, aunque el grado de cumplimiento real de esta medida es bajo, por lo que deben buscarse mecanismos que mejoren la adherencia al tratamiento. Las principales fuentes de hierro son las carnes, leguminosas, semillas, algunos vegetales y pan y cereales fortificados.

Calcio. Las necesidades de calcio en el embarazo se estiman en 1.000 mg por día. Durante el tercer trimestre se produce un importante traspaso de calcio materno al feto, que si no es obtenido de la dieta es movilizado desde el tejido óseo materno, lo que puede tener un efecto negativo en etapas posteriores de la vida de la mujer.

Existen algunas evidencias que el déficit de calcio determina mayor riesgo de hipertensión y parto prematuro. El uso de alimentos fortificados y/o suplementos es una alternativa para mejorar la ingesta. Las principales fuentes de calcio son los productos lácteos (leche, queso, quesillo, yogurt).

Zinc. Su déficit se ha asociado a bajo peso al nacer y parto prematuro. Las principales fuentes de zinc son mariscos, carnes, lácteos, huevos, cereales integrales y pescado.

Ácido fólico. Propuestas recientes han aumentado la recomendación de ingesta diaria en la mujer en edad fértil a 400 µg/día (más del doble de la cifra previa) y a 600 µg/día en la embarazada. La asociación entre este nutriente y los defectos de cierre del tubo neural fue extensamente analizada en el capítulo anterior. Su uso en altas dosis (4,0 mg/día) es especialmente importante en mujeres con antecedentes previos de hijos con DTN desde 6 a 8 semanas antes de la concepción hasta completar el primer trimestre del embarazo.

Apoyo social

El embarazo es un periodo de grandes modificaciones metabólicas, hormonales e inmunológicas, considerablemente perceptibles por la mujer desde el inicio de la gestación. Desde el punto de vista psicológico, la gestación supone un importante cambio en la vida de la mujer, y se deben emplear todos los recursos posibles para que la madre pueda enfrentarse a los cambios del embarazo y del nacimiento, y elabore estrategias para llevar a cabo el cuidado del recién nacido, facilitando el vínculo que establecerá con el nuevo hijo.

Diferentes investigaciones han analizado en qué medida los múltiples aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales, influyen en cómo se desarrolla el embarazo, el parto, el puerperio, la maternidad y el vínculo afectivo, siendo aún escasos los estudios que profundizan en el área psicológica. La situación emocional de la mujer es muy inestable durante la gestación, tiene muchos sentimientos contradictorios, miedo a la exposición de su cuerpo e incertidumbre acerca de lo que va a suceder.

Por ello la tarea fundamental del padre es acompañarla durante este proceso, brindándole contención y cariño. El apoyo social se puede definir como las relaciones interpersonales que establecen las personas en los distritos ambiente donde interactúa. Varias investigaciones que se han realizado hacen énfasis en que la gestación no es solo de la mujer si no de la pareja la cual se

establece por compromiso emocional, al ser un acontecimiento e de gran importancia.

La familia se ve rodeado a unos estímulos que pueden conllevar a crisis potenciales puesto que implica un cambio importante en su vida diaria, agrega inseguridad y cambios físicos en el hogar pudiendo revivir temores infantiles, de allí la importancia de compartir el proceso del embarazo con una comunicación activa y apoyo emocional, social y económico si en dado caso se llega a necesitar logrando afrontar las necesidades que se puedan presentar.

Hábitos beneficiosos

Son aquellas conductas o agentes externos cuya práctica o interacción repetida nos provocan daños a corto o largo plazo o a situarnos en un mayor riesgo de contraer enfermedades graves. En el caso de las gestantes, este tipo de hábitos nocivos, podrían generar complicaciones en ella, durante el proceso del embarazo, parto o puerperio, así como para el futuro bebé, generando que existan daños temporales o permanentes en la salud de ese futuro niño.

Safram y Segal mencionado por Villa ⁽¹¹⁾ refiere por vínculo afectivo «el lazo emocional que desarrolla el niño con sus padres o cuidadores y que le proporciona la seguridad emocional indispensable para el desarrollo de sus habilidades psicológicas y sociales» ⁽⁶⁾ da cuenta de la existencia del sistema de apego como un sistema filogenéticamente heredado y presente en los seres humanos. El autor define que la vinculación es un sistema comportamental innato, propio de los seres humanos, que se activa en situaciones de amenaza o aflicción y que tiene la finalidad de recuperar el bienestar, a través de comportamientos destinados a recibir apoyo, cuidado y protección del cuidador primario. El apego conforma un sistema de regulación diádica entre el cuidador y el infante, siendo imprescindible la presencia y disponibilidad del cuidador, ya que dependiendo de las experiencias repetidas (positivas, negativas o ambas), el niño desarrolla una serie de representaciones mentales acerca de la naturaleza de la relación con su figura de apego y acerca de su propia existencia. ⁽⁶⁾

Por todo lo antes mencionado es importante conocer si la vinculación materno fetal influye en las prácticas de autocuidado sobre todo en este grupo de gestantes de esta población vulnerable de San Juan de Miraflores y poner mayor énfasis una vez demostrada esta dependencia y brindar mayor cobertura con respecto a clases de estimulación prenatal que refuercen esta unión. Las competencias que se tienen en Obstetricia de acuerdo a nuestro campo profesional son identificar y analizar los factores determinantes de la salud y realizar una atención integral en salud sexual y reproductiva, para seguir brindando servicio de calidad a nuestras gestantes.

Lo que se desea en el presente trabajo es identificar qué asociación existe entre el vínculo prenatal y los autocuidados que se realizan en el embarazo en este centro de salud ubicado en San Juan de Miraflores, para poder determinar también el vínculo prenatal madre-feto y los autocuidados que realizan las madres de esta población, dejando una base para estudios posteriores que se enfoquen a dar solución ante lo reflejado en el presente trabajo.

Por otro lado la información obtenida de este estudio puede ser utilizada en los programas de Obstetricia o Estadística del centro de salud para la implementación de un servicio de estimulación prenatal, así como para recalcar que la información brindada puede ser utilizada por los responsables de políticas públicas para hacer énfasis en los factores que influyen al aumento del vínculo prenatal en la población mencionada.

Es por esto que nos planteamos la interrogativa: ¿Existe asociación entre vínculo prenatal y las prácticas de autocuidados en el embarazo de las gestantes atendidas en el Centro de San Juan de Miraflores durante el año 2018?

1.3 Definición de términos

Asociación: Relación mental que se establece entre dos conceptos, ideas o recuerdos que tienen algo en común o entre las cuales se puede establecer una implicación intelectual o sugerida.

Embarazo: Se conoce como embarazo al período de tiempo comprendido que va, desde la fecundación del óvulo por el espermatozoide, hasta el momento del parto. En este se incluyen los procesos físicos de crecimiento y desarrollo del feto en el útero de la madre y también los importantes cambios que experimenta esta última, que además de físicos son morfológicos y metabólicos.

Prácticas de autocuidado: Se refiere a las prácticas cotidianas y a las decisiones sobre ellas, que realiza una persona, familia o grupo para cuidar de su salud; estas prácticas son 'destrezas' aprendidas a través de toda la vida, de uso continuo, que se emplean por libre decisión, con el propósito de fortalecer o restablecer la salud y prevenir la enfermedad; ellas responden a la capacidad de supervivencia y a las prácticas habituales de la cultura a la que se pertenece.

Vínculo prenatal: significa una ligadura estrecha pero no forzada. Generalmente, se lo aplica a una relación estrecha. Comienza a establecerse muchas veces, a partir de la gestación o partir de la percepción de los movimientos fetales y se formaliza en el momento del nacimiento, atravesando todo tipo de vicisitudes.

Calidad de vínculo prenatal: se refiere a la relación estrecha entre madre y feto de manera que esta se dé con excelencia, entendiendo que tiene características únicas.

Intensidad de preocupación: indica el grado de preocupación que siente una madre por su hijo por nacer.

PROBLEMAS

Problema general:

¿Existe asociación entre vínculo prenatal y los autocuidados en el embarazo de gestantes atendidas en el Centro de Salud San Juan de Miraflores, Agosto – Octubre 2018?

Problemas específicos:

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de la población en estudio del Centro de Salud San Juan de Miraflores Agosto - Octubre 2018?
- ¿Cómo se presentan los niveles de vínculo prenatal de gestantes atendidas en el Centro de Salud San Juan de Miraflores durante Agosto- Octubre 2018?
- ¿Cómo se presentan los niveles de prácticas de autocuidado en el embarazo de gestantes atendidas en el Centro de Salud San Juan de Miraflores durante Agosto-Octubre 2018?
- ¿Existe asociación entre la calidad de vínculo y el autocuidado en el embarazo de gestantes atendidas en el Centro de Salud San Juan de Miraflores durante Agosto-Octubre 2018??
- ¿Existe asociación entre la intensidad de preocupación y el autocuidado en el embarazo de gestantes atendidas en el Centro de Salud San Juan de Miraflores Agosto - Octubre 2018?

OBJETIVOS

Objetivo general:

Analizar si existe asociación entre vínculo prenatal y los autocuidados en el embarazo de gestantes atendidas del Centro de Salud San Juan de Miraflores Agosto - Octubre 2018.

Objetivos específicos:

- Describir las características sociodemográficas de la población en estudio del Centro de Salud San Juan de Miraflores Agosto - Octubre 2018.
- Determinar los niveles de vínculo prenatal de gestantes atendidas en el Centro de Salud San Juan de Miraflores durante Agosto-Octubre 2018.
- Conocer los niveles de prácticas de autocuidado en el embarazo de gestantes atendidas en el Centro de Salud San Juan de Miraflores durante Agosto-Octubre 2018.
- Interpretar la asociación entre la calidad de vínculo y el autocuidado en el embarazo de gestantes atendidas en el Centro de Salud San Juan de Miraflores durante Agosto-Octubre 2018.
- Identificar la asociación entre la intensidad de preocupación y el autocuidado en el embarazo de gestantes atendidas en el Centro de Salud San Juan de Miraflores Agosto - Octubre 2018.

HIPOTESIS

Hipótesis general

Hipótesis alterna: Existe asociación entre vínculo prenatal y los autocuidados en el embarazo de gestantes atendidas en el Centro de Salud San Juan de Miraflores durante el año 2018.

Hipótesis nula: No existe asociación entre vínculo prenatal y los autocuidados en el embarazo de gestantes atendidas en el Centro de Salud San Juan de Miraflores durante el año 2018.

Hipótesis específicas

Hipótesis alterna: Existe asociación entre la calidad de vínculo y el autocuidado en el embarazo de gestantes atendidas en el Centro de Salud San Juan de Miraflores durante Agosto-October 2018.

Hipótesis nula: No existe asociación entre la calidad de vínculo y el autocuidado en el embarazo de gestantes atendidas en el Centro de Salud San Juan de Miraflores durante Agosto-October 2018.

Hipótesis alterna: Existe asociación entre la intensidad de preocupación y el autocuidado en el embarazo de gestantes atendidas en el Centro de Salud San Juan de Miraflores Agosto - October 2018.

Hipótesis nula: No existe asociación entre la intensidad de preocupación y el autocuidado en el embarazo de gestantes atendidas en el Centro de Salud San Juan de Miraflores Agosto - October 2018.

II. METODOLOGÍA

2.1 TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio de tipo observacional, analítico y de corte transversal.

2.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO

La población para el estudio constó de 440 gestantes atendidas en el Centro de Salud San Juan de Miraflores en el periodo Agosto – Octubre 2017.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión grupo casos:

- Gestantes mayores de edad atendidas en el Centro de Salud San Juan de Miraflores en el periodo Agosto – Octubre 2018.
- Gestantes que presentan al menos un control prenatal en Centro de Salud San Juan de Miraflores en el periodo Agosto-octubre 2018.
- Gestantes que tienen más de 20 semanas de edad gestacional atendidas en el Centro de Salud San Juan de Miraflores en el periodo Agosto-octubre 2018

Criterios de exclusión grupo casos y control:

- Gestantes que presenten alguna alteración mental atendida en el Centro de Salud San Juan de Miraflores en el periodo Agosto-octubre 2018.
- Gestantes que presenten alguna limitación física que impida su participación atendidas en el Centro de Salud San Juan de Miraflores en el periodo Agosto-octubre 2018.
- Gestantes que presenten un feto con malformación atendidas en el Centro de Salud San Juan de Miraflores en el periodo Agosto-octubre 2018.
- Instrumentos que tengan un llenado incompleto o ilegible llenado por gestantes atendidas en el Centro de Salud San Juan de Miraflores en el periodo Agosto – Octubre 2018.

2.3 MUESTRA DE ESTUDIO

$$\frac{N * Z^2 * p * q}{(N - 1) * e^2 + Z^2 * p * q}$$

Dónde:

n = tamaño de la muestra.

N = número de gestantes.

Z= nivel de confianza elegido igual a 1.96

p = proporción positiva =95%

q = proporción negativa =5%

e = error máximo permitido (5% = 0.05)

Reemplazo en fórmula

$$n = \frac{440 * 1.96^2 * 0.95 * 0.05}{(440 - 1) * 0.05^2 + 1.96^2 * 0.95 * 0.05}$$

= 63

El cálculo del tamaño de muestra se realizó mediante proporciones, asumiendo una proporción de gestantes con vínculo prenatal adecuado del 25%, un nivel de confianza del 95% y un error máximo permitido del 5%. Por lo cual se consideró un mínimo de muestra de 63 gestantes que se atienden en el centro de salud. Para evitar la pérdida de participantes se optó por contar con datos extras, con lo cual se llegó a un tamaño de muestra de final de 70 registros de gestantes.

Tipo de muestreo:

Se realizó un muestreo probabilístico, aleatorio simple.

2.4 VARIABLES DE INVESTIGACIÓN

- Variable dependiente: Autocuidados en el embarazo
- Variable independiente: Vínculo prenatal

2.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

El instrumento que se utilizó para el presente estudio es un Cuestionario.

Instrumentos:

Cuestionario: Adaptación de “Maternal Antenatal Attachment Scale” - MAAS (Anexo 1): El presente cuestionario busca evaluar el grado de vínculo de apego que existe en la madre en el momento del embarazo. Ha sido creado en 1993 por el psiquiatra John Condon. La escala original es un análisis factorial seguido por el análisis de elementos produjo un instrumento de 19 elementos que pretende medir el calidad e intensidad del apego emocional prenatal. La adaptación realizada para esta investigación es una escala que se conformó finalmente por 15 preguntas divididas en las dimensiones originales del autor, las cuales son: calidad de vínculo e intensidad de preocupación, traducida al español por expertos en el idioma inglés, luego ha sido validada por un juicio de expertos especialistas en el área de Estimulación prenatal, el cual fue estadísticamente validado por un alpha obtenido de 0.7167, en el estudio piloto previo que se realizó a 20 de las gestantes de nuestra población.

Cuestionario: Prácticas de autocuidado en el embarazo. (Anexo 2): Permite valorar las prácticas de cuidado que realizan consigo mismas y con el hijo por nacer las mujeres en la etapa prenatal diseñada en el 2013 por Carmen Helena Ruiz, María Teresa Fajardo Peña y Judith Patricia Morales Velandia. El instrumento fue realizado con base en una investigación metodológica cuyo objetivo es valorar las prácticas de cuidado que realizan gestantes en etapa prenatal. Se le aplicaron los criterios de confiabilidad y validez, dando lugar a un instrumento válido y confiable con un índice de validez de contenido general del instrumento de 0.92. Es así como este instrumento se puede utilizar en estudios donde se valoren prácticas de cuidado en el área materno prenatal. El instrumento está conformado por 31 preguntas, dispuestos en una escala tipo Likert, cuya construcción se realizó a partir de una exhaustiva revisión de la evidencia científica y de literatura en 6 dimensiones que reflejan las prácticas de cuidado que realizan gestantes en etapa prenatal.

Consentimiento informado (Anexo 3): Documento legal que permitirá brindar la autorización de la usuaria para poder participar en la investigación. Será otorgado por el investigador para que el participante lo lea y de aceptar firme el documento, así como también se brindará un tiempo de absolver las dudas respecto al estudio.

2.6 PLAN DE PROCEDIMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Plan de recolección de datos

Inicialmente se realizó la validación de la traducción del instrumento Maternal Antenatal Attachment Scale (MAAS), por nuestro juicio de expertos.

Una vez que se aprobó el proyecto se solicitó también la documentación para tener el acceso en Centro de Salud San Juan de Miraflores y así se procedió a iniciar la aplicación de los instrumentos.

Para poder determinar los puntos de corte de nuestro primer cuestionario se realizó una prueba piloto que nos indicó las bases de esta investigación.

Por último se realizó la ejecución de la Investigación, llevando a cabo la entrevista a las gestantes.

Análisis de datos

El análisis descriptivo de los datos categóricos se reportó en frecuencias y porcentajes, mientras que los datos descriptivos numéricos son reportados mediante medidas de tendencia central (media o mediana) y medidas de dispersión, de acuerdo a la normalidad de los datos que serán evaluados mediante la prueba Shapiro-Wilk. Algunos datos numéricos de las variables Vínculo y Autocuidado han sido categorizados de acuerdo a los puntos de corte hallados. La validación estadística de los instrumentos se realizó de acuerdo al alfa de Cronbach.

El análisis inferencial se evaluó mediante la prueba Chi Cuadrado de Pearson, considerando un nivel de confianza del 95% y se asumió que existe asociación ya que el valor de p es menor de 0.05.

2.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se especificó a las gestantes que participaron el objetivo de estudio y las implicancias de su participación, así como también ellas confirmaron sus deseos de participar mediante un consentimiento informado, ya que las participantes no estuvieron obligadas a ser parte del estudio y tampoco se brindó algún beneficio económico por su participación.

Se contó con permisos establecidos por la Universidad y Centro de Salud de donde se levantaron datos, los cuales se gestionaron previos a la ejecución del proyecto a fin de no presentar problemas durante ese periodo.

Los resultados de los cuestionarios se manejaron mediante códigos, por lo cual se respetó en todo momento la confidencialidad de las gestantes. La base de datos fue manejada únicamente por la tesista durante la ejecución. Los datos serán divulgados únicamente durante la sustentación final de la tesis o alguna publicación científica en alguna revista nacional o internacional.

2.8 LIMITACIONES DEL ESTUDIO

La toma de datos del presente estudio se realizarán minutos previos y/o posteriores a su cita de control prenatal; debido a que el tiempo promedio por gestante en la aplicación del instrumento conlleva aproximadamente 15 minutos, algunas gestantes podrían negarse a participar o de lo contrario no completar los cuestionarios, esto generaría que no sean consideradas en el presente estudio.

Uno de los instrumentos de este estudio se encuentra en idioma inglés, por lo que se confiará en el traductor y se tratará en lo mayor posible asemejarse a la intención original del autor. Una mala interpretación puede alterar el objetivo del estudio.

El instrumento del vínculo no tiene una escala pre-establecida precisando ese nombre, pero se utilizará una escala de Apego, que nuestro juicio de expertos ha aprobado y la consideran aceptable para aplicarla.

3 RESULTADOS

Se encuestó a un total de 70 gestantes mayores de 20 semanas que fueron atendidas en el consultorio externo de Obstetricia del Centro de Salud San Juan de Miraflores durante los meses de agosto – octubre del presente año.

Tabla 1. Características demográficas de las gestantes atendidas en el Centro de Salud San Juan de Miraflores

	n	%
Edad		
< 20 años	6	8.57
20 – 34 años	61	87.14
≥ 35 años	3	4.29
Grado de instrucción		
Analfabeta	0	0.00
Primaria incompleta	1	1.43
Primaria completa	3	4.29
Secundaria incompleta	3	4.29
Secundaria completa	29	41.43
Superior técnico	18	25.71
Superior universitario	16	22.86
Estado civil		
Soltera	14	20.00
Conviviente	50	71.43
Casada	6	8.57
Total	70	100

* Fuente: Ficha de recolección de datos autodiseñado

En la tabla 1, se pueden observar las características demográficas, se aprecia respecto a la edad que la mayor frecuencia se encontró de 20 a 34 años (87.14%), seguido por las menores de 20 años (8.57%) y por último las gestantes mayores de 35 años (4.29%). Destaca en el grado de instrucción un 41.43% de personas que realizaron su secundaria completa (n=29), seguido por aquellos que presentaron estudios superior técnico (n=18) y en tercer lugar las que cuentan con superior universitario (n =16). El estado civil estuvo distribuido por 50 personas convivientes (71.43%), 14 personas solteras (20.00%) y 6 casadas (8.57%).

Tabla 2. Características sociales de las gestantes atendidas en el Centro de Salud San Juan de Miraflores

	n	%
Con quien vive		
Sola	2	2.86
Solo con pareja/esposo	15	21.43
Pareja/esposo y familia	40	57.14
Amigos	0	0.00
Pareja/esposo y amigos	1	1.43
Solo familia	12	17.14
Ingreso promedio mensual		
< 930 soles	32	45.71
930 – 1312 soles	21	30.00
1312 – 2000 soles	11	15.71
> 2000 soles	6	8.58
Ocupación		
Ama de casa	44	62.86
Estudiante	8	11.43
Comerciante	7	10.00
Otro	11	15.71
Cuenta con servicios básicos		
Si	70	100.0
No	0	0.00
Total	70	100

* Fuente: Ficha de recolección de datos autodiseñado

En la tabla 2, se pueden observar las características sociales, respecto a personas con quienes vive la gestante en mayor proporción son las que viven con la pareja/esposo y familia (57.14%) seguido de quienes viven solo con la pareja/esposo (21.43%) y en tercer lugar quienes viven solo con familia (17.14%). El ingreso mensual de mayor frecuencia se encontraron en el valor menor a 930 soles (45.71%), a continuación el del rango de 930 – 1312 soles (30.00%) y tercer lugar de 1312 – 2000 soles (15.71%). La ocupación dentro del grupo estudiado estuvo conformado por (62.86%) de gestantes amas de casa (n=44), (11.43%) eran estudiantes (n=8) y el (10.00%) eran comerciantes (n=7). Por último el 100% de las gestantes cuenta con servicios básicos.

Tabla 3. Antecedentes gineco-obstétricos de las gestantes atendidas en el Centro de Salud San Juan de Miraflores

	n	%
Gesta (n=70)		
Primigesta	37	52.86
Multigesta	33	47.14
Periodo intergenésico (n=34)		
< 2 años	3	8.82
2 – 5 años	20	58.82
> 5 años	11	32.35
Abortos (n=70)		
Si	18	25.71
No	52	74.29

* Fuente: Ficha de recolección de datos autodiseñado

En la tabla 3, se encontró respecto al número de embarazos, (52.86%) eran primigestas y el (47.14%) eran multigestas, acerca del periodo intergenésico en (58.82%) de las gestantes es de 2 – 5 años, seguido del (32.35%) mayor a 5 años y por último en (8.82%) presentan un periodo intergenésico corto menor a 2 años. En el caso de los abortos, (74.29%) no presentó ningún aborto y un (25.71%) que sí presentó como mínimo uno.

Tabla 4. Características del embarazo actual en gestantes atendidas en el Centro de Salud San Juan de Miraflores

	n	%
Embarazo planificado		
Si presenta	30	42.86
No presenta	40	57.14
Acude al servicio de psicoprofilaxis		
Si	24	34.29
No	46	65.71
Total	70	100

* Fuente: Ficha de recolección de datos autodiseñado

En la tabla 4, se observa que el (57.14%) de gestantes presenta un embarazo no planificado y el (42.86%) planificó el embarazo. Respecto al servicio de Psicoprofilaxis obstétrica un (65.71%) no acude a las clases y un (34.29%) sí acude al servicio.

Tabla 5. Patologías que presentaron las gestantes atendidas en el Centro de Salud San Juan de Miraflores

	n	%
Autocuidado en el embarazo		
Asma	4	5.71
Dermatits	1	1.43
Gastritis	1	1.43
Hipotiroidismo	1	1.43
Psoriasis	1	1.43
Púrpura trombocitopénica	1	1.43
Ninguna	61	87.14
Total	70	100

* Fuente: Ficha de recolección de datos autodiseñado

En la tabla 5, nos describe que en mayor proporción las gestantes no presentan ningún tipo de patología (87.14%), seguido por la patología más frecuente en nuestra población en estudio el asma (5.71%), a continuación patologías como púrpura trombocitopénica, hipotiroidismo, psoriasis con un (1.43%) de frecuencia.

Tabla 6. Características del vínculo prenatal en gestantes del Centro de Salud San Juan de Miraflores

	n	%
Vínculo prenatal		
Positivo	43	61.43
Negativo	27	38.57
Calidad del vínculo		
Positivo	44	62.86
Negativo	26	37.14
Intensidad de preocupación		
Positivo/Alto	42	60.00
Negativo/Bajo	28	40.00
Total	70	100

* Fuente: Ficha de recolección de datos autodiseñado

En la tabla 6, nos describe los niveles de vínculo prenatal en nuestra población de estudio, un (61.43%) presentan un vínculo prenatal positivo (n=43) y el (38.57%) presentan un vínculo prenatal negativo (n=27). Respecto a las

dimensiones del vínculo prenatal, tenemos a la calidad de vínculo, el cual presenta una proporción de (62.86%) de calidad de vínculo positivo y un (37.14%) de calidad de vínculo negativo; en el caso de la intensidad de preocupación, se observa que el (60.00%) presentó una intensidad de preocupación positivo/alto y en el (40.00%) tuvo una intensidad de preocupación negativo/bajo.

Tabla 7. Características de prácticas de autocuidado en el embarazo

	n	%
Autocuidado en el embarazo		
Bueno	12	17.14
Regular	48	68.57
Malo	10	14.29
Estimulación prenatal		
Bueno	11	15.71
Regular	51	72.86
Malo	8	11.43
Ejercicio y descanso		
Bueno	6	8.57
Regular	55	78.57
Malo	9	12.86
Alimentación		
Bueno	10	14.28
Regular	44	62.86
Malo	16	22.86
Higiene y cuidado personales		
Bueno	10	14.28
Regular	51	72.86
Malo	9	12.86
Hábitos beneficiosos		
Bueno	41	58.57
Regular	20	28.57
Malo	9	12.86
Sistema de apoyo		
Bueno	8	11.43
Regular	61	87.14
Malo	1	1.43
Total	70	100

* Fuente: Ficha de recolección de datos autodiseñado

En la tabla 7, nos describe los niveles de prácticas de autocuidado en nuestra población de estudio, en mayor proporción (68.57%) se da un nivel regular de prácticas de autocuidado (n=48), seguido de un (17.14%) de nivel bueno de prácticas de autocuidado (n= 12) y un (14.29%) de prácticas de autocuidado malo (n=10). Respecto a las dimensiones de las prácticas de autocuidado, tenemos a prácticas de estimulación prenatal, el cual presenta una proporción de (72.86%) de nivel regular, un (15.71%) de nivel bueno y un (11.43%) de nivel malo; en el caso de las prácticas de ejercicio y descanso, en mayor proporción (78.57%) presentó un nivel regular, un (12.86%) de nivel malo y un (8.57%) de nivel bueno; acerca de las prácticas de alimentación, en mayor proporción de (62.86%) tuvo un nivel regular, un (22.86%) de nivel malo y un (14.28%) de nivel bueno; a continuación en las prácticas de higiene y cuidados personales, en mayor proporción de (72.86%) tuvo un nivel regular, un (14.28%) de nivel bueno y un (12.86%) de nivel malo; sobre las prácticas de hábitos beneficiosos en mayor proporción (58.57%) presentó un nivel bueno, un (28.57%) de nivel regular y un (12.86%) de nivel malo y por último en la dimensión de sistemas de apoyo en mayor medida tenemos al nivel regular con una proporción de (87.14%), seguido del nivel bueno con (11.43%) y por último el nivel malo de (1.43%).

Tabla 8. Asociación entre las prácticas de autocuidado en el embarazo y el vínculo prenatal

	Autocuidado en el embarazo						p valor*
	Malo		Regular		Bueno		
	n	%	n	%	n	%	
Vínculo prenatal							
Positivo	4	33.3	30	62.5	9	90.0	0.025
Negativo	8	66.7	18	37.5	1	10.0	
	12	100.0	48	100.0	10	100.0	

* Evaluado mediante la prueba Chi Cuadrado de Pearson

En la tabla 8, se encontró con respecto al vínculo prenatal y las prácticas de autocuidado que en el caso del nivel malo de prácticas de autocuidado existe en mayor proporción un porcentaje (66.7%) de vínculo prenatal negativo, en la segunda columna tenemos para la práctica de autocuidado de nivel regular, una mayor frecuencia de vínculo prenatal positivo (62.5%) y en la práctica de autocuidado de nivel bueno se observa una mayor frecuencia de vínculo prenatal positivo (90.00%). Podemos ver que se evidenció asociación estadísticamente significativa (p=0.025).

Tabla 9. Asociación entre el autocuidado en el embarazo y la calidad de vínculo prenatal

	Autocuidado en el embarazo						p valor*
	Malo		Regular		Bueno		
	n	%	n	%	n	%	
Calidad del vínculo							
Positiva	4	33.3	32	66.7	8	80.0	0.049
Negativa	8	66.7	16	33.3	2	20.0	
	12	100.0	48	100.0	10	100.0	

* Evaluado mediante la prueba Chi Cuadrado de Pearson

En la tabla 9, se encontró con respecto a la dimensión de calidad de vínculo prenatal y las prácticas de autocuidado que en el caso del nivel malo de prácticas de autocuidado existe en mayor proporción un porcentaje (66.7%) de vínculo prenatal negativo, en la segunda columna tenemos para la práctica de autocuidado de nivel regular, una mayor frecuencia de vínculo prenatal positivo (66.7%) y en la práctica de autocuidado de nivel bueno se observa una mayor frecuencia de vínculo prenatal positivo (80.00%). Podemos ver que se evidenció asociación estadísticamente significativa ($p=0.049$).

Tabla 10. Asociación entre el autocuidado en el embarazo y la intensidad de preocupación

	Autocuidado en el embarazo						p valor*
	Malo		Regular		Bueno		
	n	%	n	%	n	%	
Intensidad de preocupación							
Positivo/Alto	7	58.3	20	41.7	1	10.0	0.064
Negativo/Bajo	5	41.7	28	58.3	9	90.0	
	12	100.0	48	100.0	10	100.0	

* Evaluado mediante la prueba Chi Cuadrado de Pearson

En la tabla 10, se encontró con respecto a la dimensión de intensidad de preocupación del vínculo prenatal y las prácticas de autocuidado, que en el caso del nivel malo de prácticas de autocuidado existe en mayor proporción un porcentaje (58.3%) de intensidad de preocupación positivo o alto, en la segunda columna tenemos para la práctica de autocuidado de nivel regular, una mayor frecuencia de vínculo prenatal negativo o bajo (58.3%) y en la práctica de autocuidado de nivel bueno se observa una mayor frecuencia de intensidad de preocupación negativo o bajo (90.00%). Podemos ver que se no se halló evidencia estadísticamente significativa ($p=0.064$).

IV. DISCUSION

A partir de los hallazgos encontrados, aceptamos la hipótesis alternativa general que establece que existe asociación entre el vínculo prenatal y las prácticas de autocuidado en las gestantes atendidas en el Centro de Salud San Juan de Miraflores.

Estos resultados guardan relación con lo que sostiene Villa C, Giraldo I y Ramírez M (2015) quienes señalan que el vínculo afectivo prenatal es elemento central del autocuidado materno, estos autores expresan que activar sentimientos de apego seguro les permite a las gestantes hacerse cargo de su propia historia y darle un nuevo y más fuerte significado a su experiencia actual de maternidad y así contribuir a la consolidación de vínculos afectivos más saludables de amor y cuidado, a través de la responsabilidad que pueden asumir con mayor empoderamiento y autoconfianza de sus cambios de conducta y de su rol cómo cuidadoras. Las prácticas de cuidado de las gestantes permiten desarrollar un estilo de vida saludable para ellas y sus bebés, pueden cambiar la percepción que estas tienen del riesgo obstétrico y favorecer la relación del binomio y, por tanto, el vínculo prenatal, dentro de las dimensiones mencionadas por estos autores, son las mismas que se toman en el presente trabajo, estas son: la estimulación prenatal, que son las acciones que la madre realiza para estimular a su bebé antes del nacimiento; la actividad física y descanso, que deben ser periódicos para contribuir al bienestar físico de la madre y el feto, mejorando el sueño, circulación, tono muscular y ayudando a evitar el excesivo aumento de peso; la higiene y cuidados personales, que hacen que la gestante pueda mantenerse limpia y cómoda, con el fin de evitar posibles infecciones en ella y su hijo; la alimentación, dado que en esta etapa aumentan los requerimientos nutricionales, por lo tanto, es importante garantizar que ambos reciban los nutrientes necesarios para estar saludables; los sistemas de apoyo social donde la madre debe contar con una red de acompañamiento informacional y emocional siempre disponible y evitar el consumo de sustancias no beneficiosas que perjudiquen tanto al bebé como la salud materna. Ello es acorde con lo que en este estudio se halla.

Cinar N, et al logran encontrar en su población que cuando las gestantes desarrollan conductas de salud positiva sienten menos fatiga y esto afecta positivamente en el apego o vínculo prenatal, lo mencionado se diferencia de nuestro estudio ya que nuestra variable dependiente son las prácticas de autocuidado en el embarazo y la independiente es el vínculo prenatal, sin embargo con este estudio nos demuestra que la relación sigue siendo asociativa.

En nuestros resultados sociodemográficos tenemos que un 57.14% presenta un embarazo no planificado y un 65.71% no acude a clases de psicoprofilaxis obstétrica, en el caso de Almenara S. se obtiene resultados similares donde la mayoría de su muestra también presenta un embarazo no planificado (78.3%) y la mayoría de las pacientes de su estudio no acude al servicio de Psicoprofilaxis (82.6%).

En el presente, respecto al vínculo prenatal se encontró que en un 61.43% de nuestra población de estudio presentó un vínculo prenatal positivo, esto concuerda con el resultado de sus dimensiones en primer lugar de la calidad de vínculo prenatal, esta dimensión tiene un 62.86% de resultado positivo y en el caso de la intensidad de preocupación obtuvo un 60.00% de nivel positivo o alto, encontrándose entonces similitud en los resultados, sin embargo esto difiere de lo encontrado por Castro M, Estrada B y Landero H, quienes en 2015 encuentran en su estudio que 62.1% de la muestra tuvo un nivel de calidad de vinculación alto o positivo, mientras que el 37.9% nivel bajo o negativo y por otra parte la dimensión de intensidad de preocupación tuvo un mayor porcentaje de nivel bajo 57.4% y un 42.6% alto; se debe tener en cuenta que las poblaciones en estudio tienen diferencias de aspectos culturales, sociales y de idiosincrasias, mencionando también que su instrumento es realizado con otra validación de juicio de expertos distintos al nuestro y diferentes adaptaciones de la escala de vinculación prenatal propuesta por Condon.

Roncallo C, et al identifican el vínculo materno-fetal como un precedente significativo de la vinculación post-natal entre la madre y su bebé. El vínculo materno-fetal se asocia con aspectos emocionales y cognitivos que permiten recrear al feto como otro ser humano. Este vínculo se expresa, a través de prácticas de salud dirigidas a buscar la protección y el bienestar del feto. Lo que no se describe en el presente trabajo son resultados post natales, sin embargo en otros estudios como en el de Maddahi MS, et al afirman de la misma manera que El apego o vínculo materno-fetal juega un papel significativo en la salud materna y fetal. Las prácticas de salud realizadas por la madre durante el embarazo constituyen uno de los factores que pueden afectar los resultados neonatales.

Acerca de resultados del vínculo en una población semejante a la nuestra, es el estudio de Zapata V donde encuentra un vínculo prenatal con relación significativa a la estimulación prenatal, pero divide sus dimensiones de vínculo prenatal de manera distinta a las del presente trabajo, ya que su instrumento se guía de las técnicas de estimulación prenatal, lo que no concuerda con el presente trabajo.

El vínculo prenatal en adolescentes no es trabajado en el presente estudio ya que solo se ha estudiado gestantes adultas, para que no se cometa sesgo en la información, por lo cual es importante destacar que como cita el autor Ballona M. el vínculo prenatal que las adolescentes tienen con sus futuros bebés y el rol materno que adquieren es difícil, ya que ha sido inesperado.

Acerca de las prácticas de autocuidado en el embarazo con resultado general, se observó que en su mayoría 68.57% tuvo un resultado regular, lo cual podría deberse a la falta de conocimientos que aún existe en nuestra población sobre cuidado de la salud y prevención de enfermedades, estos hallazgos tuvieron relación con lo encontrado por Del Río G, Madero K, Palencia S y Puerta L (2013) encontraron también un nivel regular de prácticas de autocuidado.

Analizando estos resultados en sus 6 dimensiones distintas tenemos que con respecto a la Estimulación prenatal, la población de dicho estudio presenta un 84% de nivel regular, seguido de 12% de mala práctica, mientras que en nuestro estudio es de 72.86% de regular práctica seguido de buenas prácticas de autocuidado 15.71%, esto se debe también por diferencias culturales y porque en el lugar realizado por los autores, las gestantes no cuentan con un servicio de psicoprofilaxis obstétrica como es el caso de nuestra población en estudio, de igual manera se debe seguir trabajando para que las gestantes adquieran en su totalidad los conocimientos necesarios para un nivel bueno.

Acerca de la dimensión de Ejercicio y descanso encontramos 78.57% de nivel regular, continúa con un nivel malo con 12.86%; similar con los resultados de dichos autores 76% nivel regular y 18% de mala práctica.

Sobre la dimensión de Alimentación tenemos 62.86% de regulares prácticas y 22.86% de mala práctica, en lo dicho en el estudio 66% resultó con un buen nivel y no se encontró ninguna gestante con una práctica mala, los resultados en el presente estudio nos indica que a pesar del gran esfuerzo que se realiza a diario por profesionales obstetras, aún existe muchas deficiencias en el sistema de salud de nuestro país, que es generado por una serie de problemas sociales, económicos y gubernamentales.

Continuando con Higiene y cuidados personales se encontró 72.86% de nivel regular, seguido con buenas prácticas 14.28%, en el estudio de dichos autores tiene un 52% de regular práctica y colindante a este valor 48% de nivel bueno, vemos aún que se debe implementar estrategias basadas en los datos encontrados.

Procedemos con la dimensión de Hábitos beneficiosos donde se encontró un 100% de la población de los autores como buena práctica a diferencia de que en nuestra población de estudio solo fue un 58.57% y el 28.57% con resultados regulares. Con respecto a la última dimensión de Sistemas de apoyo los autores encontraron un 58% de prácticas buenas y 40% de regular práctica, en el caso de nuestro trabajo es de 87.14% y 11.43% de buenas prácticas.

Quintero A, González A. concluye que formalización de la transmisión del cuidado entre la madre y el feto durante la gestación tendrá influencia en Madre y Feto al cual le llama subconjunto materno, de la misma forma como se encuentra en el presente trabajo, la asociación entre el cuidado materno va a favorecer significativamente el vínculo con el futuro niño.

Sobre el plano psicológico Rojas L. menciona la presencia de emociones y expectativas positivas hacia el ser no nacido puede favorecer de manera significativa a su desarrollo en el plano emocional y psicológico, primando una mayor seguridad, autorregulación de sus emociones, menor presentación de llanto y capacidades asertivas de interacción. Lo que en nuestro presente trabajo significaría la calidad de vínculo positivo y la intensidad de preocupación positiva, es evidente entonces que la vinculación afectiva prenatal actuaría como preventivo de comportamientos perjudiciales en el embarazo.

Vera Q investigó la relación que existe entre el conocimiento de las prácticas de autocuidado y la preeclampsia donde encontró que el nivel de conocimiento de la población de Trujillo tiene nivel de conocimientos regular, en el presente trabajo no se menciona a cerca de nivel de conocimientos, pero el resultado para el nivel de prácticas que realiza nuestra población es de nivel regular (68.57%) lo que refleja que probablemente el nivel de conocimientos de las prácticas en este estudio sea semejante a lo señalado por el autor.

V. CONCLUSIONES

1. Se analizó si existe asociación entre el vínculo prenatal y las prácticas de autocuidado en el embarazo de las gestantes del centro de salud “San Juan de Miraflores”, mostrando una evidencia estadísticamente significativa de ($p=0.025$).
2. La edad que predomina en las entrevistadas es de 20- 34 años (87.14%), la mayoría tienen estudios de secundaria completa (41.43%), la mayor proporción de gestantes están por unión libre o convivencia (71.43%), también en mayor medida viven con familia y esposo (57.14%), el ingreso promedio mensual de la mayoría de gestantes es menor a 930 soles (45.71%), en mayor frecuencia son amas de casa (62.86%) y todas las participantes contaron con servicios básicos. La mayor parte de las gestantes son primigestas (52.86%), gran parte de las gestantes en el embarazo actual presentaron un embarazo no planificado (57.14%) y la mayoría no acude a psicoprofilaxis obstétrica (65.71%), en mayor medida son gestantes que no presentan ninguna enfermedad (87.14%).
3. El vínculo prenatal encontrado en nuestra población obtuvo en su mayoría un resultado positivo (61.43%), y sus dimensiones calidad de vínculo e intensidad de preocupación obtuvo (62.86%) de nivel positivo (60.00%) nivel positivo o alto, respectivamente.
4. Conforme a las prácticas de autocuidado en el embarazo se encontró que el resultado en mayor proporción (68.57%) fue regular, así como es el caso de cada una de sus dimensiones donde su gran mayoría obtuvo el mismo resultado.
5. La dimensión calidad de vínculo prenatal es dependiente de las prácticas de autocuidado en el embarazo, lo que muestra una evidencia estadísticamente significativa ($p=0.049$), no ocurre de la misma forma con la dimensión de intensidad de preocupación donde no se evidenció una asociación ($p=0.064$).

VI. RECOMENDACIONES

1. Se recomienda gestionar la implementación del servicio de estimulación prenatal en el Centro de Salud San Juan de Miraflores con el equipamiento e infraestructura necesaria para que se realicen intervenciones obstétricas centradas en la realización de actividades enfocadas a la vinculación prenatal durante la etapa del embarazo, ya que es un factor ligado a la realización de mejores prácticas de autocuidado, además de favorecer el vínculo post-parto.
2. Se sugiere al servicio de Obstetricia del Centro de Salud poder instaurar el horario de turno tarde para abarcar en mayor medida más cantidad de gestantes ya que según los datos encontrados en el presente estudio la mayoría es ama de casa y casi la mitad de las encuestadas es multigesta.
3. Promover la participación activa del padre durante el embarazo, acudiendo a las atenciones prenatales y a las clases de psicoprofilaxis obstétrica ya que el apoyo emocional que se brinde a la gestante coadyuva con la adaptación satisfactoria de la gestación, así como también contribuye a una mejora en sus prácticas de autocuidado.
4. Seguir incentivando el desarrollo de prácticas de autocuidado en el embarazo de nuestras gestantes en el control prenatal y visitas domiciliarias del Centro de Salud San Juan de Miraflores, con el fin que ellas se conviertan en ejes fundamentales de la prevención de posibles complicaciones maternas y perinatales.
5. Fortalecer los espacios de encuentro, como las clases de Psicoprofilaxis Obstétrica para que entre la gestante y los profesionales de salud, logren una mayor interacción y permitan identificar necesidades individuales y propias del contexto donde se desarrolla el binomio madre-hijo.
6. Se recomienda seguir brindando asesoramiento a las embarazadas sobre la importancia de una alimentación saludable y la actividad física durante el embarazo, con el fin de que se mantengan sanas y no aumenten excesivamente de peso.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad Materna. Citado el 2 de Junio del 2018. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
2. Blair-Gómez C. The biological basis of parent-infant attachment: Foundations and implications for further development. Informes psicológicos. 2013; 13(1), 23-40. Disponible en: <https://revistas.upb.edu.co/index.php/informespsicologicos/article/view/2341>
3. Villa C, Giraldo V, Ramirez V. Vínculo prenatal: la importancia de los Estilos Vinculares en el cuidado gestacional. Revista Katharsis. 2015; 22: 267-303. Disponible en <http://revistas.iue.edu.co/index.php/katharsis>.
4. Herrera J. Evaluación del Riesgo Obstétrico en el Cuidado Prenatal. Colombia médica. 2002; 33(1), 21-25. Citado en 2016. Disponible en: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/214>
5. Cano G, Rodríguez M, Borrella, C, Pérez M, Salvador J. Desigualdades socioeconómicas relacionadas con el cuidado y el control del embarazo. Gaceta sanitaria. 2005; 20(1), 25-30. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/gsv20n1/original2.pdf>
6. Prieto B. Prácticas de cuidado y su influencia durante la gestación. Revista Cubana de Enfermería; 2016, 32 (3). Disponible en: <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/825/183>
7. Ministerio de Salud del Perú. Mortalidad Materna en el Perú. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. 2017. Citado el 2 de Junio del 2018. Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/sala/2017/SE02/mmaterna.pdf>.
8. Organización Mundial de la Salud. Objetivos de desarrollo sostenible. Citado el 2 de Junio del 2018. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/detail/08-12-2015-from-mdgs-to-sdgs-who-launches-new-report>
9. Ministerio de Salud. Directiva Sanitaria - Implementación de las Actividades por la Semana de la Maternidad Saludable y Segura. Resolución Ministerial N° 441-2006.
10. Maddahi MS, Dolatian M, Khoramabadi M, Talebi A. Correlation of maternal-fetal attachment and health practices during pregnancy with neonatal outcomes. Electronic Physician. 2016; 8 (7): 2639-2644. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27648191>
11. Zapata V. Estimulación prenatal y el establecimiento del vínculo afectivo en madres atendidas en el Hospital “María Auxiliadora”. Lima-Perú 2017. Tesis para optar el grado de Licenciada en Obstetricia, Universidad San Martín de Porres. Lima, Perú. 2017. Disponible en: <http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/handle/usmp/2640>
12. Ballona M, Santisteban D. Adopción del rol materno en gestantes adolescentes que acuden al Centro de Salud Toribia Castro. Lambayeque – Perú, 2015. Tesis para optar el grado de Licenciada en Enfermería,

- Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. Lambayeque, Perú. 2015. Disponible en: <http://repositorio.unprg.edu.pe/handle/UNPRG/44>
13. Vera Q, Nivel de conocimiento sobre autocuidado y su relación con la preeclampsia en las gestantes del servicio de obstetricia del Hospital Regional docente de Trujillo. Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería, Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. Trujillo, Perú, 2016. Disponible en: <http://repositorio.unprg.edu.pe/handle/UNPRG/44>
 14. Almenara S. Factores laborales relacionados al Autocuidado de la Salud Gestacional en mujeres trabajadoras de la Universidad Católica de Santa María. Tesis para optar el título de Licenciada en Obstetricia, Universidad Católica de Santa María. Arequipa – Perú, 2016. Disponible en: <http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/handle/UCSM/5342>
 15. Rojas O, Salas C, Vargas O. Prácticas de autocuidado en mujeres embarazadas del Centro de Salud “Collique III zona, Comas”. Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería, Universidad de Ciencias y Humanidades. Lima- Perú, 2014. Disponible en: <http://repositorio.uch.edu.pe/handle/uch/113>
 16. Roncallo CP, Sánchez M, Arranz F. Vínculo materno-fetal: implicaciones en el desarrollo psicológico y propuesta de intervención en atención temprana. Escritos de Psicología. 2015; 8 (2): 14-23. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2710/271041134004.pdf>
 17. Rojas L. Vínculo afectivo prenatal. Psychology Investigation. 2014; 3 (1): 1-15. Disponible en: <https://www.picorpcolombia.com/congresos-1/iii-congreso-2014-y-iv-congreso-2015/>
 18. Castro M. Propiedades psicométricas de la traducción al español de la Escala de Vinculación Prenatal Materna. Summa Psicológica UST. 2015; 12 (1): 103-109. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5147354>
 19. Del Río V, Madero Z, Palencia G, Puerta T. Prácticas de cuidado que realizan consigo mismas y sus hijos por nacer gestantes del corregimiento palenque bolívar. Tesis de grado para optar el título de Enfermería, Universidad Rafael Núñez. Cartagena, Colombia. 2013.
 20. Quintero A. González A. Formalización de la transmisión del cuidado entre la madre y el feto durante la gestación. Ene. 2017; 11 (3). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2017000300009&lang=pt
 21. Alanís G, Pérez S, Álvarez O, Rojas R. Autocuidado en mujeres embarazadas en una comunidad. Revista Ciencias de la Salud. 2015. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/293486833 AUTOCUIDADO EN MUJERES EMBARAZADAS EN UNA COMUNIDAD DEL ESTADO DE MEXICO](https://www.researchgate.net/publication/293486833_AUTOCUIDADO_EN_MUJERES_EMBARAZADAS_EN_UNA_COMUNIDAD_DEL_ESTADO_DE_MEXICO)
 22. Cinar N, Caka SY, Topal S, Yuvaci HU, Erkorkmaz U. The Relation of Health-Related Practices of Pregnant Women, Fatigue and Prenatal Attachment Portugal. J Coll Pshysicians Surg Pak. 2017; 27(11): 693-698. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29132480>

23. Camarneiro APF, Miranda JM. Prenatal attachment and sociodemographic and clinical factors in Portuguese couples. *J Reprod Infant Psychol.* 2017; 35 (3). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Prenatal+attachment+and++sociodemographic+and+clinical+factors+in+Portuguese+couples.+Journal>
24. Maddahi MS, Dolatian M, Khoramabadi M, Talebi A. Correlation of maternal-fetal attachment and health practices during pregnancy with neonatal outcomes. *Electron Pshysician.* 2016; 8 (7): 2639-44. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Correlation+of+maternal-fetal+attachment+and+health+practices+during+pregnancy+with+neonatal+outcomes>
25. Oiberman A. Observando a los bebés. Estudio de una técnica de observación de la relación madre-hijo. Lugar Editorial. Buenos Aires, Argentina. 2001. Citado en 2015. Disponible en: <http://revistas.iue.edu.co/index.php/katharsis>.
26. Cornejo J. Explorando el vínculo madre-padre-hijo en primigestas que participaron en talleres destinados a fortalecer el apego. Programa de la Mujer. Tesis para obtener el grado de Licenciada en Enfermería, Universidad Austral de Chile. Valdivia, Chile. 2007. Disponible en: <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2008/fmc813e/doc/fmc813e.pdf>
27. Young JE, Rygh JL, Weinberger AD, Beck AT. (2008). Cognitive therapy for depression. Nueva York. Citado en 2015. Disponible en: <http://revistas.iue.edu.co/index.php/katharsis>.
28. Thomas V. La Vida Secreta del Niño Antes de Nacer. Edición 2009.
29. Jiménez T, Pino P. Vivencias del Apego prenatal de un grupo de mujeres primigestas adultas jóvenes. Tesis para optar el grado de Psicólogo, Universidad del Bio-Bio. Chillan, Chile. 2014. Disponible en: <http://repobib.ubiobio.cl/jspui/bitstream/123456789/203/1/Jim%C3%A9nez%20Torres%2C%20Renzo%20Nicol%C3%A1s.pdf>
30. Hjelmstedt A, Widstrom AM, Collins A. Psychological Correlates of Prenatal Attachment in Women Who Conceived After In Vitro Fertilization and Women Who Conceived Naturally. *Journal of Reproductive and Infant Psychology.* 2006; 33(4): 303-10.
31. Malm MC, Hildingsson I, Rubertsson C, Rådestad I, Lindgren H. Prenatal attachment and its association with foetal movement during pregnancy - A population based survey. *Women Birth.* 2016; 29 (6): 482-486. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27140328>
32. Nóbrega M. Conducta de base segura y sensibilidad en niños y madres del distrito de Los Olivos. Tesis para optar el grado de Doctora en Psicología, Pontificia Universidad Católica. Lima – Perú, 2012. Disponible en: http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/4491/NOBLEGA_MAYORGA_MAGALY_CONDUCTA.pdf?sequence=1&isAllowed=y
33. Grimalt L, Heresi E. Estilos de apego y representaciones maternas durante el embarazo. *Revista Chilena de Pediatría,* 2012; 83(3): 239-246. Disponible en:

https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062012000300005

34. Massey S et al. Maternal-fetal attachment differentiates patterns of prenatal smoking and exposure. *Addictive Behaviors*, 2015; 45: 51-56. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2015.01.028>
35. Alhusen JL, Hayat MJ, Gross D. A longitudinal study of maternal attachment and infant developmental outcomes. *Archives of Women's Mental Health*. 2013; 16: 521-529. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s00737-013-0357-8>
36. Lafuente J. La escala EVAP (Evaluación de la Vinculación Afectiva y la Adaptación Prenatal). Un estudio piloto. *Index Enferm*. 2008; 17(2). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000200012
37. Marín C. Factores asociados a vinculación prenatal materna en gestantes atendidas en el centro de salud Yugoslavia-Nuevo Chimbote, Tesis para optar por el título de Licenciada en Psicología. Universidad San Pedro, Perú 2017. Disponible en: http://repositorio.usanpedro.edu.pe/bitstream/handle/USANPEDRO/4583/Tesis_56458.pdf?sequence=1&isAllowed=y

VIII. ANEXOS

ANEXO 1° CONSENTIMIENTO INFORMADO UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS FACULTAD DE MEDICINA ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

FECHA: _____

Descripción: Estimada usuaria, usted ha sido invitada a participar en una investigación sobre Vínculo prenatal asociado a prácticas de autocuidado en el embarazo. Esta investigación es realizada por la Bachiller en Obstetricia, egresada de la universidad Nacional Mayor de San Marcos: Doris Vanessa Guzmán Gonzales. El propósito de esta investigación es identificar la asociación entre el vínculo prenatal y autocuidados en el embarazo en gestantes que acuden al consultorio de obstetricia del Centro de Salud “San Juan de Miraflores” durante los meses de Julio - Agosto del 2018, ya sean factores personales, sociodemográficos, obstétricos e institucionales. Se encuestaran a todas las gestantes que tengan como mínimo un control prenatal y cuenten con los criterios de inclusión en el presente estudio, en un promedio de tiempo de 15 minutos. Si acepta participar en esta investigación, se le solicitará su colaboración para el llenado de un cuestionario y dar su permiso para usar los datos de forma anónima, solo para fines académicos.

Riesgos y beneficios: Los riesgos asociados a este estudio son mínimos puesto que no afectará directamente la integridad física de la persona, mas puede causar incomodidad por indagar en la vida de la paciente, por ende, para dar seguridad a nuestras pacientes no se consignaran los nombres y apellidos de las mismas. El desarrollo de este estudio beneficiará a la comunidad obstétrica puesto que obtendremos información sobre aquellos factores que influyen para un inicio tardío de la atención prenatal.

Confidencialidad: Se guardará absoluta confidencialidad de los datos de los participantes y en la publicación se mantendrá el anonimato de los participantes incluidos.

Incentivos: Los participantes de este estudio no recibirán incentivos monetarios algunos

Derechos: Si ha leído este documento y ha decidido participar, por favor entienda que su participación es completamente voluntaria y que usted tiene derecho a abstenerse de participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin ninguna penalidad. También tiene derecho a no contestar alguna pregunta en particular. Además, tiene derecho a recibir una copia de este documento.

Nombre del participante: _____

Firma: _____

ANEXO 2° FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS
“VÍNCULO PRENATAL ASOCIADO A PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN EL
EMBARAZO EN EL PERIODO JULIO – AGOSTO 2018”

1. Factores demográficos

1.1. Edad:

- 10-19 años
- 20- 34 años
- ≥ 35 años

1.2. Grado de instrucción:

- Analfabeta
- Primaria
- Secundaria
- Superior Técnico
- Superior Universitario

1.3. Estado civil:

- Soltera
- Conviviente
- Casada

2. Antecedentes gineco- obstétricos

2.1. Paridad

- Primípara
- Multipara

2.2. Periodo intergenésico:

- < 2 años
- 2- 5 años
- ≥ 5 años

2.3. Abortos:

- Si
- No

3. Factores sociales

3.1 Con quién vive

- Sola
- Solo con Pareja
- Pareja y familia
- Amigos
- Pareja y amigos

3.2 Ingreso promedio mensual

- < 930 soles
- 930 – 1312 soles
- 1312 – 2000
- >2000

3.3 Ocupación

- Ama de casa
- Estudiante
- Otra: _____

3.4 Cuenta con servicios básico

- Si
- No

3. Gestación actual

3.1. Embarazo planificado

- Si
- No

ANEXO 3° MATERNAL ANTENATAL ATTACHMENT SCALE - ESCALA DE VINCULACIÓN ANTENATAL MATERNO

Estas preguntas son sobre sus pensamientos y sentimientos sobre el bebé en desarrollo. Marque solo una casilla en respuesta a cada pregunta.

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <p>1) En las últimas dos semanas he pensado o estado preocupada en mi bebé:</p> <p><input type="checkbox"/> Muy frecuentemente</p> <p><input type="checkbox"/> Frecuentemente</p> <p><input type="checkbox"/> Poco frecuente</p> <p><input type="checkbox"/> Rara vez</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p> | <p><input type="checkbox"/> Casi siempre</p> <p><input type="checkbox"/> A veces</p> <p><input type="checkbox"/> Pocas veces</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p> | <p><input type="checkbox"/> Podría imaginar que a veces podría sentirme así, pero en realidad nunca lo he sentido</p> <p><input type="checkbox"/> Me he sentido así una o dos veces</p> <p><input type="checkbox"/> En ocasiones me he sentido así</p> <p><input type="checkbox"/> A menudo me he sentido así</p> | <p><input type="checkbox"/> Inmediatamente</p> <p><input type="checkbox"/> Después de haber sido envuelto en una manta</p> <p><input type="checkbox"/> Después de que ha sido lavado</p> <p><input type="checkbox"/> Después de unas horas para que las cosas se calmen</p> <p><input type="checkbox"/> El día siguiente</p> |
| <p>2) En las últimas dos semanas he tenido el deseo de leer u obtener información sobre el desarrollo de mi bebé. Este deseo es:</p> <p><input type="checkbox"/> Ningún deseo</p> <p><input type="checkbox"/> Muy poco</p> <p><input type="checkbox"/> Poco</p> <p><input type="checkbox"/> Intenso</p> <p><input type="checkbox"/> Muy intenso</p> | <p>6) Durante las últimas dos semanas, cuando pienso (o hablo con) mi bebé, mis pensamientos:</p> <p><input type="checkbox"/> Siempre son tiernos y cariñosos</p> <p><input type="checkbox"/> Son en su mayoría tiernos y amorosos</p> <p><input type="checkbox"/> Son una mezcla de ternura e irritación</p> <p><input type="checkbox"/> Contiene un poco de irritación</p> <p><input type="checkbox"/> Contiene mucha irritación</p> | <p>10) En las últimas dos semanas he sentido:</p> <p><input type="checkbox"/> Muy emocionalmente distante de mi bebé</p> <p><input type="checkbox"/> Moderadamente distante de mi bebé</p> <p><input type="checkbox"/> No particularmente cerca de mi bebé</p> <p><input type="checkbox"/> Moderadamente cercano emocionalmente a mi bebé</p> <p><input type="checkbox"/> Muy cercano emocionalmente a mi bebé</p> | <p>14) En las últimas dos semanas he tenido sueños sobre el embarazo o el bebé:</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> Pocas veces</p> <p><input type="checkbox"/> De vez en cuando</p> <p><input type="checkbox"/> Frecuentemente</p> <p><input type="checkbox"/> Siempre</p> |
| <p>3) Durante las últimas dos semanas he estado tratando de visualizar cómo es que mi bebé se está desarrollando en mi vientre:</p> <p><input type="checkbox"/> Siempre</p> <p><input type="checkbox"/> Frecuentemente</p> <p><input type="checkbox"/> De vez en cuando</p> <p><input type="checkbox"/> Pocas veces</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p> | <p>7) La imagen en mi mente de cómo se ve realmente mi bebé en esta etapa dentro del útero es:</p> <p><input type="checkbox"/> Muy clara</p> <p><input type="checkbox"/> Bastante clara</p> <p><input type="checkbox"/> Bastante imprecisa</p> <p><input type="checkbox"/> Muy imprecisa</p> <p><input type="checkbox"/> No tengo ninguna idea</p> | <p>11) Durante las últimas dos semanas me he cuidado en qué comer para asegurarme que el bebé reciba una buena dieta:</p> <p><input type="checkbox"/> De ningún modo</p> <p><input type="checkbox"/> Una o dos veces</p> <p><input type="checkbox"/> Ocasionalmente</p> <p><input type="checkbox"/> Muy a menudo</p> <p><input type="checkbox"/> Siempre</p> | <p>15) Si el embarazo se perdiera en este momento (debido a un accidente) sin ningún dolor o lesión a mí mismo, espero sentir:</p> <p><input type="checkbox"/> Muy complacido</p> <p><input type="checkbox"/> Moderadamente satisfecho</p> <p><input type="checkbox"/> Neutral (es decir, ni triste ni satisfecho, ni sentimientos encontrados)</p> <p><input type="checkbox"/> Moderadamente triste</p> <p><input type="checkbox"/> Muy triste</p> |
| <p>4) En las últimas dos semanas, pienso en mi bebé en desarrollo principalmente como:</p> <p><input type="checkbox"/> Una persona pequeña real con características especiales</p> <p><input type="checkbox"/> Un bebé como cualquier otro bebé</p> <p><input type="checkbox"/> Un ser humano</p> <p><input type="checkbox"/> Una cosa viva</p> <p><input type="checkbox"/> Una cosa que aún no está viva</p> | <p>8) En las últimas dos semanas, cuando pienso en el bebé que tengo dentro, tengo sentimientos que son:</p> <p><input type="checkbox"/> Muy triste</p> <p><input type="checkbox"/> Moderadamente triste</p> <p><input type="checkbox"/> Una mezcla de felicidad y tristeza</p> <p><input type="checkbox"/> Moderadamente feliz</p> <p><input type="checkbox"/> Muy feliz</p> | <p>12) Cuando vea por primera vez a mi bebé después del nacimiento, espero sentir:</p> <p><input type="checkbox"/> Afecto máximo</p> <p><input type="checkbox"/> Afecto intenso</p> <p><input type="checkbox"/> Afecto medio</p> <p><input type="checkbox"/> Afecto bajo</p> <p><input type="checkbox"/> Nada</p> | |
| <p>5) En las últimas dos semanas he sentido que mi bebé depende de mí para su bienestar:</p> <p><input type="checkbox"/> Siempre</p> | <p>9) Algunas mujeres embarazadas a veces se irritan tanto su bebé que sienten que quieren lastimarlo o castigarlo:</p> <p><input type="checkbox"/> No podía imaginar que alguna vez me sentiría así</p> | <p>13) Cuando nazca mi bebé, me gustaría abrazar al bebé:</p> | |

ANEXO 4° CUESTIONARIO DE PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN EL EMBARAZO

PRACTICA DE CUIDADO	NUNCA	ALGUNAS VECES	SIEMPRE
ESTIMULACIÓN PRENATAL O FETAL			
1. ¿Le habla a su bebé?			
2. ¿Evita colocarle música cerca de su abdomen?			
3. ¿Estimula a su bebé con luz a través de su abdomen?			
4. ¿Evita acariciar al bebé a través de las paredes del abdomen?			
EJERCICIO Y DESCANSO			
5. ¿Realiza ejercicio por treinta minutos tres veces a la semana?			
6. ¿Realiza actividades domésticas que le produzcan cansancio?			
7. ¿Duerme más de seis horas durante la noche?			
8. ¿Realiza actividades laborales que le produzcan cansancio?			
9. ¿Dedica tiempo para descansar durante el día?			
10. ¿Realiza actividades recreativas por lo menos una vez a la semana? (ir al cine o al parque, visitar familiares o amigos)			
HIGIERNE Y CUIDADOS PERSONALES			
11. ¿Se cepilla los dientes después de cada comida?			
12. ¿Deja de asistir a la consulta odontológica durante la gestación?			
13. ¿Cuándo va al baño realiza limpieza de os genitales de adelante hacia atrás?			
14. ¿Acostumbra a realizarse duchas vaginales internas?			
15. ¿Utiliza ropa que le permite libertad de movimiento?			
ALIMENTACIÓN			
16. ¿Consume 3 o 4 veces leche o derivados (queso, yogurt) al día?			
17. ¿Consume al día dos porciones, bien sea carne, pollo, pescado o vísceras?			
18. ¿Consume al día dos porciones de hortalizas o verduras?			
19. ¿En su alimentación diaria las frutas no están presentes?			
20. ¿Consume de 4 a 5 cucharadas de leguminosas (frijol, lentejas, garbanzo) al día?			
21. ¿Consume al día más de dos porciones de tubérculos (papa, yuca o plátano)			
22. ¿Toma al día entre 7 a 8 vasos de líquido?			
SISTEMAS DE APOYO			
23. ¿Busca apoyo económico de su familia, amigos o conocidos cuando usted lo requiere?			
24. ¿Cumple con las recomendaciones dadas por el/la obstetra que la atiende?			
25. ¿No acostumbra solicitar a su familia o a sus amigos ayuda en los trabajos de la casa cuando usted lo requiere?			
26. ¿Necesita que las personas de su familia o sus amigos, le demuestren que la quieren?			
27. ¿Asiste a todos los controles prenatales programados?			
HABITOS NO BENEFICIOSOS			
28. ¿Evita tomar más de tres tazas de café al día?			
29. ¿Evita fumar durante la gestación?			
30. ¿Evita consumir licor durante la gestación?			
31. ¿Consume alguna sustancia que le produzcan adicción durante la gestación? (marihuana, cocaína o tranquilizantes).			

ANEXO 5° FICHA DE EVALUACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS

Experto N°.....

Nombres y Apellidos:.....

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta le solicitamos su opinión sobre el instrumento que se adjunta. Marque con una X (aspa) en SI o NO en cada criterio según su opinión. Marque SI, cuando el Ítem cumpla con el criterio señalado o NO cuando no cumpla con el criterio.

Tenga a bien anotar sus observaciones y sugerencias en los espacios correspondientes.

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIONES
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.			
2. El instrumento responde a los objetivos de la investigación.			
3. El instrumento responde a la operacionalización de las variables.			
4. La estructura del instrumento es adecuada.			
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.			
6. Los ítems son claros y comprensibles.			
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación.			
8. Se debe incrementar el número de ítems			
9. Se debe eliminar algunos ítems.			

Aportes y/o sugerencias para mejorar el instrumento.

.....
FIRMA

ANEXO 6° ANALISIS DE VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

PRUEBA BINOMIAL

Se ha considerado <ul style="list-style-type: none"> • De acuerdo= 1 (si) • En desacuerdo= 0 (no) • En cuanto al criterio N°8 y 9, se ha considerado el puntaje de manera invertida 	Entre los resultados se tomó en cuenta: <ul style="list-style-type: none"> • Aceptable: menor a 0.70 • Bueno: 0.70-0.89 • Excelente: por encima de 0.90
--	--

N° criterio	N° juez					N° de acuerdos
	Experto n°1	Experto n°2	Experto n°3	Experto n°4	Experto n°5	
Ítem 1	1	1	1	1	1	5
Ítem 2	1	1	1	1	1	5
Ítem 3	1	1	1	1	1	5
Ítem 4	1	1	1	1	1	5
Ítem 5	1	1	1	1	1	5
Ítem 6	1	1	1	1	1	5
Ítem 7	1	1	1	1	0	4
Ítem 8	1	1	1	1	1	5
Ítem 9	1	1	1	1	1	5
Total	10	10	10	10	8	44

Prueba de concordancia entre jueces:

$b = \frac{Ta \times 100\%}{Ta + Td}$	Donde: b= grado de concordancia entre jueces Ta: N° total de acuerdos Td: N° total de desacuerdos
---------------------------------------	--

Reemplazando por los valores obtenidos: $\frac{Ta \times 100\%}{Ta + Td} = \frac{44 \times 100\%}{46} = 95\% = 0.95$

Se obtuvo que el grado de concordancia es significativo, observándose que existe concordancia entre los jueces, se tomó en consideración lo sugerido por los expertos y se procedió a la modificación de las preguntas observadas del instrumento.

**ANEXO 7° CERTIFICACIÓN DE TRADUCCIÓN DE INSTRUMENTO POR
EXPERTO**

Experto N° _____

Nombres y Apellidos: _____

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

Se certifica que el presente instrumento es traducido de manera clara,
relacionando cada pregunta con las alternativas de respuesta.

.....

FIRMA

ANEXO 8° OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	TIPO DE VARIABLES	ESCALA DEMEDICIÓN	FUENTE DE VERIFICACIÓN	CODIFICACIÓN
Vínculo prenatal	Lazo afectivo que se propicia en la gestante/pareja gestante respecto de la llegada de su hijo o hija, para que su llegada sea asumida de manera natural, positiva, con acogida y afecto.	Calidad de Vínculo	1. Pensamientos sobre mi bebé	Cualitativo Dicotómico	Ordinal	Encuesta	Cada una evaluará mediante escala de Likert
			2. Deseo de buscar información				Cada una evaluará mediante escala de Likert
			3. Desarrollo				Cada una evaluará mediante escala de Likert
			5. Dependencia				Cada una evaluará mediante escala de Likert
			11. Dieta saludable				Cada una evaluará mediante escala de Likert
			14. Sueños sobre mi bebé				Cada una evaluará mediante escala de Likert
		Intensidad de preocupación	4. Verlo en la realidad	Cualitativo Dicotómico	Ordinal	Encuesta	Cada una evaluará mediante escala de Likert
			6. Tipos de pensamientos				Cada una evaluará mediante escala de Likert
			7. Imaginación				Cada una evaluará mediante escala de Likert
			8. Sentimientos				Cada una evaluará mediante escala de Likert
			9. Irritación				Cada una evaluará mediante escala de Likert
			10. Distancia emocional				Cada una evaluará mediante escala de Likert
			12. Futuro sentimiento al nacimiento				Cada una evaluará mediante escala de Likert
			13. Deseo de abrazar				Cada una evaluará mediante escala de Likert
16. Perdida supuesta del embarazo	Cada una evaluará mediante escala de Likert						

Autocuidados en el embarazo	Son actividades que realizan las mujeres con ellas mismas durante el proceso prenatal con el fin de seguir viviendo, mantener la salud, atender enfermedades y conservar su bienestar y el de su hijo por nacer, comprende lo que las gestantes hacen para cuidarse y como lo hacen.	Estimulación prenatal	Acciones que realiza la gestante para estimular al feto	Cualitativo politómico	Ordinal	Encuesta	Nunca (0) Algunas veces (1) Siempre (2)
		Ejercicio y descanso	Actividades relacionadas con el ejercicio y con el descanso que realiza la gestante.			Encuesta	Nunca (0) Algunas veces (1) Siempre (2)
		Alimentación	Consumo de sustancias beneficiosas para el estado de salud y el bienestar de la madre y el feto.			Encuesta	Nunca (0) Algunas veces (1) Siempre (2)
		Higiene y cuidado personales	Acciones que realiza la gestante con el fin de mantenerse limpia y conoce y prevenir problemas infecciosos.			Encuesta	Nunca (0) Algunas veces (1) Siempre (2)
		Hábitos no beneficiosos	No consumo de sustancias psicoactivas que perjudica el estado de salud y el bienestar de la madre y el feto.			Encuesta	Nunca (0) Algunas veces (1) Siempre (2)
		Sistemas de apoyo	Adecuada ayuda emocional, familiar institucional, durante la gestación.			Encuesta	Nunca (0) Algunas veces (1) Siempre (2)

ANEXO 9° MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO: VÍNCULO PRENATAL ASOCIADO A PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN EL EMBARAZO, LIMA 2018.

PROBLEMAS	OBJETIVOS	JUSTIFICACIÓN	HIPÓTESIS	INDICADORES	DISEÑO
<p>PROBLEMA PRINCIPAL</p> <p>¿Existe asociación entre vínculo prenatal y los autocuidados en el embarazo de gestantes atendidas en el Centro de Salud San Juan de Miraflores, Agosto – Octubre 2018?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Analizar si existe asociación entre vínculo prenatal y los autocuidados en el embarazo de gestantes atendidas del Centro de Salud San Juan de Miraflores Agosto - Octubre 2018.</p>	<p>Según los últimos datos presentados por la Organización Mundial de la Salud del presente año; cada día mueren en todo el mundo 830 mujeres por complicaciones relacionadas al embarazo y parto. Cabe resaltar que en el 2015 se estimaron 303,000 muertes de mujeres durante el embarazo y parto a nivel mundial. En las zonas rurales y en las comunidades más pobres es donde se concentra el mayor número de muertes maternas. A nivel mundial aproximadamente un 80% son debido a causas directas que incluyen trastornos hipertensivos, hemorragias intensas e infecciones y parto obstruido. Entre el 20% están las causas indirectas por enfermedades que complican el embarazo o son agravadas por él, como el paludismo, la anemia, el VIH/SIDA o las enfermedades cardiovasculares. De la mortalidad materna reportada, el 99% comprende a los países en vías de desarrollo, como es el caso de nuestro país.</p> <p>Según la OMS la mayoría de las complicaciones que aparecen durante la gestación son prevenibles o tratables.</p> <p>En el año 1998 el Ministerio de Salud del Perú</p>	<p>Hipótesis 1: Existe asociación entre vínculo prenatal y los autocuidados en el embarazo de gestantes atendidas en el Centro de Salud San Juan de Miraflores.</p> <p>Hipótesis 0: No existe asociación entre vínculo prenatal y los autocuidados en el embarazo de gestantes atendidas en el Centro de Salud San Juan de Miraflores.</p>	Pensamientos sobre mi bebé	<p>El estudio de tipo observacional, analítico, de corte transversal.</p>
				Deseo de buscar información	
				Desarrollo	
				Dependencia	
				Tipos de pensamientos	
				Sueños sobre mi bebé	
				imaginación	
				Verlo en la realidad	
				Dieta saludable	
				Sentimientos	
				Irritación	
				Distancia emocional	
				Futuro sentimiento al nacimiento	
				Deseo de abrazar	
Pérdida supuesta del embarazo					
Acciones que realiza la gestante para estimular al feto					
<p>1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas de la población en estudio del Centro de Salud San Juan de Miraflores Agosto - Octubre 2018?</p> <p>2. ¿Cómo se presentan los</p>	<p>1. Describir las características sociodemográficas de la población en estudio del Centro de Salud San Juan de Miraflores Agosto - Octubre 2018.</p> <p>2. Determinar los niveles de vínculo prenatal de</p>		<p>Hipótesis 1: Existe asociación entre la calidad de vínculo y el autocuidado en el embarazo de gestantes atendidas en el Centro de Salud San Juan de</p>	Actividades relacionadas con el ejercicio y con el descanso que realiza la gestante.	
				Consumo de sustancias beneficiosas para el estado de salud y el bienestar de la madre y el feto.	
				Acciones que realiza la gestante con el fin de mantenerse limpia y	

<p>niveles de vínculo prenatal de gestantes atendidas en el Centro de Salud San Juan de Miraflores durante Agosto-October 2018?</p> <p>3. ¿Cómo se presentan los niveles de prácticas de autocuidado en el embarazo de gestantes atendidas en el Centro de Salud San Juan de Miraflores durante Agosto-October 2018?</p> <p>4. ¿Existe asociación entre la calidad de vínculo y el autocuidado en el embarazo de gestantes atendidas en el Centro de Salud San Juan de Miraflores durante Agosto-October 2018??</p> <p>5. ¿Existe asociación entre la intensidad de preocupación y el autocuidado en el embarazo de gestantes atendidas en el Centro de Salud San Juan de Miraflores Agosto - October 2018?</p>	<p>gestantes atendidas en el Centro de Salud San Juan de Miraflores durante Agosto-October 2018.</p> <p>3. Conocer los niveles de prácticas de autocuidado en el embarazo de gestantes atendidas en el Centro de Salud San Juan de Miraflores durante Agosto-October 2018.</p> <p>4. Interpretar la asociación entre la calidad de vínculo y el autocuidado en el embarazo de gestantes atendidas en el Centro de Salud San Juan de Miraflores durante Agosto-October 2018.</p> <p>5. Identificar la asociación entre la intensidad de preocupación y el autocuidado en el embarazo de gestantes atendidas en el Centro de Salud San Juan de Miraflores Agosto - October 2018.</p>	<p>asumió este compromiso, declarando la tercera semana de Mayo, de cada año, como la "Semana de la Maternidad Saludable y Segura", con la finalidad de sensibilizar, motivar y comprometer a todas las instituciones públicas y privadas, así como a la población en general, en el tema de la maternidad sin riesgos.</p> <p>Existen hipótesis acerca de que el vínculo o apego prenatal es un factor que está ligado a la calidad en los cuidados ⁽⁵⁾, como ejemplo, si existen bajos niveles de unión prenatal pueden estar relacionados con diversas formas de abuso fetal, que puede ser pasivo, por omisiones en el cuidado y atención al embarazo, como no asistir a controles, no generar cambios asociados al nuevo estado, para potenciar las condiciones de desarrollo del feto, entre otras; o activos, como por ejemplo, la ingesta de drogas, consumo de alcohol, tabaquismo, trastornos de la alimentación o la autoagresión. Sin embargo, es necesario desarrollar más investigaciones sobre el tema, puesto que podría ser útil para disminuir el riesgo fetal y la mortalidad materna.</p>	<p>Miraflores..</p> <p>Hipótesis 0: No existe asociación entre la calidad de vínculo y el autocuidado en el embarazo de gestantes atendidas en el Centro de Salud San Juan de Miraflores</p> <p>Hipótesis 1: Existe asociación entre la intensidad de preocupación y el autocuidado en el embarazo de gestantes atendidas en el Centro de Salud San Juan de Miraflores.</p> <p>Hipótesis 0: No existe asociación entre la intensidad de preocupación y el autocuidado en el embarazo de gestantes.</p>	<p>conoce y prevenir problemas infecciosos.</p> <p>No consumo de sustancias psicoactivas que perjudica el estado de salud y el bienestar de la madre y el feto.</p> <p>Adecuada ayuda emocional, familiar institucional, durante la gestación.</p>	
---	--	--	--	--	--

ANEXO 10° VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS

Los instrumentos utilizados para el presente estudio fueron validados en dos etapas. Inicialmente se evaluó el contenido, el cual debía ser objetivo y entendible para la población que participaría en el estudio, por lo que se optó a realizar una validación de expertos. A continuación se realizó una validación estadística mediante la prueba Alpha de Cronbach, la cual se aplicó a una muestra piloto de 20 participantes. La prueba establecida considera que un alpha mayor a 0.7 refleja la validez del instrumento.

Validación 1: Escala de Vinculación Antenatal Materno (adaptado)

Tabla X. Alpha de Cronbach de la adaptación de la Escala de Vinculación Antenatal Materno

	Observados	Correlación	Alpha
Pregunta 1	20	0.57	0.687
Pregunta 2	20	0.29	0.721
Pregunta 3	20	0.34	0.715
Pregunta 4	20	0.25	0.725
Pregunta 5	20	0.57	0.687
Pregunta 6	20	0.56	0.687
Pregunta 7	20	0.23	0.728
Pregunta 8	20	0.80	0.652
Pregunta 9	20	0.42	0.705
Pregunta 10	20	0.66	0.674
Pregunta 11	20	0.34	0.716
Pregunta 12	20	0.49	0.697
Pregunta 13	20	0.40	0.708
Pregunta 14	20	0.61	0.682
Pregunta 15	20	0.16	0.735
		General	0.7167

El alpha obtenido es de 0.7167, por lo cual se puede establecer que el instrumento "Escala de Vinculación Antenatal Materno" está validado estadísticamente.

Validación 2: Cuestionario de Autocuidados en el embarazo

Tabla X. Alpha de Cronbach del Cuestionario de Autocuidados en el embarazo

	Observados	Correlación	Alpha
Pregunta 1	20	0.19	0.779
Pregunta 2	20	0.49	0.763
Pregunta 3	20	0.32	0.772
Pregunta 4	20	0.44	0.766
Pregunta 5	20	0.52	0.761
Pregunta 6	20	0.27	0.775
Pregunta 7	20	0.52	0.761
Pregunta 8	20	0.25	0.775
Pregunta 9	20	0.39	0.768
Pregunta 10	20	0.37	0.770
Pregunta 11	20	0.15	0.780
Pregunta 12	20	0.34	0.771
Pregunta 13	20	0.46	0.765
Pregunta 14	20	0.66	0.753
Pregunta 15	20	0.24	0.776
Pregunta 16	20	0.24	0.776
Pregunta 17	20	0.35	0.771
Pregunta 18	20	0.49	0.763
Pregunta 19	20	0.21	0.777
Pregunta 20	20	0.41	0.767
Pregunta 21	20	0.29	0.773
Pregunta 22	20	0.55	0.760
Pregunta 23	20	0.08	0.784
Pregunta 24	20	0.45	0.765
Pregunta 25	20	0.10	0.783
Pregunta 26	20	0.39	0.768
Pregunta 27	20	0.68	0.752
Pregunta 28	20	0.37	0.770
Pregunta 29 *	20	-	-
Pregunta 30	20	0.53	0.761
Pregunta 31 *	20	-	-
		General	0.7607

* No ingresaron al análisis debido a que todas las participantes marcaron la misma respuesta.

El alpha obtenido es de 0.7607, por lo cual se puede establecer que el instrumento "Cuestionario de Autocuidados en el embarazo" está validado estadísticamente.