Universidad de Deusto
Deustuko Unibertsitatea
University of Deusto

Tercer Ciclo

Facultad de Psicología y Educación

Vínculo afectivo prenatal en mujeres embarazadas a través de Reproducción Asistida

Tesis doctoral realizada por: Lucía Navarro Aresti

Dirigida por: Ana Martínez Pampliega y Ioseba Iraurgi Castillo

La doctoranda

Lucía Navarro Aresti

Los directores

Ana Martínez Pampliega

Ioseba Iraurgi Castillo

Bilbao, 31 de agosto del 2015

Agradecimientos

En primer lugar, me gustaría agradecer tanto a Ana Martínez Pampliega como a Ioseba Iraurgi Castillo por acompañarme a lo largo de estos tres años. Gracias por vuestra disponibilidad, tiempo e interés, por supervisar este proyecto, orientarme y ayudarme. Sin vuestra ayuda no hubiera sido posible.

También quisiera agradecer a mis compañeras de equipo, tanto a las que seguís como a las que ya habéis cerrado vuestra etapa en la universidad, y a Eva. Ha sido un placer trabajar con vosotras durante este tiempo.

Asimismo, querría dar mi agradecimiento a todos los profesionales que han colaborado en este proyecto. En especial, a Sagrario Martín Íñigo por posibilitarme y facilitarme la realización de este trabajo en Quirón Bilbao. Gracias a este último centro por abrirme sus puertas durante tantos años.

Gracias también a las cientos de mujeres embarazadas que han querido colaborar en las distintas fases de esta tesis doctoral. La buena acogida que ha tenido el estudio entre ellas me ha dado mucha fuerza para seguir profundizando en el tema.

También me gustaría agradecer a la Facultad de Psicología y Educación de la Universidad de Deusto y a OTRI/DEIKER por subvencionar este proyecto a través de una Ayuda F.P.I.

Quisiera agradecer a Laura, por estar siempre conmigo, por escucharme, por la energía positiva que me ha transmitido, por los momentos de desconexión y por ser una amiga *top*. También a Teresa y a su "casi marido" Jaime, a quienes he sentido muy cerca aún

estando lejos. Creo que los tres nos hemos hecho expertos en *prenatal attachment*. Infinitas gracias pareja.

Finalmente, me gustaría agradecer de forma especial a mis padres. Gracias por estar conmigo de forma incondicional a lo largo de toda mi formación, a lo largo de toda mi vida. Siempre me habéis apoyado y ayudado a lograr mis metas. Vuestra seguridad y confianza me han acompañado estos tres años y han hecho que pueda terminar este proyecto satisfecha con el trabajo realizado.

Índice

Introducción 1

1. Infertilidad y Embarazo Mediante Técnicas de Reproducción Asistida 5

1.1. Infertilidad y Reproducción Asistida 5

1.1.1. La infertilidad hoy 5

1.1.2. La infertilidad y el psiquismo 6

1.1.3. Reproducción Asistida 11

1.1.4. Impacto psicológico de la Reproducción Asistida 14

1.2. Embarazo 16

1.2.1. Impacto psicológico del embarazo 16

1.2.2. Embarazo como proceso para la formación de una nueva identidad 18

1.2.3. Embarazo como etapa de reevaluación y reordenación de las relaciones interpersonales . 20

1.2.4. Embarazo a través de Técnicas de Reproducción Asistida 22

1.3. Resumen del capítulo 24

2. Vínculo Afectivo Prenatal Materno 27

2.1. Justificación del empleo del término vínculo afectivo prenatal materno y definición 27

2.2. Desarrollo del vínculo afectivo prenatal materno 33

2.3. Continuidad del vínculo afectivo prenatal materno a nivel postnatal 35

2.4. Efectos del vínculo afectivo prenatal materno sobre el desarrollo del feto y del niño 37

2.5. Modelos teóricos de estudio 39

2.6. Instrumentos de evaluación 45

2.7. Variables relacionadas con el vínculo afectivo prenatal materno: apoyo empírico 52

2.7.1. Variables sociodemográficas.....53

2.7.2. Historia reproductiva.....56

2.7.3. Embarazo actual.....60

2.7.4. Variables psicológicas.....70

2.7.5. Variables relacionales.....74

2.7.6. Otras variables.....79

2.8. Resumen del capítulo.....80

2.9. Vínculo afectivo prenatal materno: propuesta de investigación.....81

3. Estudio I: Construcción de la Escala de Evaluación del Vínculo Afectivo Prenatal Materno.....83

3.1. Justificación.....83

3.2. Propuesta metodológica para la construcción de una escala de medición.....84

3.3. Fase I: Desarrollo del instrumento de medida.....86

3.3.1. Especificación del constructo y de sus dimensiones.....86

3.3.2. Construcción del instrumento de medida.....99

3.4. Fase II: Análisis empírico del instrumento de medida.....106

3.4.1. Primer estudio empírico.....106

3.4.2. Revisión del instrumento de medida.....130

3.4.3. Segundo estudio empírico.....136

3.5. Discusión.....151

3.6. Conclusiones.....157

4. Estudio II: Estudio Longitudinal del Vínculo Afectivo Prenatal en Mujeres Embarazadas a través de Técnicas de Reproducción Asistida.....159

4.1. Justificación.....159

4.2. Objetivos e hipótesis.....160

4.3. Método.....162

4.3.1. Participantes 162

4.3.2. Instrumentos 165

4.3.3. Procedimiento 171

4.3.4. Estrategia de análisis 176

4.4. Resultados 179

4.4.1. Fiabilidad de los instrumentos de medida 179

4.4.2. Contraste de medidas temporales 182

4.4.3. Vínculo afectivo prenatal materno y variables relacionadas 188

4.4.4. Predictores del vínculo afectivo prenatal materno 202

4.5. Discusión 207

4.5.1. Contraste de hipótesis 210

4.6. Conclusiones 244

5. Conclusiones: Aportaciones e Implicaciones a nivel Clínico, Limitaciones y Líneas Futuras de Investigación 247

5.1. Aportaciones e implicaciones a nivel clínico 248

5.2. Limitaciones 249

5.3. Líneas futuras de investigación 252

6. Referencias 255

7. Anexos 291

7.1. Anexo A. Documento para el análisis de la dimensionalidad del constructo vínculo afectivo prenatal materno 291

7.2. Anexo B. Primera versión de la Escala de Evaluación del Vínculo Afectivo Prenatal Materno 293

7.3. Anexo C. Explicación teórica del constructo vínculo afectivo prenatal materno y sus dimensiones 295

7.4. Anexo D. Documento para la valoración de la primera versión de la Escala de Evaluación del Vínculo Afectivo Prenatal Materno 296

7.5. Anexo E. Estudio I: primer protocolo de evaluación 301

7.6. Anexo F. Documento para el análisis de los ítems nuevos y clarificados de la Escala de Evaluación del Vínculo Afectivo Prenatal Materno 308

7.7. Anexo G. Estudio I: segundo protocolo de evaluación (primera evaluación) 311

7.8. Anexo H. Estudio I: segundo protocolo de evaluación (retest o segunda evaluación).....314

7.9. Anexo I. Estudio II: protocolo de evaluación del primer trimestre de gestación 317

7.10. Anexo J. Estudio II: protocolo de evaluación del segundo trimestre de gestación.....329

7.11. Anexo K. Estudio II: protocolo de evaluación del tercer trimestre de gestación.....340

7.12. Anexo L. Matrices de correlaciones entre el vínculo afectivo prenatal materno y las variables en estudio en los tres trimestres gestacionales 351

7.13. Anexo M. Matrices de correlaciones del conjunto de variables en estudio en el primer y tercer trimestre de gestación.....355

Índice de tablas

Tabla 1.1. Impacto psicológico de la infertilidad y la Reproducción Asistida: principales hallazgos 8

Tabla 1.2. Impacto psicológico del embarazo a través de Reproducción Asistida: principales hallazgos 23

Tabla 2.1. Términos empleados en estudios publicados en lengua inglesa para designar el constructo vínculo afectivo prenatal materno 28

Tabla 2.2. Términos empleados en estudios publicados en lengua española para designar el constructo vínculo afectivo prenatal materno 31

Tabla 2.3. Adaptaciones internacionales de la MAAS: características principales 50

Tabla 3.1. Propuesta metodológica para la construcción de una escala de medida 84

Tabla 3.2. Análisis de la dimensionalidad del constructo vínculo afectivo prenatal materno 90

Tabla 3.3. Acuerdo interjueces en la dimensionalidad del constructo vínculo afectivo prenatal materno 95

Tabla 3.4. Dimensiones del constructo vínculo afectivo prenatal materno propuestas por los expertos: criterios de selección 97

Tabla 3.5. Validez aparente, validez de contenido y lenguaje de la VAPM: acuerdo interjueces 104

Tabla 3.6. Instrumentos de medida, dimensiones y variables evaluadas en el primer estudio empírico de la VAPM 108

Tabla 3.7. Centros de Salud colaboradores en el primer estudio empírico de la VAPM 109

Tabla 3.8. Verificación de la bondad métrica de la VAPM: resumen de la estrategia de análisis del primer estudio empírico 111

Tabla 3.9. Distribución de los ítems de la VAPM 114

Tabla 3.10. Resumen de los análisis factoriales confirmatorios de la VAPM: dimensiones independientes 118

Tabla 3.11. Resumen de los análisis factoriales confirmatorios de la VAPM: modelos 119

Tabla 3.12. Índices de fiabilidad de la VAPM 124

Tabla 3.13. Validez convergente de la VAPM 125

Tabla 3.14. Dimensiones de la VAPM, definiciones e ítems retenidos 129

Tabla 3.15. Validez aparente, validez de contenido y lenguaje de los nuevos ítems de la VAPM: acuerdo interjueces 133

Tabla 3.16. Dimensiones e ítems constituyentes de la tercera versión de la VAPM 135

Tabla 3.17. Instrumentos de medida, dimensiones y variables evaluadas en el segundo estudio empírico de la VAPM 138

Tabla 3.18. Centros de Salud colaboradores en el segundo estudio empírico de la VAPM 140

Tabla 3.19. Verificación de la bondad métrica de la VAPM: resumen de la estrategia de análisis del segundo estudio empírico 142

Tabla 3.20. Distribución de los ítems de la VAPM: segundo estudio empírico 144

Tabla 3.21. Resumen de los análisis factoriales confirmatorios del segundo estudio empírico de la VAPM: modelos 146

Tabla 3.22. Índices de fiabilidad de la VAPM: segundo estudio empírico 149

Tabla 3.23. Relación entre la diferencia de puntuaciones en la VAPM entre el test y el retest y los cambios percibidos 150

Tabla 3.24. Versión final de la VAPM: dimensiones, definiciones e ítems 158

Tabla 4.1. Descripción de las participantes 164

Tabla 4.2. Instrumentos de medida, variables y tiempos de aplicación 167

Tabla 4.3. Criterios de fiabilidad de los instrumentos de medida 181

Tabla 4.4. Contraste de medidas temporales 183

Tabla 4.5. Matriz de correlaciones entre el vínculo afectivo prenatal materno y las variables que correlacionan significativamente con el mismo en alguno de los tres tiempos de evaluación 190

Tabla 4.6. Matriz de correlaciones entre el fantaseo sobre el feto y aquellas variables que correlacionan significativamente con el mismo en alguno de los tres tiempos de evaluación 191

Tabla 4.7. Matriz de correlaciones entre la búsqueda de información sobre el feto y aquellas variables que correlacionan significativamente con la misma en alguno de los tres tiempos de evaluación 192

Tabla 4.8. Matriz de correlaciones entre el reconocimiento del feto como un individuo distinto de la gestante y aquellas variables que correlacionan significativamente con el mismo en alguno de los tres tiempos de evaluación 194

Tabla 4.9. Matriz de correlaciones entre la interacción con el feto y aquellas variables que correlacionan significativamente con la misma en alguno de los tres tiempos de evaluación 195

Tabla 4.10. Matriz de correlaciones entre la protección altruista del feto y aquellas variables que correlacionan significativamente con la misma en alguno de los tres tiempos de evaluación 196

Tabla 4.11. Matriz de correlaciones entre la angustia ante la pérdida del feto y aquellas variables que correlacionan significativamente con la misma en alguno de los tres tiempos de evaluación 198

Tabla 4.12. Diferencias de medias en vínculo afectivo prenatal materno en los tres trimestres gestacionales en base a variables cualitativas 199

Tabla 4.13. Diferencias de medias en vínculo afectivo prenatal materno en base al riesgo obstétrico en los tres trimestres gestacionales 200

Tabla 4.14. Modelo de regresión múltiple: predictores en el primer trimestre de gestación del vínculo afectivo prenatal materno en el tercer trimestre.....202

Tabla 4.15. Modelo de regresión múltiple: predictores en el segundo trimestre de gestación del vínculo afectivo prenatal materno en el tercer trimestre.....204

Tabla 4.16. Modelo de regresión múltiple: predictores en el primer trimestre de gestación, incluyendo la variable estado afectivo, del vínculo afectivo prenatal materno en el tercer trimestre 205

Tabla 4.17. Modelo de regresión múltiple: predictores en el segundo trimestre de gestación, incluyendo la variable estado afectivo, del vínculo afectivo prenatal materno en el tercer trimestre 206

Índice de figuras

Figura 2.1. Modelo de estilos de apego parental prenatal (Condon, 1993) 43

Figura 3.1. Análisis factorial confirmatorio de la VAPM: Modelo de siete factores correlacionados 122

Figura 3.2. Análisis factorial confirmatorio de la VAPM: Modelo de siete factores subsumidos en un factor de segundo orden 122

Figura 3.3. Análisis factorial confirmatorio de la VAPM: Modelo de seis factores correlacionados 123

Figura 3.4. Análisis factorial confirmatorio de la VAPM: Modelo de seis factores subsumidos en un factor de segundo orden 123

Figura 3.5. Análisis factorial confirmatorio de la VAPM en el segundo estudio empírico: Modelo de seis factores subsumidos en un factor de segundo orden 147

Figura 3.6. Análisis factorial confirmatorio de la VAPM en el segundo estudio empírico: Modelo de seis factores correlacionados 148

Figura 4.1. Proceso de participación en el estudio..... 175

Figura 4.2. Vínculo afectivo prenatal materno a lo largo del embarazo..... 184

Figura 4.3. Sintomatología psicológica, estados afectivos y neuroticismo a lo largo del embarazo 185

Figura 4.4. Apoyo social percibido, ajuste diádico, calidad de la relación con la madre y representaciones de apego a lo largo del embarazo 187

Acrónimos

AMAS	Escala de Apego Antenatal Materno
CaMir-R	Versión reducida del CaMir
CEP	Adaptación española del Cuestionario de Evaluación Prenatal
DGPI	Diagnóstico genético preimplantacional
EAD	Adaptación española de la Escala de Ajuste Diádico
EEP-10	Versión breve de la adaptación española de la Escala de Estrés Percibido
EMASP	Adaptación española de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido
EVAP	Escala de Evaluación de la Vinculación Afectiva y la Adaptación Prenatal
FIV	Fecundación in vitro
FIV-ICSI	Fecundación in vitro con inyección intracitoplasmática
IA	Inseminación artificial
IAD	Inseminación artificial con semen de donante
IAH/IAC	Inseminación artificial homóloga/conyugal
MAAS	Escala de Apego Prenatal Materna
MFAS	Escala de Apego Materno Fetal
NEO-FII	Adaptación española del Inventario NEO Reducido de Cinco Factores
PAI	Inventario de Apego Prenatal
PANAS	Adaptación española de las Escalas de Afecto Positivo y Negativo
PIL	Lista de Implicación en el Embarazo
PMAS	Escala de Apego Prenatal Materno
SCL-90-R	Adaptación española del Cuestionario de 90 Síntomas Revisado
TRA	Técnicas de Reproducción Asistida
VAPM	Escala de Evaluación del Vínculo Afectivo Prenatal Materno

Introducción

Año tras año son más las parejas que se someten a tratamientos de Reproducción Asistida con el fin de lograr el embarazo y tener un hijo[1]. Las estadísticas reflejan que las tasas de fertilidad han descendido en las últimas décadas y, debido a factores como la postergación de la maternidad, los problemas de fertilidad van en aumento.

La Medicina avanza y las Técnicas de Reproducción Asistida (TRA) se complejizan permitiendo a las parejas y a las mujeres solas satisfacer su deseo gestacional. Cuando el tratamiento es exitoso y la mujer o la pareja consiguen el embarazo, a pesar de que las diferencias individuales no deben obviarse, el ajuste psicológico parece adecuado. En este momento, la relación afectiva de la mujer embarazada con el feto pasa a un primer plano. Sin embargo, esta relación afectiva ha sido muy ampliamente estudiada en embarazos logrados de forma natural y escasamente analizada en gestaciones a través de Reproducción Asistida.

A pesar de que el padre o la pareja de la mujer gestante es una figura fundamental durante el embarazo y durante el desarrollo posterior del niño, en la presente tesis doctoral la atención se ha centrado en la mujer. Es ésta sobre quien recae el mayor peso del tratamiento, tanto a nivel físico como psicológico, y es también quien gesta al bebé. Es posible que la relación de la mujer con el feto sea cualitativamente distinta de la de su pareja con su hijo nonato, por lo que ambas cuestiones deben estudiarse de forma independiente.

[1] A lo largo del presente trabajo, con el objetivo de facilitar su lectura, se utilizan los términos hijo/s y niño/s a la hora de referirse tanto a hijos como a hijas y a niños como a niñas, sin especificar el género.

La significatividad única de la madre como arquetipo de los vínculos afectivos formados a lo largo de la vida está bien establecida. La relación temprana con la madre es fundamental para el desarrollo psíquico del niño y son varios los estudios que identifican la relación prenatal como un predictor importante de la relación madre-hijo tras el nacimiento. Por tanto, dado su potencial a nivel preventivo, resulta fundamental profundizar en esta área con el fin de detectar los posibles predictores del vínculo afectivo de la madre con su hijo nonato, tanto aquellos que pueden favorecer su desarrollo como los que pueden dificultarlo.

Con el fin de estudiar la relación afectiva que la mujer embarazada a través de TRA establece con el feto se han seguido una serie de pasos, los cuales se presentan en esta tesis doctoral estructurados en capítulos.

El primer capítulo realiza un recorrido por la infertilidad, la Reproducción Asistida y el embarazo desde la perspectiva de la Psicología. Se destaca el impacto emocional del deseo instisfecho de tener un hijo y del tratamiento médico para lograrlo. También se presentan algunas cuestiones importantes en relación al embarazo y datos sobre el ajuste psicológico cuando éste se logra tras TRA.

El segundo capítulo se centra de forma específica en el vínculo afectivo prenatal materno. Se conceptualiza dicho constructo y se exponen varios modelos teóricos para su comprensión. También se presentan los instrumentos de medida existentes para evaluarlo y se revisan los estudios que han analizado este vínculo afectivo en relación con otras variables. Al final de este capítulo se presentan las conclusiones obtenidas de la revisión teórica, a partir de las cuales se plantean dos objetivos de investigación. El primero de ellos es la construcción de un instrumento de medida del vínculo afectivo prenatal materno con unas propiedades psicométricas adecuadas; el segundo es el estudio del vínculo afectivo prenatal materno a lo largo de toda la gestación en mujeres embarazadas a través de TRA con el fin de identificar las variables predictoras del mismo. La construcción del citado instrumento de

medida se presenta en el tercer capítulo. En el cuarto capítulo se trabaja a través de un estudio con un diseño longitudinal sobre el segundo objetivo de la presente tesis doctoral.

En el quinto y último capítulo se recogen las principales conclusiones obtenidas a partir de los dos estudios realizados, destacando tanto las aportaciones a nivel científico como social de este trabajo, además de sus implicaciones clínicas, las principales limitaciones y las líneas futuras de investigación.

1. Infertilidad y Embarazo Mediante Técnicas de Reproducción Asistida

1.1. Infertilidad y Reproducción Asistida

1.1.1. La infertilidad hoy

La infertilidad es definida como la imposibilidad para lograr el embarazo tras 12 meses manteniendo relaciones sexuales de forma regular sin utilizar métodos anticonceptivos (Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2008). Los datos más recientes sobre la prevalencia de la infertilidad son del año 2011 (European Society of Human Reproduction and Embryology, 2014). Se estima una prevalencia aproximada a nivel mundial del 9% para aquellas mujeres entre los 20 y los 44 años de edad. En el año 2007 la prevalencia de la infertilidad oscilaba entre 3.5-16.7% en los países desarrollados (Boivin, Bunting, Collins, & Nygren, 2007). La prevalencia media teniendo en cuenta todos los países de los que se obtuvieron datos también fue del 9% en este estudio. Además, los autores estimaron que 72.4 millones de mujeres a nivel mundial eran infértiles.

Las tasas de fertilidad han descendido en los últimos años. En España la tasa de fertilidad total, la cual representa la cantidad de hijos que tendría una mujer si viviera hasta el final de sus años reproductivos y tuviera hijos de acuerdo con las tasas de fertilidad específicas por edad, es de 1.3 hijos (El Banco Mundial, 2013). La prevalencia de la infertilidad, a su vez, ha aumentado. La causa principal de este aumento es la postergación de la maternidad, aunque también se han identificado otros factores de riesgo (Brugo-Olmedo, Chillik, & Kopelman, 2003).

Según la Sociedad Europea de Reproducción Humana y Embriología (European Society of Human Reproduction and Embryology, 2014), el 20-30% de los casos de infertilidad se explican por causas fisiológicas en el hombre, el 20-35% por causas fisiológicas en la mujer, un 25-40% de los casos son debidos al funcionamiento de la pareja, y en el 10-20% de los casos la causa es desconocida. En base a los datos del último registro de la Sociedad Española de Fertilidad (2012), las personas que solicitan ayuda médica para tener un hijo lo hacen por las siguientes causas: el 27.4% de los casos por causas fisiológicas en la mujer, el 26.5% en el hombre, el 26.7% por causas mixtas, el 2.9% por ser mujeres sin pareja masculina y el 0.6% por presentar uno o ambos miembros de la pareja enfermedades infecciosas transmisibles. La infertilidad del 15.8% restante es de causa desconocida. Como se refleja en el próximo apartado, este último tipo de infertilidad es de especial interés para los psicólogos.

1.1.2. La infertilidad y el psiquismo

La infertilidad no afecta a la integridad física ni a la funcionalidad de los órganos. No impone limitaciones físicas y no produce sintomatología ni dolor. Tampoco amenaza la propia vida. Sin embargo, a nivel psicológico el impacto puede ser importante (Antequera, Moreno-Rosset, Jenaro, & Ávila, 2008).

En la actualidad contamos con métodos anticonceptivos y Reproducción Asistida, lo cual permite tener la ilusión de controlar la naturaleza. Se puede elegir con precisión el momento oportuno, el segundo ideal para traer al mundo a ese niño perfecto. Pero, si bien es cierto que la pareja decide, el bebé no siempre llega (Michelena, 2002). La capacidad para tener hijos se presupone, por lo que el no cumplimiento del deseo de tenerlos puede provocar una gran frustración y supone una alteración, al menos temporal, del plan de vida que se tenía trazado (Llavona, 2008). Para algunas mujeres conseguir el embarazo y/o lograr que éste

llegue a término y nazca un bebé sano es una imposibilidad, lo cual supone un impacto muy grande en su identidad como mujer (Rubin, 1984).

Cuando una pareja solicita ayuda médica, lo hace después de un tiempo buscando una gestación sin conseguirla. Después de meses en los que a cada acto amoroso le ha seguido una espera llena de ansiedad y en los que cada menstruación ha sido recibida con más congoja que la del mes anterior (Relier, 1994). Así, muchas de estas personas presentan sentimientos de inadecuación, desesperanza, envidia y celos hacia la mujer embarazada, miedo, pérdida de la libido, inestabilidad emocional, baja autoestima, culpa, depresión… (Palacios & Jadresic, 2000). Sin embargo, aunque el desajuste emocional es frecuente, no lo son tanto las alteraciones psicopatológicas (Antequera et al., 2008).

Como afirma Roa (2008), la investigación sobre la infertilidad desde el campo de la Psicología debería orientarse en dos sentidos: por un lado, estudiar las consecuencias del diagnóstico y del tratamiento de la infertilidad en la vida anímica; y, por otro lado, considerando insuficiente el modelo biomédico que refiere que sólo los trastornos anatómico-fisiológicos son los causantes de la infertilidad, investigar si la incapacidad para tener hijos está asociada con factores psicológicos.

En relación al primero de los campos citados, son numerosos los estudios internacionales que se han realizado en las últimas décadas. A pesar de que muchos trabajos comparten las variables que analizan, los investigadores se centran en diferentes matices o evalúan dichas variables de forma diferente, lo cual dificulta la comparabilidad de los resultados. Tras la revisión de estudios resulta complicado comprender el funcionamiento de cada variable en personas con problemas de fertilidad. Por tanto, con el fin de facilitar la lectura, los hallazgos más relevantes de los estudios revisados se presentan en la Tabla 1.1. Éstos se han categorizado en base a las variables en estudio.

Tabla 1.1.

Impacto psicológico de la infertilidad y la Reproducción Asistida: principales hallazgos

Variable	Resultados
Ansiedad	- Las mujeres con problemas de fertilidad presentan puntuaciones superiores en sintomatología ansiosa que la población normal (Slade, Emery, & Lieberman, 1997; Wischmann, Stammer, Scherg, Gerhard, & Verres, 2001) y que quienes están intentando lograr el embarazo de forma natural (Oddens, Tonkelaar, & Nieuwenhuyse, 1999). - Las mujeres con un diagnóstico de infertilidad de causa desconocida presentan una sintomatología ansiosa más elevada (Fassino, Pierò, Boggio, Piccioni, & Garzaro, 2002). - No hay relación entre la sintomatología ansiosa y ni la duración de la infertilidad ni los embarazos o nacimientos previos; sí hay una relación positiva entre dicha sintomatología y la edad de la mujer (Ogawa, Takamatsu, & Horiguchi, 2011). - Las parejas que van a comenzar un tratamiento de Reproducción Asistida presentan puntuaciones más elevadas en ansiedad que las parejas fértiles y que las parejas infértiles incluídas en un proceso de adopción (Galhardo, Pinto-Gouveia, Cunha, & Matos, 2011).
Depresión	- Las mujeres con problemas de fertilidad presentan puntuaciones superiores en sintomatología depresiva que la población normal (Wischmann et al., 2001) y que aquellas que están intentando lograr el embarazo de forma natural (Oddens et al., 1999). - El 72% de las mujeres con problemas de fertilidad presentan sintomatología depresiva: el 26.4% una sintomatología leve, el 25% una sintomatología moderada y el 48.6% restante una sintomatología severa (Duman & Kocak, 2013). - La sintomatología depresiva está relacionada con la infertilidad orgánica (Fassino et al., 2002). - La sintomatología depresiva y la historia de depresión se relacionan con la infertilidad de causa desconocida (Meller, Burns, Crow, & Grambsch, 2002). - No hay relación entre la sintomatología depresiva y ni la duración de la infertilidad ni los embarazos o nacimientos previos; sí hay una relación positiva entre dicha sintomatología y la edad de la mujer (Ogawa et al., 2011). - Las parejas que van a comenzar un tratamiento de Reproducción Asistida presentan puntuaciones superiores en depresión que las parejas fértiles y que las parejas infértiles incluídas en un proceso de adopción (Galhardo et al., 2011).
Somatización	- No hay diferencias en sintomatología somática entre mujeres con problemas de fertilidad y aquellas que están intentando lograr el embarazo de forma natural (Oddens et al., 1999).
Emociones negativas	- Las mujeres con problemas de fertilidad muestran más emociones negativas (vergüenza, enfado, soledad, culpa, tristeza…) que aquellas que están intentando lograr el embarazo de forma natural (Oddens et al., 1999).
Autoestima	- La autoestima de las mujeres se ve más afectada por la infertilidad que la de sus parejas (Pasch, Dunkel-Schetter, & Christensen, 2002).
Relación de pareja	- Las mujeres con problemas de fertilidad tienen un punto de vista más negativo sobre su relación de pareja que la población normal (Slade et al., 1997). - Las mujeres con problemas de fertilidad refieren un mayor cambio (positivo o negativo) en su relación de pareja que quienes están intentando lograr el embarazo de forma natural (Oddens et al., 1999). - La infertilidad tiene un efecto más positivo en la relación de pareja para las mujeres que para los hombres (Pasch et al., 2002).
Sexualidad	- Las mujeres con problemas de fertilidad tienen un punto de vista más negativo sobre su sexualidad que la población normal (Slade et al., 1997). - La sexualidad (frecuencia, espontaneidad, satisfacción, interés y placer) está más afectada en las mujeres con problemas de fertilidad que en quienes están intentando lograr el embarazo de forma natural (Oddens et al., 1999).

Como se deduce a partir de los estudios presentados, y a pesar de las divergencias, sí parece que la dificultad para tener un hijo tiene un impacto sobre la sintomatología ansiosa y depresiva, la autoestima y la relación de pareja, entre otras variables. Esto torna evidente el

papel del psicólogo en este ámbito. Sin embargo, tal y como se ha señalado previamente, también resulta de gran interés conocer si tras la infertilidad, sobre todo en los casos de infertilidad de causa desconocida, hay una causa psicológica.

Según Bydlowski (2007), la infertilidad se asocia con el sufrimiento o conflicto psíquico. La autora señala que la fantasía subyacente a la problemática de la infertilidad puede ser la de control y dominio del propio cuerpo. Todo embarazo pone en jaque el deseo inconsciente de gestionar por completo el funcionamiento del cuerpo. Este deseo ilusorio es reforzado por la idea de maternidad programada y de control de la fertilidad. Por otro lado, también afirma que la infertilidad permite la economía psíquica manteniendo intacta la ilusión narcisista de la juventud y evitando el reflejo identificatorio con la madre que envejece, el acercamiento implícito de la propia muerte. Asimismo, asocia la infertilidad con la relación conyugal, por ejemplo, en parejas edípicas tan estrechas (madre-hijo y padre-hija) en las cuales, por ambas partes, la fantasía de una relación incestuosa bloquea la posibilidad de procreación. Para Bydlowski quejarse de infertilidad es una manera de formular en lo real de un cuerpo un sufrimiento psíquico que no puede decirse como tal ni llevarse ante un médico competente en dicha materia. La dimensión psíquica del dolor se acostumbra a evitar, es sustituida por la demanda de un niño que no viene, y la necesidad del niño se tiende a confundir con el deseo, pudiéndose convertir en obsesiva.

Algunos trabajos clásicos también plantean postulados en esta línea. Éstos presentan desarrollos teóricos importantes que explican y permiten comprender la infertilidad y su relación con el psiquismo a partir de lo observado en la práctica clínica. Hace ya más de medio siglo que Deutsch (1944) indicó que la incapacidad para ser madres de algunas mujeres podía deberse a causas psíquicas que habían perturbado el proceso fisiológico. Identificó los sentimientos de culpa inconscientes y el temor inconsciente, entre otros, como algunas de las posibles causas de la infertilidad de causa desconocida (también denominada

infertilidad psicógena). Además, describió cinco perfiles de mujeres con problemas de fertilidad en base a su trabajo clínico.

El primero correspondía con aquellas mujeres física y psicológicamente infantiles, frágiles y que siempre necesitan algún apoyo. Al principio se apoyan en su madre o padre, luego en su marido, y exigen insaciablemente pruebas de ternura. En muchos casos presentan desde la pubertad síntomas físicos que se consideran manifestaciones típicas de fantasías de embarazo. Entre estos síntomas destacan los vómitos, la tendencia a la hinchazón, las sensaciones dolorosas en varios órganos, las perturbaciones digestivas, etc. Cuanto más tarde se enfrentan con la posibilidad de realizar esas fantasías, su incapacidad para concebir es mayor. Permanecen inmaduras, atormentadas por temores y muchas veces su principal interés en la vida es el tratamiento de su infertilidad.

Otro tipo diametralmente opuesto es el de las mujeres que dotadas de todas las cualidades de la tendencia maternal permanecen estériles por razones psíquicas. Este tipo de mujer invierte su rica tendencia maternal en su amor por su marido. Si bien la mujer está madura para la maternidad, su marido no lo está para la paternidad. Su instinto de autoconservación le previene contra las cargas que tendría que aceptar si hiciese de un hombre no paternal el padre de sus hijos. Además, ve amenazada la armonía erótica de su matrimonio por el embarazo, no porque oponga el erotismo a la maternidad ni porque tema perder sus atractivos, sino debido a que la capacidad erótica del marido podría ser incapaz de enfrentar la maternidad real en ella.

El tercer tipo está representado por la mujer que muchas veces es desviada de la maternidad por otros intereses, aunque, en común con el segundo tipo, pueda poseer una marcada tendencia maternal. La autora divide, a su vez, este tipo en dos subtipos. El primero es aquella mujer erótico-femenina que teme la rivalidad de la maternidad para su vida erótica, rica y cálida. Toda su tendencia maternal se consume en el fuego del amor erótico. El

segundo tipo lo conforman mujeres que dedican su vida a una ideología u otro interés emotivamente determinado. Pertenecen a este subgrupo aquellas mujeres que desempeñan un papel en los grandes movimientos revolucionarios, las artistas, las mujeres científicas, etc. No sienten antipatía por la maternidad, muchas veces desean niños, pero inconscientemente evitan el conflicto que podría producirse por el desdoblamiento de sus intereses afectivos y, en consecuencia, permanecen infértiles.

Un cuarto tipo muy frecuente es la mujer agresivo-masculina que se niega a aceptar la femineidad. Puede permanecer infértil, pero, en ocasiones, sus esfuerzos agresivo-activos también pueden manifestarse teniendo varios hijos. Así, consigue encontrar una salida a su agresividad en el embarazo y la maternidad.

El quinto y último perfil de mujer con problemas de fertilidad que describió Deutsch es la mujer emotivamente perturbada que teme las cargas emocionales de la maternidad y permanece infértil, no porque haya encontrado una salida para sus sentimientos en alguna otra actividad, sino porque percibe la pobreza de su propia vida emotiva. Sin embargo, puede también intentar vencer su deficiencia mediante frecuentes embarazos y numerosos hijos.

En la década de los 50, otros autores también escribieron en esta línea relacionando la infertilidad femenina con conflictos tempranos en la relación madre-hija y con conflictos inconscientes (Marsh & Vollmer, 1951), o comprendiéndola como una defensa psicosomática, como una defensa contra los peligros inherentes en la función reproductora (Benedek, 1952).

1.1.3. Reproducción Asistida

Con el fin de satisfacer su deseo gestacional, en la actualidad y desde hace ya varias décadas, las parejas pueden solicitar ayuda médica y someterse a tratamientos de Reproducción Asistida. Las TRA más frecuentemente empleadas son la inseminación artificial (IA) y la fecundación in vitro (FIV), aunque existen otras. Estos dos procedimientos

tienen variantes en función de si los gametos intervinientes son de la propia pareja o de donantes. La causa de la infertilidad es la que determina el procedimiento o técnica a aplicar.

La IA consiste en introducir en el interior de la cavidad uterina espermatozoides que previamente han sido preparados y seleccionados en el laboratorio eligiendo aquellos que tienen mayor capacidad fecundante. Cuando el semen es de la pareja se denomina inseminación artificial homóloga o conyugal (IAH o IAC); cuando los espermatozoides proceden de un banco de semen se llama inseminación artificial con semen de donante (IAD). La inseminación es una técnica de fácil ejecución, se realiza en consulta, no precisa de ingreso hospitalario y es indolora.

La FIV es una técnica más compleja. Su objetivo es conseguir la fecundación en el laboratorio con los óvulos extraídos del ovario de la mujer, mediante un procedimiento denominado punción folicular, y los espermatozoides seleccionados y preparados especialmente para poder inseminar a los ovocitos. Para la punción folicular es indispensable la participación de un anestesista, además de la del resto de profesionales. Tras la fecundación en el laboratorio, el embrión o embriones son transferidos al interior de la cavidad uterina.

Una de las TRA que se derivan de la FIV es la fecundación in vitro con inyección intracitoplasmática (FIV-ICSI). Ésta se realiza con el fin de aumentar la tasa de óvulos fecundados, en aquellos casos de alteración de la movilidad y morfología de los espermatozoides, y el número de embriones. Se selecciona un solo espermatozoide, el cual es introducido mediante una inyección o micropipeta en el interior del óvulo traspasando su membrana y depositándolo en su citoplasma. Tanto la FIV convencional como la FIV-ICSI (también denominada ICSI) se pueden realizar con gametos de donante, tanto espermatozoides como ovocitos.

También derivada de la FIV, se puede realizar un diagnóstico genético preimplantacional (DGPI) cuando un miembro de la pareja padece o es portador de una alteración genética susceptible de transmitirse a su descendencia. Las indicaciones médicas más frecuentes son: edad avanzada de la mujer, abortos de repetición, fallos repetidos de FIV, cariotipo alterado, semen muy alterado por concentración muy baja de espermatozoides, necrospermia, azoospermia, tratamientos previos de quimioterapia o radioterapia…

En líneas generales, las fases de las TRA son las siguientes. Todas las técnicas se inician con la estimulación ovárica mediante fármacos inyectables, la cual permite controlar el desarrollo de los folículos (unidad anatómica que contiene en su interior el óvulo). Después, se realiza la recogida de los gametos: el semen en todas las TRA y los óvulos, a través de la punción folicular, en la FIV, la ICSI y el DGPI (no en la IA). Seguidamente, comienza el trabajo de laboratorio: por un lado, y en todas las TRA, la capacitación espermática y, por otro, la inseminación de ovocitos en la FIV y la microinyección espermática en la ICSI. El siguiente paso es realizar las transferencias: en el caso de la IA de espermatozoides y en el caso de la FIV, la ICSI y el DGPI de embriones. Tras esto, la pareja debe esperar a los resultados del tratamiento, los cuales pueden conocerse 15-17 días después de la transferencia (Hurtado de Mendoza, 2009).

Se estima que más de cinco millones de niños a nivel mundial han nacido desde que el primer bebé nació a través de FIV en 1978. Europa es líder en TRA, aproximadamente el 55% de los ciclos se inician en dicho continente. En 2011, el último año del que se tienen datos, 588.629 tratamientos fueron iniciados en base a lo reportado por 33 países europeos. En España se reportaron 66.120 ciclos (European Society of Human Reproduction and Embryology, 2014). Desde 1997 todos los datos a nivel europeo sobre TRA se han recogido en 13 manuscritos que se han publicado año tras año en la revista *Human Reproduction*. El

último es el del año 2010 (Kupka et al., 2014). En éste se afirma que el número de ciclos de TRA aumenta cada año.

Según el último registro de la Sociedad Española de Fertilidad (2012), en España la TRA más empleada en el 2012 fue la ICSI (89.9% de los ciclos). Se lograron un total de 9750 gestaciones, de las cuales 6924 dieron lugar a un recién nacido vivo.

1.1.4. Impacto psicológico de la Reproducción Asistida

Cuando las parejas comienzan con su primera TRA llevan un tiempo prolongado intentando tener un hijo que no llega, han solicitado ayuda médica, han pasado por una serie de pruebas para determinar la causa de su problemática para tener hijos y han recibido un diagnóstico. Después de este largo proceso, comienza una nueva etapa en la que la pareja pasa en un lapso corto de tiempo por mesetas de emociones positivas y negativas: cuando comienzan cada nuevo ciclo, la ilusión y la esperanza brotan; si el ciclo fracasa, la angustia, la tristeza y la desesperanza afloran. Esta sucesión emocional se repite en cada nuevo tratamiento, lo cual desgasta a las parejas a nivel psíquico (Izzedin-Bouquet, 2011). Además, teniendo en cuenta que las tasas de embarazo a través de TRA oscilan, dependiendo de la TRA empleada, entre el 23.4% y el 47.5% por transferencia de embrión, este fracaso puede repetirse en varias ocasiones (European Society of Human Reproduction and Embryology, 2014).

Durante los tratamientos las parejas tienen que tomar múltiples decisiones. Deben someterse a un régimen estresante de visitas continuas al médico, tratamientos farmacológicos, relaciones sexuales programadas e intervenciones quirúrgicas que suponen una carga para su vida diaria y que pueden afectar a su estado psicológico y físico. El elevado coste económico de los tratamientos también es importante (Palacios & Jadresic, 2000). En consecuencia, las expresiones emocionales de aislamiento social y personal, culpa y

culpabilización, ansiedad, depresión y problemas en la relación de pareja son frecuentes (Moreno & Guerra, 2007).

Son varios los estudios internacionales que han evaluado el impacto psicológico de las TRA. Muchas de las parejas que se encuentran en tratamiento de Reproducción Asistida presentan inestabilidad emocional, pena, ansiedad, disminución del deseo sexual, envidia hacia la mujer embarazada y sentimientos de rabia, miedo y desesperanza (Palacios, Jadresic, Miranda, & Domínguez, 2002). Además, someterse a FIV parece estar asociado con un mayor nivel de estrés, optimismo y malestar físico que un ciclo menstrual sin TRA (Boivin & Takefnan, 1996). Así, cuando el tratamiento se intensifica y se prolonga, el grado de estrés de los pacientes con infertilidad aumenta (Cousineau & Domar, 2007). El tiempo desde la transferencia de embriones hasta la realización de la prueba de embarazo suele ser identificado como el más estresante (Hjelmstedt, Widström, Wramsby, Matthiesen, & Collins, 2003).

La reacción emocional de las parejas también se relaciona con el hecho de conseguir o no el embarazo. Quienes lo consiguen exhiben un mayor bienestar emocional, mejor incluso que antes de empezar con el tratamiento. La reacción emocional de las mujeres es más intensa que la de sus parejas (Holter, Anderheim, Bergh, & Möller, 2006). Las mujeres que logran el embarazo tras uno o varios tratamientos son quienes presentan un mejor ajuste, seguidas de aquellas que, tras no conseguir el embarazo, cambian su plan y objetivos vitales dejando de lado la idea de tener un hijo. Las que tras el fracaso de las TRA siguen intentando tener un hijo son quienes presentan puntuaciones más elevadas tanto en depresión como en ansiedad (Verhaak, Smeenk, Nahuis, Kremer, & Braat, 2007).

Verhaak, Smeenk, Evers, et al. (2007) realizaron una revisión de investigaciones publicadas durante 25 años sobre la adaptación de las mujeres a la FIV en las distintas fases del tratamiento. Sus conclusiones principales fueron las siguientes: al comenzar con la

primera FIV, el ajuste emocional de las mujeres sólo se diferencia ligeramente del de los grupos normativos; es el fracaso de los tratamientos lo que hace que las emociones negativas de las mujeres aumenten, aumento que continúa después de varios ciclos no exitosos consecutivos; la mayoría de las mujeres se ajusta bien al fracaso de la FIV, pero algunas muestran problemas emocionales subclínicos; por último, cuando la FIV termina en embarazo, las emociones negativas desaparecen, lo cual indica que el estrés inducido por el tratamiento está relacionado con la amenaza de fracaso.

1.2. Embarazo

El embarazo es una experiencia única, difiere entre unas mujeres y otras y entre los diferentes embarazos de una misma mujer (Rokach, 2004). Es más que un periodo de gestación, crecimiento y desarrollo del feto. La gestación implica cambios físicos y psicológicos (Rubin, 1975).

Por muy deseado que sea un embarazo, es siempre una sorpresa y un desastre en la vida de una mujer y en la vida de una pareja. Un desastre hormonal, psíquico y social. Un desastre estupendo y esperado, deseado y temido (Michelena, 2002). El niño representa siempre una perturbación de la vida individual, pero, al mismo tiempo, una promesa, una experiencia optimista con respecto al futuro. Como señaló Deutsch (1944) hace varias décadas, hay madres que desde el principio florecen y madres que se marchitan, madres que sirven al futuro corporizado en el hijo y madres que en un sentido metafórico sienten que su propio yo es consumido por el niño.

1.2.1. Impacto psicológico del embarazo

El embarazo, al igual que la pubertad y la menopausia, es un periodo de crisis que genera profundos cambios a nivel psicológico y físico y que afecta a todas las mujeres,

independientemente de su salud mental. Durante la gestación emergen conflictos irresueltos de fases del desarrollo previas y se crea, temporalmente, la imagen de una desintegración más grave (Bibring, 1959). Surgen movimientos regresivos con patrones de comportamiento, actitudes y deseos de etapas evolutivas anteriores (Bibring, Dwyer, Huntington, & Valenstein, 1961).

Según Bydlowski (2001, 2007), la investigación clínica con mujeres embarazadas revela que el psiquismo se encuentra en un estado particular durante el embarazo, estado de transparencia donde algunos fragmentos del preconsciente y del inconsciente afloran fácilmente a la consciencia. Este fenómeno, que clínicamente caracteriza las graves afecciones, se presenta en la mujer embarazada como un evento ordinario. Esta agitación de los procesos psicológicos exige prestar atención a los efectos que esto puede tener en la relación madre-hijo, ya que, en algunos casos, la restauración del equilibrio psíquico todavía no se ha logrado cuando la mujer es confrontada con la realidad del recién nacido. Además, debido a que los contenidos psíquicos de la madre son actuados durante el cuidado diario del bebé y, eventualmente, son proyectados en él, el primer paso de la prevención a nivel prenatal debería ser su identificación.

Otros autores, a pesar de no concebir el embarazo como una crisis psíquica, sí han destacado la intensidad emocional que se evidencia durante el mismo. Para la mayoría de las mujeres el embarazo es un periodo de emociones fuertes y cambiantes, positivas y negativas, y muchas veces ambivalentes. La mujer debe adaptarse a un dramático cambio en su vida porque deja de ser una persona en gran medida sólo responsable de sí misma para convertirse en alguien responsable de la vida y bienestar de un niño (Klaus & Kennell, 1978). El miedo a lo desconocido sobreviene y puede sentirse confundida, lo cual puede llevar al retraimiento emocional (Brazelton & Cramer, 1990; Rofé, Lewin, & Padeh, 1981; Rokach, 2004). Además, debido a que la maternidad es a menudo glorificada, la mujer embarazada se puede

sentir culpable por experimentar emociones negativas (Satyanarayana, Lukose, & Srinivasan, 2011).

Las tasas de problemas psicológicos prenatales son altas a nivel mundial (Satyanarayana et al., 2011) y la depresión es una de las complicaciones más habituales en el embarazo (Lancaster et al., 2010). Entre el 21% y el 26% de las mujeres embarazadas presentan sintomatología depresiva (Moses-Kolko & Roth, 2004; Picech, Flores, Lanser, & Elizalde, 2005). En base a un estudio de Goecke et al. (2012), el 16.9% de las mujeres embarazadas que evaluaron presentaron sintomatología depresiva leve y el 7.5% de las mismas sintomatología depresiva media-severa. Asimismo, el estrés es superior a nivel prenatal, concretamente en el tercer trimestre de gestación, que entre ocho y 12 semanas tras el parto (Van Bussel, Spitz, & Demyttenaere, 2010a). Es importante tener estas cuestiones en cuenta porque un fuerte conflicto emocional puede manifestarse conductualmente en el abandono de los controles prenatales, en el deterioro del autocuidado que requiere la gravidez, en la mala adherencia a las indicaciones médicas, en la inapetencia, en el abuso de tabaco, alcohol u otras drogas, etc., lo cual puede afectar al desenlace obstétrico (Verny & Weintraub, 1991, 2002).

1.2.2. Embarazo como proceso para la formación de una nueva identidad

Una madre tiene que nacer psicológicamente al igual que su bebé nace de forma física. El parto no convierte a una mujer en madre, psicológicamente esta tarea ha comenzado mucho antes. Antes del embarazo, el hecho de ser hija es algo que está cerca del centro de la identidad de la mujer. Cuando una mujer tiene un hijo, empieza a identificarse más con una madre que con una hija. El cambio de identidad, entre otras cuestiones, es el responsable de la compleja combinación de emociones que muchas mujeres sienten cuando van a tener un hijo. Esto explica por qué es posible sentirse feliz y triste al mismo tiempo (Stern, Bruschweiler-Stern, & Freeland, 1999). Esta ambivalencia está muy relacionada con el

movimiento subjetivo de cambio de posición de hija a madre (Ferrari, Piccinini, & Lopes, 2007).

Está bien documentado el hecho de que hacia los dos años y medio los niños ya han adquirido su identidad de género. Desde los primeros años de vida las niñas empiezan a tener ideas y a elaborar fantasías sobre sí mismas y como posibles madres en el futuro. Estas nociones vagas de lo que significa ser madre se llenan de detalles más tarde en la infancia, e incluso más durante la adolescencia. Adquieren nuevos y distintos significados cuando se enamoran y escogen una pareja. El proceso prosigue cuando descubren que están embarazadas y empiezan a prepararse para una pronta maternidad. Durante el embarazo, a medida que sus cuerpos se encargan de la formación física del feto, sus mentes se encargan de la formación de la idea de la madre en que se van a convertir (Stern et al., 1999).

Durante el periodo de gravidez la representación de una misma como mujer y como madre adquiere su configuración definitiva. En este proceso algunas mujeres sienten la necesidad de distanciarse emocionalmente de la imagen de sus propias madres, quizás debido a la necesidad de definir su propia nueva identidad idealizando sus propias características y habilidades parentales. El embarazo implica tanto fantasías de retorno a la unidad primordial con la propia madre como una tendencia por parte de la mujer a diferenciarse de ella (Ammaniti et al., 1992).

Raphael-Leff (1986, 2005) elaboró un modelo teórico, basado en la experiencia clínica, las observaciones madre-bebé y estudios previos, en el que postuló que existen cuatro estilos maternales o grupos de expresiones emocionales, cognitivas y conductuales de los procesos intrapsíquicos relacionados con el embarazo, el parto y la maternidad. Estos estilos maternales son: Facilitador, Regulador, Reciprocador y Conflictuado o Bipolar. Sólo en pocas mujeres embarazadas se observa un estilo maternal puro.

Los dos estilos maternales que la autora más desarrolló fueron el Facilitador y el

Regulador. Las mujeres facilitadoras son aquellas que aprecian su identidad como embarazadas y futuras madres. Conciben el embarazo como la realización de un antiguo y muy pospuesto deseo de tener un hijo. La gestación revive muchas imágenes arcaicas infantiles y las mujeres se sienten enriquecidas por la gran permeabilidad de las barreras inconscientes y por el resurgimiento de actividad del proceso primario. La gestante facilitadora fusiona su propia identidad con la de su madre y con la del feto en una serie de identificaciones intercambiables. Suspendiendo la lógica y la causalidad, elabora fantasías secretas y grandiosas sobre el bebé que gesta y sobre su embarazo.

Las mujeres reguladoras piensan que a través de la transición a la maternidad su identidad personal y su independencia se ven amenazadas. Perciben que en el embarazo hay una lucha entre sus propias necesidades y las del bebé. Se resisten a dejarse llevar por el desequilibrio emocional propio de esta etapa. Tratan de preservar su identidad familiar y fortalecen sus defensas contra la introspección, la emotividad y la superstición.

Las identificaciones inconscientes entre varios aspectos del mundo interno de la madre y el feto determinan el estilo u orientación maternal. La madre facilitadora emplea la idealización y la reparación maníaca para sostener sus creencias maternales; la reguladora se involucra en la defensa maníaca y en la disociación. Los procesos conscientes e inconscientes operan conjuntamente con las circunstancias socio-económicas para determinar la práctica maternal.

1.2.3. Embarazo como etapa de reevaluación y reordenación de las relaciones interpersonales

Mientras la mujer va anticipando la experiencia de la maternidad, reevalúa diversos aspectos de su historia relacional, en particular de la historia con su propia madre (Lester & Notman, 1986). Las mujeres señalan repetidamente desde el inicio de la gestación que perciben un cambio en las reacciones que tienen hacia sus madres. Las actitudes en la

relación madre-hija establecidas como soluciones de la infancia son abandonadas y reemplazadas por nuevas formas de identificación con su madre. Estas identificaciones pueden mostrar las cicatrices de los conflictos infantiles, ya sea por una mezcla de remordimiento y culpa o de ambivalencia y resentimiento. El hecho de que una hija se convierta en madre también cambia la naturaleza de la relación de su madre respecto a ella. De una configuración predominantemente madre-hija se pasa a otra entre dos mujeres como compañeras e iguales (Bibring et al., 1961). Tener un hijo supone una oportunidad tanto para reemplazar como para separarse de la propia madre (Brazelton & Cramer, 1990).

Asimismo, la mujer experimenta durante la gestación una continuidad con el bebé que fue en el pasado. Recuerda los días en los que ella fue un bebé dependiente de cuidados maternales (Bydlowski, 2001). Estos recuerdos, en ocasiones, pueden distar mucho de ser paradisiacos, siendo recuerdos de carencia, de angustia, de frustración y de soledad (Relier, 1994). Los padres que dan vida son, por tanto, portadores de representaciones, de guiones más o menos conscientes, de marcas significativas, que provienen de su historia y, de manera transgeneracional, de la de sus ascendientes. Así, el nonato es portador por adelantado de los riesgos biográficos y libidinosos de sus ascendientes inmediatos, de sus duelos significativos y de sus dificultades identitarias (Bydlowski, 2007).

El nacimiento de un bebé implica cierta desorganización que requiere ajustes a nivel individual y relacional (Wright, Belanger, & Dulude, 2000). A nivel de pareja también sobrevienen grandes cambios desde la gestación. Como quiera y cuando quiera que reciban la noticia, los padres sabrán que han entrado en una nueva fase de sus vidas. Sus sentimientos de dependencia respecto a sus propios padres deben ceder el puesto a la responsabilidad. La relación de pareja pasa a convertirse en una relación triangular (Brazelton & Cramer, 1990). Si ya hay un hijo, ese niño pasa de ser hijo único a ser “el mayor”, o bien de ser “el más

pequeño" a ser "uno más". Toda la constelación familiar tiene que reubicarse (Michelena, 2002).

Stern et al. (1999) subrayan la importancia de rodear a la mujer de un ambiente psicológico en el que pueda sentirse segura y merecedora de confianza ante tantos cambios e incertidumbre. Los autores llaman a este entorno psicológico especial matriz de apoyo. También señalan que otros clínicos lo llaman ambiente de contención, reflejando un ambiente en el que la madre está acogida por un abrazo contenedor. La matriz de apoyo, a menudo, tiene como centro una figura materna benigna o una abuela idealizada, la cual puede asumir los roles positivos de una madre sin las inevitables facetas negativas. Aunque su pareja le pueda proporcionar un apoyo emocional importante, no le puede proporcionar una matriz de apoyo porque no tiene la legitimidad de la experiencia que una madre puede llegar a tener. Muchas mujeres van en busca de alguien que haya desempeñado un papel importante en su cuidado en el pasado con el fin de encontrar apoyo. La candidata más evidente suele ser su propia madre, pero su matriz de apoyo no tiene por qué basarse en esta única figura.

1.2.4. Embarazo a través de Técnicas de Reproducción Asistida

El impacto psicológico de la infertilidad y de las TRA ha sido estudiado, pero principalmente en tres momentos: tras el diagnóstico, durante los tratamientos y tras el fracaso de los mismos. Cuando los tratamientos son exitosos y terminan con la consecución de un embarazo, el número de estudios desciende. Investigadores como Van Balen, Naaktgeboren, y Trimbos-Kemper (1996) y Hammarberg, Fisher, y Wynter (2008) subrayan esta cuestión con casi dos décadas de diferencia.

La mayor parte de los estudios en esta línea han realizado comparaciones en base a diferentes variables entre mujeres embarazadas a través de TRA y de forma natural. Al igual que sucede al revisar los estudios sobre el impacto psicológico de la infertilidad, la diversidad de variables, de matices y de instrumentos de medida empleados dificulta tanto la

comparabilidad de los resultados como la comprensión del funcionamiento de cada variable. Por tanto, con el fin de facilitar la lectura, los hallazgos más relevantes de los estudios revisados se presentan en la Tabla 1.2. Éstos se han categorizado en base a las variables en estudio.

Tabla 1.2.

Impacto psicológico del embarazo a través de Reproducción Asistida: principales hallazgos

Variable	Resultados
Ansiedad	- No hay diferencias en sintomatología ansiosa entre mujeres embarazadas a través de TRA y de forma natural (Harf-Kashdaei & Kaitz, 2007; Klock & Greenfeld, 2000). - Las mujeres embarazadas a través de TRA presentan una menor sintomatología ansiosa (Ansiedad Estado-Rasgo) que aquellas embarazadas de forma espontánea (McMahon et al., 2013). - Las mujeres embarazadas a través de TRA presentan niveles superiores de ansiedad relacionada con la gestación (McMahon et al., 2013), con la salud del feto y posibles anomalías en el desarrollo del mismo (McMahon et al., 2011) y con respecto a la posibilidad de perder al bebé (Hjelmstedt et al., 2003) que las embarazadas de forma natural. - La ansiedad aumenta tras la transferencia de los embriones y a medida que se acerca el día de la prueba de embarazo. Cuando el embarazo se consigue y la mujer se va sintiendo más segura sobre su estado, la ansiedad disminuye al nivel de línea base (Karatas et al., 2011). - La sintomatología ansiosa de las mujeres embarazadas a través de FIV desciende de la semana 12 a la 28 de gestación. Este descenso no se observa en las embarazadas de forma natural (Klock & Greenfeld, 2000).
Depresión	- No hay diferencias en sintomatología depresiva entre mujeres embarazadas a través de TRA y de forma natural (Harf-Kashdaei & Kaitz, 2007; Klock & Greenfeld, 2000).
Estrés	- Las mujeres embarazadas a través de TRA valoran el embarazo como más estresante que aquellas embarazadas de forma espontánea (Jacob, McQuillan, & Greil, 2006; Kowalcek, 2011a; Van Balen et al., 1996). - El nivel de estrés relacionado con la maternidad es similar en mujeres embarazadas a través de FIV y de forma espontánea (Hjelmstedt, Widström, Wramsby, & Collins, 2004). - Cuando el tratamiento de reproducción es exitoso y desemboca en un embarazo, la salud mental de las mujeres es muy resistente a aquellos estresores sociales o propios del estado de gravidez que pueden hacerle mella y que sí influyen en las embarazadas de forma espontánea (Repokari et al., 2005).
Afectividad negativa	- Los sentimientos negativos relacionados con la infertilidad están presentes en muchas mujeres a pesar de haber logrado el embarazo (Hjelmstedt et al., 2004). - Las mujeres embarazadas a través de FIV presentan puntuaciones inferiores frente a las embarazadas de forma natural en afectividad negativa. La afectividad negativa es inferior cuando el embarazo se logra en el segundo o tercer ciclo que cuando se consigue en el primero (Harf-Kashdaei & Kaitz, 2007).
Afectividad positiva	- No hay diferencias en afectividad positiva entre mujeres embarazadas a través de TRA y de forma natural (Harf-Kashdaei & Kaitz, 2007).
Autoestima	- No hay diferencias en autoestima entre mujeres embarazadas a través de FIV y de forma natural (Cox, Glazebrook, Sheard, Ndukwe, & Oates, 2006; Klock & Greenfeld, 2000).
Relación de pareja	- La satisfacción con la relación de pareja desciende durante la transición a la maternidad tanto en mujeres embarazadas a través de FIV como en aquellas embarazadas de forma natural (Hjelmstedt et al., 2004).
Complicaciones gestacionales	- Las mujeres embarazadas a través de TRA presentan más complicaciones gestacionales que aquellas embarazadas de forma espontánea (Van Balen et al., 1996).
Tipo de TRA	- El impacto psicológico de las TRA no difiere en base a la técnica concreta empleada (Van Balen et al., 1996).

Hammarberg et al. (2008) realizaron una revisión sistemática de estudios sobre el embarazo tras TRA a partir de la cual concluyeron que: 1) existe una evidencia consistente de que no existen diferencias entre quienes han logrado el embarazo a través de TRA y espontáneamente ni en satisfacción marital, ni en bienestar psicológico, ni en autoestima; 2) las personas embarazadas a través de TRA prensentan una mayor ansiedad en relación a la pérdida del feto; 3) la evidencia sobre la adaptación al embarazo y a la maternidad no es concluyente. Atribuyeron la falta de consistencia entre los resultados de los estudios a las diferencias metodológicas de los mismos.

1.3. Resumen del capítulo

En el presente capítulo se ha realizado un recorrido por algunas cuestiones relevantes para la Psicología en relación a la infertilidad, la Reproducción Asistida y el embarazo. Tras conceptualizar la infertilidad, se han presentado algunos datos recientes sobre la prevalencia y las posibles causas de dicha dificultad, destacando el coste emocional de la misma. Algunos autores identifican la infertilidad como una problemática que puede generar una crisis psíquica a nivel individual e impactar en el funcionamiento de la pareja. La sintomatología psicológica aflora, aunque en la mayoría de los casos no asciende a un nivel psicopatológico. Sin embargo, el desajuste emocional es frecuente.

Cuando las parejas solicitan ayuda médica para afrontar sus problemas de fertilidad se enfrentan a un diagnóstico que también puede generarles muchas emociones, en ocasiones, ambivalentes. Tras esto, habitualmente comienzan con la Reproducción Asistida. Durante los tratamientos, la pareja pasa en un lapso breve de tiempo por grandes cambios emocionales: con cada nuevo ciclo la ilusión y la esperanza brotan; si el ciclo fracasa, la angustia, la tristeza y la desesperanza emergen. Esta sucesión emocional se repite en cada nuevo tratamiento. El ajuste a la Reproducción Asistida parece relacionarse estrechamente con el

resultado del tratamiento: cuando éste termina con la consecución del embarazo, la sintomatología psicológica desciende; cuando las TRA fracasan, la mayoría de las personas se ajustan bien, pero algunas presentan sintomatología a niveles subclínicos.

El embarazo es un estado complejo en el que los cambios tanto físicos como psíquicos son importantes. Algunos autores identifican la transición a la maternidad como una etapa de crisis psíquica; otros destacan la intensidad y la ambivalencia emocional propias de esta etapa. Una posible explicación de esta conflictualidad psíquica es el proceso de construcción de una nueva identidad durante el embarazo: la identidad de madre. La mujer pasa de ser hija a ser madre y se identifica con su propia madre al mismo tiempo que se diferencia de ella. Además, la historia relacional de la mujer se pone en juego durante la transición a la maternidad. La gestante reevalúa su historia, sus relaciones más tempranas, aquellas en las que era un bebé dependiente de cuidados maternos. El embarazo también tiene un impacto en la relación de pareja: los futuros padres pasan de ser dos a ser tres, a una relación triangular, a una familia.

Cuando el embarazo se logra a través de TRA, la mujer suma a la intensidad emocional propia de la gestación una historia más o menos prolongada de fracaso a la hora de satisfacer su deseo de tener un hijo. Son varios los investigadores que han estudiado las posibles diferencias en el ajuste psicológico entre mujeres embarazadas a través de TRA y de forma natural y, aunque el consenso no es total, parece que las diferencias entre ambos grupos de mujeres son escasas.

2. Vínculo Afectivo Prenatal Materno

2.1. Justificación del empleo del término vínculo afectivo prenatal materno y definición

El presente trabajo gira en torno a un constructo que durante muchos años y en numerosos estudios internacionales ha sido designado con términos diferentes. Estos términos pretenden ilustrar el lazo afectivo que la mujer establece con el feto durante el embarazo, pero confunden a los investigadores con sus matices. En este estudio, dicha relación afectiva se ha denominado *vínculo afectivo prenatal materno*. Con *vínculo afectivo* se designa la unión o ligazón emocional, el concepto *prenatal* contextualiza en el tiempo dicha relación y con *materno* se hace referencia a la madre, a la persona cuyo vínculo afectivo se estudia.

Los términos utilizados en los estudios publicados en lengua inglesa son diferentes al aquí propuesto y divergen entre sí. En la Tabla 2.1 se reflejan los términos empleados con más frecuencia en los estudios revisados. Sólo se han tenido en cuenta aquellos trabajos en los que el constructo se evidencia en el título.

Además de los términos que se reflejan en la Tabla 2.1, en los estudios revisados también se han empleados otros, aunque con menor frecuencia: *intrauterine attachment* –apego intrauterino– (Davis & Akridge, 1987), *antenatal emotional attachment* –apego emocional antenatal– (Condon, 1993), *attachment to the fetus* –apego al feto– (Berryman & Windridge, 1996), *prenatal mother-child relationship* –relación prenatal madre-hijo– (Van

Tabla 2.1.

Términos empleados en estudios publicados en lengua inglesa para designar el constructo vínculo afectivo prenatal materno

Término	**Estudios**		
Maternal-fetal attachment	Alhusen (2008) Alhusen, Gross, Hayat, Woods, y Sharps (2012) Barone, Lionetti, y Dellagiulia (2014) Bernstein, Lewis, y Seibel (1994) Berryman y Windridge (1993) Cannella (2005) Chazotte, Freda, Elovitz, y Youchah (1995) Damato (2000) Diniz, Volling, y Koller (2014) Erickson (1996) Gaffney (1986) Grace (1989) Heidrich y Cranley (1989) Honjo et al. (2003) Hsun y Chen (2001)	Kaminer (1992) Karatas et al. (2011) Koniak-Griffin (1988) Kwon y Bang (2011) Lerum y LoBiondo-Wood (1989) Lindgren (2001) Maas, Vreeswijk, Braeken, Vingerhoets, y van Bakel (2013) McCormack, Scott-Heyes, y McCusker (2011) Mehran, Simbar, Shams, Ramezani-Tehrani, y Nasiri (2013) Mercer, Ferketich, May, DeJoseph, y Sollid (1988) Müller y Ferketich (1993) Narita y Maehara (1993) Pisoni et al. (2014)	Ross (2012) Salisbury, Law, LaGasse, y Lester (2003) Sandbrook y Adamson-Macedo (2004) Sedgmen, McMahon, Cairns, Benzie, y Woodfield (2006) Shieh, Kravitz, y Wang (2001) Sjögren, Edman, Widström, Mathiesen, y Uvnäs-Moberg (2004) Stanton y Golombok (1993) Tsartsara y Johnson (2006) Wayland y Tate (1993) Yarcheski, Mahon, Yarcheski, Hanks, y Cannella (2009) Yu y Kim (2014) Zachariah (1994)
Prenatal attachment	Armstrong (2002) Armstrong y Hutti (1998) Beck (1999) Bielawska-Batorowicz y Siddiqui (2008) Carson y Virden (1984) Colpin, De Munter, Nys, y Vandemeulebroecke (1998) Damato (2004) Gau y Lee (2003)	Goecke et al. (2012) Hjelmstedt, Widström, y Collins (2006) Müller (1992, 1993, 1996) Müller y Ferketich (1992) O´Leary (2004) Ossa, Bustos, y Fernández (2012) Oudi, Sazvar, Alizadeh, Ezabadi, y Samani Omani (2011)	Pallant, Haines, Hildingsson, Cross, y Rubertsson (2014) Siddiqui, Hägglöf, y Eisemann (1999, 2000) Vedova, Dabrassi, e Imbasciati (2008) White, McCorry, Scott-Heyes, Dempster, y Maderson (2008) Zimerman y Doan (2003)
Maternal-fetal bonding	Caccia, Johnson, Robinson, y Barna (1991) Dubber, Reck, Müller, y Gawlik (2014)	Lapaire, Alder, Peukert, Holzgreve, y Tercanli (2007)	Mikulincer y Florian (1999)
Maternal antenatal attachment	Golbasi, Ucar, y Tugut (2014) Mako y Deak (2014) Pollock y Percy (1999)	Righetti, Dell´Avanzo, Grigio, y Nicolini (2005)	Van Bussel, Spitz, y Demyttenaere (2010b)
Maternal attachment	Cranley (1981)	Fuller (1990)	
Fetal attachment	Fisher, Hammarberg, y Baker (2008)	Kunkel y Doan (2003)	McMahon, Ungerer, Beaurepaire, Tennant, y Saunders (1997)
Antenatal attachment	Condon y Corkindale (1997)	Priel y Besser (1999, 2000)	
Maternal prenatal attachment	Kemp y Page (1987)	Laxton-Kane y Slade (2002)	Siddiqui y Hägglöf (2000)
Maternal-fetal relationship	DiPietro (2010)	Walsh (2010)	Walsh, Hepper, y Marshall (2014)
Prenatal maternal attachment	Fowles (1996)	LoBiondo-Wood y Vito-O´Rourke (1990)	

den Bergh, Simons, Loose, & Junggeburt, 2006), *attachment to unborn child* –apego al hijo nonato– (Kleinveld, Timmermans, Van den Berg, Van Eijk, & Ten Kate, 2007), *mother foetus relationship* –relación madre-feto– (Van den Bergh & Simons, 2009), *feto-maternal attachment* –apego feto-maternal– (Allison, Stafford, & Anumba, 2011), y *emotional attachment to the fetus* –apego emocional al feto– (McFarland et al., 2011).

Como se observa en la Tabla 2.1, el concepto *attachment* (apego) ha sido el más empleado por los investigadores para hacer referencia a lo que en este estudio se ha denominado vínculo afectivo. En lo que a la etapa vital en la que se desarrolla este vínculo respecta, algunos estudios han empleado para hacer referencia a ella, de la misma forma que en este trabajo, vocablos como *prenatal* y *antenatal*. En otros, en vez de destacar el tiempo vincular, el término incluye una palabra para hacer referencia a la madre, al feto o a ambos. En la mayoría, la relación entre la madre y el feto se representa con un guión entre ambos: *maternal-fetal*, *fetal-maternal*, *mother-child* (madre-hijo) y *mother-foetus* (madre-feto). En un último grupo de estudios, el término para designar el vínculo afectivo con el feto incluye, tal y como se propone en este trabajo, tanto la dimensión temporal de este tipo de vínculo como la persona que lo establece: *maternal prenatal attachment* (apego prenatal materno) y *maternal antenatal attachment* (apego antenatal materno). Por tanto, y dada la multiplicidad de términos, es importante comenzar este trabajo clarificando el constructo y justificando el cambio de terminología. Se comenzará valorando el término empleado para designar el vínculo afectivo, el cual en la mayor parte de estudios internacionales ha sido apego.

El apego es un concepto que estudió en profundidad Bowlby, quien escribió una trilogía –El Apego (1969), La Separación (1973) y La Pérdida (1980)– teniendo como marco de referencia el Psicoanálisis y, al mismo tiempo, difiriendo en muchos aspectos de dicho enfoque. Este constructo es muy revelante en la actualidad, pero su significado nuclear dista del de la relación afectiva de la madre con el feto. Como señaló Lafuente (2010), sólo si hay

una búsqueda de protección y de cuidado y si la relación proporciona seguridad y bienestar puede hablarse de apego. El apego tiene la función de obtener la protección frente al peligro. La diferencia entre el apego y otros vínculos afectivos es precisamente de tipo funcional y no estructural. Se habla así de vínculos afectivos parento-filiales, de los padres hacia sus hijos pequeños, y, en cambio, de vínculos de apego de los hijos pequeños hacia sus padres.

Tras la teorización de Bowlby, y a pesar de la evidente diferencia conceptual, muchos investigadores acuñaron el término apego para denominar la relación prenatal de la madre con el feto, siendo las excepciones o críticas al empleo de este concepto escasas. Una de las primeras autoras en marcar la diferencia fue Rubin (1984), quien hablaba sobre *binding-in* haciendo referencia al proceso de unión o vinculación afectiva, pero diferenciándolo del apego. Posteriormente, Pollock y Percy (1999) propusieron considerar la relación entre una madre y su hijo nonato como un lazo emocional, similar al apego, pero no idéntico. Justificaron su aportación indicando que es improbable que una mujer embarazada busque y espere recibir protección y seguridad de su bebé nonato. Más recientemente, Camarneiro y Justo (2012) también han hecho énfasis en esta característica diferencial del apego subrayando que éste comienza después del nacimiento a partir del comportamiento de unión entre el bebé y su cuidador, con interacción recíproca. El niño busca seguridad y proximidad y el cuidador responde proporcionando dichos cuidados. Agregan que esto no sucede en la etapa prenatal.

Según Walsh (2010), el análisis crítico de la literatura sugiere que esta relación no es una relación de apego. También manifiesta que es inadecuado emplear los vocablos relación (*relationship*) y lazo (*bond*), ya que ambos se refieren a una situación en la que dos personas construyen programas de interacciones diádicas que comparten con el otro. Años antes, tanto Laxton-Kane y Slade (2002) como Van den Bergh y Simons (2009) también habían destacado la falta de reciprocidad madre-feto durante la etapa prenatal. Según estos autores,

el apego es un proceso dinámico influenciado por las experiencias de prestación de cuidados y por el propio bebé, lo cual no es una característica de la relación prenatal. En un artículo reciente, Redshaw y Martin (2013) también afirman que apego no es sinónimo de vínculo afectivo pero que ambos términos se han empleado de forma intercambiable a lo largo de las últimas décadas tanto por profesionales como por madres y padres.

Como se deriva de las críticas anteriores, el uso del término apego para designar una relación prenatal es controvertido. Sin embargo, los autores que han criticado esta cuestión no han propuesto términos alternativos y más ajustados. En la actualidad, se sigue destacando la importancia de realizar una clarificación conceptual sobre la naturaleza de la relación afectiva de la gestante con el nonato (Walsh et al., 2014).

Tabla 2.2.

Términos empleados en estudios publicados en lengua española para designar el constructo vínculo afectivo prenatal materno

Término	**Estudios**
Vinculación afectiva prenatal	Lafuente (2008) Rodrigues, Pérez-López, y Brito de la Nuez (2004)
Vínculo afectivo con el niño por nacer	Fernández (2005)
Vínculo afectivo con el niño que va a nacer	Verny y Weintraub (1991)
Vínculo materno-infantil durante el embarazo	Lartigue y Vives (1994)
Vínculo madre-hijo durante el embarazo	Relier (1994)
Relación materno fetal	Gómez, Alonso, y Rivera (2011)

En los estudios publicados en lengua española parece que el término apego no ha sido tan frecuentemente empleado. Se ha optado por términos más similares al propuesto en la presente tesis doctoral, pero los autores de estos trabajos no han explicado el motivo por el cual han empleado un término distinto al utilizado en la mayoría de los estudios

internacionales. En la Tabla 2.2 se recogen aquellos trabajos que incluyen el término objeto de estudio en su título.

Siguiendo con la justificación del término acuñado, es importante indicar por qué se ha decidido incluir la palabra prenatal en el mismo. Son numerosos los estudios internacionales que incluyen este término, o un sinónimo del mismo, y se ha decidido mantenerlo porque refleja de forma clara la etapa vital en la cual se desarrolla este vínculo afectivo.

También se ha considerado importante explicar por qué no se han empleado los términos más utilizados en los estudios internacionales para hacer referencia a aquellos entre quienes se establece el vínculo. Como se muestra en la Tabla 2.1, la mayoría de los autores emplean el término apego materno-fetal o fórmulas similares. Sin embargo, el vínculo afectivo que se evalúa en todos los estudios citados sólo se analiza en una dirección: de la madre hacia el feto. Como indican Camarneiro y Justo (2012), la imposibilidad de observar directamente al feto interactuando con la madre limita la perspectiva para estudiar esta relación como un proceso bidireccional. Laxton-Kane y Slade (2002) también escribieron en esta línea señalando que, si bien es cierto que la técnica ecográfica permite observar al feto, no se han realizado estudios en los cuales se demuestre que éste pueda desarrollar un vínculo afectivo con su madre.

Por último, ya que el concepto prenatal implica al feto, se ha decidido incluir en el término seleccionado para designar el constructo una palabra que haga referencia a la persona cuyo vínculo afectivo se valora: la mujer gestante. Así, el constructo se ha denominado, como se ha indicado en varias ocasiones, vínculo afectivo prenatal materno. En la presente tesis doctoral se ha empleado este término de manera constante, independientemente del término concreto utilizado por los autores de cada trabajo, con el fin de facilitar la lectura.

Dejando de lado la terminología, los intentos por definir el vínculo afectivo prenatal materno han sido escasos. La mayor parte de los investigadores citan en sus estudios las definiciones realizadas por los autores de referencia en el tema: Cranley, Condon y Müller. Cranley (1981) definió este término como el grado en el que las mujeres desarrollan y realizan comportamientos que representan una unión e interacción con su hijo nonato. Condon (1993), por su parte, lo describió como el lazo emocional que normalmente se desarrolla entre la mujer embarazada y su hijo nonato. En un estudio posterior, añadió que el vínculo afectivo prenatal materno representa la primera y más básica forma de intimidad humana (Condon & Corkindale, 1997). Müller (1993) definió el vínculo afectivo prenatal materno como una relación afectiva única que se desarrolla entre una mujer y el feto que está gestando.

Posteriormente, otros autores han construido sus propias definiciones. Honjo et al. (2003) definieron el constructo como el lazo de amor formado entre la gestante y el feto. Para Salisbury et al. (2003), el vínculo afectivo prenatal materno representa la relación, basada en representaciones cognitivas, entre una mujer embarazada y el feto.

2.2. Desarrollo del vínculo afectivo prenatal materno

A nivel psicológico, la relación de la madre con el bebé existe desde antes del embarazo, en las fantasías de la mujer relacionadas con la posibilidad de tener un hijo (Ferrari et al., 2007). Las fuerzas biológicas y ambientales que llevan a mujeres y a hombres a desear tener hijos, y las fantasías que estos deseos suscitan, pueden considerarse como la prehistoria del vínculo (Brazelton & Cramer, 1990).

Se observan evidencias de vínculo afectivo prenatal materno desde el primer trimestre de embarazo: en la quinta semana de gestación (Righetti et al., 2005) o, un poco más tarde, en la octava (Müller, 1992). Las ecografías permiten a las gestantes observar a sus hijos desde

momentos muy iniciales del embarazo, evidenciando su existencia y realidad mucho antes de poder percibir los movimientos fetales. Movimientos que, sin embargo, para muchos investigadores siguen constituyendo un hito en el desarrollo del vínculo afectivo prenatal materno. Cuando comienzan a sentirse, la ligazón afectiva con el feto aumenta de forma más rápida (Bloom, 1995; Narita & Maehara, 1993). Como señalan Torras y Tirado (2010), "hay mujeres que no se sienten del todo embarazadas hasta que perciben claramente los movimientos de su hijo/a" (p. 52). La percepción de los movimientos fetales suele ser interpretada por las gestantes como un indicador del correcto desarrollo fetal. La impresión subjetiva de la gestante sobre el correcto desarrollo del feto se relaciona, a su vez, con el vínculo afectivo establecido con el mismo (Heidrich & Cranley, 1989).

La información o teorización sobre el desarrollo del vínculo afectivo prenatal materno trimestre a trimestre es escasa. Diversos autores sí coinciden en afirmar que aumenta a medida que la gestación avanza (Gomez & Leal, 2007; Righetti et al., 2005; Van Bussel et al., 2010b; Vedova et al., 2008). Sandbrook y Adamson-Macedo (2004) señalaron que el vínculo afectivo de la madre con el feto es ambivalente en el primer trimestre de gestación, pero que aumenta rápidamente a medida que el embarazo progresa y la futura madre observa que éste es evolutivo.

A pesar de esta tendencia general a mostrar un vínculo afectivo con el feto cada vez más intenso a medida que el embarazo progresa, también son importantes las diferencias individuales: algunas mujeres muestran un fuerte vínculo afectivo con el feto desde el comienzo de la gestación; otras, por el contrario, muestran escasos o nulos signos de vinculación afectiva incluso al final de la gestación (Mikulincer & Florian, 1999). Según Condon (1985), entre el 10% y el 15% de las mujeres en estado de gravidez exhiben escasa evidencia de vínculo afectivo prenatal materno en el embarazo tardío. Leifer (1977), en uno de los primeros estudios sobre el tema, identificó tres patrones distintos en el establecimiento

de dicho vínculo afectivo: un bajo vínculo que persiste a lo largo de todo el embarazo, una cercanía inicial escasa con el feto que aumenta con el tiempo y una gran cercanía con el feto desde comienzo del embarazo.

Resumiendo, el vínculo afectivo prenatal materno se desarrolla de forma espontánea en todas las gestantes (Davis & Akridge, 1987). Es un lazo emocional activo, acumulativo e intermitente (Gaffney, 1986) y necesita los nueve meses que dura el embarazo para desarrollarse completamente (Müller, 1993). Aquello que hace que el bebé imaginario se convierta en un bebé real y vivo, como las ecografías o la percepción de los movimientos fetales, favorece el desarrollo del mismo. A medida que la mujer empieza a considerar al feto como un individuo separado y distinto del cuerpo materno, es decir, un ser diferenciado y con características propias, el vínculo aumenta (Rodrigues et al., 2004). El nacimiento no es, por tanto, el punto de partida de la relación madre-hijo. El vínculo afectivo prenatal materno comienza durante la gestación como resultado de eventos físicos y psíquicos dinámicos (Cranley, 1981).

2.3. Continuidad del vínculo afectivo prenatal materno a nivel postnatal

El nacimiento no es el origen absoluto de la vida, ni biológica ni afectiva, sino un hito en una relación que empezó meses atrás. Es un paso decisivo que hay que saber capear con suavidad para que ese vínculo afectivo entre la madre y el niño no se interrumpa ni se rompa (Relier, 1994). Después del nacimiento del bebé, el vínculo afectivo tiende a evolucionar, intensificándose, pero manteniendo la experiencia afectiva a un nivel similar al mostrado en la etapa prenatal, en la cual prácticamente alcanza su máximo (Lafuente, 2010).

Los trabajos que han estudiado la relación entre el vínculo afectivo prenatal materno y la relación madre-hijo postnatal son escasos. Leifer (1977) observó que aquellas mujeres que

desarrollan un mínimo vínculo con el feto durante el embarazo, también experimentan grados inferiores de vínculo afectivo con sus hijos siete meses después del parto. Según Reading, Cox, Sledmere, y Campbell (1984), el vínculo afectivo prenatal materno evaluado en la semana 32 de gestación correlaciona con el vínculo afectivo con el neonato 24 horas después del parto. En base a Müller (1996), la correlación entre el vínculo afectivo prenatal materno y el vínculo afectivo postnatal es moderada. El vínculo afectivo prenatal materno actúa como predictor del vínculo afectivo de la madre con el bebé a nivel postnatal (Dubber et al., 2014).

Al analizar conductas o expresiones concretas del vínculo afectivo, Fuller (1990) observó una relación positiva y significativa entre el vínculo afectivo prenatal materno y la interacción madre-bebé entre el segundo y el tercer día tras el parto. La correlación más alta se obtuvo entre vínculo afectivo prenatal materno y el contacto visual con el neonato y la más baja entre la primera variable y la estimulación verbal al recién nacido. Bloom (1995) también encontró que existe una relación positiva entre el vínculo afectivo en el tercer trimestre de gestación y la demostración de conductas afectivas al bebé una semana después del parto. Según Siddiqui y Hägglöf (2000), las mujeres que establecen con sus hijos durante el embarazo una relación afectiva continuan siendo madres afectivas y sensibles a nivel postnatal. Los resultados de su estudio fueron los siguientes: las mujeres que fantaseaban más sobre sus hijos en gestación, interactuaban más con ellos 12 semanas tras el parto; quienes interactuaban más a nivel prenatal, estimulaban más a sus bebés empleando estimulación proximal; y quienes mostraban un mayor reconocimiento del feto como un individuo distinto de ellas mismas, empleaban más la estimulación distal.

Por tanto, no parece improbable que el vínculo afectivo prenatal materno sea un predictor de la relación afectiva postnatal (Condon & Dunn, 1988). Es más, las medidas que correlacionan con el vínculo afectivo prenatal materno son también aquellas que se conoce que tienen influencia en el vínculo afectivo con el neonato (Condon & Corkindale, 1997).

2.4. Efectos del vínculo afectivo prenatal materno sobre el desarrollo del feto y del niño

La creencia de que la conducta y el estado emocional de la gestante pueden afectar al feto es tan antigua como la raza humana, pero sólo en las últimas décadas ha sido objeto de estudio científico. Con el advenimiento del Psicoanálisis se encontró un marco teórico para su investigación. Dentro de la nueva dimensionalidad proporcionada por la Psicosomática la noción de un ambiente prenatal creció en importancia con cada aportación de datos que sustentaba el papel de los factores emocionales en el embarazo (Ferreira, 1965).

El desarrollo de las técnicas ultrasonográficas ha posibilitado estudiar y visualizar el comportamiento del feto en su ambiente natural. La visión general del feto como un ser totalmente pasivo y dependiente viviendo en un estado vegetativo, y del útero como un lugar silencioso, inmóvil y aislado, ha cambiado radicalmente. Muchos estudios han mostrado que el feto puede oír, responder a la presión y al tacto, tragar y saborear, reaccionar ante el miedo, elegir su posición favorita, tener experiencias primitivas de sueños y comenzar a aprender. El útero no separa al feto del mundo exterior (Piontelli, 1987). Tampoco es siempre un lugar constante, homogéneo, confortable y seguro (Piontelli, 1992).

Uno de los más intensos debates del movimiento psicoanalítico se centra en torno al nacimiento psicológico del bebé. Muchos psicoanalistas piensan que las emociones maternas y sus fantasías pueden tener un fuerte impacto en el feto durante el embarazo, en lo que a su futura personalidad respecta y también en relación a su salud mental. Otros, en el polo opuesto, tienden a considerar al feto una *tabula rasa*. Todos los debates sobre los orígenes de la vida mental se vuelven aún más acalorados por las dificultades objetivas encontradas en su estudio (Piontelli, 1989).

Una de las primeras personas en estudiar la influencia de diversos factores psicológicos maternos en el ambiente prenatal fue Ferreira (1965). Según este autor, son

numerosos los canales a través de los cuales el bebé en desarrollo puede conocer lo que siente su madre y su actitud, si la hay, de no aceptación del mismo. Añadió que los embarazos no deseados emocionalmente pueden tener repercusiones prenatales sobre el feto tan inevitables como nocivas. La actitud negativa de la madre respecto a su hijo en gestación puede reflejarse en complicaciones durante el embarazo o en la conducta del niño a nivel postnatal. Además, la hostilidad materna respecto al embarazo y al bebé en desarrollo puede expresarse, por ejemplo, mediante el consumo de alcohol, tabaco y medicamentos, a través de una dieta inadecuada, etc.

Piontelli (1987, 1989, 1992) estudió en profundidad la vida prenatal. Esta autora realizó una investigación en la que analizó el desarrollo de 11 niños desde la gestación hasta la edad de cuatro años. Sus hallazgos sugieren una continuidad remarcable en aspectos de la vida prenatal y postnatal. Esta continuidad tuvo lugar a pesar de los cambios que representa el nacimiento y las características del ambiente. También observó que muchos niños pequeños mostraron señales de haber sido influenciados por experiencias prenatales. La autora postuló que el interjuego entre la herencia y el ambiente comienza mucho antes de lo que normalmente se piensa y que ciertas experiencias prenatales pueden ejercer un efecto emocional profundo en el feto, especialmente si estos acontecimientos prenatales se ven reforzados por experiencias postnatales.

En la misma línea, Verny y Kelly (1981) señalaron que los estudios sobre embarazadas psicóticas proporcionan pruebas elocuentes de los efectos devastadores del abandono emocional del bebé en el útero. Según los autores, al nacer estos bebés suelen tener bastantes más problemas físicos y emocionales que los bebés de mujeres mentalmente sanas. El niño que no es esperado, que no es amado, que no es recibido como todo ser se merece, es, desde el primer momento, un ser disminuido (Relier, 1994). No basta esperar a que el bebé nazca para prestarle atención y cuidados o para tratarle con cariño, es importante que estas

conductas, cogniciones y emociones comiencen durante el embarazo, cuando la gestante aún no puede acunarle en sus brazos, sonreírle o mirarle directamente a los ojos, pero ya puede abrazar o acariciar el vientre que le acoge, transmitirle sus propias sensaciones de tranquilidad, alegría y bienestar, hablarle, contarle un cuento o cantarle una nana (Lafuente, 2003).

Un vínculo afectivo prenatal materno de calidad puede favorecer después del nacimiento una relación madre-hijo sobre la cual se consolide un apego seguro (Lafuente, 2008). Los niños con apego seguro disfrutan con el contacto físico con su madre o cuidador principal, no experimentan ansiedad ante separaciones breves y utilizan a su madre como una base segura para la exploración y el juego. Durante las separaciones, la exploración suele disminuir y es probable que haya cierto malestar, pero cuando se reúnen con su madre buscan proximidad, contacto e interacción con ella (Ainsworth, 1979). Los bebés que muestran un apego seguro son, en etapas posteriores de la vida, más cooperadores, expresan más afectos positivos y comportamientos menos agresivos, son más competentes y compasivos en la interacción con los pares, tienen una mejor capacidad para reflexionar sobre el mundo mental, obtienen mejores resultados en pruebas de desarrollo y lenguaje, etc. Cuando son adultos, manejan mejor las emociones negativas, tienen mejor capacidad para establecer lazos afectivos, son capaces de tolerar y beneficiarse de la separación, buscan soporte y consuelo en las figuras de apego cuando lo necesitan y tienen menos posibilidades de desarrollar alguna psicopatología (Repetur & Quezada, 2005).

2.5. Modelos teóricos de estudio

La elaboración teórica sobre el vínculo afectivo prenatal materno es escasa. Cranley (1981) fue la primera autora en elaborar un instrumento de evaluación de dicho constructo, pero apenas lo desarrolló a nivel teórico. Cuatro años más tarde, Condon (1985) publicó un

artículo en el cual reflejó los primeros postulados de un modelo teórico que estructuró posteriormente. Es importante recordar que Condon denominó apego materno-fetal al vínculo afectivo prenatal materno. Este autor afirmó que la operativización del constructo estaba avanzando al definir las características de la conducta de apego. Destacó cinco características del apego madre-hijo en base a la teorización de varias figuras importantes como Bowlby, Spitz, Westermeyer, Robson, Moss y Ainsworth.

La primera de estas características es el deseo de conocer, entender o definir el objeto de apego. Esto, traducido al plano antenatal, era para Condon la búsqueda de información sobre el feto con el fin de clarificar la imagen mental propia del mismo.

La segunda de las características indicadas fue el placer asociado al contacto o a la interacción con el objeto, lo cual en el caso del feto se traducía en lo siguiente: disfrute al palpar al feto, al sentir sus movimientos, al hablarle, etc.

La tercera de las características propuestas fue el miedo asociado a la separación o a la pérdida real o fantaseada del objeto. A nivel prenatal, Condon equiparó esta característica a los afectos asociados con la terminación fantaseada del embarazo, el aborto espontáneo, la muerte o la deformidad fetal. La deformidad fetal representa la pérdida del bebé normal fantaseado.

La cuarta de las características presentadas por el autor fue la preocupación por el bienestar del objeto, es decir, el deseo de protegerle y satisfacer sus necesidades. Condon señaló que la protección, al menos a nivel atávico, es la razón de ser del apego y que prenatalmente se manifestaría al abstenerse del consumo de sustancias dañinas para el feto (alcohol, tabaco, etc.). En relación a las necesidades del feto, el autor hizo referencia a cuestiones como la evitación de altos niveles de estrés físico y psíquico, a la dieta equilibrada, al cuidado antenatal adecuado, etc.

La quinta y última característica que señaló Condon es el altruismo. Para el teórico, la necesidad de proteger al objeto puede anular las preocupaciones sobre el bienestar de la gestante. Puede equipararse con los sacrificios personales, inherentes en las conductas listadas en el punto anterior, en interés del bienestar fetal.

Años más tarde, Condon estructuró los postulados previos y elaboró el Modelo Jerárquico de Apego Materno-Fetal (Condon, 1993). En base a este modelo, la experiencia esencial del apego materno-fetal es el amor. De este amor que siente la madre hacia el feto se derivan cinco experiencias subjetivas que median entre éste y la conducta de la mujer gestante. Estas experiencias subjetivas son disposiciones o necesidades de expresar el amor en conductas manifiestas. Según Condon, no existe una correspondencia exacta entre las disposiciones y conductas concretas. Además, una determinada disposición puede o no encontrar un comportamiento a través del cual manifestarse.

La primera de las cinco disposiciones propuestas por Condon es la Disposición a saber, la cual se refiere a la curiosidad de la madre por la naturaleza del objeto amado y a su necesidad de representarse las características de su imagen. Esta disposición empuja a la madre a buscar información sobre el feto.

La segunda de las disposiciones es la Disposición a estar con. Ésta representa el deseo de la mujer de interactuar con el feto y disfrutar de ello. La futura madre muchas veces interactúa con el feto hablándole o acariciando su tripa.

La tercera de las disposiciones es la Disposición a evitar la separación o la pérdida, tanto en la fantasía materna como en la realidad. La pérdida o la separación provocan un intenso miedo en la madre, mayor cuanto más fuerte es el vínculo afectivo. Esta disposición puede o no estar expresada conductualmente: cuando se expresa, refuerza el vínculo; cuando no se expresa, protege a la mujer en caso de que se produzca un aborto espontáneo.

La cuarta disposición es la Disposición a proteger al objeto amado de las influencias

que pueden dañarlo o perjudicarlo. Esta disposición puede también ser o no expresada mediante conductas. Por ejemplo, el hecho de que una mujer fumadora deje de fumar con el fin de no perjudicar al feto se asocia con la vinculación afectiva establecida y con el deseo de protección de la madre. Sin embargo, la habilidad de la mujer para implementar conductualmente su deseo protector depende también de otros factores como la adicción fisiológica al tabaco.

La quinta y última disposición es la Disposición a identificar y gratificar las necesidades del feto. La calidad de esta gratificación es altruista por parte de la madre, las necesidades del objeto amado superan en importancia a las necesidades propias.

Condon enfatizó la experiencia subjetiva de la madre respecto al feto, pero no olvidó su manifestación conductual. Desde una perspectiva prenatal es fundamental hablar de las disposiciones internas de la madre ya que los comportamientos hacia el feto son limitados en comparación con los que se dan tras el parto. Asimismo, es muy importante destacar que, a pesar de que Condon indicó que el apego materno-fetal se define en base a las cinco disposiciones mencionadas, también puntualizó que es la interrelación de sus constituyentes lo que compone la esencia del constructo.

Para Condon, la naturaleza de la relación que la mujer embarazada desarrolla con el feto tiene una significación tanto teórica como clínica. Provee un marco de referencia para mejorar la comprensión de muchos aspectos de la Obstetricia Psicosomática y de muchos de los problemas psicológicos del embarazo y del periodo postnatal. Además, el estudio del vínculo afectivo prenatal materno permite analizar el desarrollo de la relación afectiva en estado puro, sin la contaminación de factores como el temperamento del bebé o las complejidades del entorno postnatal.

Condon también elaboró un instrumento de evaluación de dicho constructo, el cual se expone detalladamente en el siguiente apartado. A partir de las puntuaciones obtenidas en su

instrumento, formuló un modelo de cuatro estilos de vínculo afectivo prenatal materno: Positivamente preocupado, Positivamente desinteresado, Negativamente preocupado y Negativamente desinteresado. Planteó este modelo en una figura de cuatro cuadrantes, cada uno de los cuales representa un estilo de vínculo afectivo (Figura 2.1).

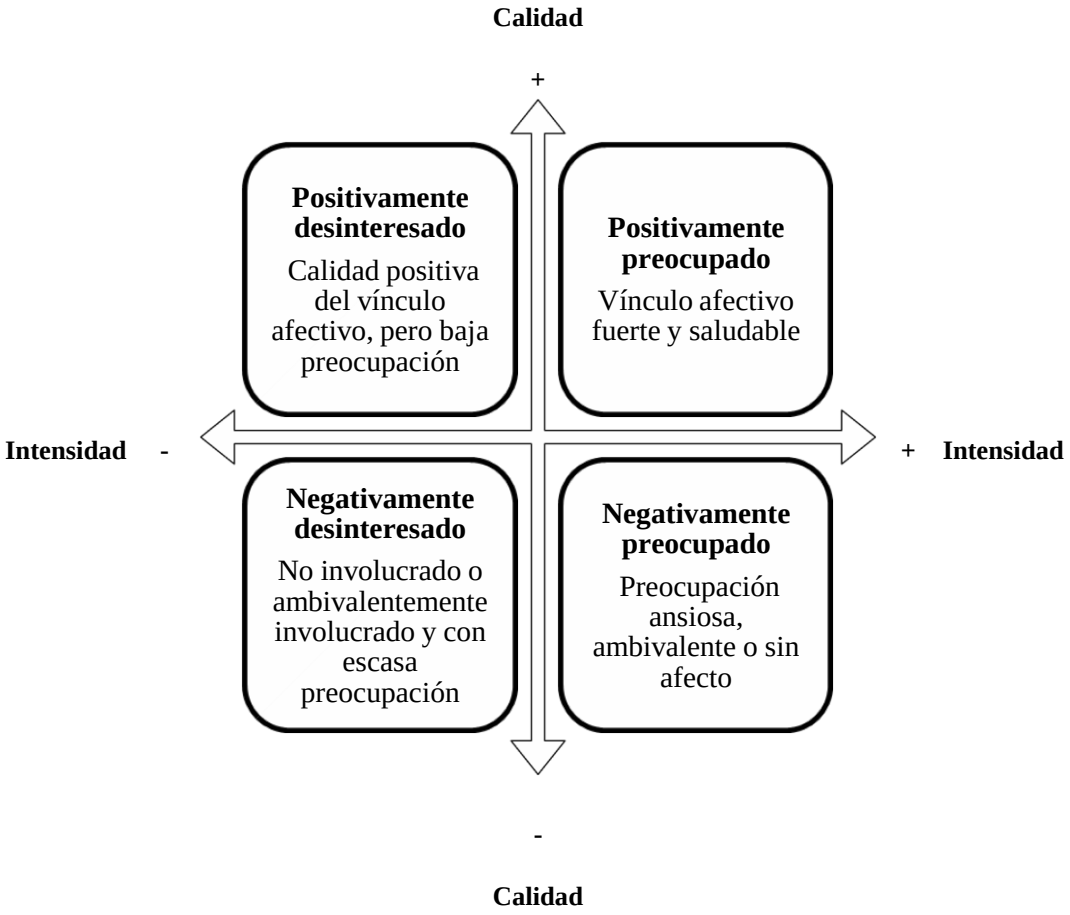

Figura 2.1. Modelo de estilos de apego parental prenatal (Condon, 1993)

Según Condon, las personas con un estilo de vínculo afectivo prenatal Positivamente preocupado están perdidamente enamoradas del bebé que esperan. Se preocupan por el feto y su intensidad de preocupación está acompañada por sentimientos de cercanía, ternura, deseo, etc.

Las personas clasificadas en un estilo Positivamente desinteresado presentan un vínculo afectivo de calidad con el feto, pero dedican menos tiempo que las anteriores a las experiencias o conductas que reflejan dicho vínculo. Éste puede ser el caso de mujeres que tienen más hijos y que disponen, por tanto, de menos tiempo para dedicar al feto. Las mujeres que tienen miedo a perder al bebé también pueden ubicarse en esta categoría.

Otro estilo de vínculo afectivo prenatal materno es el Negativamente desinteresado. Estas personas dedican poco tiempo a pensar sobre el feto y experimentan pocos de los afectos positivos asociados al citado vínculo. Están escasamente vinculadas al feto y apenas tienen interés en él o tienen sentimientos ambivalentes hacia el mismo.

El cuarto y último estilo de vínculo afectivo con el nonato es el Negativamente preocupado. Estas personas están muy preocupadas por el feto, pero su preocupación no está unida al afecto o está acompañada por la ambivalencia afectiva. No experimentan placer a partir de la relación con el feto. Se interesan por él más a nivel intelectual que afectivo. Además, en ocasiones, la ambivalencia afectiva puede dar lugar a algún tipo de preocupación ansiosa. Por ejemplo, las personas alexitímicas pueden presentar un alto grado de preocupación por el feto, pero ser incapaces de conectar con los ítems afectivos del instrumento de Condon.

Más recientemente, Lafuente (2008) ha propuesto un modelo de adaptación y vinculación prenatal basado en las dos áreas de evaluación parento-fetal (vinculación y diferenciación) propuestas por Hughes (1987) y las siete tareas que la mujer embarazada debe realizar durante la gestación (buscar el bienestar propio y el del feto, aceptar el embarazo, identificar el rol maternal, prepararse para el parto, superar el miedo y armonizar las relaciones) planteadas por Lederman (1996). El modelo de Lafuente se compone de seis dimensiones que la autora recoge en un instrumento de evaluación: Aproximación afectiva al feto y al bebé a través del pensamiento, Aceptación del embarazo y adaptación a la

maternidad, Aproximación afectiva a través de la diferenciación del feto, Experiencias infantiles y cuidado prenatal, Aproximación afectiva a través de la interacción con el feto y Aproximación afectiva a través del bienestar emocional. De estos seis factores sólo tres de ellos, el primero, el tercero y el quinto, se centran de forma específica en el vínculo afectivo prenatal materno. El cuarto factor sólo hace referencia al vínculo afectivo en lo que a los cuidados al nonato respecta, se aleja del constructo al referirse también a las experiencias infantiles de la propia gestante. Los dos factores restantes se refieren a la adaptación de la mujer al embarazo y a otros aspectos (adaptación a la maternidad, estado emocional de la gestante, etc.).

2.6. Instrumentos de evaluación

El creciente interés por el constructo vínculo afectivo prenatal materno ha llevado a distintos profesionales a la construcción de instrumentos de medida. La primera escala de evaluación de dicho constructo, la *Escala de Apego Materno Fetal* (*Maternal Fetal Attachment Scale*, MFAS), fue elaborada por Cranley (1981). La MFAS consta de 24 ítems divididos en cinco subescalas: Diferenciación entre el yo y el feto, Interacción con el feto, Atribución de características e intenciones al feto, Dar al feto de sí misma y Asunción de roles maternales. La validez del instrumento fue analizada por cinco expertos en Enfermería y tanto la claridad como la relevancia de los ítems fue evaluada por mujeres embarazadas. El formato de respuesta es el siguiente: cinco opciones de respuesta que oscilan entre *nunca* y *la mayor parte del tiempo*.

En el estudio original de la escala (Cranley, 1981), sus propiedades psicométricas fueron probadas con la participación de mujeres embarazadas que se encontraban en el tercer trimestre de gestación. La fiabilidad obtenida para el total de la escala fue de .85 y los coeficientes de las subescalas oscilaron entre .52 (Dar al feto de sí misma) y .73 (Asunción de

roles maternales). En otros estudios posteriores se han hallado coeficientes de consistencia interna para la escala total que han oscilado entre . 78 y .85 y entre .36 y .74 en el caso de las subescalas (Fuller, 1990; Heidrich & Cranley, 1989; Seimyr, Sjögren, Welles-Nyström, & Nissen, 2009; Wilson et al., 2000). Según Wilson et al. (2000) los coeficientes de fiabilidad de las subescalas no son psicométricamente aceptables.

La MFAS, quizás por ser el primero de los instrumentos de evaluación del vínculo afectivo prenatal materno, es aquel del cual se dispone de más datos sobre sus propiedades psicométricas. También ha sido el instrumento que más críticas ha recibido. Tanto Mercer et al. (1988) como Müller (1992) revisaron investigaciones en las que se había empleado la MFAS y concluyeron que: 1) existen dificultades importantes en lo que a la fiabilidad y a la validez del instrumento respecta; 2) los hallazgos inconsistentes de diversos estudios sugieren problemas de medida que se derivan de la inadecuada base teórica en la que el instrumento se sustenta; 3) es necesaria la revisión de la MFAS o la creación de nuevos instrumentos de medida para poder avanzar en la investigación del vínculo afectivo con el nonato. En esta línea, Zachariah (1994) planteó reflexionar sobre si la escala evalúa más adecuadamente la asunción del rol maternal durante el embarazo que el vínculo afectivo, y sobre si los comportamientos de interacción con el feto que evalúa representan dicho vínculo.

Müller y Ferketich (1992) examinaron la validez de las subescalas de la MFAS a través de entrevistas a mujeres embarazadas y a sus parejas. A partir del análisis del contenido de dichas entrevistas, emergieron inductivamente seis categorías del vínculo afectivo prenatal materno, de las cuales sólo dos correspondían con alguna de las subescalas de la MFAS. Estos resultados no confirmaron la validez de las subescalas de la MFAS, pero sí apoyaron la multidimensionalidad del constructo. En un estudio posterior, Müller y Ferketich (1993) aplicaron la MFAS a dos grupos de mujeres y obtuvieron una solución factorial que tampoco correspondía con las cinco subescalas originales. La solución factorial

para uno de los grupos de mujeres extrajo dos factores y para el otro grupo tres. En otros estudios tampoco se ha replicado la estructura original (Seimyr et al., 2009; Sjögren et al., 2004).

Otra crítica que se ha hecho a la MFAS es que algunos de sus ítems no pueden aplicarse en momentos tempranos del embarazo por hacer referencia a los movimientos fetales. Esto reduce la utilidad de la escala para analizar cómo se desarrolla el vínculo durante toda la gestación (Sjögren et al., 2004).

Con el fin de afinar la escala, algunos investigadores la han modificado. Bloom (1995) eliminó la subescala Asunción de roles maternales y realizó un estudio en el que obtuvo una fiabilidad para la escala total de .88 y los coeficientes de fiabilidad de las subescalas oscilaron entre .53 y .77. Hsu y Chen (2001), por su parte, crearon una versión del instrumento compuesta por cuatro subescalas: Interacción con el feto, Dar al feto de sí misma, Identificación con el feto y Fantaseo.

Dadas las limitaciones de la MFAS, Müller (1993) decidió construir un nuevo instrumento de evaluación del vínculo afectivo prenatal materno: el *Inventario de Apego Prenatal* (*Prenatal Attachment Inventory*, PAI). El PAI es un inventario unidimensional que consta de 21 ítems que reflejan pensamientos y conductas que indican afección por el feto y que se responde en base a una escala tipo Likert de cuatro putos desde *casi siempre* a *casi nunca*. El PAI no pretende evaluar ni la vivencia que la mujer tiene del embarazo como un estado físico ni su apreciación sobre la maternidad ni sobre las tareas que ésta implica (Müller, 1996). El coeficiente de fiabilidad obtenido en el estudio original del instrumento fue de .81. Müller también valoró la correlación entre las puntuaciones obtenidas en el PAI y en la MFAS y obtuvo un coeficiente positivo y elevado (r= .72). La fiabilidad de la MFAS en este estudio también fue de .81 (Müller, 1993). En un estudio posterior, la autora obtuvo una

fiabilidad para el PAI de .84 (Müller, 1996). Otros autores afirman que la validez de constructo de este instrumento es adecuada (Gau & Lee, 2003).

En otros estudios la unidimensionalidad del instrumento no ha sido confirmada. Siddiqui y Hägglöf (2000) obtuvieron una solución de cinco factores a los que denominaron: Fantasía, Interacción, Afecto, Diferenciación de la gestante del feto y Experimentación de placer. Los coeficientes de fiabilidad de las cinco subescalas oscilaron entre .57 y .76 y la fiabilidad del instrumento completo fue de .86. Para Siddiqui et al. (1999) el PAI tampoco es un instrumento unidimensional. Posteriormente, otros autores también han encontrado una estructura de cinco factores en el PAI (Barone et al., 2014; Bielawska-Batorowicz & Siddiqui, 2008; Vedova et al., 2008). Recientemente, Pallant et al. (2014) han aplicado el PAI y, al observar que el instrumento no es ni unidimensional ni está compuesto por cinco factores, lo han refinado obteniendo un instrumento de tres subescalas.

Como la MFAS, el PAI también ha sido criticado por contener ítems que no pueden responderse desde el inicio de la gestación **(**Kleinveld et al., 2007). Müller (1996) ya indicó que algunos de sus items son específicos del tecer trimestre.

El tercero de los instrumentos más empleados es la *Escala de Apego Prenatal Materna* (*Maternal Antenatal Attachment Scale*, MAAS) de Condon (1993). Este autor desarrolló su escala con el fin de diferenciar entre dos aspectos que la MFAS no distinguía: la actitud de la gestante hacia el feto y la actitud de la misma hacia el embarazo y la maternidad. La MAAS se centra de forma específica en la actitud de la mujer hacia el feto y se compone de 19 ítems con cinco opciones de respuesta cada uno. Todos los ítems, exceptuando el séptimo, se dividen en dos subescalas: Calidad del apego e Intensidad del apego o Tiempo dedicado al apego. La estructura de dos factores sugiere que la calidad del vínculo afectivo prenatal tiende a ser independiente de la intensidad del mismo. El ítem número siete no

obtuvo en el estudio original del autor carga suficiente en ninguno de los dos factores como para ser incluido en ellos. El coeficiente de fiabilidad obtenido fue superior a .80.

La subescala Calidad del apego incluye experiencias de cercanía, ternura, placer derivado de la interacción, ansiedad al fantasear una pérdida fetal y la conceptualización del feto como una pequeña persona. La subescala Intensidad del apego o Tiempo dedicado al apego hace referencia al grado en el que el feto ocupa una posición central en la vida emocional de la gestante. Esta segunda dimensión engloba la cantidad de tiempo dedicado a pensar sobre, hablar, soñar o palpar al feto. Incluye la intensidad de los sentimientos, pero no la calidad de los mismos (Condon & Corkindale, 1997).

Existen diferentes adaptaciones de la MAAS, las cuales arrojan datos sobre sus propiedades psicométricas. Algunos autores las han analizado con mayor profundidad que otros, pero, en líneas generales, puede observarse que: 1) en varios estudios se han tenido que eliminar ítems para mejorar su funcionamiento psicométrico (Denis, Callahan, & Bouvard, 2015; Gomez & Leal, 2007); 2) no hay acuerdo sobre la dimensionalidad del instrumento, para Gomez y Leal (2007) es unidimensional, para Golbasi et al. (2014) bifactorial y para Denis et al. (2015) se compone de cuatro factores; 3) los coeficientes de fiabilidad hallados en los distintos estudios oscilan entre .71 y .87 (Denis et al., 2015; Golbasi et al., 2014; Mako & Deak, 2014; Van Bussel et al., 2010b); 4) tanto la fiabilidad test-retest (Gomez & Leal, 2007) como la validez convergente (Denis et al., 2015; Mako & Deak, 2014) son adecuadas. Estos estudios se presentan en la Tabla 2.3.

Además de los tres instrumentos señalados, también se han construido otros que apenas han sido empleados. Reading et al. (1984) elaboraron un instrumento compuesto por 15 adjetivos que las gestantes debían clasificar en base a una escala del uno al siete. Seis de los adjetivos estaban relacionados con el embarazo y los nueve restantes con la relación con

Tabla 2.3.

Adaptaciones internacionales de la MAAS: características principales

Estudio	Adaptación	Características principales
Gomez y Leal (2007)	Portuguesa	- Eliminación de dos ítems - Unidimensional - Adecuada consistencia interna y fiabilidad test-retest
Van Bussel et al. (2010b)	Alemana	- Coeficientes de fiabilidad que oscilan entre .78 y .80 en los tres trimestres de gestación
Mako y Deak (2014)	Húngara	- Fiabilidad de .87 para la escala global - Adecuada validez convergente con el PAI (r= .65)
Golbasi et al. (2014)	Turca	- Bifactorial - Fiabilidad de .79 para la escala global
Denis et al. (2015)	Francesa	- Eliminación de dos ítems - Cuatro factores - Fiabilidad de .71 para la escala global - Validez convergente moderada con el PAI (r= .50)

el feto. LoBiondo-Wood y Vito-O´Rourke (1990) crearon la *Escala de Apego Prenatal Materno* (*Prenatal Maternal Attachment Scale*, PMAS). Ésta consta de 29 ítems que se responden en base a una escala tipo Likert de cuatro puntos y que se pueden contestar a lo largo de toda la gravidez, y de diez ítems más que sólo pueden responderse tras sentir los movimientos fetales. La validez de contenido de esta escala se estableció a partir del juicio de expertos en Enfermería Obstétrica. El coeficiente de fiabilidad obtenido en el estudio original del instrumento fue de .87 para la versión de 29 ítems y de .83 para la escala total de 39 reactivos. En un estudio posterior, se obtuvo un coeficiente de fiabilidad para la escala total de .90 (Fowles, 1996). Honjo et al. (2003) crearon la *Escala de Apego Antenatal Materno* (*Antenatal Maternal Attachment Scale*, AMAS). Ésta consta de ocho ítems que se responden en base a una escala tipo Likert de cuatro puntos. La fiabilidad obtenida en el estudio del instrumento fue de .79. Posteriormente, Kleinveld et al. (2007) desarrollaron la *Lista de Implicación en el Embarazo* (*Pregnancy Involvement List*, PIL). Este instrumento se compone de diez ítems cuyo contenido se relaciona tanto con el vínculo afectivo como con la adaptación de la mujer a la gestación. Se responde en base a una escala tipo Likert desde

absolutamente inaplicable hasta *muy aplicable*. La PIL es unidimensional y su fiabilidad fue adecuada en este estudio.

Varios autores han realizado revisiones sobre los instrumentos de medida del vínculo afectivo prenatal materno. Beck (1999) identificó la MFAS como el instrumento más empleado; Laxton-Kane y Slade (2002) identificaron tanto la MFAS como la MAAS. Estos últimos autores también señalaron la necesidad de estudiar dichos instrumentos de medida más exhaustivamente. Según Van den Bergh y Simons (2009), los instrumentos más empleados en esta área son la MFAS, el PAI y la MAAS. Estos autores también indicaron que existen versiones de dichos instrumentos con modificaciones, pero que éstas han sido muy poco empleadas. Las principales conclusiones de esta revisión son las siguientes: 1) la MFAS ha demostrado ser fiable en varias muestras, pero sus subescalas presentan problemas; 2) el PAI parece ser un instrumento prometedor, pero es necesario analizar sus dimensiones; 3) existen pocos datos a nivel psicométrico para juzgar la MAAS. También subrayan que los resultados de muchos estudios son contraintuitivos y se preguntan si esto puede deberse a las propiedades psicométricas de los instrumentos.

Ninguno de los instrumentos señalados ha sido adaptado a población española. En lengua castellana, Lartigue y Vives (1994) desarrollaron un instrumento (*Guía para la detección de alteraciones en la formación del vínculo materno-infantil durante el embarazo*) para identificar a las mujeres embarazadas que se encuentran en riesgo de presentar alteraciones en la formación del vínculo materno-infantil. Este instrumento se aplica durante el embarazo pero su objetivo es el vínculo postnatal. Sus propiedades psicométricas no han sido estudiadas.

En la actualidad, sólo existe una escala construida para población española, la *Escala de Evaluación de la Vinculación Afectiva y la Adaptación Prenatal* (EVAP) de Lafuente (2008). Este instrumento se centra tanto en la vinculación afectiva prenatal como en la

adaptación de la mujer al embarazo y a la maternidad. Está compuesto por 30 ítems con cinco opciones de respuesta cada uno que se dividen en seis subescalas: Aproximación afectiva al feto y al bebé a través del pensamiento, Aceptación del embarazo y adaptación a la maternidad, Aproximación afectiva a través de la diferenciación del feto, Experiencias infantiles y cuidado prenatal, Aproximación afectiva a través de la interacción con el feto y Aproximación afectiva a través del bienestar emocional. En el estudio de construcción del intrumento la fiabilidad global de la escala fue de .81 y, a excepción de la sexta de las subescalas (α= .39), los coeficientes de fiabilidad restantes oscilaron entre .55 y .75. En cuanto a la validez convergente, la correlación de la EVAP con la MFAS fue de .67 (Lafuente, 2008). Este instrumento ha sido empleado en varias investigaciones (Gómez et al., 2011; Rodrigues et al., 2004), pero no se dispone de más datos sobre sus propiedades psicométricas.

En resumen, actualmente sólo existe un instrumento destinado a evaluar el vínculo afectivo prenatal materno construido para población española, ninguno ha sido adaptado hasta el momento. La EVAP, sin embargo, no se centra de forma específica en la relación de la madre con el feto. Puede que los resultados de muchos de los estudios que han analizado la relación entre este constructo y otras variables sean tan inconsistentes debido a los instrumentos de evaluación del vínculo afectivo con el nonato empleados (Kunkel & Doan, 2003; Müller, 1993).

2.7. Variables relacionadas con el vínculo afectivo prenatal materno: apoyo empírico

Son varias las variables que se han estudiado en relación con el vínculo afectivo prenatal materno con el fin de conocer cuáles pueden promover o dificultar su desarrollo. Desde esta perspectiva, su identificación y estudio se vuelven fundamentales para planificar

intervenciones en los centros de atención prenatal dirigidas a preservar un adecuado desarrollo del nonato a través de la atención psicológica y médica de la gestante (Pisoni et al., 2014).

Los resultados de muchas de las investigaciones realizadas, en especial en relación a algunas variables, son inconsistentes. Dichas investigaciones presentan, en muchos casos, limitaciones metodológicas importantes como la utilización de muestras pequeñas y muy heterogéneas en cuanto a su composición (sin diferenciar entre mujeres de distintos rangos de edad, entre embarazos de alto y bajo riesgo, entre mujeres con una edad gestacional distinta, etc.), por lo que sus resultados son difícilmente extrapolables a la población general (Lafuente, 2010). Otros estudios con muestras más grandes no tienen en cuenta variables relevantes, como las que se mencionan a continuación, que pueden estar influyendo en los resultados. Las tres revisiones sobre el constructo vínculo afectivo prenatal materno realizadas hasta el momento, las cuales recogen los artículos más relevantes publicados desde 1981 hasta 2007, aportan conclusiones en esta misma línea (Alhusen, 2008; Cannella, 2005; Yarcheski et al., 2009).

2.7.1. Variables sociodemográficas

La variable sociodemográfica que más se ha estudiado en relación con el vínculo afectivo prenatal materno es la edad de la gestante. Algunas investigaciones concluyen que no existe una relación significativa entre ambas variables (Berryman & Windridge, 1993; Mako & Deak, 2014; Pollock & Percy, 1999; Van den Bergh et al., 2006; Vedova et al., 2008). Otras, por el contrario, reflejan que a menor edad de la mujer la vinculación afectiva prenatal es mayor (Damato, 2004; Gomez & Leal, 2007; Hjelmstedt et al., 2006; Lindgren, 2001; Van Bakel, Maas, Vreeswijk, & Vingerhoets, 2013). La variable edad materna se relaciona de forma inconsistente con el vínculo afectivo prenatal materno a lo largo de

diversos estudios (Erickson, 1996). Para Yarcheski et al. (2009) el tamaño del efecto de esta variable respecto al vínculo afectivo prenatal materno es bajo.

Como puede observarse, los resultados de las investigaciones citadas son dispares. Además, los estudios no señalan de forma concreta la edad o el intervalo de edad en el cual el vínculo afectivo prenatal materno es mayor. La edad inferior en la cual una mujer puede quedarse embarazada es la adolescencia y son muchas las madres muy jóvenes que viven la maternidad con dificultades (rechazo familiar, exclusión social, abandono de los estudios, desentendimiento de la pareja, etc.), lo cual no favorece el establecimiento de un vínculo afectivo prenatal materno adecuado. Por otro lado, las mujeres que superan los 40 años experimentan los miedos asociados a un posible desarrollo inadecuado del feto debido a su edad. Durante el preclimaterio, las mujeres embarazadas son conscientes de su desventaja biológica, de que tienen más posibilidades de sufrir un aborto espontáneo o un parto prematuro, etc., lo cual les genera una situación emocional que puede producir una alteración en el desarrollo del vínculo afectivo con el nonato (Fernández, 2005). Así, señalar que a menor o mayor edad de la mujer gestante la vinculación afectiva prenatal es mayor o menor supone simplificar en exceso y puede dar lugar a confusión.

Lafuente (2008) constató que las mujeres embarazadas cuya edad se situaba en un intervalo entre los 25 y los 30 años presentaban puntuaciones más elevadas en vínculo afectivo prenatal materno que aquellas más jóvenes (19-24 años) y más mayores (31-36 años). Berryman & Windridge (1996), por su parte, únicamente observaron diferencias en vínculo afectivo con el nonato en el segundo trimestre de gestación en dos de las cinco subescalas que componen la MFAS entre mujeres mayores de 35 años y mujeres entre 20 y 29 años de edad. Las primeras puntuaron más bajo en ambas subescalas. Estas diferencias no se evidenciaron al final del embarazo. Los autores atribuyeron la diferencia inicial a los riesgos asociados con la edad en las etapas iniciales del embarazo. Sugirieron que las mujeres

más mayores podrían estar protegiéndose de una posible pérdida.

Otras variables sociodemográficas que se han estudiado en relación al vínculo afectivo prenatal materno son: el estado civil, el nivel educativo, el nivel de ingresos, la nacionalidad, la ocupación, la cultura, la raza y la etnia.

En relación al estado civil, la mayor parte de los estudios revisados concluyen que no existe relación entre esta variable y el vínculo afectivo de la gestante con el nonato (Brandon et al., 2008; Lerum & LoBiondo-Wood, 1989; Mercer et al., 1988; Siddiqui et al., 1999; Vedova et al., 2008). En otros estudios sí se observa una relación entre ambas variables: Lorensen, Wilson, y White (2004) hallaron que las mujeres casadas presentaban puntuaciones inferiores en vínculo afectivo con el nonato que aquellas que vivían con sus parejas pero no estaban casadas; Mako y Deak (2014), por el contrario, observaron que las mujeres casadas presentaban puntuaciones superiores que aquellas que vivían con sus parejas sin estar casadas.

Otra variable analizada en relación con el vínculo afectivo prenatal materno es el nivel educativo de la gestante. Algunos estudios no han observado que exista una relación entre ambas variables (Brandon et al., 2008; Honjo et al., 2003; Lerum & LoBiondo-Wood, 1989; Mako & Deak, 2014; Siddiqui et al., 1999; Vedova et al., 2008). Mercer et al. (1988), por su parte, encontraron que el nivel educativo sólo se relacionaba con el vínculo afectivo prenatal materno en el caso de las mujeres con embarazos de alto riesgo. En aquellas mujeres cuyo embarazo se estaba desarrollando sin complicaciones esta relación no fue estadísticamente significativa. En otros estudios la relación entre ambas variables se ha visto confirmada, pero no en la misma dirección: en algunos la relación ha sido positiva (Müller, 1993); en otros negativa (Lindgren, 2001; Müller, 1996).

La variable nivel de ingresos también ha sido analizada junto con el lazo emocional de la gestante con el feto. Son varios los estudios en los que no se ha encontrado una relación

entre ambas variables (Brandon et al., 2008; Curry, 1987; Lindgren, 2001). En otros estudios, por el contrario, sí se ha encontrado una relación entre las citadas variables (Lerum & LoBiondo-Wood, 1989; Müller, 1996).

Otras variables menos estudiadas han sido la nacionalidad, la ocupación, la raza, la cultura y la etnia de la gestante. Varios estudios no han encontrado una relación entre el vínculo afectivo prenatal materno y la ocupación, la nacionalidad, la raza y la etnia (Brandon et al., 2008; Kemp & Page, 1987; Koniak-Griffin, Lominska, & Brecht, 1993; Lindgren, 2001; Vedova et al., 2008). Wilson et al. (2000), por su parte, realizaron una investigación en la cual las mujeres negras obtuvieron puntuaciones inferiores en vínculo afectivo prenatal. Según Laxton-Kane y Slade (2002), el impacto de la cultura sobre la variable objeto de estudio no se conoce. Para Yarcheski et al. (2009), el tamaño del efecto de variables como la raza y la cultura respecto al vínculo afectivo prenatal materno es bajo.

2.7.2. Historia reproductiva

2.7.2.1. Reproducción Asistida

En relación a la historia reproductiva de la mujer embarazada, la primera de las variables a tener en cuenta es haber logrado el embarazo a través de TRA. Son varios los estudios en los que se ha analizado si existen diferencias en el vínculo afectivo prenatal que establecen las mujeres embarazadas de forma espontánea y a través de TRA. La mayoría de ellos concluyen que no existen diferencias en dicha variable entre ambos grupos (Bernstein et al., 1994; Hammarberg et al., 2008; Hjelmstedt et al., 2006; McMahon et al., 1997; Stanton & Golombok, 1993). Laxton-Kane y Slade (2002), tras realizar una revisión de estudios sobre el tema, también concluyeron que las TRA no afectan al vínculo afectivo prenatal materno. Los autores explicaron estos resultados señalando la posibilidad de que los efectos del mayor investimiento del embarazo de las gestantes a través de TRA y los efectos de los riesgos

asociados a este tipo de gestaciones se anularan entre sí.

Otros investigadores han encontrado que las mujeres embarazadas a través de TRA presentan un mayor vínculo afectivo prenatal materno que las embarazadas de forma natural (McMahon et al., 2011; Oudi et al., 2011). De hecho, tal y como señalaron Fisher et al. (2008), las mujeres embarazadas a través de TRA muestran una intensa vinculación afectiva con el feto.

Otro aspecto relevante a tener en cuenta es el número de tratamientos realizados hasta lograr el embarazo. Según McMahon et al. (1997) no se observan diferencias en vínculo afectivo prenatal materno entre las mujeres que han realizado uno y las que han realizado dos o más tratamientos.

2.7.2.2. Abortos espontáneos y pérdidas perinatales

Otra variable que puede influir en el lazo emocional que la mujer gestante establece con su hijo nonato es que haya sufrido uno o varios abortos espontáneos y/o pérdidas perinatales en embarazos previos. El hecho de planear un nuevo embarazo tras una pérdida así es complicado y se caracteriza por los sentimientos ambivalentes, las dudas y las inseguridades en ambos miembros de la pareja (Lamb, 2002). Además, el nuevo embarazo puede resultar traumático para algunas mujeres. Éstas pueden sentirse inseguras, desprotegidas, incapaces de proteger a su bebé, miedosas, ansiosas, enfadadas y con una gran necesidad de control. Para ellas, el embarazo está estrechamente relacionado con la muerte y puede reactivar tanto emociones negativas como el vínculo afectivo con el bebé que se perdió (O´Leary, 2004).

Los tres primeros meses de embarazo son los más delicados, ya que es el período durante el cual existe un mayor riesgo de aborto espontáneo. Sin embargo, durante el tercer trimestre de gestación, también aparecen miedos y fantasías relacionadas con la muerte del bebé y de la propia gestante y temor a que el niño no esté sano (Michelena, 2002). Según

Côté-Arsenault (2007), al comienzo del embarazo la sintomatología ansiosa es mayor; otras emociones son más estables a lo largo del mismo. Otros investigadores también han encontrado una mayor sintomatología ansiosa durante los tres-cuatro primeros meses de embarazo en estas mujeres (Geller et al., 2004; Tsartsara & Johnson, 2006). En base a Gaudet, Séjourné, Camborieux, Rogers, y Chabrol (2010), tanto la sintomatología ansiosa como la sintomatología depresiva de las mujeres con una historia de pérdida fetal actúan como variables predictoras del vínculo afectivo prenatal materno.

Son varios los investigadores que han estudiado si existen diferencias en vínculo afectivo prenatal materno entre mujeres con una historia de pérdida fetal y sin ella. La mayor parte de los estudios no han encontrado que existan diferencias entre ambos grupos de mujeres (Armstrong, 2002; Honjo et al., 2003; Mehran et al., 2013; Tsartsara & Johnson, 2006; Van den Bergh et al., 2006; Vedova et al., 2008). En otros estudios sí se han encontrado diferencias: según Salgado (2011), las mujeres con una historia de aborto espontáneo se vinculan afectivamente de forma más intensa con el feto como medida de protección del embarazo actual; en oposición, tanto Armstrong y Hutti (1998) como Lerum y LoBiondo-Wood (1989) afirmaron que cuando la mujer ha sufrido uno o varios abortos espontáneos presenta un lazo afectivo con el nonato menor en la nueva gestación que aquellas mujeres que nunca han abortado involuntariamente. Esto puede reflejar una resistencia a establecer un vínculo afectivo con el feto como forma de autoprotección ante un nuevo aborto espontáneo (Laxton-Kane & Slade, 2002; Rozas & Francés, 2001). Además, al inicio del embarazo, un vínculo afectivo con el feto bajo es probablemente adaptativo debido a la alta incidencia de abortos espontáneos en el primer trimestre (Stern et al., 1999).

2.7.2.3. Paridad

Otra variable de influencia en el vínculo afectivo de la gestante con el nonato es que ésta tenga uno o varios hijos biológicos. Como señaló Müller (1993), el vínculo afectivo

prenatal materno es una relación única con un individuo específico diferente de otras relaciones vinculares que la mujer ha podido tener en los embarazos de hijos ya nacidos. Cada embarazo es diferente tanto a nivel físico como psicológico.

Tal y como se observa en el caso de otras variables, los resultados de los estudios que han analizado la relación entre el vínculo afectivo prenatal materno y la paridad son dispares. Varios señalan que las mujeres embarazadas de su primer hijo presentan puntuaciones superiores en vínculo afectivo prenatal materno que las mujeres con hijos (Condon & Corkindale, 1997; Gomez & Leal, 2007; Lorensen et al., 2004; Mercer & Ferketich, 1995; Pollock & Percy, 1999; Zimerman & Doan, 2003). Según Mercer y Ferketich (1995), las diferencias se deben al menor tiempo de las mujeres con hijos para preocuparse por el hijo en gestación y para prepararse mentalmente para la llegada del mismo. Otros autores sólo han encontrado diferencias teniendo en cuenta las dimensiones de la MAAS, pero no en la puntuación global en vínculo afectivo prenatal materno (Mako & Deak, 2014; Walsh et al., 2014). Otros señalan que no existe relación entre las citadas variables (Condon & Esuvaranathan, 1990; Berryman & Windridge, 1996; Lindgren, 2001; Müller, 1993; Vedova et al., 2008).

Como se deduce de los resultados de los estudios presentados, el impacto del hecho de tener hijos sobre el vínculo afectivo con el feto debe ser estudiado profundamente. Ambas variables se relacionan de forma inconsistente a lo largo de diversos estudios (Erickson, 1996; Lafuente, 2010; Laxton-Kane & Slade, 2002). En el meta-análisis de Yarcheski et al. (2009) el tamaño del efecto para esta variable respecto al vínculo afectivo prenatal materno fue reducido.

2.7.3. Embarazo actual

2.7.3.1. Deseo y planificación del embarazo

Otro aspecto relevante al analizar el vínculo afectivo prenatal materno es conocer si el embarazo ha sido deseado y planeado (Klaus & Kennell, 1971). Es importante que el niño como objeto futuro sea deseado, amado y esperado con alegría (Deutsch, 1944). Los embarazos deseados generan actitudes positivas hacia el feto, las cuales son percibidas por un niño intrauterino que, a medida que se va desarrollando, se va haciendo más vulnerable a las emociones maternas (Fernández, 2005). El hecho de que el embarazo no sea deseado puede repercutir negativamente sobre el desarrollo del feto (Ferreira, 1965).

La planificación del embarazo puede también tener cierta influencia en el vínculo afectivo prenatal materno. Cuando una mujer y su pareja conocen que esperan un hijo, en un primer momento suelen sentirse eufóricos, pero casi de inmediato la euforia es reemplazada por la toma de conciencia de la futura responsabilidad. Cuando el embarazo ha sido planeado, es posible que esta toma de conciencia ya haya sido encarada hasta cierto punto (Brazelton & Cramer, 1990). La mujer se adapta más rápidamente al embarazo, cuida al feto de forma temprana y puede anticipar los cambios que el niño producirá en su vida, aceptarlo e integrarlo en la familia (Lafuente, 2010). En el caso de las mujeres embarazadas mediante TRA, la gestación es siempre planeada y, dado el esfuerzo tanto a nivel físico como psicológico y económico que suponen este tipo de tratamientos, se parte de que también es deseada.

No existe mucha información a nivel empírico sobre la relación entre el deseo y la planificación del embarazo y el vínculo afectivo prenatal materno. Según Vedova et al. (2008), no hay relación entre el deseo gestacional y la relación afectiva de la madre con el feto. Mako y Deak (2014), por su parte, observaron que las mujeres que deseaban tener un hijo y que habían planificado el embarazo presentaban puntuaciones más elevadas en vínculo

afectivo prenatal materno. En otros estudios también se ha hallado que el vínculo afectivo de la gestante con el feto es mayor cuando el embarazo es planeado (Condon & Corkindale, 1997; Lerum & LoBiondo-Wood, 1989; Pajulo, Helenius, & Mayes, 2006; Shieh et al., 2001). Otros, por el contrario, reflejan que no existen diferencias en vínculo afectivo prenatal materno en base a la planificación de la gestación (Bielawska-Batorowicz & Siddiqui, 2008; Damato, 2000; Honjo et al., 2003; Kemp & Page, 1987; Vedova et al., 2008).

2.7.3.2. Edad gestacional

Otra variable relevante a la hora de estudiar el vínculo afectivo prenatal materno es la edad gestacional o el momento del embarazo en el que se encuentra la gestante, habitualmente medido en semanas. Respecto a la relación entre estas dos variables, el consenso entre los resultados de los estudios realizados es mayor. Son varias las investigaciones que señalan que existe una correlación significativa y positiva entre ambas variables: cuanto más avanzada está la gestación, el vínculo afectivo prenatal materno es mayor (Allison et al., 2011; Barone et al., 2014; Righetti et al., 2005; Rodrigues et al., 2004; Sjögren et al., 2004; Walsh et al., 2014). Esta relación también se ha observado tanto en el caso de mujeres hospitalizadas por complicaciones obstétricas (Brandon et al., 2008) como en el de los embarazos gemelares (Damato, 2000). Sólo se ha encontrado un estudio en el que no se confirma esta relación: Pollock y Percy (1999) no encontraron una relación estadísticamente significativa entre ambas variables en el caso de mujeres embarazadas derivadas de los Servicios Sociales.

Son varias las revisiones de la literatura en las que también se ha observado que a medida que el embarazo avanza el vínculo afectivo de la madre con el feto es más fuerte (Lafuente, 2010; Laxton-Kane & Slade, 2002; Müller, 1992). Yarcheski et al. (2009) hallaron un tamaño del efecto moderado-elevado de la variable edad gestacional respecto al vínculo afectivo prenatal materno. El fortalecimiento del vínculo afectivo prenatal materno a medida

que la gestación avanza sucede como resultado de la adaptación progresiva de la mujer al embarazo y del proceso de diferenciación e integración del feto. El hecho de reconocerlo como una persona separada y distinta del cuerpo de la madre, lo cual es más sencillo en un estado avanzado de gestación, favorece el proceso de vinculación afectiva. Los sentimientos de cariño hacia él se van acrecentando cuando la madre puede considerar al feto un ser diferente a ella, con personalidad propia (Lafuente, 2010).

2.7.3.3. Gestación simple o múltiple

Otro de los factores que puede influir en el vínculo afectivo prenatal materno es que la mujer esté gestando uno, gestación simple, o dos o más fetos, gestación múltiple. Los embarazos múltiples son más frecuentes desde que las mujeres o parejas se someten a TRA con el fin de lograr el embarazo (Fisher, Hammarberg, & Baker, 2005). Sin embargo, los riesgos de este tipo de gestaciones son mayores que los de las simples, siendo algunos de ellos los siguientes: parto prematuro, bebés nacidos con bajo peso, bebés con daños neuronales, tasa de mortalidad más elevada, etc. Esto hace que para la mujer el embarazo pueda ser más complicado tanto a nivel físico como psíquico (Amar, Pesellín, & Tirado, 2009).

El riesgo obstétrico, sumado al reto que supone el nacimiento de más de un bebé en relación a su cuidado y crianza, puede afectar al vínculo afectivo prenatal materno. Damato (2000) analizó el vínculo afectivo prenatal materno en el caso de las gestaciones gemelares y encontró que las mujeres estaban más fuertemente vinculadas a uno de los fetos al evaluar la relación afectiva con el PAI (con la MFAS no se observaron diferencias). La autora atribuyó estos resultados a la forma de aplicación de los cuestionarios ya que se pidió a las mujeres que respondiesen a los protocolos pensando primero en uno de sus hijos y, después, que volviesen a contestar pensando en el otro. La reflexión sobre el primero de los gemelos en gestación pudo alterar la actitud de la mujer hacia el segundo (feto con el que se observaron

puntuaciones más elevadas en vínculo afectivo prenatal materno). La segunda explicación de los hallazgos que expuso la autora es que el gemelo con el que el vínculo afectivo prenatal era más fuerte era el que más frecuentemente había sido identificado como aquel que se situaba en una posición que facilitaba su visión en las ecografías y la interacción con él mediante el tacto del vientre materno. El 30.4% de las participantes diferenciaron a sus hijos por su posición, el 13.1% por la etiqueta obstétrica, el 4.2% por el género, el 2.3% por su actividad y el 44% por una combinación de los criterios señalados. Las madres jóvenes, con un nivel inferior de ingresos, una historia de infertilidad y una autoestima elevada son quienes se vinculan a nivel afectivo más fuertemente con los gemelos (Damato, 2004).

2.7.3.4. Riesgo obstétrico

Otra variable a destacar por su posible influencia sobre la relación afectiva de la gestante con el feto es el riesgo obstétrico. La valoración del riesgo obstétrico se realiza en todas las visitas médicas con el fin de detectar precozmente la aparición de cualquier factor que obligue a reclasificar el grado de riesgo del embarazo. Algunos de los factores de riesgo más habituales son la edad, los abortos espontáneos previos, la hipertensión inducida por el embarazo, la anemia, la toxemia, la ruptura prematura de las membranas, etc. (Faneite, González, Rivera, Linares, & Faneite, 2000). En muchas ocasiones, las mujeres con embarazos complicados realizan apreciaciones del riesgo obstétrico que divergen del riesgo valorado por los profesionales que les atienden (Ford & Hodnett, 1990; White et al., 2008). Asimismo, la calificación del riesgo que realizan los médicos no es predictiva del vínculo afectivo prenatal materno (White et al., 2008). Cuando el embarazo es de riesgo, el proceso habitual de adaptación a la gestación y a la maternidad puede verse interrumpido por la incertidumbre de la mujer de llegar al parto y que nazca un bebé sano (Stainton, McNeil, & Harvey, 1992).

Son varios los estudios que han analizado el vínculo afectivo prenatal materno en base

al riesgo obstétrico. En la mayoría de los estudios no se ha encontrado una relación significativa entre ambas variables (Brandon et al., 2008; Curry, 1987; Kemp & Page, 1987; Lindgren, 2001; Mercer et al., 1988; Siddiqui et al., 1999). Teniendo en cuenta patologías concretas, Chazotte et al. (1995) tampoco hallaron una relación estadísticamente significativa entre el vínculo afectivo con el nonato y el hecho de padecer diabetes gestacional. En el caso de la hiperemesis gravídica, la relación afectiva sólo se ve afectada al inicio del embarazo, entre la semana siete y la 16; en momentos más avanzados de la gestación no se observan diferencias en lo que a la variable vínculo afectivo prenatal materno respecta entre mujeres con la mencionada patología y mujeres sanas (McCormack et al., 2011).

Müller (1992) sí encontró una relación entre dichas variables. Bielawska-Batorowicz y Siddiqui (2008), por su parte, encontraron resultados diferentes en base a la nacionalidad de las participantes de su estudio. En base a la revisión de Yarcheski et al. (2009), el riesgo obstétrico tiene un tamaño del efecto trivial en lo que al vínculo afectivo prenatal materno respecta.

2.7.3.5. Movimientos fetales

La percepción de la gestante de los movimientos fetales es otra de las variables de influencia sobre el vínculo afectivo prenatal materno. Las mujeres perciben por primera vez los movimientos del feto entre las semanas 16 y 20 de gestación. En condiciones normales, a las 20 semanas de gravidez ya han aparecido todos los movimientos fetales (del tronco, extremidades, respiratorios, etc.), alcanzando su máxima intensidad a partir de la semana 28 (Jiménez, Jiménez, García, & Rosas, 1999). Puede haber grandes variaciones de un feto a otro en lo que a sus movimientos respecta y la cantidad media diaria de movimientos aumenta desde unos 200 en la semana 20 a un máximo de 575 en la semana 32 (Brazelton & Cramer, 1990). En los últimos meses de gravidez, el útero se le va quedando cada vez más

pequeño al bebé y, debido a factores como la acentuación del ritmo circadiano fetal, sus movimientos se hacen más limitados y definidos.

Al principio de la gestación el niño es simplemente una idea. Al sentir los movimientos fetales, esa idea es apoyada por las percepciones sensoriales (Bydlowski, 2007). Los movimientos fetales convierten la abstracción impersonal en un niño específico, en un bebé real, vivo (Rubin, 1984). Para muchas madres los movimientos fetales son la manifestación concreta de que hay un ser humano desarrollándose en su cuerpo. Al percibir los movimientos y no poder controlarlos, la madre entiende que el feto no es una parte de ella, que el bebé y la mamá son individuos distintos (Cuadros, 2004). A partir del momento en el cual el bebé en gestación comienza a ser para la madre un ser separado de sí misma, es cuando se puede decir que empieza el vínculo más temprano. Hasta que no hay un ser separado no existe la posibilidad de una relación (Brazelton & Cramer, 1990). Además, en este proceso de diferenciación, al otorgar características al feto a partir de sus movimientos, se comienza a atribuir una personalidad, un temperamento al nonato (Brazelton & Cramer, 1990; Ferrari et al., 2007).

Hay mujeres que no se sienten del todo embarazadas hasta que perciben claramente los movimientos de su bebé (Torras & Tirado, 2010). La percepción de los movimientos fetales alivia a las mujeres ya que les asegura que el feto está vivo (Leifer, 1977). El movimiento fetal es uno de los signos de viabilidad fetal (Jiménez et al., 1999), por lo que un retraso grave del movimiento fetal puede ser una advertencia precoz de que el bebé está sufriendo alguna fuerte tensión (Verny & Weintraub, 1991).

El adulto responde de forma distinta a cada bebé. El que le atienda de una manera u otra no depende solamente del deseo del adulto, sino también de lo que el bebé le estimula (Beà, 1998). Para que la madre invista al bebé, éste debe investirla a ella con su mirada, con sus gritos, con sus demandas, etc. (Menéndez, 2001). Lo mismo sucede a nivel prenatal: es el

feto quien actualiza la relación con la gestante. El bebé en el útero comunica, sorprende, responde y hace a la mujer sentirse bien consigo misma (Rubin, 1984). La madre habla a su futuro bebé, le canta, le prepara para la separación al considerarle sujeto de diálogo. Le trata como si ya estuviera fuera aún estando dentro y así le inscribe en la representación (Aucouturier, 2004).

La relación entre la percepción de los movimientos fetales y el vínculo afectivo prenatal materno se ha observado de forma consistente a lo largo de diversos estudios (Lafuente, 2010; Müller, 1992, 1993). Heidrich y Cranley (1989) observaron un aumento significativo del vínculo afectivo prenatal materno entre las semanas 16-20 de embarazo. Además, encontraron que quienes manifiestaban sentir antes los movimientos fetales presentaban puntuaciones superiores en dicha variable. Esto último también fue hallado en un estudio realizado por Reading et al. (1984). Tanto la percepción de los movimientos fetales como la frecuencia y el grado de los mismos se relacionan con el vínculo afectivo prenatal materno tanto en gestaciones simples (Lerum & LoBiondo-Wood, 1989) como en gestaciones gemelares (Damato, 2000), además de en los embarazos de adolescentes (Bloom, 1995). Según Mako y Deak (2014), las mujeres que perciben los movimientos fetales presentan puntuaciones superiores en vínculo afectivo prenatal materno evaluado a través de la MAAS y en la intensidad del mismo, pero no en su calidad.

La percepción de los movimientos fetales supone un momento clave en el desarrollo del vínculo afectivo prenatal materno: cuando éstos comienzan a sentirse, la relación afectiva de la gestante con el feto se intensifica a mayor velocidad que hasta dicho momento (Condon, 1985). Asimismo, las mujeres con puntuaciones superiores en vínculo afectivo prenatal perciben que sus bebés se mueven más (Zeanah, Carr, & Wolk, 1990) y la respuesta de éstas a dichos movimientos es un indicador del vínculo afectivo prenatal materno (Leifer, 1977). La ausencia de respuesta a los movimientos fetales puede representar un rechazo al hijo

nonato (Klaus & Kennell, 1978) o un problema en el desarrollo del vínculo afectivo con el mismo (Fernández, 2005).

2.7.3.6. Visualización fetal

La realización de exámenes ultrasonográficos o ecografías es otro de los factores que puede influir sobre la relación afectiva de la gestante con el feto. Los exámenes rutinarios que las mujeres se deben realizar durante el embarazo incluyen varias ecografías (Samorinha, Figueiredo, & Matos Cruz, 2009). La ecografía es una técnica no invasiva e inocua que permite ver y observar al feto sin molestarle en su ambiente natural (Piontelli, 1992). Permite descubrir las competencias del feto, sus conductas, sus respuestas, sus ritmos, etc. Evidencia cómo el nonato ensaya de forma incipiente dentro del útero todas las funciones que después desarrollará en la vida extrauterina (Beà, 1998).

La ecografía permite a la madre ver a su hijo por primera vez (Laxton-Kane & Slade, 2002) y le confronta con el bebé real antes de que nazca (Lebovici, 1988). La imagen del nonato proporciona una evidencia irrefutable de que el bebé está en camino (Stern et al., 1999) y ayuda a que el feto sea visto como una persona (Samorinha et al., 2009). Sin embargo, en caso de aborto espontáneo o pérdida perinatal, la angustia y el sufrimiento de la mujer podrían ser mayores si ha habido una fuerte catectización después de largas y repetidas observaciones prenatales (Piontelli, 1992).

Son varios los estudios en los que se ha analizado la relación entre el vínculo afectivo prenatal materno y la visualización fetal. Hace ya varias décadas, Lerum y LoBiondo-Wood (1989) encontraron una relación entre ambas variables. El vínculo afectivo con el nonato aumenta significativamente tras la realización de ecografías (Kohn, Nelson, & Weiner, 1980; Samorinha et al., 2009). La ecografía actúa como promotora de la relación de la gestante con el feto ya que permite que ésta obtenga una confirmación visual del embarazo y le ayuda a establecer contacto con el bebé que va a nacer. Tras la visualización fetal, las mujeres se

sienten menos asustadas respecto al feto y los sentimientos neutros hacia el mismo disminuyen (Samorinha et al., 2009). Teniendo en cuenta los diferentes tipos de ecografías (ecografías en dos, tres y cuatro dimensiones), no se observan diferencias en el vínculo afectivo prenatal materno establecido (Lapaire et al., 2007; Righetti et al., 2005; Rustico et al., 2005). El hecho de visualizar al feto puede ser especialmente importante para aquellas mujeres con un vínculo pobre con sus hijos o para quienes niegan la significación y la realidad de su embarazo (Kohn et al., 1980).

Otros autores, por el contrario, señalan que la visualización fetal a través de exámenes ultrasonográficos no tiene efecto alguno en el vínculo afectivo prenatal materno (Baillie, Hewison, & Mason, 1999; Heidrich & Cranley, 1989; Kemp & Page, 1987).

2.7.3.7. Diagnóstico prenatal

Otro posible factor de influencia sobre el vínculo afectivo prenatal materno es que la gestante se realice alguna prueba de cribado y/o diagnóstico prenatal con el fin de conocer si su hijo nonato se está desarrollando de forma adecuada. En la actualidad, las pruebas de cribado prenatal se ofrecen rutinariamente en muchos países. Estas pruebas proporcionan una estimación de la probabilidad de que el feto sufra alguna anomalía. Si el test muestra un riesgo elevado, la mujer puede elegir realizarse una prueba de diagnóstico prenatal para obtener unos resultados más precisos (Kleinveld et al., 2007). Existen diferentes pruebas de cribado y diagnóstico prenatal, algunas invasivas y otras no invasivas. Una de las más empleadas es la amniocentesis, la cual se realiza entre la semana 15 y la 18 de embarazo. La finalidad de la amniocentesis es conocer si existen alteraciones cromosómicas en el feto. Es una prueba invasiva y, a pesar de que el riesgo es mínimo, puede provocar un aborto (Torras & Tirado, 2010).

La noticia de que existe alguna complicación en el desarrollo normal del feto es recibida de modo diferente dependiendo de la semana gestacional y/o del grado de

investimiento del feto. No es lo mismo que un bebé en el útero tenga una representación psíquica, sexuada y portadora de un nombre, entre otras cuestiones, que el que sea concebido como un huésped extraño. Un bebé imaginado durante la gravidez, progresivamente construido y re-pensado, se re-transforma en un bebé en peligro y peligroso: en peligro porque es un ser frágil; peligroso porque es un bebé que confronta al narcisismo parental. Así, el hecho de gestar un feto con alguna malformación u otra anomalía es angustiante y desestructurante. El nonato es, en muchas ocasiones, desinvestido rápidamente y la madre y el padre piden, a veces, interrumpir el embarazo con el fin de recuperar su equilibrio psíquico. La culpabilidad es muy frecuente cuando esto sucede, tanto por interrumpir el embarazo como por el mero hecho de tener pensamientos negativos sobre el feto a pesar de no llegar al aborto (Sousa, 2003).

Son varios los estudios que han analizado la relación entre el vínculo afectivo prenatal materno y la realización de una prueba de cribado o diagnóstico prenatal. Para Caccia et al. (1991) cuando la prueba diagnóstica no revela ninguna anomalía el vínculo afectivo prenatal materno aumenta. Según Heidrich y Cranley (1989), antes de la realización de una amniocentesis las mujeres que van a realizarse dicha prueba presentan puntuaciones inferiores en vínculo afectivo prenatal materno que aquellas que no van a someterse a ella, pero un mes después de la prueba las diferencias ya no se evidencian. Otros autores afirman que no hay diferencias en vínculo afectivo prenatal materno entre mujeres que se realizan este tipo de pruebas y aquellas que no (Phipps, Zinn, Opitz, & Reynolds, 1986). Para Kleinveld et al. (2007) tampoco hay diferencias cuando el resultado de la prueba no refleja ninguna anomalía.

2.7.4. Variables psicológicas

2.7.4.1. Sintomatología psicológica

2.7.4.1.1. Ansiedad

El embarazo es un periodo de grandes cambios a todos los niveles y puede que la mujer se sienta ansiosa en menor o mayor grado (Correia & Linhares, 2007). La ansiedad de la mujer embarazada puede ser fruto de múltiples aspectos: seguridad respecto a que el embarazo evolucione favorablemente, miedo a que el futuro bebé tenga alguna anomalía o algún padecimiento de salud, inquietud en relación al parto, preocupaciones respecto a su capacidad para ser madre y criar a su hijo, etc. (Rozas, Soto, Vera, & Vera, 2001), entre otras cuestiones no relacionadas con la gestación.

La sintomatología ansiosa ha sido analizada en relación al vínculo afectivo prenatal materno por varios investigadores. La disparidad de resultados es importante: algunos estudios indican que existe una relación negativa y significativa entre ambas variables (Gaffney, 1986; Mako & Deak, 2014; Rodrigues et al., 2004); otros afirman que no existe relación entre ambas (Mercer et al., 1988; Van den Bergh et al., 2006); un tercer grupo de investigaciones destacan una relación estadísticamente significativa y negativa entre la sintomatología ansiosa y la dimensión Calidad del apego de la MAAS, pero no la puntuación total en vínculo afectivo prenatal materno (Hart & McMahon, 2006; Van Bussel et al., 2010b; White et al., 2008).

Otros estudios han hallado resultados distintos. Condon y Corkindale (1997) analizaron la sintomatología ansiosa a través de dos instrumentos de evaluación y encontraron una relación estadísticamente significativa entre el vínculo afectivo con el nonato y la ansiedad evaluada con uno de los dos instrumentos. En los embarazos logrados a través de TRA, Oudi et al. (2011) hallaron una relación positiva y baja entre el vínculo afectivo prenatal materno y la sintomatología ansiosa. Según Gaffney (1986), la ansiedad asociada a

la gestación como estado emocional temporal podría ser complementaria al proceso de vinculación afectiva prenatal movilizando la energía psíquica para formar el nuevo vínculo. Yarcheski et al. (2009), por su parte, indicaron que el tamaño del efecto de esta variable respecto al vínculo afectivo prenatal materno es bajo.

2.7.4.1.2. Depresión

Otro factor de influencia sobre el vínculo afectivo prenatal materno es la sintomatología depresiva. La depresión puede debilitar la habilidad de la madre para experimentar placer en la proximidad con el feto, así como otras experiencias afectivas positivas que ayudan a contrarrestar el estrés de la gestación. La mujer embarazada deprimida puede sentir al feto como una fuente de irritación o culpa y sentirse invadida por la presencia del mismo (Raphael-Leff, 1985). Las personas deprimidas frecuentemente manifiestan un desapego hacia aquellos por quienes normalmente sienten afecto, lo cual también se observa en la relación con el feto (Condon & Corkindale, 1997).

Son varios los estudios que han analizado la relación entre el vínculo afectivo prenatal materno y la depresión. Como en el caso de la sintomatología ansiosa, los resultados de los estudios realizados son inconsistentes. En algunas investigaciones el vínculo afectivo prenatal materno y la sintomatología depresiva se han asociado de forma negativa y significativa (Goecke et al., 2012; Gomez & Leal, 2007; Lindgren, 2001; Mako & Deak, 2014; McFarland et al., 2011; Ossa et al., 2012; Priel & Besser, 1999; Shieh et al., 2001). En otros estudios, por el contrario, la relación entre ambas variables no se ha visto confirmada (Diniz et al., 2014; Grace, 1989; Hart & McMahon, 2006; Honjo et al., 2003; Kwon & Bang, 2011; Seimyr et al., 2009; Van den Bergh et al., 2006). Oudi et al. (2011) tampoco observaron una relación entre las dos variables en los embarazos a través de TRA.

En otros estudios los resultados varían dependiendo de los instrumentos de evaluación empleados. Condon y Corkindale (1997) evaluaron la sintomatología depresiva a través de

cuatro instrumentos diferentes y hallaron que el vínculo afectivo prenatal materno se relacionaba de forma significativa y negativa con dicha sintomatología al medirla con tres de los cuatro instrumentos aplicados. Kunkel y Doan (2003) evaluaron el vínculo afectivo prenatal materno mediante la MFAS y la MAAS y encontraron que la sintomatología depresiva se relacionaba con dicho constructo de forma significativa y negativa sólo en el caso de la subescala Calidad del apego de la MAAS y de la puntuación global de este último instrumento. Van Bussel et al. (2010b) también observaron que las puntuaciones en la subescala Calidad del apego de la MAAS correlacionaban con la sintomatología depresiva a lo largo de los tres trimestres gestacionales. Yarcheski et al. (2009) señalaron que el tamaño del efecto de esta variable respecto al vínculo afectivo prenatal materno es bajo.

2.7.4.1.3. Estrés

Otro factor que puede afectar al vínculo afectivo prenatal materno es el estrés durante la gestación. Ciertas etapas de la vida son generadoras de estrés y, en el caso de las mujeres, la gestación y el puerperio son dos de ellas. Son estresores en sí mismos ya que implican muchos cambios (Kunkel & Doan, 2003).

Hace varias décadas, Klaus y Kennell (1978) afirmaron que toda situación de estrés puede retardar la preparación para recibir al bebé y la formación del vínculo afectivo con el mismo. Son varios los estudios que han analizado la relación entre el vínculo afectivo prenatal materno y el estrés y los resultados son, nuevamente, inconsistentes. Varias de las investigaciones realizadas han encontrado una relación estadísticamente significativa y negativa entre el nivel de estrés y el vínculo afectivo con el nonato (Cranley, 1981; Hsu & Chen, 2001; Maas et al., 2013; Ossa et al., 2012). En otros estudios esta asociación no se ha confirmado ni en relación al nivel de estrés (Grace, 1989) ni teniendo en cuenta eventos vitales negativos o estresores (Curry, 1987; Kaminer, 1992; Mercer et al., 1988).

2.7.4.1.4. Somatización

La sintomatología somática puede surgir a partir del embarazo y, a su vez, relacionarse con el establecimiento del vínculo afectivo prenatal materno. La relación entre algunos de los síntomas de este tipo (desmayos, náuseas, vómitos, sueño…) y el estado de embarazo no está bien establecida. Michelena (2002) afirmó que algunos de los síntomas característicos del embarazo, especialmente del primer trimestre gestacional, pueden ser fruto de la conflictualidad psíquica, de los sentimientos confusos y, a veces, encontrados de la gestante, conscientes o inconscientes. Hace varias décadas, Deutsch (1944) también escribió en esta línea relacionando la intensificación del síntoma oral del embarazo con emociones inconscientes y, algunas veces, manifiestas de hostilidad hacia el embarazo o hacia el feto.

La relación entre los síntomas somáticos y el vínculo afectivo prenatal materno se ha estudiado de forma limitada. Condon (1985) señaló que la ambivalencia afectiva inicial provocada por el embarazo estaba asociada con los síntomas físicos reportados por la mujer. Dicha ambivalencia en la gestación temprana, a su vez, se asociaba con un menor vínculo afectivo prenatal materno al inicio del embarazo. Varios años más tarde, Müller (1993) no observó una relación estadísticamente significativa entre la sintomatología somática y el vínculo afectivo con el nonato al evaluar éste con el PAI y la MFAS.

2.7.4.2. Afectividad

Como se ha señalado en el capítulo dedicado al embarazo, tanto la intensidad emocional como la ambivalencia afectiva son características de la transición a la maternidad. Para la mayoría de las mujeres las emociones son fuertes y cambiantes, positivas y negativas (Klaus & Kennell, 1978). La ambivalencia afectiva suele ser más intensa al inicio de la gestación. Habitualmente, las emociones positivas aumentan a medida que el embarazo progresa (Tyrlík, Jelínková, & Kukla, 2004). Sin embargo, los cambios muy significativos en el estado de ánimo, entre otras cuestiones, pueden sugerir un rechazo al embarazo o a la

maternidad (Klaus & Kennell, 1978).

Si bien es cierto que la afectividad se ha estudiado durante el embarazo, los trabajos en los que los afectos de la gestante se han relacionado con el vínculo afectivo prenatal materno son muy escasos. Como sugieren Condon y Corkindale (1997), el establecimiento de un vínculo afectivo prenatal materno de calidad implica experimentar afectos positivos como ternura, placer, cercanía emocional… Estos autores hallaron que el vínculo afectivo con el nonato presentaba correlaciones estadísticamente significativas con los estados de ánimo, en particular con el enfado y la fortaleza. Sjögren et al. (2004), por su parte, observaron una correlación positiva y significativa entre el vínculo afectivo prenatal materno y la culpa.

2.7.4.3. Personalidad

La personalidad de la madre es otra de las variables que se ha estudiado, aunque de forma muy limitada, en relación al vínculo afectivo prenatal materno. Sjögren et al. (2004) encontraron una relación positiva entre la puntuación total en vínculo afectivo prenatal materno y la deseabilidad social. Según Pollock y Percy (1999), las mujeres con un estilo de vínculo afectivo prenatal materno Negativamente preocupado puntúan alto en las dimensiones de personalidad límite, histriónica y paranoide; y las mujeres con un estilo de vínculo afectivo clasificado como Negativamente desinteresado presentan rasgos de personalidad narcisista, antisocial, agresiva-sádica y pasivo-agresiva. Varios estudios señalan que la personalidad permanece estable entre el periodo prenatal y el postnatal (Chapple & Furneaux, 1964; Sjögren, Widström, Edman, & Uvnäs- Moberg, 2000).

2.7.5. Variables relacionales

2.7.5.1. Relación con las figuras parentales

Otra variable relevante en lo que al vínculo afectivo prenatal materno respecta es la relación de la mujer gestante con sus figuras parentales, en especial con su propia madre o

persona que realiza la función materna. Los estudios realizados en esta línea pueden dividirse en tres grupos dependiendo de las variables que relacionan con el vínculo afectivo prenatal materno: un primer grupo de trabajos han estudiado el patrón de apego de la gestante; otras investigaciones, las relaciones tempranas de ésta con sus figuras parentales; y un tercer grupo de estudios, la relación actual de la gestante con su madre.

Los estudios sobre apego adoptan generalmente la tipología del estilo de apego en la infancia propuesta por Ainsworth, Blehar, Waters, y Wall (1978): seguro, evitativo y ansioso-ambivalente. También incluyen un cuarto estilo de apego denominado desorganizado (Main, Kaplan, & Cassidy, 1985). La estabilidad de los patrones de apego ha sido demostrada mediante estudios longitudinales, los cuales concluyen que existe una correspondencia del 72-77% entre las clasificaciones de apego en la infancia y las clasificaciones de apego en la vida adulta (Hamilton, 2000; Waters, Merrick, Treboux, Crowell, & Albersheim, 2000).

En varios estudios se ha analizado el patrón de apego de la gestante en relación con el vínculo afectivo prenatal materno. Según algunos investigadores (Alhusen, Hayat, & Gross, 2013; Priel & Besser, 2000; Van Bussel et al., 2010b), cuando la gestante presenta un patrón de apego seguro también muestra una mayor vinculación afectiva prenatal. Mikulincer y Florian (1999) realizaron dos estudios, uno de ellos longitudinal, a partir de los cuales concluyeron que: en el primer trimestre de embarazo las mujeres clasificadas como seguras puntuaron más alto en vínculo afectivo con el feto que las evitativas o ansiosas-ambivalentes; en el segundo trimestre no se encontraron diferencias entre los tres grupos; en el tercer trimestre, las mujeres seguras y ansiosas-ambivalentes puntuaron más alto en vínculo afectivo con el nonato que las evitativas. Además, las mujeres seguras mostraron un nivel constante y relativamente alto de vínculo afectivo prenatal a lo largo de todo el embarazo y las ansiosas-ambivalentes mostraron un aumento gradual trimestre a trimestre. Las mujeres

evitativas mostraron una tendencia curvilínea: un aumento del vínculo afectivo del primer al segundo trimestre y un descenso durante el tercer trimestre.

Zachariah (1994), por el contrario, no encontró relación entre el vínculo afectivo prenatal materno y los patrones de apego de las gestantes. Según la autora, la vinculación narcisista de la gestante con el feto es diferente del apego entre dos individuos con sus identidades diferenciadas y con un espacio compartido en la vida, pero sin que exista una simbiosis. El apego adulto es interdependiente, el vínculo afectivo prenatal materno no. Además, medir el apego con otros adultos durante el embarazo puede no ser representativo del patrón de apego normal ya que durante el embarazo muchas mujeres aumentan su cercanía con otros (Laxton-Kane & Slade, 2002).

Otros estudios han analizado la relación entre el vínculo afectivo prenatal materno y las relaciones tempranas de las mujeres embarazadas con sus figuras parentales. Según Siddiqui et al. (2000), las mujeres que presentan puntuaciones superiores en vínculo afectivo prenatal materno son aquellas que experimentaron durante su infancia una mayor calidez emocional por parte de sus madres y quienes experimentaron rechazo paterno. Van Bussel et al. (2010b) hallaron una relación positiva entre el vínculo afectivo prenatal materno y tanto el cuidado materno como paterno durante los tres trimestres de gestación. En el primer trimestre de embarazo el vínculo afectivo prenatal materno se asoció negativamente a la sobreprotección paterna. En otros estudios, por el contrario, no se han encontrado relaciones similares. Mercer et al. (1988) afirmaron que las relaciones tempranas con la propia madre no se relacionaban con el vínculo afectivo prenatal materno. Condon y Corkindale (1997) tampoco hallaron una relación entre las puntuaciones en la MAAS y el cuidado materno, pero sí con el cuidado paterno.

Teniendo en cuenta la relación actual de la gestante con su madre, varios estudios sí han encontrado una asociación positiva entre el vínculo afectivo con el nonato y dicha variable (Curry, 1987; Schmidt & Argimon, 2009; Wayland & Tate, 1993).

2.7.5.2. Relación de pareja

Otra variable a tener en cuenta a la hora de estudiar el vínculo afectivo de la madre con el nonato es la relación de pareja. Todos los peligros de la maternidad, los reales y los fantaseados, son menores si la mujer siente por parte de su pareja tanto ternura paternal como protección segura (Deutsch, 1944). Protegida así por su marido, la madre no tiene la necesidad de dirigir su atención hacia fuera en un momento en el que desea tanto volcarse hacia adentro, hacia su hijo nonato (Winnicott, 1970). Si la relación con el futuro padre es sólida y si éste asume su responsabilidad, la madre tendrá una mejor oportunidad de reconocer que el hijo es un ser separado de sí misma con un potencial de crecimiento independiente (Brazelton & Cramer, 1990).

Varias investigaciones han analizado la relación entre el vínculo afectivo prenatal materno y la relación de pareja. La mayor parte de los estudios afirman que existe una relación entre ambas variables, pero no todos los investigadores han evaluado las mismas dimensiones de la relación de pareja. Varios investigadores han hallado una relación positiva entre la satisfacción marital y el vínculo afectivo prenatal materno (Brandon et al., 2008; Condon & Corkindale, 1997; Hjelmstedt et al., 2006; Kwon & Bang, 2011). Condon y Corkindale (1997) también encontraron una correlación positiva entre la cohesión conyugal y el vínculo afectivo con el nonato. Otros han encontrado una asociación positiva entre esta última variable y el ajuste marital (Barone et al., 2014; Gomez & Leal, 2007; Mako & Deak, 2014). Colpin et al. (1998), por su parte, señalaron que la calidad percibida en la relación de pareja correlacionaba positivamente con la calidad del vínculo afectivo prenatal materno, pero no con la intensidad del mismo. Asimismo, hallaron que los niveles altos de cuidado

correlacionaban positivamente con el vínculo afectivo con el nonato y los niveles altos de control correlacionaban negativamente con dicha variable. Posteriormente, Siddiqui et al. (1999) encontraron que las mujeres que percibían positivamente su relación de pareja presentaban puntuaciones más elevadas en el PAI. Mercer et al. (1988) encontraron una relación estadísticamente significativa entre el vínculo afectivo prenatal materno y la relación de pareja en el caso de mujeres con embarazos que cursaban de forma adecuada, pero no en el caso de mujeres con embarazos de alto riesgo obstétrico.

Otros investigadores, por el contrario, no han encontrado una relación estadísticamente significativa entre el vínculo afectivo prenatal materno y la satisfacción marital (Müller, 1993; Rodrigues et al., 2004).

2.7.5.3. Apoyo social

Otra variable que ha sido estudiada en relación al vínculo afectivo con el nonato es el apoyo social de la mujer gestante. Mientras la mujer se debate entre el tumulto de emociones ambivalentes propias del embarazo, está particularmente dispuesta a recibir apoyo de otras personas (Brazelton & Cramer, 1990). Durante el periodo de gravidez las conductas de apego de la mujer se activan a niveles más altos y su deseo de ser cuidada y protegida por las personas que le rodean aumenta (Lafuente, 2010). Tres son las fuentes de apoyo social más importantes para la mujer gestante: su propia madre a través de la identificación con la misma, su pareja para compartir y validar sus experiencias, y otras mujeres más experimentadas para aumentar su seguridad (Condon & Corkindale, 1997). Otros autores también destacan que es la pareja, seguida de la madre de la gestante, la persona que más mujeres embarazadas identifican como aquella de quien más apoyo reciben (Davis & Akridge, 1987).

En referencia al vínculo afectivo prenatal materno, son varios los estudios que han evaluado su relación con el apoyo social. Varios investigadores han encontrado una relación positiva entre ambas variables (Diniz et al., 2014; Ossa et al., 2012; Yu & Kim, 2014),

aunque no todos han coincidido en la forma de evaluar el apoyo social o en la dimensión de dicho constructo medida. Se han encontrado asociaciones estadísticamente significativas entre el vínculo afectivo prenatal materno y la cantidad de apoyo social disponible para la gestante (Cranley, 1981), el apoyo social recibido en embarazos que cursan adecuadamente (Mercer et al., 1988), el número de fuentes de apoyo social (Honjo et al., 2003), y el número de personas que brindan apoyo, la satisfacción con el apoyo y el apoyo de familiares de primer grado (Condon & Corkindale, 1997). Según Cranley (1984), el apoyo social de la familia y de los pares es un predictor significativo del vínculo afectivo con el nonato. En el meta-análisis realizado por Yarcheski et al. (2009) se concluye que el tamaño del efecto del apoyo social respecto al vínculo afectivo prenatal materno es moderado.

En otros estudios la relación entre el apoyo social y el vínculo afectivo prenatal materno no se ha confirmado (Damato, 2004; Koniak-Griffin, 1988; Koniak-Griffin et al., 1993). En el caso de mujeres con embarazos de alto riesgo obstétrico, Mercer et al. (1988) no hallaron correlaciones significativas entre el vínculo afectivo prenatal materno y ni el apoyo social (recibido y percibido) ni el tamaño de la red de apoyo. Estos últimos autores tampoco encontraron correlaciones estadísticamente significativas entre el vínculo afectivo prenatal materno de mujeres con embarazos que cursaban adecuadamente y ni el apoyo social percibido ni el tamaño de la red de apoyo.

Son varios los investigadores que han destacado la inconsistencia de los resultados hallados al analizar la relación entre ambos constructos (Laxton-Kane & Slade, 2002; Müller, 1992). Las variaciones en las medidas de apoyo social dificultan extraer una conclusión clara y en algunos estudios incluso se confunde el apoyo social con otros constructos (Collins, Dunkel-Schetter, Lobel, & Scrimshaw, 1993).

2.7.6. Otras variables

En base a la literatura revisada, también existen otras variables que pueden influir en

el vínculo afectivo prenatal materno. Algunas de éstas son las siguientes: la autoestima (Cox et al., 2006; Erickson, 1996); el autoconcepto (Gaffney, 1986); la autoeficacia (Mercer et al., 1988); el estilo de afrontamiento (White et al., 2008); el funcionamiento familiar (Mercer et al., 1988); y el interés de la familia por el bebé (Grace, 1989), entre otros factores.

2.8. Resumen del capítulo

El presente capítulo se centra de forma específica en el constructo vínculo afectivo prenatal materno. Tras justificar el empleo del citado término, en vez de otros que se reflejan en la literatura internacional, se ha definido el constructo. El vínculo afectivo prenatal materno puede entenderse como la relación emocional que la mujer gestante establece con su hijo nonato. Esta relación prenatal se desarrolla progresivamente durante toda la gestación y parece ser un predictor de la relación madre-hijo a nivel postnatal.

Son varios los autores que han propuesto modelos teóricos para estudiar este constructo. Además, se han construido varios instrumentos para evaluarlo y son numerosos los estudios que los han empleado con el fin de ahondar tanto en el vínculo afectivo prenatal materno como en las variables que pueden asociarse, tanto de forma positiva como negativa, con el mismo.

Las variables que se han revisado en relación al vínculo afectivo prenatal materno a lo largo del capítulo pueden categorizarse en cinco grandes grupos: variables sociodemográficas (edad, nivel educativo, nivel de ingresos…), variables relacionadas con la historia reproductiva de la gestante (empleo de TRA, historia de aborto espontáneo o pérdida perinatal y paridad), variables relacionadas con el embarazo (deseo y planificación del embarazo, edad gestacional, embarazo único o gemelar, riesgo obstétrico, percepción de los movimientos fetales, visualización fetal a través de ecografías y realización de pruebas de cribado y/o diagnóstico prenatal), variables psicológicas (sintomatología psicológica,

afectividad y personalidad) y variables relacionales (relación con las figuras parentales, relación de pareja y apoyo social).

La relación entre el vínculo afectivo prenatal materno y algunas de las variables señaladas, como la edad gestacional y la percepción de los movimientos fetales, parece confirmarse en los estudios realizados. Sin embargo, en el caso de la mayor parte de las variables expuestas a lo largo del capítulo, los resultados de los estudios son contradictorios y no permiten extraer conclusiones clarificadoras. Además, las limitaciones metodológicas dificultan dicha tarea.

2.9. Vínculo afectivo prenatal materno: propuesta de investigación

Como se deduce a partir de lo expuesto en el presente capítulo, el vínculo afectivo prenatal materno es un constructo sobre el cual se han realizado y se siguen llevando a cabo numerosos estudios a nivel internacional. Sin embargo, muchas de estas investigaciones aportan resultados poco clarificadores, incluso, en ocasiones, contradictorios. La inconsistencia de los resultados refleja la variedad de matices y factores implicados en la dirección y significación de las diversas asociaciones entre variables. Los estudios transversales tampoco han permitido establecer relaciones causa-efecto ni conocer el valor predictivo de las diferentes variables sobre el desarrollo del vínculo de la gestante con el nonato. Además, las investigaciones que se han centrado de forma específica en mujeres embarazadas a través de TRA, grupo sobre el cual se centra la atención en la presente tesis doctoral, son muy escasas. Son numerosos los expertos que destacan la necesidad de seguir profundizando en la materia.

Una de las principales líneas de investigación sobre la que trabajar en este campo es la construcción de un instrumento de evaluación del vínculo afectivo prenatal materno. Son varios los investigadores que han estudiado los instrumentos existentes en la actualidad y,

como se ha presentado previamente, destacan las limitaciones de los mismos, tanto a nivel conceptual como en lo que a su funcionamiento psicométrico respecta. Resulta prioritario seguir profundizando en esta área con la certeza de que los instrumentos empleados evalúan el vínculo afectivo prenatal materno y no otros constructos similares o relacionados. No porque éstos no sean relevantes, sino porque son diferentes.

Tras la construcción y el estudio del citado instrumento, sería interesante trabajar sobre la segunda de las líneas de investigación que están abiertas en la actualidad: el estudio del vínculo afectivo prenatal materno a lo largo de la gestación. Esta segunda línea es muy amplia y es posible que vaya adquiriendo cada vez más fuerza en los años venideros. Su potencialidad reside, entre otras cuestiones, en su relevancia clínica, en su valor preventivo respecto a posibles problemas psicológicos o relacionales futuros tanto en la madre como en el bebé. Trabajar el vínculo afectivo desde un momento tan temprano y conflictualizado como es el embarazo puede constituir un factor de protección respecto a problemáticas posteriores.

Por tanto, a partir de las conclusiones obtenidas al revisar la literatura, son dos los principales objetivos de esta tesis doctoral. Primeramente, tras la clarificación y conceptualización del constructo vínculo afectivo prenatal materno, la construcción de un nuevo instrumento de medida de dicho constructo con un adecuado funcionamiento psicométrico. Posteriormente, el estudio exploratorio del vínculo afectivo prenatal materno a lo largo de la gestación y de las variables que pueden actuar como predictoras del mismo en mujeres embarazadas a través de TRA.

3. Estudio I: Construcción de la Escala de Evaluación del Vínculo Afectivo Prenatal Materno

3.1. Justificación

El primer estudio de este trabajo tiene como objetivo principal la construcción de un instrumento de evaluación del vínculo afectivo prenatal materno con unas propiedades psicométricas adecuadas. Como se ha señalado previamente, en la actualidad no existe ningún instrumento adaptado a población española y las limitaciones de los tres instrumentos de referencia desde las últimas décadas, la MFAS (Escala de Apego Materno Fetal, Cranley, 1981), la MAAS (Escala de Apego Prenatal Materna, Condon, 1993) y el PAI (Inventario de Apego Prenatal, Müller, 1993), han sido señaladas en varios estudios internacionales (Bielawska-Batorowicz & Siddiqui, 2008; Müller & Ferketich, 1992; Siddiqui & Hagloff, 2000; Van den Bergh & Simons, 2009).

Los resultados opuestos e inconcluyentes de muchos estudios sobre el vínculo afectivo de la mujer con su bebé en gestación han sido atribuidos a la inadecuación de los instrumentos de medida (Kunkel & Doan, 2003; Müller, 1993). Además, investigaciones en las que se han empleado dos de los tres instrumentos citados para evaluar el vínculo afectivo con el nonato reflejan que ciertas variables correlacionan con dicho constructo dependiendo del instrumento empleado para su evaluación (Damato, 2000; Kunkel & Doan, 2003). Algunos autores señalan que es importante afinar la definición del constructo vínculo afectivo prenatal materno y seguir trabajando sobre la base teórica, sobre las dimensiones teóricas en las cuales se basan los instrumentos de medida de dicho constructo (Kunkel &

Doan, 2003; Mercer et al., 1988). Por tanto, la necesidad de un instrumento con un adecuado funcionamiento psicométrico en población española se torna obvia. Resulta fundamental clarificar el constructo, determinar su dimensionalidad y desarrollar una escala para medirlo.

3.2. Propuesta metodológica para la construcción de una escala de medición

Tras revisar la literatura existente sobre construcción de instrumentos de medida, se ha diseñado una propuesta metodológica, la cual se presenta resumida en la Tabla 3.1, en base a los planteamientos metodológicos de autores como Cronbach y Meehl (1955), Loevinger (1957), Bakeman y Gottman (1989), Clark y Watson (1995), Kaplan y Saccuzzo (2006), Garzón (2007), Dubé (2008), Zapata y Canet (2008) y Torres y Perera (2009). Esta propuesta metodológica se ha seguido fielmente al construir el nuevo instrumento de medida.

Tabla 3.1.

Propuesta metodológica para la construcción de una escala de medida

Fases	Procedimiento
1. Construcción del instrumento de medida	
1.1. Especificación del constructo y de sus dimensiones	- Análisis preliminar de las posibles dimensiones constituyentes del constructo. - Análisis de jueces expertos: acuerdo interjueces en la dimensionalidad del constructo.
1.2. Construcción del instrumento de medida	- Elaboración de la primera versión del instrumento. - Análisis de la primera versión del instrumento por jueces expertos: validez aparente, validez de contenido, lenguaje, instrucciones, formato de respuesta y equivalencia entre los ítems.
2. Análisis empírico del instrumento de medida	
2.1. Primer estudio empírico	- Análisis psicométrico: distribución de ítems, validez de constructo, fiabilidad y validez convergente. - Contraste de los resultados del estudio empírico con la valoración de los ítems realizada por los jueces expertos.
2.2. Revisión del instrumento de medida	- Elaboración de nuevos ítems. - Análisis de los nuevos ítems por jueces expertos: validez aparente, validez de contenido, lenguaje y equivalencia entre los ítems.
2.3. Segundo estudio empírico	- Análisis psicométrico: distribución de ítems, validez de constructo y fiabilidad. - Contraste de los resultados del segundo estudio empírico con la valoración de los ítems realizada por los jueces expertos.

Como se observa en la Tabla 3.1, el desarrollo de la nueva escala se divide en dos grandes fases: la construcción del instrumento y el análisis empírico del mismo. En la primera de las fases son dos las tareas principales que deben llevarse a cabo: la especificación del constructo y de sus dimensiones, por un lado, y la construcción de la primera versión de la escala, por otro. Con el objetivo de determinar tanto el constructo como las dimensiones del mismo, es fundamental realizar una amplia revisión bibliográfica, un análisis preliminar de las posibles dimensiones constituyentes del constructo y un análisis de expertos con el fin de hallar un acuerdo entre los mismos en lo que a su dimensionalidad respecta. A la hora de construir la primera versión del nuevo instrumento, los pasos a seguir, en líneas generales, son los dos siguientes: construcción de la escala (ítems, formato de respuesta e instrucciones) y análisis de la misma por parte de expertos para determinar cuestiones como validez aparente y de contenido, equivalencia entre los ítems y adecuación del lenguaje empleado en la redacción de reactivos, de las instrucciones y del formato de respuesta.

Una vez construido el instrumento, debe realizarse el análisis empírico del mismo. En la presente tesis doctoral se realiza una propuesta en la que se plantean dos estudios de las propiedades psicométricas de la escala: un primer estudio para observar el funcionamiento de la versión inicial y un estudio posterior tras ajustar la escala con el fin de analizar la adecuación de la versión revisada.

En el primer estudio empírico son varias las cuestiones a examinar: la distribución de los ítems, la validez de constructo, la validez convergente y la fiabilidad. La versión derivada de este estudio debe ser contrastada con la valoración de los ítems realizada por los jueces expertos para conocer así si los ítems valorados negativamente por éstos se mantienen o no tras el análisis psicométrico de la escala. Una vez realizado el contraste, el instrumento debe ser revisado con el fin de crear ítems nuevos o modificar los existentes si plantean problemas. Estos ítems también deben ser sometidos al juicio de expertos, quienes deben valorar su

validez aparente, validez de contenido, el lenguaje empleado en su redacción y la posible equivalencia conceptual entre los reactivos.

Tras la revisión, el instrumento de medida debe ser sometido a un nuevo estudio empírico con el fin de analizar la distribución de sus ítems, su validez de constructo y su fiabilidad. La versión obtenida a partir de este estudio debe ser nuevamente contrastada con la valoración de los expertos sobre los ítems, con el fin de conocer si aquellos con una valoración negativa se han mantenido o no tras el estudio empírico. Si tanto a nivel psicométrico como en base al juicio de los expertos el funcionamiento del instrumento es adecuado, puede concluirse la construcción del mismo con el establecimiento de la versión final. Se espera que tras este proceso los datos recogidos representen con la mayor precisión posible el constructo vínculo afectivo prenatal materno.

A continuación se presentan las fases de construcción de la *Escala de Evaluación del Vínculo Afectivo Prenatal Materno* (VAPM), nombre otorgado al instrumento, siguiendo lo expuesto en la Tabla 3.1.

3.3. Fase I: Desarrollo del instrumento de medida

3.3.1. Especificación del constructo y de sus dimensiones

3.3.1.1. Análisis preliminar de las posibles dimensiones constituyentes del constructo

Son tres los modelos teóricos sobre el vínculo afectivo prenatal materno de referencia en la actualidad. El primero de ellos, postulado por Cranley (1981), diferencia cinco dimensiones como componentes del constructo mencionado; el segundo modelo, el Modelo Jerárquico de Apego Materno-Fetal de Condon (1993), refleja otras cinco dimensiones; y Lafuente (2008), autora del tercero de los modelos, expone un modelo de seis factores

centrado no sólo en el vínculo afectivo prenatal materno sino también en la adaptación de la mujer al embarazo. Las dimensiones de cada uno de los modelos se presentan en la Tabla 3.2.

Tal y como se refleja en la literatura, no todas las dimensiones identificadas por los tres autores pueden considerarse dimensiones constituyentes del constructo vínculo afectivo prenatal materno por no hacer referencia exclusiva al lazo afectivo de la madre con el feto. Algunas se relacionan más con la adaptación de la mujer al embarazo y a la maternidad, cuestión íntimamente ligada al vínculo afectivo con el nonato, pero no constituyente del mismo. Esta asociación de conceptos es especialmente evidente en la propuesta de Lafuente, quien aúna explícitamente en el mismo modelo ambos constructos. Sin embargo, en el modelo de Cranley, centrado únicamente en el vínculo afectivo prenatal materno, también se incluye la adaptación a maternidad.

Por tanto, con el fin de clarificar la dimensionalidad de constructo, se han planteado tres tareas: 1) detección de la convergencia entre las dimensiones de los tres modelos señalados y definición de dichas dimensiones; 2) retención de aquellas dimensiones constituyentes del constructo y con referencia directa a la etapa prenatal; y, por último, 3) denominación clara e integradora de las dimensiones retenidas.

En algunos casos, los tres autores denominan de forma diferente dimensiones que hacen referencia a lo mismo, por lo que es importante detectar qué dimensiones contemplan los tres modelos. En la Tabla 3.2 se presentan los tres modelos teóricos con sus respectivas dimensiones, alineándose aquellas que convergen. También se muestran las definiciones de dichas dimensiones, las cuales se han construido a partir de los postulados de Cranley (1981), Condon (1985, 1993) y Lafuente (2008).

Cabe destacar que la dimensión Experiencias infantiles y cuidado prenatal del modelo de Lafuente se ha dividido en dos: por una parte, Experiencias infantiles y, por otra, Cuidado prenatal. Esto se ha realizado por la gran diferencia conceptual existente entre las

experiencias infantiles de la gestante y el cuidado que ésta proporciona al feto y a sí misma a nivel prenatal. Se considera que a nivel de contenido ambas cuestiones no pueden estar englobadas en una misma dimensión. También es importante destacar que una de las dimensiones presentadas en la Tabla 3.2 se ha definido de dos formas distintas con el fin de no obviar ninguno de los aspectos que destacan los tres autores. Esta dimensión es la que se presenta en tercer lugar en la tabla: Cranley la denomina Atribución de características al feto, Condon Disposición a saber y Lafuente Aproximación afectiva al feto y al bebé a través del pensamiento. Cranley enfoca esta dimensión en el fantaseo o representación mental que la madre tiene del feto; Condon y Lafuente, por su parte, engloban en las dimensiones indicadas dos aspectos: el fantaseo y la búsqueda de información sobre el feto que realiza la embarazada. Identifican la búsqueda de información como la manifestación conductual del fantaseo y agrupan ambos aspectos en un solo factor.

Como se observa en la citada tabla, los tres modelos identifican como componentes del constructo vínculo afectivo prenatal materno tres dimensiones: la interacción de la madre con el nonato (segunda dimensión), el fantaseo sobre el feto (tercera dimensión) y la protección del feto (cuarta dimensión). Cranley y Lafuente también coinciden en otros dos factores: la diferenciación del feto como un individuo distinto de sí misma por parte de la gestante y la adaptación de la gestante al embarazo y la maternidad. Además, Condon hace referencia a otras dos dimensiones que ni Cranley ni Lafuente señalan: la Disposición a evitar la separación o la pérdida y la Disposición a identificar y gratificar las necesidades del feto. Por último, Lafuente propone otros dos factores que ninguno de los otros dos autores indica: Experiencias infantiles y Aproximación afectiva a través del bienestar emocional. Resumiendo, teniendo en cuenta las convergencias entre las dimensiones de los distintos modelos se observan nueve dimensiones diferenciadas.

Una vez identificadas las posibles dimensiones constituyentes del vínculo afectivo prenatal materno, se ha procedido a su análisis con el fin de retener sólo aquellas que podrían componer dicho constructo. Los criterios de retención de dimensiones han sido dos: 1) retener sólo aquellas dimensiones con referencia directa a la relación afectiva de la gestante con el feto (eliminando dimensiones de constructos similares o relacionados) y 2) con referencia directa a la etapa prenatal (eliminando dimensiones que aluden a momentos previos a la concepción o posteriores al parto). La retención de las dimensiones se ha hecho a partir de las definiciones de las mismas, por lo que la tercera dimensión (definida de dos formas distintas para tener en cuenta los diferentes matices) se ha evaluado en base a sus dos definiciones. Se han evaluado, por tanto, diez definiciones de nueve dimensiones. Los resultados de este análisis se presentan en la Tabla 3.2.

Como se refleja en dicha tabla, tres de las diez definiciones planteadas no cumplen uno o los dos criterios para la retención de dimensiones. Estas definiciones corresponden a las siguientes dimensiones: la quinta (denominada por Cranley Asunción de roles maternales y por Lafuente Aceptación del embarazo y adaptación a la maternidad), la octava (denominada Experiencias infantiles por Lafuente), y la novena (Aproximación afectiva a través del bienestar emocional según Lafuente). También es importante destacar que las dos definiciones de la tercera dimensión se han retenido, por lo que se han considerado como dimensiones independientes a lo largo del resto de los análisis realizados para clarificar la dimensionalidad del constructo.

Resumiendo, se han retenido todas las dimensiones propuestas por Condon. En el caso del modelo de Cranley, se ha eliminado una única dimensión, Asunción de roles maternales, la cual hace referencia a la adaptación de la gestante a la maternidad, no tanto a la relación afectiva prenatal. En lo que al modelo de Lafuente respecta, sólo se han seleccionado tres de sus seis factores. Además, del factor Experiencias infantiles y cuidado prenatal, se ha

Tabla 3.2.

Análisis de la dimensionalidad del constructo vínculo afectivo prenatal materno

Nº	Dimensiones teóricas: convergencias encontradas			Definición	Criterios de selección		Dimensiones retenidas: nueva denominación
	Cranley, 1981	Condon, 1993	Lafuente, 2008		Relación madre-feto	Etapa prenatal	
1	Diferenciación de la gestante del feto		Aproximación afectiva a través de la diferenciación del feto	Disposición de la embarazada a considerar al feto como un individuo separado y distinto del cuerpo materno, de la propia mujer, es decir, a lograr la individualización del feto de sí misma.	✓	✓	Reconocimiento del feto como un individuo distinto de la gestante
2	Interacción con el feto	Disposición a estar con	Aproximación afectiva a través de la interacción con el feto	Disposición de la embarazada a interactuar, relacionarse con el feto por medio del tacto, la palabra, etc., en definitiva, a través de cualquier conducta tanto verbal como no verbal.	✓	✓	Interacción con el feto
3.1.	Atribución de características al feto	Disposición a saber	Aproximación afectiva al feto y al bebé a través del pensamiento	Disposición de la madre a crearse una imagen mental sobre el feto, una representación, un bebé imaginario con diferentes características tanto físicas como psíquicas.	✓	✓	Fantaseo sobre el feto
3.2.				Disposición de la gestante a buscar información sobre el feto a partir de diversas fuentes (ginecólogos, matronas…). Esta disposición se deriva de la curiosidad, del deseo de la madre por conocer al objeto amado y sus características.	✓	✓	Búsqueda de información sobre el feto
4	Darle al feto de sí misma	Disposición a proteger	Cuidado prenatal	Disposición de la gestante a cuidar al feto y a no exponerle a ninguna influencia que pueda dañarle o ponerle en peligro.	✓	✓	Protección del feto
5	Asunción de roles maternales		Aceptación del embarazo y adaptación a la maternidad	Disposición de la mujer a aceptar el nuevo estado de embarazo y a asumir el papel maternal, a realizar la transición desde el rol de recibir cuidados al estatus de proporcionarlos.	✗	✓	
6		Disposición a identificar y gratificar las necesidades		Disposición de la madre a percibir y satisfacer las necesidades del feto de forma altruista, a anteponer las necesidades del objeto amado a las suyas propias.	✓	✓	Identificación y satisfacción de necesidades del feto
7		Disposición a evitar la separación o la pérdida		Presencia de sentimientos en la mujer gestante de temor a que el embarazo no evolucione correctamente o a que se produzca un aborto espontáneo o pérdida perinatal u otra complicación.	✓	✓	Miedo a la pérdida del feto
8			Experiencias infantiles	Conjunto de vivencias infantiles de la gestante con sus figuras de apego.	✗	✗	
9			Aproximación afectiva a través del bienestar emocional	Estado psicológico de la gestante, valorado a través de la autoimagen, la autoestima y la relación de pareja.	✗	✓	

mantenido lo referido al cuidado prenatal, a la protección del feto. Lafuente se refiere con Experiencias infantiles a las vivencias tempranas de la mujer gestante, cuestión que no cumple ninguno de los dos criterios de selección señalados. Estos criterios tampoco se han cumplido en el caso de las dimensiones Aceptación del embarazo y adaptación a la maternidad y Aproximación afectiva a través del bienestar emocional. La primera de éstas engloba, como su propio nombre indica, cuestiones relacionadas con la aceptación del embarazo y la adaptación a la nueva identidad de madre; la segunda se refiere al estado emocional de la gestante. Éste, tal y como sucede en el caso del resto de las dimensiones excluidas, también se relaciona con el vínculo afectivo prenatal materno, pero no es parte del mismo.

Con el fin de integrar bajo una misma denominación las dimensiones que convergen entre los distintos modelos y diferenciar los matices planteados por los autores en el caso de la tercera dimensión, las dimensiones retenidas se han denominado de la siguiente manera: 1) Reconocimiento del feto como un individuo distinto de la gestante; 2) Interacción con el feto; 3) Fantaseo sobre el feto; 4) Búsqueda de información sobre el feto; 5) Protección del feto; 6) Identificación y satisfacción de necesidades del feto; y 7) Miedo a la pérdida del feto. Éstas se han designado teniendo en cuenta los nombres originales otorgados por los autores que hacen referencia a ellas y buscando términos que reflejaran con la mayor claridad posible lo que implica cada dimensión. En la Tabla 3.2 se presenta un resumen de todo el proceso de clarificación de la dimensionalidad del constructo realizado.

3.3.1.2. Análisis de jueces expertos: acuerdo interjueces en la dimensionalidad del constructo

Tras determinar en base a la literatura las posibles dimensiones constituyentes del constructo vínculo afectivo prenatal materno, se ha procedido a realizar un análisis en base al

juicio de expertos con el fin de contrastar las dimensiones retenidas con la valoración de los mismos.

3.3.1.2.1. Participantes

Los participantes en esta segunda fase de clarificación de las dimensiones del constructo han sido diez psicólogos expertos en la relación prenatal, a nivel clínico y/o investigador. Siete de los participantes son de nacionalidad española, dos son portugueses y uno es mejicano.

Los criterios de inclusión en esta fase del estudio han sido: 1) ser experto en el vínculo afectivo prenatal materno; 2) contar con artículos o libros publicados sobre la relación afectiva prenatal; 3) ser hispanoparlante; y 4) tener una dirección de correo electrónico de contacto publicada en alguno de sus trabajos.

3.3.1.2.2. Instrumentos

Con el fin de analizar la dimensionalidad del constructo se ha elaborado un documento compuesto por:

1. Explicación teórica del constructo y sus dimensiones, incluyendo las definiciones de cada una de ellas.
2. Cinco preguntas construidas ad hoc para el presente estudio con el fin de evaluar la dimensionalidad del constructo. A través de la primera pregunta se ha solicitado a los participantes valorar el grado en el que consideraban que las siete dimensiones citadas constituían el constructo vínculo afectivo prenatal materno. Por medio de la segunda pregunta se ha pedido que indicaran si eliminarían alguna de las dimensiones. En la tercera, se ha preguntado si alguna dimensión importante no estaba en la lista y se ha pedido indicar cuál. La cuarta pregunta buscaba similitudes o posibles agrupaciones entre dimensiones. La última pregunta pedía

reflexionar sobre si dichas dimensiones podían constituir un modelo teórico completo sobre el vínculo afectivo prenatal materno.

Dicho documento se presenta en el Anexo A.

3.3.1.2.3. Procedimiento

Se contactó vía correo electrónico con un total de diez profesionales expertos en la materia con el fin de solicitar su colaboración en el estudio. De éstos, cuatro no respondieron y seis aceptaron colaborar en el estudio. Estas seis personas, además, invitaron a colaborar a otros seis expertos. De éstos dos no respondieron y cuatro han participado.

En el primer contacto se presentó el estudio en líneas muy generales y se solicitó la colaboración de los expertos, explicando en qué consistía ésta. Una vez confirmada la voluntad de participación, se les envió el documento con las preguntas a responder detallado en el apartado anterior. Con el envío de este documento se explicitaron cuestiones como la libertad para participar, la confidencialidad de las respuestas y el uso exclusivo de las mismas para este estudio. También se indicó a los expertos que podían preguntar todo aquello que consideraran oportuno y se les pidió que enviaran por correo electrónico de vuelta el documento una vez contestado.

3.3.1.2.4. Estrategia de análisis

Las respuestas han sido analizadas cuantitativamente. En el caso de la primera pregunta, a la cual los participantes tenían que responder en base a una escala del 0 al 10, se ha hallado tanto la media (M) como la desviación estándar (DE) de las puntuaciones obtenidas, además de la puntuación mínima y la máxima. Las respuestas a las siguientes cuatro preguntas han sido analizadas en base al porcentaje de acuerdo entre los expertos. Tradicionalmente, el método más empleado para medir la concordancia entre jueces ha sido el estadístico de acuerdo porcentual, el cual refleja el grado de acuerdo en función del total de codificaciones realizadas (Kaplan & Saccuzzo, 2006; Torres & Perera, 2009). En el presente

estudio el criterio para la toma de decisiones respecto a las dimensiones ha sido el siguiente: un porcentaje de acuerdo interjueces igual o superior al 60%, es decir, acuerdo en la respuesta de seis o más de los diez jueces. Las explicaciones y justificaciones que los participantes han dado a sus respuestas también se han tenido en cuenta para complementar y comprender los resultados.

3.3.1.2.5. Resultados

Las cinco preguntas planteadas y las respuestas otorgadas por los expertos se plasman en la Tabla 3.3. En dicha tabla no se han reflejado las respuestas de los expertos que no planteaban ningún cambio con respecto al modelo de siete dimensiones propuesto. Sólo se han mostrado las respuestas que plantean modificaciones.

Como se observa en las respuestas de los jueces a la primera pregunta, el grado en el que éstos han considerado que las dimensiones planteadas son constituyentes del constructo vínculo afectivo prenatal materno es alto. La puntuación media obtenida ha sido de 8.6 sobre 10, con una desviación estándar de 1.49. Las puntuaciones han oscilado entre el 5 y el 10.

En relación a la segunda cuestión presentada, sólo tres de los diez jueces han indicado que prescindirían de alguna de las siete dimensiones y todos ellos han coincidido al señalar cuál eliminarían: Miedo a la pérdida del feto. Han justificado su respuesta indicando que el miedo a la pérdida, a diferencia del resto de las dimensiones, obstaculiza el proceso de vinculación afectiva con el nonato.

El acuerdo interjueces hallado en las respuestas a la tercera de las cuestiones ha sido el siguiente: cuatro de los diez profesionales han indicado que no añadirían ninguna dimensión a las siete planteadas; seis (60%) han apuntado que sí y han hecho sus aportaciones. Entre los seis jueces han propuesto 17 dimensiones nuevas. Debido al elevado

Tabla 3.3.

Acuerdo interjueces en la dimensionalidad del constructo vínculo afectivo prenatal materno

Preguntas	Respuestas
1. Puntúe en una escala del 0 al 10 el grado en el que considera que las dimensiones Reconocimiento del feto como un individuo distinto de la gestante, Interacción con el feto, Fantaseo sobre el feto, Búsqueda de información sobre el feto, Protección del feto, Identificación y satisfacción de necesidades del feto y Miedo a la pérdida del feto son constituyentes del constructo vínculo afectivo prenatal materno.	M= 8.6 DE= 1.49 Puntuación mínima – puntuación máxima: 5 – 10
2. ¿Eliminaría alguna de las siete dimensiones indicadas? Justifique su respuesta.	• 3/10 jueces han eliminado la dimensión Miedo a la pérdida del feto. - Justificación: 1) El miedo a la pérdida del feto obstaculiza el proceso de vinculación afectiva prenatal.
3. ¿Piensa que falta alguna dimensión importante para el constructo vínculo afectivo prenatal materno? Si considera que alguna dimensión no se ha tenido en cuenta, indique cuál o cuáles son y justifique su respuesta.	• 6/10 jueces han planteado nuevas posibles dimensiones del constructo vínculo afectivo prenatal materno. - Dimensiones propuestas: 1) Vivencias relacionadas con el cuerpo; 2) Entorno familiar, social y cultural en el que se desarrolla el embarazo; 3) Deseo de la gestante de compartir la experiencia de vinculación afectiva prenatal con el padre del bebé; 4) Emociones derivadas del vínculo afectivo prenatal materno; 5) Internalización del tipo de relación entre los géneros y de la pareja parental; 6) Presencia o ausencia de la pareja y calidad de la representación de la misma dentro del *self*; 7) Deseo de maternidad; 8) Deseo de embarazo; 9) Deseo de tener un hijo; 10) Pérdidas perinatales; 11) Respuesta a los movimientos fetales; 12) Sintomatología psicológica; 13) Interjuego de identificaciones de la gestante, con su madre o con el feto; 14) Resolución o no de la crisis que desencadena el embarazo; 15) Deseo de conocer al bebé; 16) Percepción de la maternidad en base a la relación de la gestante con su propia madre; 17) Sentimiento de pertenencia.
4. ¿Piensa que algunas de las siete dimensiones señaladas se refieren a lo mismo? ¿Podrían agruparse?	• 5/10 jueces: Protección del feto-Identificación y satisfacción de necesidades del feto. • 1/10 jueces: la dimensión Reconocimiento del feto como un individuo distinto de la gestante engloba a todas las demás.
5. ¿Cree que estas dimensiones podrían constituir un modelo teórico completo sobre el vínculo afectivo prenatal materno? Por favor, haga una breve justificación de su respuesta.	• 3/10 jueces han indicado que el modelo teórico planteado no es completo. - Justificación: 1) Se requiere una revisión más exhaustiva de la literatura; 2) Se requiere consultar a un mayor número de expertos; 3) El término *completo* es demasiado ambicioso.

porcentaje de acuerdo en relación a la adición de nuevas dimensiones a las siete planteadas, estas 17 nuevas dimensiones serán analizadas en el próximo apartado.

En relación a la cuarta pregunta, cuatro de los diez expertos han indicado que ninguna de las siete dimensiones originales podía agruparse con otra u otras; los seis restantes han indicado que sí. Cinco de éstos (50%) han apuntado que las dimensiones Protección del feto e Identificación y satisfacción de necesidades del feto deberían englobarse en la misma categoría. Otro profesional (10%) ha indicado que la dimensión Reconocimiento del feto como un individuo distinto de la gestante incluye al resto de las dimensiones planteadas.

La quinta y última pregunta planteada ha sido si consideraban que las siete dimensiones planteadas podrían constituir un modelo teórico completo sobre el vínculo afectivo prenatal materno. A esta cuestión siete expertos han contestado que sí y tres que no. Quienes han señalado que no justifican su respuesta argumentando que el término *completo* es demasiado ambicioso y que es importante preguntar a más expertos y seguir revisando la literatura. Quienes han respondido que sí, consideran, en líneas generales, que el modelo es muy abarcador. En este caso, en lo que a la completitud del modelo respecta, el acuerdo interjueces ha sido del 70%.

3.3.1.2.5.1. Análisis de las nuevas dimensiones propuestas por los expertos

Como se ha indicado previamente, seis de los diez expertos han coincidido en señalar que sería interesante añadir nuevas dimensiones a las siete postuladas a partir de la revisión de la literatura. Entre todos ellos han señalado 17 nuevas dimensiones.

Con el fin de valorar si las nuevas dimensiones debían o no incluirse a las siete reflejadas en la literatura se realizó un análisis de las mismas en base a los siguientes criterios: 1) mención de las dimensiones como parte del constructo vínculo afectivo prenatal materno en la literatura; 2) posibilidad de evaluar la dimensión propuesta en todas las gestantes; 3) posibilidad de evaluar la dimensión propuesta durante toda la gestación. Las

dimensiones indicadas por los expertos, junto con el cumplimiento o no de los tres criterios establecidos, se presentan en la Tabla 3.4.

Tabla 3.4.

Dimensiones del constructo vínculo afectivo prenatal materno propuestas por los expertos: criterios de selección

Dimensiones propuestas	Criterios de selección		
	Mención en la literatura	Evaluable en todas las mujeres	Evaluable en toda la gestación
1. Vivencias relacionadas con el cuerpo	✗	✓	✓
2. Entorno familiar, social y cultural en el que se desarrolla el embarazo	✗	✓	✓
3. Deseo de la gestante de compartir la experiencia de vinculación afectiva prenatal con el padre del bebé	✗	✗	✓
4. Emociones derivadas del vínculo afectivo prenatal materno	✗	✓	✓
5. Internalización del tipo de relación entre los géneros y de la pareja parental	✗	✓	✓
6. Presencia o ausencia de la pareja y calidad de la representación de la misma dentro del *self*	✗	✓	✓
7. Deseo de maternidad	✗	✓	✓
8. Deseo de embarazo	✗	✓	✓
9. Deseo de tener un hijo	✗	✓	✓
10. Pérdidas perinatales	✗	✓	✓
11. Respuesta a los movimientos fetales	✓	✓	✗
12. Sintomatología psicológica	✗	✓	✓
13. Interjuego de identificaciones de la gestante, con su madre o con el feto	✗	✓	✓
14. Resolución o no de la crisis que desencadena el embarazo	✗	✓	✓
15. Deseo de conocer al bebé	✗	✓	✓
16. Percepción de la maternidad en base a la relación de la gestante con su propia madre	✗	✓	✓
17. Sentimiento de pertenencia	✗	✓	✓

Como se observa en la Tabla 3.4, ninguna de las dimensiones propuestas por los expertos cumple los tres criterios, por lo que ninguna ha sido retenida. El primero de los criterios indicados, la mención en la literatura, sólo lo satisface una de las posibles dimensiones señaladas: Respuesta a los movimientos fetales. Son muchos los textos que tratan sobre los movimientos del feto, la interpretación que hacen las gestantes de los mismos, la respuesta a ellos, las emociones que les generan, etc. Cuando una mujer está vinculada afectivamente a su bebé en gestación, los movimientos de éste provocan una respuesta en ella, habitualmente una conducta de interacción. Que la madre no responda a los

movimientos de su hijo constituye un factor de riesgo en el establecimiento del vínculo afectivo prenatal materno. Por otro lado, los movimientos fetales también pueden alimentar el fantaseo y ayudar a la mujer a que atribuya al feto determinadas características en base a ellos (Condon, 1985; Ferrari et al., 2007; Leifer, 1977; Raphael-Leff, 1986; Salgado, 2011). La respuesta de la gestante a los movimientos de su bebé podría incluirse, por tanto, en las dimensiones Interacción con el feto o Fantaseo sobre el feto. Los instrumentos de evaluación de Cranley y Lafuente cuentan con varios ítems que se refieren a los movimientos fetales. Sin embargo, estos ítems generan problemas cuando se evalúa a mujeres que todavía no han alcanzado las semanas 16-18 de embarazo. Antes de este momento los movimientos fetales son imperceptibles, por lo que la mujer no puede responder a ellos y esto no significa que no esté vinculada afectivamente a su bebé. Por tanto, a pesar de que esta dimensión cumple el criterio de mención en la literatura, no cumple el tercer criterio (posibilidad de evaluación a lo largo de toda la gestación). Además, la inclusión de ítems con referencia directa a los movimientos fetales ha sido una de las críticas que se ha hecho a los instrumentos (Sjögren et al., 2004).

El resto de las dimensiones propuestas no han cumplido el criterio de mención en la literatura. Como se observa a partir de la revisión de modelos, ninguna de ellas se nombra o se desarrolla en otros trabajos. Son cuestiones importantes y relacionadas con el constructo, pero no lo constituyen.

Con respecto al segundo criterio, constituir cuestiones evaluables en cualquier mujer, una de las dimensiones propuestas tampoco lo cumple: Deseo de la gestante de compartir la experiencia de vinculación afectiva prenatal con el padre del bebé. Ésta dimensión sería imposible de evaluar en aquellas mujeres embarazadas sin pareja. El hecho de no desear compartir la experiencia vincular con el padre del bebé no podría ser, en las madres solteras, un indicador de una escasa vinculación afectiva prenatal. El resto de las dimensiones

planteadas sí cumplen este segundo criterio. El tercero de los criterios lo cumplen todas las dimensiones nuevas exceptuando la dimensión Respuesta a los movimientos fetales, como se ha indicado en líneas anteriores.

A pesar de que ninguna de las dimensiones propuestas por los expertos se ha retenido al no cumplir los criterios de selección indicados, cabe señalar que todas ellas son aspectos quizás no constituyentes pero sí estrechamente relacionados con el constructo vínculo afectivo prenatal materno. Varias de las variables señaladas han sido analizadas en el segundo estudio de la presente tesis doctoral.

3.3.1.2.6. Conclusiones

En base al juicio de los expertos, la consistencia en lo que a la dimensionalidad del constructo se refiere es relativa. Si bien es cierto que el grado en el que éstos han considerado que las dimensiones planteadas son constituyentes del constructo vínculo afectivo prenatal materno es muy alto, el porcentaje de acuerdo hallado en las respuestas a otras preguntas planteadas no permite ni eliminar ni añadir nuevas dimensiones. Tampoco realizar agrupaciones por similitud. El porcentaje de acuerdo sí ha superado el establecido como criterio en relación a la última pregunta, la cual explora si las siete dimensiones planteadas podrían constituir un modelo teórico completo sobre el vínculo afectivo prenatal materno. Por tanto, el modelo propuesto sí parece ser completo. Después de este trabajo de clarificación conceptual, es posible comenzar con la construcción del instrumento de evaluación del vínculo afectivo prenatal materno.

3.3.2. Construcción del instrumento de medida

3.3.2.1. Elaboración de la primera versión del instrumento

Con el fin de construir la primera versión de la VAPM, se han elaborado ocho reactivos por dimensión, es decir, un total de 56 ítems. Este elevado número de ítems

posibilita que todas las dimensiones del constructo estén cubiertas por un número adecuado de reactivos que funcionen bien psicométricamente en la versión final de la VAPM, la cual pretende ser breve (cuatro ítems por subescala).

El contenido de los ítems se ha desarrollado a partir de las definiciones de las siete dimensiones presentadas previamente, pretendiendo cubrir todos los aspectos potencialmente relevantes. Los reactivos reflejan posibles manifestaciones tanto a nivel emocional como cognitivo y conductual de las dimensiones. Se ha evitado generar ítems que no puedan ser aplicados durante toda la gestación o en todas las mujeres. Un criterio fundamental seguido ha sido que la nueva escala pudiera ser aplicada a cualquier mujer desde el inicio hasta el final de la gestación, con el fin de poder detectar cambios entre tiempos. También se ha evitado la redacción de ítems ambiguos o triviales, demasiado largos y constituidos por oraciones complejas o con dobles negaciones. El lenguaje utilizado ha sido sencillo y adaptado a una población general de mujeres embarazadas españolas.

El formato de respuesta seleccionado ha sido una escala tipo Likert de cinco puntos desde *fuertemente en desacuerdo* a *fuertemente de acuerdo*. Este formato de respuesta es sencillo y favorece que los evaluados respondan al cuestionario de forma rápida. También facilita la corrección e interpretación de los resultados, siendo muy útil tanto a nivel clínico como en investigación.

Los 56 ítems construidos se han distribuido de forma aleatoria y se han plasmado en un documento (Anexo B). En dicho documento también se han presentado las instrucciones para contestar a la escala.

3.3.2.2. Análisis de la primera versión del instrumento por jueces expertos

Tras la construcción de la primera versión de la VAPM, ésta se ha sometido al juicio de varios expertos con el fin de valorar tanto su validez aparente como su validez de

contenido, además del lenguaje, las instrucciones, el formato de respuesta y la posible equivalencia entre ítems a nivel de contenido.

3.3.2.2.1. Participantes

Las participantes en este estudio han sido tres psicólogas de nacionalidad española e investigadoras en la Universidad de Deusto (Vizcaya, España). Dos de estas mujeres estaban embarazadas en el momento de realizar el análisis del instrumento; la tercera realizó su tesis doctoral sobre el apego y adaptó varios instrumentos de evaluación en dicho trabajo. Las tres forman parte de equipos de investigación diferentes en la citada universidad.

Los criterios de inclusión en esta fase del estudio han sido: 1) ser psicólogo e investigador; y 2) ser hispanoparlante.

3.3.2.2.2. Instrumentos

Con el fin de que las expertas pudieran valorar la primera versión de la VAPM se ha elaborado un documento compuesto por:

1. Explicación teórica del constructo y sus dimensiones, incluyendo las definiciones de cada una de ellas (Anexo C).
2. Escala de Evaluación del Vínculo Afectivo Prenatal Materno (VAPM). Como se ha señalado previamente, esta versión inicial de la escala consta de 56 ítems, los cuales se dividen en siete subescalas: Reconocimiento del feto como un individuo distinto de la gestante, Interacción con el feto, Fantaseo sobre el feto, Búsqueda de información sobre el feto, Protección del feto, Identificación y satisfacción de necesidades del feto, y Miedo a la pérdida del feto. Cada subescala contiene, por tanto, ocho ítems. La VAPM se responde en base a una escala tipo Likert de cinco puntos desde *fuertemente en desacuerdo* hasta *fuertemente de acuerdo* (Anexo B).
3. Seis preguntas construidas ad hoc para el presente estudio con el fin de evaluar los siguientes aspectos: validez aparente, validez de contenido, lenguaje,

instrucciones, formato de respuesta y equivalencia entre ítems. Con el fin de valorar la validez aparente se ha preguntado sobre el grado en el que cada ítem evalúa de forma concreta el constructo vínculo afectivo prenatal materno. Para responder a esta pregunta se han ofrecido tres opciones de respuesta: 1) corresponde con el constructo; 2) dudo si corresponde o no; y 3) no corresponde con el constructo. Para valorar la validez de contenido se ha pedido clasificar cada uno de los ítems en base a las siete dimensiones planteadas. También se ha solicitado valorar el lenguaje de cada ítem, para lo cual se han ofrecido tres opciones de respuesta: 1) sencillo, claro, comprensible; 2) genera cierta confusión; 3) complejo, farragoso, difícil de comprender. Se ha formulado una cuarta pregunta abierta para valorar las instrucciones del instrumento y otra para valorar el formato de respuesta. A través de la sexta pregunta se ha pedido a los expertos valorar la equivalencia o similitud entre los ítems (Anexo D).

3.3.2.2.3. Procedimiento

Con el fin de solicitar la colaboración en el estudio, se contactó con las psicólogas e investigadoras de la Universidad de Deusto señaladas previamente. Estas tres personas fueron escogidas por su trayectoria profesional: una de ellas como experta en apego y las tres como expertas en metodología de la investigación. Además, dos de ellas estaban embarazadas de su primer hijo en el momento de participar, lo cual se consideró interesante dada la temática del instrumento. Al criterio profesional de estas mujeres se podía sumar su criterio experiencial: éstas podían valorar desde su propia vivencia en ese momento si los ítems evaluaban vínculo afectivo con el nonato.

En el primer contacto se presentó el estudio en líneas muy generales y se solicitó la colaboración de las expertas, explicando en qué consistía ésta. Una vez confirmada la voluntad de participación, se les envió el documento con el instrumento y con las preguntas a

responder detallado en el apartado anterior. Con el envío de este documento se explicitaron cuestiones como la libertad para participar, la confidencialidad de las respuestas y el uso exclusivo de las mismas para este estudio. También se indicó que podían preguntar todo aquello que considerararn oportuno y se les pidió que enviaran por correo electrónico el documento una vez contestado.

3.3.2.2.4. Estrategia de análisis

Las respuestas de las tres expertas a las preguntas para evaluar la validez aparente, la validez de contenido, el lenguaje, las instrucciones, el formato de respuesta y la equivalencia entre los ítems han sido analizadas a través del estadístico de acuerdo porcentual (Kaplan & Saccuzzo, 2006; Torres & Perera, 2009). En el presente estudio el criterio para la toma de decisiones ha sido el siguiente: un porcentaje de acuerdo interjueces del 100%, es decir, un acuerdo total entre las tres expertas.

3.3.2.2.5. Resultados

Con el fin de analizar la validez aparente se ha estudiado la correspondencia de los ítems con el constructo vínculo afectivo prenatal materno. El acuerdo interjueces en lo que a la correspondencia de los ítems con el constructo vínculo afectivo prenatal materno respecta ha sido del 100% en 38 de los 56 ítems. Los únicos ítems que más de una experta, dos de las tres juezas, ha valorado como problemáticos en lo que a la validez aparente respecta son el 7, el 33 y el 40. Sin embargo, en estos tres no ha habido acuerdo entre las dos juezas porque han sido clasificados en categorías distintas.

Para evaluar la validez de contenido se ha pedido a las expertas clasificar los ítems en base a las siete dimensiones que componen la VAPM. En 54 de los 56 ítems el acuerdo interjueces y su correspondencia con la dimensión teórica ha sido del 100%. Los dos ítems en los que el acuerdo interjueces no ha sido total son el número 20 y el 32. Dos de las tres juezas han clasificado el reactivo número 20 en la misma dimensión, pero esta dimensión no es la

Tabla 3.5.

Validez aparente, validez de contenido y lenguaje de la VAPM: acuerdo interjueces

	Validez aparente				Validez de contenido					Lenguaje					Validez aparente					Validez de contenido					Lenguaje			
Ítem	Juez 1	Juez 2	Juez 3	% acuerdo	Dim.	Juez 1	Juez 2	Juez 3	% acuerdo	Juez 1	Juez 2	Juez 3	% acuerdo	Ítem	Juez 1	Juez 2	Juez 3	% acuerdo	Dim.	Juez 1	Juez 2	Juez 3	% acuerdo	Juez 1	Juez 2	Juez 3	% acuerdo
1	1	1	1	100%	4	4	4	4	100%	1	1	1	100%	29	1	1	1	100%	4	4	4	4	100%	1	1	1	100%
2	1	1	1	100%	3	3	3	3	100%	1	1	1	100%	30	1	1	1	100%	7	7	7	7	100%	2	1	2	66.6%
3	1	1	3	66.6%	6	6	6	6	100%	1	1	2	66.6%	31	1	1	1	100%	2	2	2	2	100%	1	1	1	100%
4	1	1	1	100%	1	1	1	1	100%	2	1	2	66.6%	32	1	1	1	100%	5	4	5	5	66.6%	2	1	1	66.6%
5	1	1	1	100%	6	6	6	6	100%	1	1	1	100%	33	1	2	3	0%	3	3	3	3	100%	1	1	1	100%
6	1	1	1	100%	1	1	1	1	100%	1	1	1	100%	34	1	1	1	100%	2	2	2	2	100%	1	1	2	66.6%
7	1	2	3	0%	7	7	7	7	100%	1	2	1	66.6%	35	1	1	1	100%	4	4	4	4	100%	1	1	1	100%
8	1	1	1	100%	4	4	4	4	100%	1	1	2	66.6%	36	1	1	2	66.6%	2	2	2	2	100%	1	1	2	66.6%
9	1	1	1	100%	5	5	5	5	100%	1	1	1	100%	37	1	1	1	100%	1	1	1	1	100%	2	1	1	66.6%
10	1	1	1	100%	1	1	1	1	100%	1	1	2	66.6%	38	1	1	1	100%	5	5	5	5	100%	1	1	1	100%
11	1	1	1	100%	3	3	3	3	100%	1	1	1	100%	39	1	1	3	66.6%	4	4	4	4	100%	1	1	1	100%
12	1	1	1	100%	7	7	7	7	100%	1	1	2	66.6%	40	1	2	3	0%	2	2	2	2	100%	1	1	1	100%
13	1	1	2	66.6%	2	2	2	2	100%	1	1	1	100%	41	1	1	1	100%	6	6	6	6	100%	1	1	1	100%
14	1	1	1	100%	3	3	3	3	100%	1	1	1	100%	42	1	1	3	66.6%	6	6	6	6	100%	1	1	1	100%
15	1	1	1	100%	5	5	5	5	100%	1	1	2	66.6%	43	1	1	3	66.6%	3	3	3	3	100%	1	1	1	100%
16	1	1	1	100%	7	7	7	7	100%	1	1	2	66.6%	44	1	1	1	100%	1	1	1	1	100%	1	1	1	100%
17	1	1	3	66.6%	6	6	6	6	100%	1	2	2	66.6%	45	1	1	3	66.6%	5	5	5	5	100%	1	1	1	100%
18	1	1	3	66.6%	1	1	1	1	100%	1	1	1	100%	46	1	1	1	100%	2	2	2	2	100%	1	1	1	100%
19	1	1	1	100%	3	3	3	3	100%	1	1	1	100%	47	1	1	1	100%	7	7	7	7	100%	2	1	2	66.6%
20	1	1	3	66.6%	7	3	3	7	66.6%	1	2	1	66.6%	48	1	1	1	100%	4	4	4	4	100%	1	1	1	100%
21	1	1	3	66.6%	5	5	5	5	100%	1	1	1	100%	49	1	1	1	100%	6	6	6	6	100%	1	1	1	100%
22	1	1	3	66.6%	6	6	6	6	100%	1	2	2	66.6%	50	1	1	3	66.6%	7	7	7	7	100%	1	1	2	66.6%
23	1	1	1	100%	5	5	5	5	100%	1	1	1	100%	51	1	1	1	100%	1	1	1	1	100%	2	1	1	66.6%
24	1	1	1	100%	3	3	3	3	100%	1	1	1	100%	52	1	1	1	100%	5	5	5	5	100%	1	1	1	100%
25	1	1	1	100%	4	4	4	4	100%	1	1	1	100%	53	1	1	1	100%	2	2	2	2	100%	1	1	1	100%
26	1	1	3	66.6%	7	7	7	7	100%	1	2	1	66.6%	54	1	1	1	100%	3	3	3	3	100%	1	1	2	66.6%
27	1	1	3	66.6%	1	1	1	1	100%	1	1	1	100%	55	1	1	1	100%	2	2	2	2	100%	1	1	1	100%
28	1	1	1	100%	6	6	6	6	100%	1	1	1	100%	56	1	1	1	100%	4	4	4	4	100%	1	1	1	100%

Nota. Dim.= dimensión. Validez aparente: 1= corresponde con el constructo; 2= dudo si corresponde o no; 3= no corresponde con el constructo. Validez de contenido: 1= Reconocimiento del feto como un individuo distinto de la gestante; 2= Interacción con el feto; 3= Fantaseo sobre el feto; 4= Búsqueda de información sobre el feto; 5= Protección del feto; 6= Identificación y satisfacción de necesidades del feto; 7= Miedo a la pérdida del feto. Lenguaje: 1= sencillo, claro, comprensible; 2= genera cierta confusión; 3= complejo, farragoso, difícil de comprender.

que le corresponde a nivel teórico. En el caso del ítem 32, una de las juezas lo ha clasificado en una dimensión teórica distinta a aquella a la cual pertenece.

La tercera cuestión planteada es la valoración del lenguaje empleado en la redacción de los ítems. Según las expertas, 35 ítems son claros, sencillos y comprensibles. El resto de los reactivos han generado cierta confusión. Sin embargo, en ninguno de los ítems las tres expertas han coincidido en su valoración, sólo lo han hecho dos de ellas en el caso de los ítems 4, 17, 22, 30 y 47. Los resultados en relación a la validez aparente, la validez de contenido y el lenguaje de los ítems se reflejan en la Tabla 3.5.

En relación a la equivalencia de ítems, una de las juezas ha realizado tres emparejamientos por similitud: 5-49, 6-51 y 11-24. La segunda de las juezas no ha encontrado ninguna equivalencia entre ítems y la tercera jueza ha realizado siete emparejamientos: 1-48, 2-19, 12-30, 13-53, 15-45, 33-43 y 46-55. Como se observa, ninguna de ellas ha coincidido en los ítems emparejados, las combinaciones que han realizado han sido distintas.

Por último, en relación a las instrucciones del instrumento, las tres expertas las han valorado positivamente. Piensan que se entienden bien y que son claras. El formato de respuesta también ha sido aceptado por las tres psicólogas.

3.3.2.2.6. Conclusiones

En base a los resultados obtenidos a partir del análisis de ítems de las juezas cabe destacar que, en líneas generales, la validez aparente, la validez de contenido y el lenguaje empleado en la redacción de los ítems son adecuados. Sin embargo, hay algunos reactivos que no han obtenido una valoración positiva por parte de las expertas y que deben ser revisados. Estos ítems son: en relación a la validez aparente el 7, el 33 y el 40; respecto a la validez de contenido los ítems 20 y 32; y en relación a su lenguaje los ítems 4, 17, 22, 30 y

47. El grado de acuerdo respecto a la inadecuación de estos ítems no ha sido suficiente como para que pudieran ser eliminados.

En lo que a la equivalencia de ítems respecta, ninguna de las juezas ha coincidido en los ítems emparejados, por lo que no se han eliminado ítems por su similitud. Tanto las instrucciones del instrumento como el formato de respuesta se han mantenido sin cambios dada la positiva valoración de las expertas.

Este primer análisis, a pesar de que no ha permitido depurar la escala eliminando ítems debido al insuficiente acuerdo entre las juezas, sí ha ayudado a sacar algunas conclusiones importantes: en la mayor parte de los reactivos la validez aparente es adecuada, es decir, los ítems sí parecen medir el vínculo afectivo prenatal materno; en todos los ítems, exceptuando en dos, la validez de contenido es adecuada, es decir, los ítems representan las dimensiones del constructo; en la mayor parte de los reactivos el lenguaje empleado es sencillo y fácilmente comprensible; no hay consenso en relación a la equivalencia de ítems, por lo que parece que éstos a nivel de contenido no se repiten; y tanto las instrucciones como el formato de respuesta son adecuados. Esto permite pasar a la siguiente fase en la construcción del instrumento: el análisis empírico de la primera versión de la VAPM. Los ítems con una inadecuada validez apararente o de contenido y cuyo lenguaje no es claro han sido valorados nuevamente tras el análisis empírico de la escala.

3.4. Fase II: Análisis empírico del instrumento de medida

3.4.1. Primer estudio empírico

Una vez construida la primera versión de la VAPM, ésta se ha aplicado a mujeres embarazadas con el fin de conocer su funcionamiento psicométrico a través del análisis de las siguientes cuestiones: distribución de los ítems, validez de constructo, validez convergente y fiabilidad.

3.4.1.1. Participantes

En el presente estudio han participado 525 mujeres embarazadas con una media de edad de 33.46 años (DE= 3.71) de Vizcaya. Todas ellas acudían a clases de Educación Maternal: el 86.7% (n= 455) en Centros de Salud públicos y el 13.3% (n= 70) en centros privados. En lo que al momento de embarazo respecta, se encontraban de media en la semana 31 de gestación (DE= 4.39). Sólo el 7.8% (n= 41) había conseguido el embarazo tras someterse a TRA. El 69.9% (n= 367) no tenía hijos biológicos de embarazos previos y el 77.7% (n= 408) nunca había sufrido un aborto espontáneo o pérdida perinatal. Además, sólo el 1% (n= 5) de los embarazos eran gemelares, el resto eran gestaciones únicas.

Los criterios de inclusión en este estudio han sido los siguientes: 1) estar embarazada; 2) acudir a clases de Educación Maternal. Los criterios de exclusión han sido: 1) nacionalidad no española; 2) problemas de comprensión del idioma.

3.4.1.2. Instrumentos

Los instrumentos empleados en este estudio han sido tres: un cuestionario sobre la historia reproductiva, la Escala de Evaluación del Vínculo Afectivo Prenatal Materno (VAPM), cuyo proceso de construcción y sus características han sido detallados previamente, y la Escala de Apego Prenatal Materna (MAAS) de Condon (1993). Éstos, junto con sus respectivas dimensiones y las variables que evalúan, se presentan en la Tabla 3.6.

La MAAS se compone de 19 ítems con cinco opciones de respuesta cada uno, los cuales, exceptuando el séptimo, se dividen en dos subescalas: Calidad del apego e Intensidad del apego o Tiempo dedicado al apego. El ítem número siete no obtuvo en el estudio original de Condon (1993) carga suficiente en ninguno de los dos factores como para ser incluido en ellos. En dicho estudio se obtuvo una fiabilidad superior a .80 para el total de la escala. Este instrumento no está adaptado a población española y en el presente trabajo se ha adaptado para evaluar la validez convergente de la VAPM. El objetivo de este estudio no ha sido

analizar este instrumento en profundidad. Sin embargo, se ha publicado un artículo en el que se recoge tanto el estudio psicométrico de la MAAS como la creación de una versión española más breve de la misma (Navarro-Aresti, Iraurgi, Iriarte, & Martínez-Pampliega, 2015).

Tabla 3.6.

Instrumentos de medida, dimensiones y variables evaluadas en el primer estudio empírico de la VAPM

Instrumento	Dimensiones	Variables
Cuestionario sobre la historia reproductiva elaborado ad hoc		Edad, edad gestacional, paridad, forma de consecución del embarazo, abortos espontáneos o pérdidas perinatales y tipo de gestación (única, gemelar o múltiple)
Escala de Evaluación del Vínculo Afectivo Prenatal Materno (VAPM)	1. Reconocimiento del feto como un individuo distinto de la gestante 2. Interacción con el feto 3. Fantaseo sobre el feto 4. Búsqueda de información sobre el feto 5. Protección del feto 6. Identificación y satisfacción de necesidades del feto 7. Miedo a la pérdida del feto	Vínculo afectivo prenatal materno
Escala de Apego Prenatal Materna (MAAS)	1. Calidad del apego 2. Intensidad del apego o Tiempo dedicado al apego	Vínculo afectivo prenatal materno

Además de la VAPM y la MAAS, tal y como se refleja en la Tabla 3.6, se han elaborado varias preguntas para evaluar la historia reproductiva de la gestante, en concreto las siguientes cuestiones: edad, edad gestacional, paridad, forma de consecución del embarazo, abortos espontáneos o pérdidas perinatales y tipo de gestación (única, gemelar o múltiple). El protocolo de evaluación se presenta en el Anexo E.

3.4.1.3. Procedimiento

Se ha contactado vía correo postal con las matronas o encargadas de impartir las clases de Educación Maternal de 36 Centros de Salud y nueve centros privados de la provincia de Vizcaya con el fin de solicitar su colaboración en el estudio. En la carta enviada se explicaba brevemente la naturaleza del estudio y se indicaba tanto un teléfono como un email de contacto en caso de que quisieran colaborar. De estos 45 centros, finalmente han participado 29. Las pasaciones se han realizado durante aproximadamente cuatro meses: desde el 28 de enero de 2013 hasta el 27 de mayo de 2013.

En lo que a los centros públicos respecta, se ha contactado primero con las matronas de los Centros de Salud de municipios con un mayor número de habitantes y, posteriormente, con las de municipios con una menor población. De las matronas de estos 36 centros, sólo una de ellas ha rechazado colaborar en el estudio, las de otros diez centros no han contestado y las de los 25 restantes han colaborado. A 12 de estos 25 centros se ha acudido en más de una ocasión, por lo que se han realizado 44 evaluaciones en total. En la Tabla 3.7 se reflejan los Centros de Salud en los cuales se ha administrado el protocolo y el número de grupos evaluados en cada uno de ellos.

Tabla 3.7.

Centros de Salud colaboradores en el primer estudio empírico de la VAPM

Centro de Salud	Nº de grupos evaluados	Centro de Salud	Nº de grupos evaluados	Centro de Salud	Nº de grupos evaluados
1. Santutxu	2	10. Mungia	2	19. Plentzia	1
2. San Vicente	6	11. Etxebarri	1	20. Algorta	1
3. Lutxana	2	12. Indautxu	1	21. Derio	2
4. Leioa	1	13. Rekalde	1	22. Gorliz	1
5. Basauri	5	14. Trapagaran	1	23. Las Arenas	2
6. Begoña	1	15. Berango	1	24. Zalla	2
7. Erandio	2	16. Orduña	1	25. Rontegi	2
8. Amorebieta	2	17. Sopela	1		
9. Astrabudua	2	18. Urduliz	1		

Como se ha señalado previamente, aquellas matronas que aceptaron colaborar lo hicieron saber a través de un correo electrónico o una llamada telefónica. En este contacto, se les explicó el estudio y su objetivo y se establecieron las citas para acudir a los Centros de Salud a realizar las evaluaciones. Las evaluaciones se realizaron durante el último cuarto de hora de las clases de Educación Maternal o tras las mismas, dependiendo del criterio de las propias matronas, en las salas donde se encontraban las mujeres. La aplicación de los instrumentos, cuya duración osciló entre 20 y 25 minutos, fue colectiva. Antes de comenzar con la misma, se explicó a las mujeres la naturaleza del estudio, se pidió su colaboración y se indicaron aspectos como la confidencialidad de la información, la voluntariedad y la libertad para abandonar la investigación en cualquier momento que lo deseasen. Tras esto, las mujeres se colocaron manteniendo un espacio entre ellas con el fin de responder con la mayor honestidad posible y evitar así posibles respuestas sesgadas por la situación de aplicación colectiva. Todas las mujeres a las que se les ofreció participar en el estudio lo hicieron. Sólo 25 mujeres estaban acompañadas por sus parejas durante las clases y sus cuestionarios no se han tenido en cuenta a la hora de analizar los datos para evitar posibles sesgos.

Como se ha señalado previamente, también se contactó con nueve centros privados de Vizcaya en los que se realiza Educación Maternal. De éstos, sólo cuatro aceptaron colaborar. El procedimiento fue el mismo que el seguido en los centros públicos. Sólo dos mujeres rechazaron colaborar en el estudio, quienes no indicaron el motivo de su rechazo.

3.4.1.4. Estrategia de análisis

La estrategia de análisis de datos para la verificación de la bondad métrica de la VAPM se presenta en la Tabla 3.8. Primeramente, se ha revisado mediante el programa SPSS para Windows en su versión 18 (Norusis, 2010) la distribución de los ítems que integran la VAPM a través del cálculo del porcentaje de respuestas a cada valor de puntuación, la media, la desviación estándar, el índice de asimetría, el índice de curtosis, el coeficiente de

correlación de cada ítem con la subescala a la que pertenece y con la escala global, el valor del coeficiente de fiabilidad tanto de cada subescala como de la escala global si se retira cada ítem y la comunalidad de cada reactivo.

Tabla 3.8.

Verificación de la bondad métrica de la VAPM: resumen de la estrategia de análisis del primer estudio empírico

Fase	Análisis	Criterios
Análisis de la distribución de los ítems y eliminación de ítems	- Proporción de respuestas a cada valor de puntuación - Media - Desviación estándar - Asimetría - Curtosis - Correlación de cada ítem con la escala total y con la subescala a la que pertenece - Comunalidad - Coeficiente de fiabilidad de la escala total y de la subescala si se elimina el ítem	Criterios para la eliminación de ítems: - Asimetría y curtosis elevadas - Correlación de Pearson entre el ítem y la subescala a la que pertenece: < .40 - Aumento de la fiabilidad de la subescala a la que pertenece el ítem en más de .03 si se elimina - Homogeneización de las subescalas en base al número de ítems
Validez de constructo	- Análisis Factorial Confirmatorio	- Coeficiente de Mardia: < 1.96 - χ^2 y χ^2_{SB}: no significativas - χ^2/gl y χ^2_{SB}/gl: < 4 - RMSEA: < .05 - AIC: cuanto más bajo, más ajuste - GFI, CFI, IFI: > .90 - Coeficientes estructurales: > .50
Fiabilidad	- Coeficiente alpha de Cronbach - Coeficiente de fiabilidad compuesta - Varianza Media Extractada (AVE)	- α: > .70 - Coeficiente de fiabilidad compuesta: > .70 - AVE: > .35
Validez convergente	- Coeficiente de correlación (r) entre la VAPM y la MAAS	- r: significativo y más adecuado cuanto más elevado

Seguidamente, se ha realizado la primera eliminación de ítems atendiendo a los siguientes criterios: índices de asimetría y curtosis elevados, correlación de Pearson entre el ítem y la subescala a la que pertenece inferior a .40, aumento de la fiabilidad de la subescala a la que pertenece el ítem en más de .03 puntos si éste es eliminado y número de ítems eliminados por subescala. Este último criterio se ha empleado con el fin de homogeneizar las subescalas en lo que al número de reactivos respecta.

Los ítems retenidos han sido sometidos a análisis factoriales confirmatorios a partir de técnicas estructurales de covarianza con objeto de contrastar y verificar las dimensiones del constructo vínculo afectivo prenatal materno, es decir, de analizar la validez de constructo del instrumento. Para ello, se ha estimado el grado de ajuste de los datos a los modelos de medida a través de la aplicación del programa EQS (Bentler, 1995; Bentler & Wu, 1995). Se ha optado por realizar los análisis factoriales confirmatorios sobre las matrices de correlaciones policóricas y por la utilización de métodos robustos para la valoración de los índices de ajuste. Para la estimación de los parámetros se ha adoptado el método de máxima verosimilitud (Satorra, 2003; Satorra & Bentler, 2001).

Con el fin de evaluar el nivel de bondad de ajuste de los modelos de medida se han empleado: el coeficiente de Mardia, el cual debe ser inferior a 1.96 (Mardia, 1970); la prueba de ji cuadrado de contraste de igualdad entre matrices (χ^2), la cual debe ser no significativa o mostrar valores bajos; la razón entre χ^2 y los grados de libertad del modelo (χ^2/gl), la cual se recomienda que sea menor de 4; el χ^2 de Satorra-Bentler (χ^2_{SB}), el cual también debe ser no significativo y presentar valores reducidos; y la razón entre χ^2_{SB} y los grados de libertad (χ^2_{SB}/gl), la cual, del mismo modo que la razón previa, es recomendable que sea menor de 4. Dado que el χ^2 es muy sensible a las variaciones del tamaño de la muestra (Schermelleh-Engel, Moosbrugger, & Müller, 2003), también se han utilizado dos índices de ajuste de parsimonia (Hu & Bentler, 1999): el error de aproximación cuadrático medio (*Root Mean Square Error of Approximation*, RMSEA) y su intervalo de confianza al 90%, considerando adecuados los valores inferiores a .05; y el criterio de información de Akaike (*Akaike Information Criterion*, AIC), el cual debe presentar el valor más bajo posible para ser adecuado. Asimismo, se han empleado otros tres índices cuyos valores deben ser superiores a .90 para mostrar un buen ajuste: el índice de bondad de ajuste (*Goodness of Fit Index*, GFI), el índice de ajuste comparativo (*Comparative Fit Index*, CFI) y el índice de ajuste

incrementado (*Incremental Fit Index*, IFI). En el caso de los coeficientes estructurales, se ha tenido en cuenta la solución estandarizada, en cuyo caso se recomienda que los valores sean al menos de .50 y estadísticamente significativos (Hair, Black, Babin, Anderson, & Tatham, 2006).

Los modelos de medida obtenidos a través del análisis factorial confirmatorio se han reflejado en figuras en las que se indican las estimaciones paramétricas de las ecuaciones de medida en coeficientes estandarizados: los coeficientes factoriales (λ), los errores de medición (δ) y, en su caso, las correlaciones factoriales estimadas entre las variables latentes (β). En estas figuras también se han incluido los índices de bondad de ajuste del modelo de medida.

También se ha analizado la consistencia interna del instrumento y de sus dimensiones a través del coeficiente alpha de Cronbach y se ha calculado la fiabilidad compuesta del constructo. El valor óptimo de este coeficiente se sitúa sobre .70. Del mismo modo, se ha analizado la varianza media extractada (*Average Variance Extracted*, AVE), para la cual se consideran óptimos los valores superiores a .50, aunque podrían aceptarse valores por encima de .35 (Hair et al., 2006). Tanto el cálculo de la fiabilidad de constructo como de la varianza media extractada se ha realizado a partir de los coeficientes lambda estandarizados y de sus respectivos errores de medición resultantes del análisis factorial confirmatorio.

Como se ha señalado previamente, la MAAS se ha aplicado con el fin de ser empleada como medida de validez convergente de la VAPM. Para ello, se han hallado tanto los coeficientes de correlación entre las dos escalas completas como entre sus subescalas.

3.4.1.5. Resultados

3.4.1.5.1. Análisis de la distribución de los ítems y eliminación de ítems

En la Tabla 3.9 se presenta el análisis de la distribución de los 56 ítems de la VAPM. Éstos se han expuesto agrupados por subescalas con el fin de favorecer su lectura. Como se

Tabla 3.9.

Distribución de los ítems de la VAPM

Subescala	Nº	1	2	3	4	5	M	DE	As	Kur	r	Alfa	h^2	r^a	Alfa[a]
Búsqueda de información sobre el feto	**1**	0.4%	0%	0.2%	12.2%	87.2%	4.85	0.41	**-4.35**	**29.40**	.46	0.88	.57	.51	0.82
	8	0%	0.6%	1.7%	25.9%	71.8%	4.68	0.53	**-1.71**	**3.35**	.47	0.88	.55	.52	0.82
	25	0%	0.2%	0.4%	28.6%	70.9%	4.70	0.48	-1.24	1	.61	0.88	.68	.69	0.80
	29	0%	0.4%	1.9%	27.4%	70.3%	4.67	0.53	-1.51	2.27	.53	0.88	.63	.65	0.80
	35	0%	0.2%	0.4%	25.3%	74.1%	4.73	0.46	-1.45	1.75	.57	0.88	.67	.73	0.79
	39*	0.4%	0.4%	0.8%	12%	86.5%	4.83	0.47	**-4.06**	**22.56**	.45	0.88	.56	**.36**	0.84
	48	0.2%	0.2%	0.8%	19.4%	79.4%	4.77	0.47	**-2.56**	**10.20**	.52	0.88	.68	.67	0.80
	56	0.4%	2.3%	8.4%	37.9%	51%	4.36	0.76	-1.25	1.71	.46	0.88	.54	.49	0.84
Total subescala							4.70	0.35	-1.84	7.38	-	-	-	-	0.83
Fantaseo sobre el feto	2	0.2%	0.6%	10.1%	40.4%	48.8%	4.36	0.70	-0.90	0.60	.36	0.88	.55	.54	0.77
	11	0.4%	3.2%	22.3%	45.9%	28.2%	3.98	0.81	-0.50	-0.05	.41	0.88	.54	**.39**	0.79
	14	0.6%	3.6%	19.8%	41%	35%	4.06	0.86	-0.67	0.07	.40	0.88	.59	.57	0.76
	19	0%	0.6%	4%	39.8%	55.6%	4.50	0.60	-0.95	0.70	.46	0.88	.57	.64	0.75
	24	0%	0.2%	2.9%	25.3%	71.6%	4.68	0.53	**-1.53**	1.85	.55	0.88	.52	.57	0.77
	33*	0.8%	0%	1.1%	5.3%	92.8%	4.90	0.46	**-5.90**	**41.38**	.37	0.88	.61	**.28**	0.80
	43*	0.6%	0.8%	2.9%	6.9%	89%	4.82	0.56	**-4.01**	**18.23**	.35	0.88	.57	**.32**	0.80
	54	0.8%	1.7%	13.1%	38.5%	45.9%	4.27	0.81	-1.07	1.23	.41	0.88	.50	.56	0.76
Total subescala							4.44	0.44	-1.06	2.40	-	-	-	-	0.80
Interacción con el feto	**13**	0%	0.2%	1.5%	23.4%	74.9%	4.73	0.49	**-1.66**	**2.50**	.46	0.88	.44	.48	0.85
	31	0%	1.1%	4.8%	39.2%	54.9%	4.48	0.64	-1.10	1.23	.50	0.88	.72	.74	0.82
	34	0.4%	1.7%	8.6%	41%	48.4%	4.35	0.74	-1.14	1.63	.53	0.88	.70	.70	0.82
	36	0%	0.4%	4.8%	34.9%	60%	4.54	0.60	-1.07	0.65	.57	0.88	.66	.70	0.82
	40*	0.8%	0.2%	1.9%	6.3%	90.9%	4.86	0.51	**-4.90**	**28.35**	.40	0.88	.53	**.28**	0.87
	46	0%	0.6%	5.5%	26.7%	67.2%	4.60	0.62	-1.46	1.66	.56	0.88	.69	.73	0.82
	53	0.2%	0.2%	2.5%	25%	72.2%	4.68	0.54	**-1.90**	**5.08**	.56	0.88	.70	.63	0.83
	55	2.9%	6.1%	22.3%	46.1%	22.7%	3.80	0.95	-0.80	0.58	.36	0.88	.66	**.39**	0.86
Total subescala							4.50	0.46	-1.24	2.05	-	-	-	-	0.85
Protección del feto	9	0%	0.8%	3.4%	28%	67.8%	4.63	0.59	-1.57	2.50	.50	0.88	.55	.34	0.57
	15	0%	1.5%	7.8%	29.7%	61%	4.50	0.70	-1.32	1.26	.32	0.88	.50	.41	0.54
	21*	4.6%	7.4%	14.5%	29.9%	43.6%	4	1.13	-1.06	0.32	.16	0.88	.63	**.21**	0.63
	23	1.3%	5%	16%	41.5%	36.2%	4.06	0.91	-0.93	0.67	.24	0.88	.58	**.30**	0.58
	32	0.4%	0.4%	0.2%	16.6%	82.5%	4.80	0.48	**-3.50**	**18.41**	.52	0.88	.60	**.31**	0.58
	38	0.2%	0%	0.8%	30.7%	68.4%	4.67	0.51	-1.50	4.13	.60	0.88	.62	.51	0.54
	45*	3%	5%	6.1%	16.6%	69.3%	4.44	1.01	**-1.95**	**3.03**	.15	0.88	.54	**.28**	0.60
	52	0.2%	0.2%	0.4%	24.2%	75%	4.73	0.48	-2.12	7.67	.58	0.88	.72	.38	0.57
Total subescala							4.48	0.40	-1.33	5.58	-	-	-	-	0.61
Identificación y satisfacción de necesidades del feto	**3***	3.8%	7.8%	8%	32.8%	47.6%	4.12	1.09	**-1.31**	0.96	.13	0.88	.72	**.14**	0.33
	5	0.2%	1%	8.8%	57.1%	33%	4.21	0.65	-0.62	1.17	.31	0.88	.52	.20	0.30
	17*	2.5%	20%	35.4%	29.3%	12.8%	3.30	1	-0.02	-0.65	.24	0.88	.44	**.19**	0.28
	22*	32%	42.3%	20.8%	3%	1.9%	2	0.90	0.85	0.80	-.24	0.88	.50	**-.22**	**0.51**
	28	0.8%	3.2%	9.9%	32.6%	53.5%	4.34	0.84	-1.36	1.72	.31	0.88	.44	.26	0.27
	41	1.1%	0.2%	2.7%	26.5%	69.5%	4.63	0.66	-2.54	9.36	.41	0.88	.36	.28	0.27
	42*	1.1%	0.2%	0.6%	8%	90.1%	4.85	0.53	**-5.24**	**32.01**	.35	0.88	.58	**.23**	0.29
	49	0.4%	0.2%	1.3%	26.1%	72%	4.70	0.54	-2.21	8.21	.58	0.88	.68	.28	0.28
Total subescala							4.02	0.34	-0.51	2.04	-	-	-	-	0.35
Reconocimiento del feto como un individuo distinto de la gestante	**4**	2.9%	6.3%	13.7%	38.5%	38.7%	4.03	1.01	-1.10	0.80	.29	0.88	.47	**.38**	0.82
	6	10.5%	17.1%	18.7%	34.1%	19.6%	3.35	1.26	-0.41	-0.91	.23	0.88	.67	.67	0.79
	10	2.9%	7.4%	13.5%	37.5%	38.7%	4.01	1.03	-1.05	0.56	.32	0.88	.60	.62	0.80
	18*	18.9%	26.7%	25%	19.8%	9.7%	2.74	1.24	0.20	-0.97	.15	0.88	.56	**.39**	0.82
	27*	5.7%	11.2%	21.1%	29.9%	32%	3.71	1.18	-0.65	-0.50	.24	0.88	.64	.61	0.80
	37	6.9%	12.2%	20%	34.7%	26.3%	3.61	1.20	-0.63	-0.50	.27	0.88	.67	.69	0.79
	44	4.8%	7.2%	19.4%	38.5%	30.1%	3.81	1.08	-0.86	0.22	.36	0.88	.71	.71	0.79
	51	0.2%	0.2%	3.8%	36%	59.8%	4.55	0.60	-1.23	**2.12**	.32	0.88	.55	**.14**	0.84
Total subescala							3.73	0.74	-0.28	-0.46	-	-	-	-	0.83
Miedo a la pérdida del feto	**7***	2.5%	0%	0%	1.1%	96.4%	4.88	0.63	**-5.90**	**33.62**	.23	0.88	.73	**.22**	0.60
	12	3.6%	0.4%	0.6%	9.7%	85.7%	4.73	0.81	-3.74	13.83	.19	0.88	.53	.33	0.57
	16	2.7%	0%	0%	5%	92.4%	4.84	0.67	-5.08	25.90	.18	0.88	.68	.40	0.55
	20*	2.5%	2.3%	2.3%	8.8%	84.2%	4.70	0.83	**-3.18**	**9.83**	.32	0.88	.50	**.27**	0.59
	26*	1.1%	0%	0.4%	1.7%	96.8%	4.92	0.45	**-7.63**	**60.70**	.34	0.88	.61	**.30**	0.58
	30	3%	0.2%	0.4%	11.6%	84.8%	4.74	0.75	-3.93	16.05	.28	0.88	.53	.39	0.55
	47	4.4%	0.8%	0.2%	12.4%	82.3%	4.67	0.90	-3.30	10.44	.21	0.88	.50	.34	0.57
	50*	1%	0.8%	1.9%	6.1%	90.3%	4.84	0.57	**-4.52**	**22.70**	.27	0.88	.46	**.24**	0.59
Total subescala							4.80	0.37	-3.36	20.95	-	-	-	-	0.61
Escala Total							4.38	0.28	-1.70	11.11	-	-	-	-	0.88

Nota. * Items inversos; M: media; DE: desviación estándar; As: asimetría; Kur: curtosis; r: coeficiente de correlación del ítem con el resto de la escala; Alfa: valor del coeficiente de fiabilidad de la escala total si se retira el ítem; h^2: comunalidad; r^a: coeficiente de correlación del ítem con la subescala a la que pertenece; Alfa[a]: valor del coeficiente de fiabilidad de la subescala si se retira el ítem.

observa en dicha tabla, las respuestas de las participantes tienden a agruparse en las puntuaciones más altas, siendo esta asimetría negativa evidente en muchos ítems. La curtosis elevada también puede observarse en varios reactivos, aquellos en los cuales la frecuencia de respuestas en torno a la media es muy alta. Como puede deducirse de lo anterior, las puntuaciones medias obtenidas han sido altas y las desviaciones típicas reducidas. Los coeficientes de correlación de los ítems con la escala global han sido, en líneas generales, moderados, oscilando entre .13 y .61. Las comunalidades de los ítems han oscilado entre .36 y .72 y el valor del coeficiente de fiabilidad de la escala total no se vería afectado en más de .03 puntos al retirar ninguno de los ítems.

En la Tabla 3.9 se han indicado en negrita los ítems que no satisfacen los criterios de retención de reactivos explicitados previamente y los valores que reflejan la inadecuación psicométrica de los mismos. En base a dichos criterios se ha realizado una primera depuración de la escala.

En lo que a la primera subescala respecta, Búsqueda de información sobre el feto, son cuatro los ítems no retenidos: 1, 8, 39 y 48. Todos ellos presentan asimetrías y curtosis muy elevadas y el número 39 refleja un coeficiente de correlación de .36 con la subescala.

De la segunda de las subescalas, Fantaseo sobre el feto, los ítems eliminados han sido el 11, el 24, el 33 y el 43. Los dos últimos también exhiben asimetrías y curtosis muy elevadas, además de coeficientes de correlación reducidos con la subescala a la que pertenecen, .28 y .32 respectivamente. El ítem 11 muestra un coeficiente de correlación de .39 con la subescala y el ítem 24 la asimetría y la curtosis más elevadas de los reactivos restantes en la dimensión.

En relación a Interacción con el feto, tercera subescala, los ítems desechados han sido el 13, el 40, el 53 y el 55. Tanto la asimetría como la curtosis de los ítems 13, 40 y 53 son elevadas. Además, los ítems 40 y 55 presentan un coeficiente de correlación con dicha

dimensión inferior al criterio establecido (.28 y .39, respectivamente).

Los ítems eliminados de la cuarta subescala, Protección del feto, han sido los siguientes: 21, 23, 32 y 45. Todos ellos presentan coeficientes de correlación reducidos con la subescala. Éstos han oscilado entre .21 y .31. Otros dos ítems de esta subescala también presentan coeficientes de correlación inferiores al establecido como criterio, pero, en base a la necesidad de homogeneizar las subescalas por número de ítems (otro de los criterios de retención de ítems), no han sido eliminados. Además, estos coeficientes de correlación son superiores a los de los ítems eliminados. Las asimetrías y las curtosis de varios de los ítems de esta subescala también son elevadas, pero no han llevado a la eliminación de dichos ítems al amparo del último criterio mencionado.

En la quinta subescala, Identificación y satisfacción de necesidades del feto, no se han retenido los ítems 3, 17, 22 y 42. Éstos presentan coeficientes de correlación con la subescala iguales o inferiores a .23. El ítem 22 muestra, además, un coeficiente de correlación negativo y el coeficiente de fiabilidad de la subescala aumentaría en gran medida al eliminarlo. El ítem 42 presenta la asimetría y la curtosis más elevadas, -5.24 y 32.01, respectivamente.

En relación a la subescala Reconocimiento del feto como un individuo distinto de la gestante, los ítems eliminados han sido el 4, el 18, el 27 y el 51. Tres de éstos (4, 18 y 51) exhiben un coeficiente de correlación con la subescala inferior al establecido como criterio. La asimetría y la curtosis del ítem 51 son las más elevadas de la subescala. Además, en base al criterio de homogeneización del número de ítems, se ha decidido eliminar el ítem 27 por mostrar el menor coeficiente de correlación con la subescala de los ítems restantes en la misma. Dicho coeficiente es adecuado (.61), pero es inferior al del resto de los ítems.

Por último, en lo que a la dimensión Miedo a la pérdida del feto respecta, los ítems eliminados han sido el 7, el 20, el 26 y el 50. Todos ellos presentan asimetrías y curtosis muy elevadas y coeficientes de correlación con la subescala inferiores a .30 (valor inferior al

establecido como criterio). Otros ítems de esta subescala tampoco presentan unos valores adecuados en base a los establecidos como criterio, pero su ajuste es algo más adecuado que el de los ítems excluidos. El criterio de homogeneización del número de ítems por subescala no permite eliminar más de cuatro reactivos en cada una de ellas.

3.4.1.5.2.Validez de constructo

Tras esta primera reducción de la escala, se han realizado los análisis factoriales confirmatorios pertinentes con el fin de verificar la adecuación de los datos al modelo teórico subyacente (modelo de siete factores subsumidos en un factor de segundo orden) y a otros dos modelos: dimensiones independientes y modelo de siete factores correlacionados. Tras observar los resultados obtenidos, los cuales se muestran en la Figura 3.1 y en la Figura 3.2, también se han probado otros dos modelos: un modelo de seis factores correlacionados y un modelo de seis factores subsumidos en un factor de segundo orden. Estos dos modelos cuentan con un factor menos porque los factores Protección del feto e Identificación y satisfacción de necesidades del feto han sido agrupados en uno. Esto se ha realizado porque la covarianza observada entre ambos factores ha sido muy elevada (.99). También se ha probado la dimensión resultante de esta agrupación, denominada Protección-Identificación, de forma independiente. Los resultados de estos análisis se muestran en la Tabla 3.10 y en la Tabla 3.11.

Cabe destacar que los ítems retenidos para conformar el factor Protección-Identificación han sido aquellos con un mejor funcionamiento psicométrico dentro de cada una de ambas subescalas, es decir, los ítems número 38 y 52 de la subescala Protección del feto, y los ítems número 41 y 49 de la subescala Identificación y satisfacción de necesidades del feto.

Como se observa en la Tabla 3.10, todos los coeficientes de Mardia son superiores a 1.96, lo cual indica que tanto la asimetría como la curtosis son elevadas y que es necesario

Tabla 3.10.

Resumen de los análisis factoriales confirmatorios de la VAPM: dimensiones independientes

Dimensiones independientes	Coeficiente de Mardia	χ^2	g.l.	χ^2/gl	*p*	AIC	GFI AGFI	CFI M.V. M. R.	IFI M.V. M. R.	RMSEA (90 I.C.) M.V. M. R.	χ^2_{SB}	*p*	V (λ+ e)
Búsqueda de información sobre el feto	30.76	4.67	2	2.33	.096	.67	.99 .98	.99 .99	.99 .99	.05 (.00 a.11) .03 (.00 a .10)	2.92	.232	25 (.77 + .64) / 29 (.79 + .61) / 35 (.77 + .63) / 56 (.57 + .82)
Fantaseo sobre el feto	15.43	0.63	2	0.31	.632	-3.37	.99 .99	.99 .99	.99 .99	.00 (.00 a .06) .00 (.00 a .06)	0.56	.755	2 (.69 + .72) / 14 (.61 + .79) / 19 (.75 + .66) / 54 (.64 + .76)
Interacción con el feto	36.50	29.76	2	14.88	.000	25.76	.97 .86	.97 .97	.97 .97	.16 (.11 a .21) .11 (.06 a .17)	16.25	.000	31 (.81 + .59) / 34 (.77 + .63) / 36 (.78 + .63) / 46 (.77 + .64)
Protección del feto	44.60	6.92	2	3.46	.031	2.91	.99 .97	.98 .98	.98 .98	.06 (.02 a .12) .05 (.00 a .11)	4.95	.083	9 (.57 + .82) / 15 (.38 + .92) / 38 (.73 + .68) / 52 (.71 + .70)
Identificación y satisfacción de necesidades del feto	52.85	0.39	2	0.19	.823	-3.61	.99 .99	.99 .99	.99 .99	.00 (.00 a .05) .00 (.00 a .05)	0.41	.815	5 (.40 + .91) / 28 (.49 + .87) / 41 (.57 + .82) / 49 (.62 + .78)
Reconocimiento del feto como un individuo distinto de la gestante	17.98	14.41	2	7.20	.000	10.41	.98 .93	.98 .98	.98 .98	.10 (.06 a .16) .07 (.03 a .13)	8.58	.013	6 (.69 + .71) / 10 (.70 + .70) / 37 (.79 + .60) / 44 (.82 + .56)
Miedo a la pérdida del feto	163.89	2.60	2	1.30	.271	-1.39	.99 .98	.99 .99	.99 .99	.02 (.00 a .09) .00 (.00 a .07)	1.20	.548	12 (.47 + .88) / 16 (.69 + .72) / 30 (.51 + .86) / 47 (.43 + .90)
Protección-Identificación	73.04	12.04	2	6.02	.002	8.04	.99 .94	.98 .98	.98 .98	.09 (.05 a .15) .06 (.01 a .12)	6.25	.043	38 (.67 + .74) / 41 (.44 + .90) / 49 (.88 + .47) / 52 (.80 + .59)

Nota. χ^2: ji cuadrado; g.l.: grados de libertad; χ^2/gl: razón entre ji cuadrado y los grados de libertad; *p*: significación estadística; AIC: criterio de información de Akaike; GFI: índice de bondad de ajuste; AGFI: índice de bondad de ajuste corregido; CFI: índice de ajuste comparativo; IFI: índice de ajuste incrementado; RMSEA (90 I.C.): error de aproximación cuadrático medio (intervalo del confianza al 90%); M.V.: máxima verosimilitud; M.R.: métodos robustos; χ^2_{SB}: ji cuadrado de Satorra-Bentler; V (λ+ e): variable (coeficiente factorial + error).

Tabla 3.11.

Resumen de los análisis factoriales confirmatorios de la VAPM: modelos

Modelo	Coeficiente de Mardia	χ^2	g.l.	χ^2/gl	*p*	AIC	GFI AGFI	CFI M.V. M. R.	IFI M.V. M. R.	RMSEA (90 I.C.) M.V. M. R.	χ^2_{SB}	χ^2_{SB}/gl	*p*
7 factores correlacionados	88.58	626.44	329	1.90	.000	-31.55	.92 .90	.94 .94	.94 .94	.04 (.03 a .04) .03 (.02 a .03)	464.30	1.41	.000
7 factores subsumidos en un factor de segundo orden	88.58	714.39	343	2.08	.000	28.39	.91 .89	.93 .93	.93 .93	.04 (.04 a .05) .03 (.03 a .04)	574.04	1.67	.000
6 factores correlacionados	93.23	448.83	237	1.89	.000	-25.17	.93 .91	.96 .96	.96 .96	.04 (.03 a .04) .03 (.02 a .03)	351.56	1.48	.000
6 factores subsumidos en un factor de segundo orden	93.23	502.94	246	2.04	.000	10.94	.92 .91	.95 .95	.95 .95	.04 (0.3 a 0.5) .03 (0.2 a .04)	396.91	1.61	.000

Nota. χ^2: ji cuadrado; g.l.: grados de libertad; χ^2/gl: razón entre ji cuadrado y los grados de libertad; *p*: significación estadística; AIC: criterio de información de Akaike; GFI: índice de bondad de ajuste; AGFI: índice de bondad de ajuste corregido; CFI: índice de ajuste comparativo; IFI: índice de ajuste incrementado; RMSEA (90 I.C.): error de aproximación cuadrático medio (intervalo del confianza al 90%); M.V.: máxima verosimilitud; M.R.: métodos robustos; χ^2_{SB}: ji cuadrado de Satorra-Bentler; χ^2_{SB}/gl: razón entre ji cuadrado de Satorra-Bentler y los grados de libertad.

emplear los métodos robustos para realizar la estimación. Al analizar las dimensiones de la VAPM de forma independiente, los factores Búsqueda de información sobre el feto, Fantaseo sobre el feto, Identificación y satisfacción de necesidades del feto y Miedo a la pérdida del feto muestran un ajuste adecuado en base a los criterios señalados anteriormente. Los factores Interacción con el feto y Reconocimiento del feto como un individuo distinto de la gestante son los que presentan un ajuste más inadecuado exhibiendo valores χ^2 más elevados y significativos, razones entre χ^2 y los grados de libertad elevadas, valores del AIC también elevados y valores de RMSEA muy superiores al establecido como criterio. En lo que a los factores Protección del feto y Protección-Identificación respecta, su ajuste es algo más adecuado que el de los dos últimos factores señalados, pero también incumplen algunos de los criterios establecidos. En relación a los coeficientes estructurales de los factores independientes, seis de ellos (un ítem del factor Protección del feto, dos de Identificación y satisfacción de necesidades del feto, dos de Miedo a la pérdida del feto y otro de la agrupación Protección-Identificación) presentan valores inferiores a .50.

Los cuatro modelos probados, cuyos índices de ajuste se muestran en la Tabla 3.11, exhiben un ajuste adecuado. Los altos valores obtenidos al hallar los coeficientes de Mardia vuelven a indicar altas asimetrías y curtosis y la necesidad de emplear métodos robustos para realizar la estimación. A pesar de que χ^2 no es en ninguno de los cuatro casos no significativo, la razón entre χ^2 y los grados de libertad es en todos inferior a 2.5. Tanto el GFI como el CFI y el IFI son adecuados en todos los casos y el RMSEA también indica un buen ajuste en todos ellos. Los valores del AIC son inferiores en los dos modelos de factores correlacionados, especialmente bajo en el de seis factores. Los cuatro modelos probados se presentan, con sus respectivos coeficientes estructurales e índices de ajuste, en las figuras 3.1, 3.2, 3.3 y 3.4.

Como se observa en los índices de bondad de ajuste de todos los modelos puestos a prueba, los cuatro modelos presentados se adecúan mejor que las dimensiones de forma independiente. Los dos modelos de seis factores muestran un ajuste ligeramente mejor que los dos modelos de siete factores. Además, dada la gran covarianza (.99) mostrada entre Protección del feto e Identificación y satisfacción de necesidades del feto, se ha decidido seguir el proceso de construcción del instrumento aunando ambas dimensiones.

Entre ambos modelos de seis factores existen diferencias estadísticamente significativas, halladas al contrastar las razones de verosimilitud de los modelos, en lo que a su ajuste respecta: el modelo de seis factores correlacionados es más parsimonioso que el de seis factores subsumidos en un factor de segundo orden. Sin embargo, debido al adecuado ajuste de este último y a su coherencia con el modelo teórico en base al cual está construida la VAPM, se ha considerado el modelo de elección. Por tanto, ante una situación de convergencia entre ambos modelos muy similar, se ha retenido el menos parsimonioso.

El modelo de seis factores subsumidos en un factor de segundo orden, presentado en la Figura 3.4, exhibe también unos coeficientes estructurales adecuados. Todos estos son superiores a .50, exceptuando los de los ítems 12, 41 y 47 (cuyo coeficiente es en los tres casos de .46). Asimismo, cuatro de los seis factores presentan saturaciones superiores a .50 con el factor de segundo orden. Los factores Miedo a la pérdida del feto y Reconocimiento del feto como un individuo distinto de la gestante exhiben saturaciones bajas (.36 y .12, respectivamente).

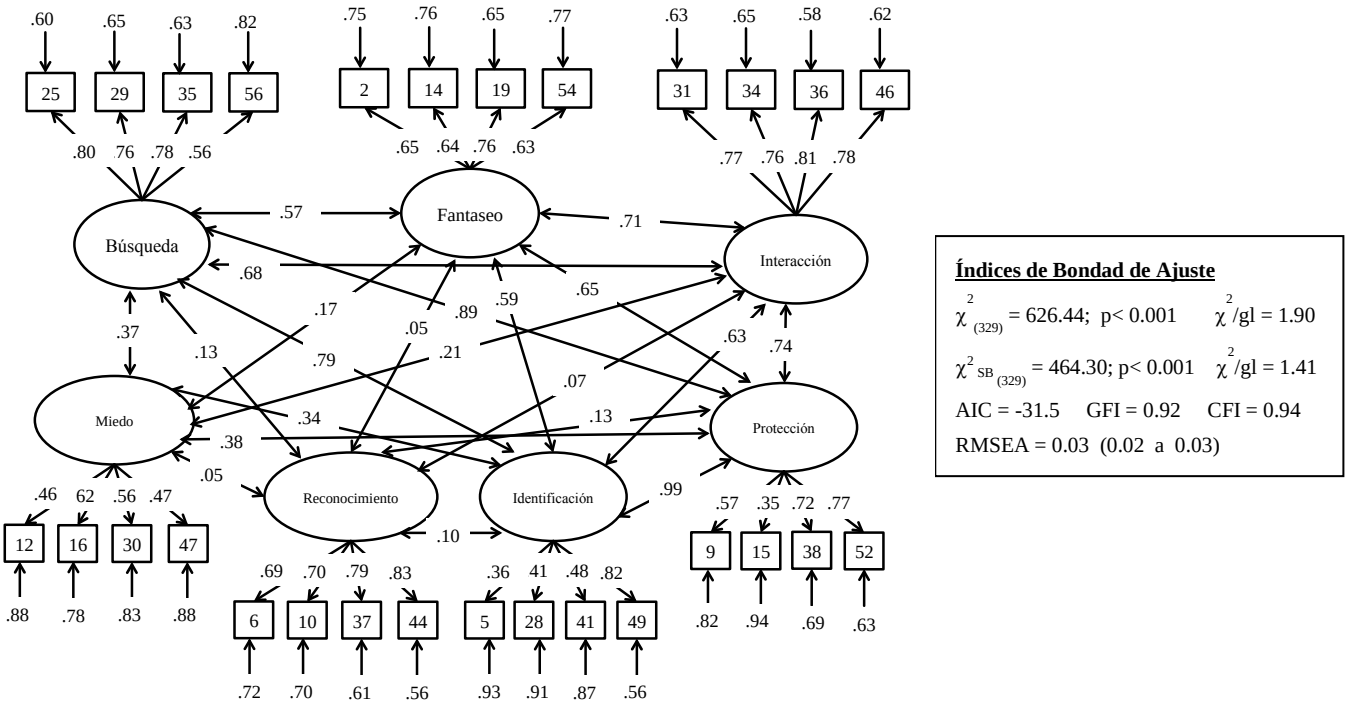

Figura 3.1. Análisis factorial confirmatorio de la VAPM: Modelo de siete factores correlacionados

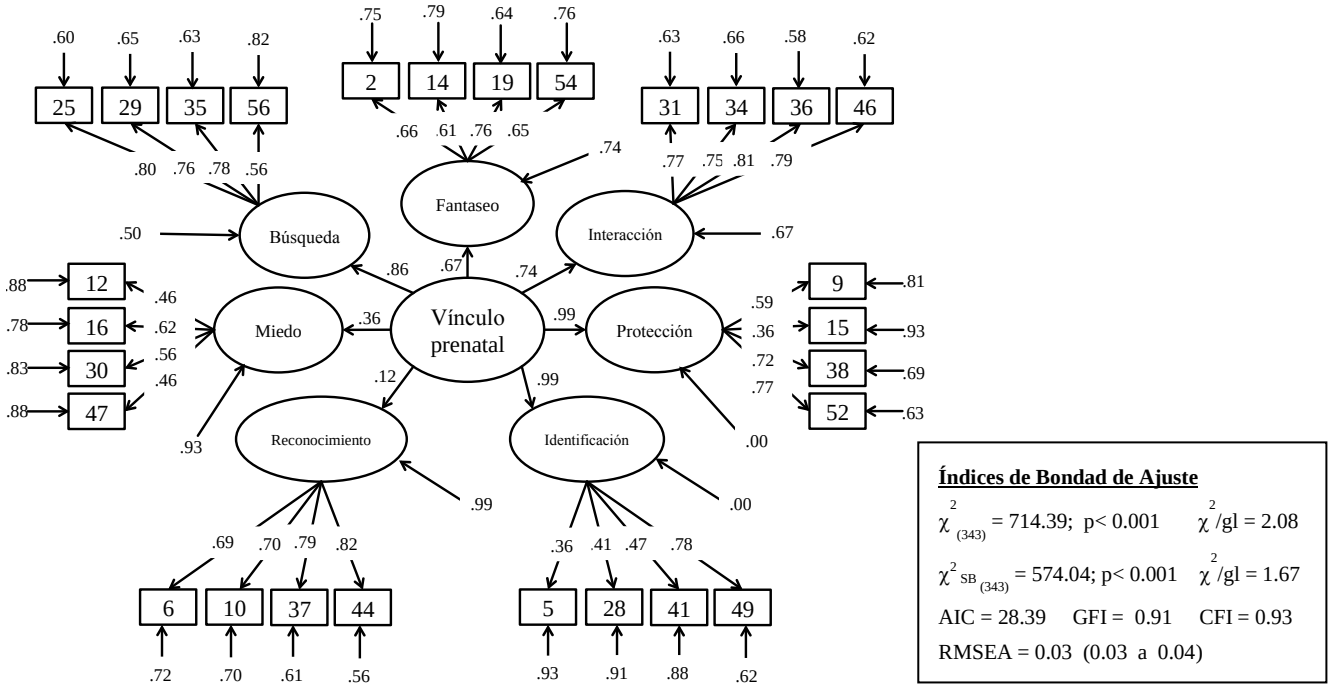

Figura 3.2. Análisis factorial confirmatorio de la VAPM: Modelo de siete factores subsumidos en un factor de segundo orden

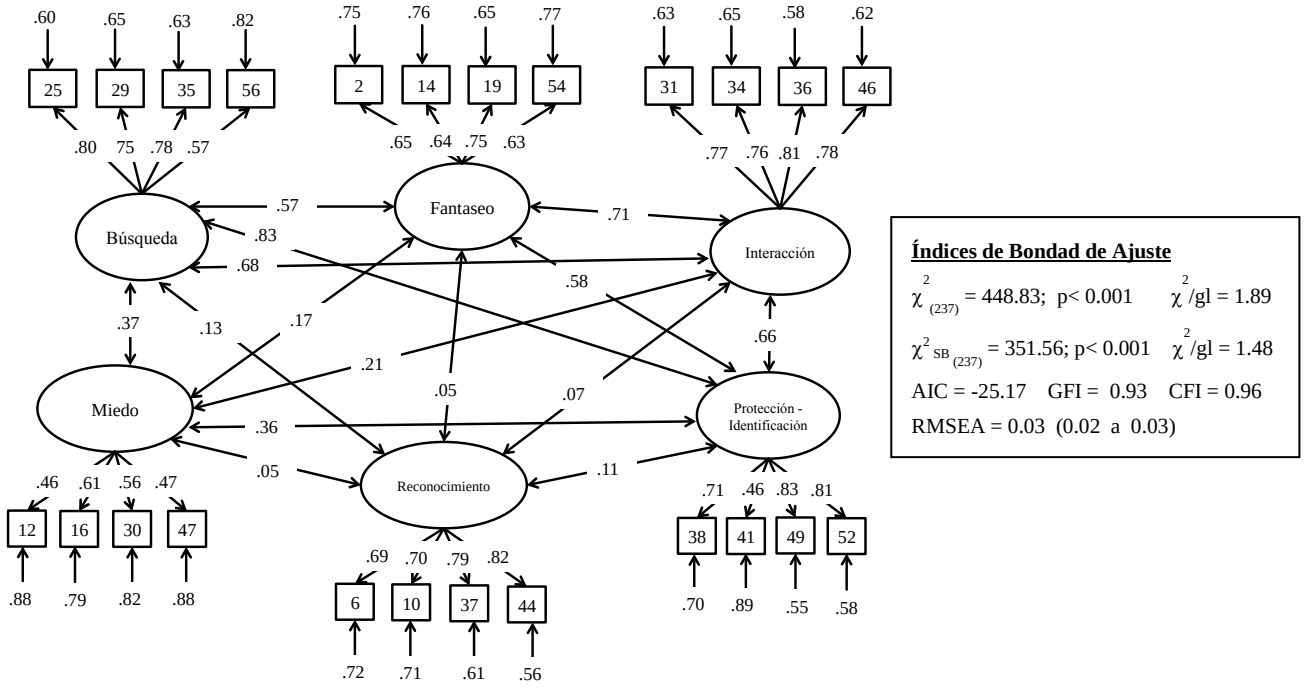

Figura 3.3. Análisis factorial confirmatorio de la VAPM: Modelo de seis factores correlacionados

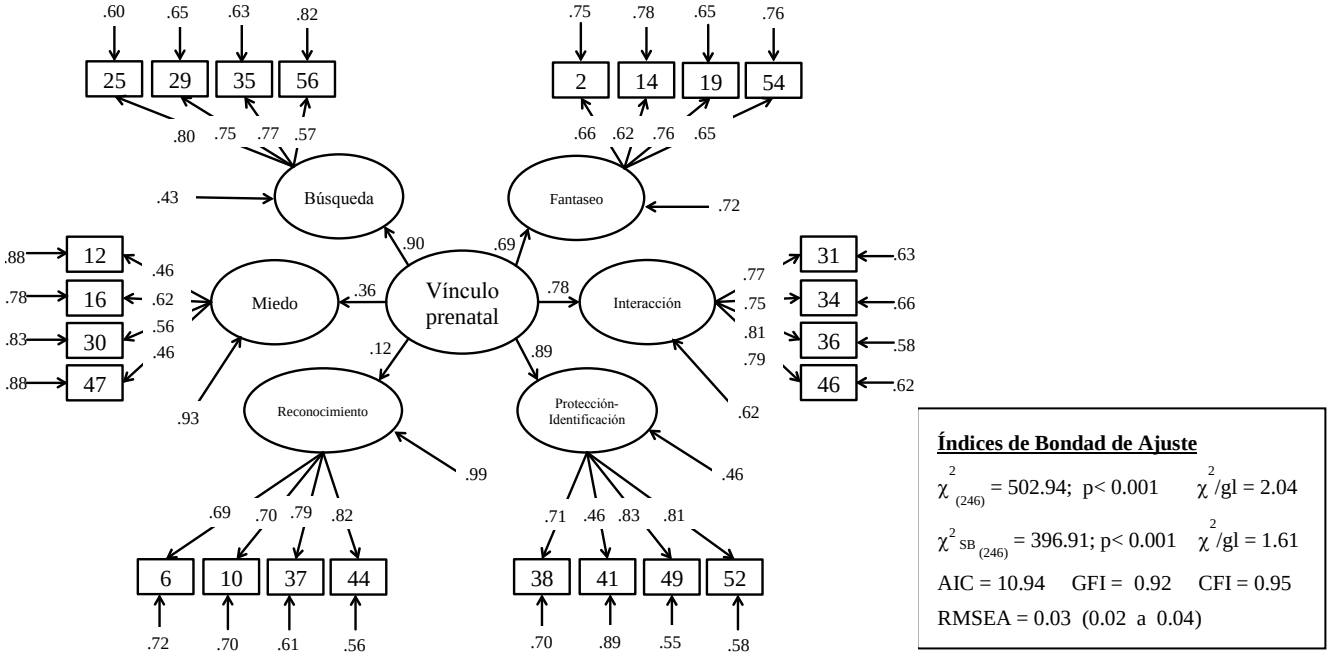

Figura 3.4. Análisis factorial confirmatorio de la VAPM: Modelo de seis factores subsumidos en un factor de segundo orden

3.4.1.5.3. Fiabilidad

Tras la realización de los ajustes indicados en la VAPM, se han recalculado los índices de consistencia interna tanto de la escala global como de las seis dimensiones que la componen. El índice de consistencia interna de la escala global es de .83 y los índices de fiabilidad de las subescalas oscilan entre .59 y .86. También se han calculado los coeficientes de fiabilidad compuesta y la AVE. Todos los coeficientes de fiabilidad compuesta, a excepción del de la subescala Miedo a la pérdida del feto, son superiores a .70, valor a partir del cual dicho coeficiente se considera aceptable. La AVE es también tanto en el caso de la escala a nivel global como de las subescalas, nuevamente a excepción de la dimensión Miedo a la pérdida del feto, superior a .35. Estos resultados se reflejan en la Tabla 3.12.

Tabla 3.12.

Índices de fiabilidad de la VAPM

	Fiabilidad	Coeficiente de fiabilidad compuesta	AVE
VAPM	.83	.77	.40
Búsqueda de información sobre el feto	.78	.75	.44
Fantaseo sobre el feto	.75	.71	.40
Interacción con el feto	.86	.79	.49
Protección-Identificación	.77	.74	.43
Reconocimiento del feto como un individuo distinto de la gestante	.84	.76	.46
Miedo a la pérdida	.59	.56	.24

3.4.1.5.4. Validez convergente

La MAAS se ha aplicado con el fin de analizar la validez convergente de la VAPM. La mayor parte de los coeficientes de correlación entre ambos instrumentos son significativos y moderados. La correlación entre las dos escalas a nivel global también es moderada. La única subescala de la VAPM que no se relaciona con la MAAS es Reconocimiento del feto como un individuo distinto de la gestante. Las subescalas Fantaseo sobre el feto e Interacción con el feto son aquellas que muestran una mayor correlación con la MAAS; la subescala

Miedo a la pérdida del feto, por el contrario, es aquella que presenta coeficientes de correlación más reducidos. Estos resultados se muestran en la Tabla 3.13.

Tabla 3.13.

Validez convergente de la VAPM

	MAAS	Intensidad del apego	Calidad del apego
VAPM	.47**	.43**	.31**
Búsqueda de información sobre el feto	.46**	.43**	.31**
Fantaseo sobre el feto	.52**	.50**	.33**
Interacción con el feto	.52**	.47**	.36**
Protección altruista del feto	.35**	.30**	.28**
Reconocimiento del feto como un individuo distinto de la gestante	-.02	.01	-.05
Miedo a la pérdida del feto	.12**	.10*	.12**

* $p < .05$ ** $p < .01$.

3.4.1.6. Contraste de los resultados del estudio empírico con la valoración de los ítems realizada por los jueces expertos

Tras el primer estudio empírico de la VAPM, la versión del instrumento resultante se ha contrastado con los resultados obtenidos a partir del análisis de los ítems realizado por las expertas. Cabe recordar que éstas analizaron, entre otras cuestiones, la validez aparente, la validez de contenido y el lenguaje empleado en la redacción de los 56 ítems iniciales. En base al juicio de las expertas, los reactivos que presentaban problemas eran los siguientes: el 7, el 33 y el 40 en relación a la validez aparente; los ítems 20 y 32 en lo que a la validez de contenido respecta; y el 4, el 17, el 22, el 30 y el 47 por el lenguaje empleado en su redacción.

Tras realizar el estudio empírico de la VAPM, sólo dos de los ítems que las expertas no habían valorado de forma positiva se han mantenido: el 30 y el 47. Dos expertas consideraron que el lenguaje empleado en ambos reactivos generaba cierta confusión. Los dos ítems indicados pertenecen a la dimensión Miedo a la pérdida del feto, aquella con el menor de los coeficientes de fiabilidad. El ítem 47 exhibe, además, un coeficiente estructural de .46, inferior al establecido como criterio.

Por tanto, puede concluirse que sólo el ítem 47 presenta un ajuste inadecuado a ambos niveles: exhibe un coeficiente estructural inferior al establecido como criterio y fue valorado como confuso por dos de las tres expertas en relación al lenguaje empleado en su redacción. El ítem número 30 se valoró como confuso en lo que a su lenguaje respecta, pero psicométricamente su funcionamiento es adecuado.

3.4.1.7. Conclusiones

El objetivo del estudio empírico de la primera versión de la VAPM ha sido analizar sus propiedades psicométricas y realizar un primer ajuste del instrumento manteniendo aquellos ítems con un mejor funcionamiento. También se probado la adecuación de la nueva escala a varios modelos teóricos con el fin de valorar su validez de constructo. Por último, se ha analizado tanto su fiabilidad como su validez convergente.

El resultado de este estudio es una versión del instrumento de 24 ítems, divididos en seis subescalas de cuatro reactivos cada una. Las seis subescalas que se han mantenido muestran un adecuado ajuste a un modelo de seis factores subsumidos en un factor de segundo orden, es decir, el vínculo afectivo prenatal materno. Las subescalas son las siguientes: Búsqueda de información sobre el feto, Fantaseo sobre el feto, Interacción con el feto, Reconocimiento del feto como un individuo distinto de la gestante, Miedo a la pérdida del feto y la dimensión agrupada Protección-Identificación. Esta última se ha denominado Protección altruista del feto, nombre que engloba la naturaleza de las dos subescalas que agrupa: incluye tanto el cuidado y no perjuicio del feto en el cual se basa la dimensión Protección del feto, como el sacrificio de la gestante en beneficio del desarrollo del feto que define a la dimensión Identificación y satisfacción de necesidades del feto. La agrupación de dimensiones se ha realizado por la elevada covarianza obtenida entre ambas. Cinco de los diez expertos que habían valorado la dimensionalidad del constructo también señalaron que

sería interesante aunar ambas dimensiones. Con el análisis de la validez de constructo del instrumento el juicio de dichos expertos se ha visto confirmado y respaldado.

Los cuatro ítems retenidos que componen las subescalas Búsqueda de información sobre el feto, Fantaseo sobre el feto, Interacción con el feto y Reconocimiento del feto como un individuo distinto de la gestante, tienen unas adecuadas propiedades psicométricas, cumpliendo todos los criterios de retención de ítems establecidos. Los ítems con un funcionamiento más inadecuado son los de la dimensión agrupada (Protección altruista del feto) y los de la dimensión Miedo a la pérdida del feto. Sus coeficientes tanto de asimetría como de curtosis son elevados. Los ítems con los coeficientes estructurales más reducidos también pertenecen a estas dos dimensiones: dos de ellos a la dimensión Miedo a la pérdida del feto y el ítem restante a la dimensión Protección altruista del feto.

En relación a los factores que componen el citado modelo, cuatro de ellos presentan saturaciones elevadas con el factor de segundo orden. Son las dimensiones Miedo a la pérdida del feto y Reconocimiento del feto como un individuo distinto de la gestante aquellas que exhiben una saturación más baja. La dimensión Miedo a la pérdida del feto, tal y como lo indican también otros de los criterios de evaluación señalados, debe ser revisada en profundidad. La dimensión Reconocimiento del feto como un individuo distinto de la gestante se ha mantenido por su respaldo en la literatura (Cranley, 1981; Lafuente, 2008; Müller & Ferketich, 1992; Pallant et al., 2014; Siddiqui & Hägglöf, 2000). Además, esta última dimensión no fue rechazada por ninguno de los diez expertos al hacer el análisis de la dimensionalidad del constructo vínculo afectivo prenatal materno.

Otro de los análisis que se ha realizado con el fin de estudiar el funcionamiento de la versión de 24 ítems de la VAPM ha sido el análisis de su fiabilidad. Se ha obtenido un coeficiente de consistencia interna para la escala total de .83. Exceptuando la dimensión Miedo a la pérdida del feto, todas las subescalas presentan una fiabilidad adecuada. Además,

todos los coeficientes de fiabilidad compuesta, exceptuando el de la dimensión Miedo a la pérdida del feto, son adecuados. La AVE también es adecuada en todos los casos a excepción de la última dimensión citada.

Por último, se ha estudiado la validez convergente de la VAPM. Para ello, las puntuaciones obtenidas en la VAPM se han correlacionado con las de la MAAS. A nivel global ambas medidas convergen y, en base a sus subescalas, también se observa una convergencia en todas ellas a excepción de Reconocimiento del feto como un individuo distinto de la gestante. La MAAS no contiene ítems que hagan referencia a nivel de contenido a esta última dimensión, lo cual puede explicar la falta de convergencia. Otros instrumentos, por el contrario, sí la contemplan (Cranley, 1981; Lafuente, 2008). La subescala que ha mostrado unos coeficientes de correlación menores con la MAAS y sus subescalas ha sido Miedo a la pérdida del feto.

Aunque el funcionamiento psicométrico de la VAPM es aceptable, destacan varias cuestiones a mejorar. La más importante es el ajuste de las subescalas Miedo a la pérdida del feto y Protección altruista del feto. Dentro de estas dos subescalas, tres de sus ítems (número 12, 41 y 47) presentan coeficientes estructurales inferiores a .50. Además, la fiabilidad de la dimensión Miedo a la pérdida debe ser mejorada. La dimensión Protección altruista del feto también debe estudiada con más detalle porque ha surgido de la agrupación de ítems de dos dimensiones independientes. Otra de las cuestiones a mejorar serían los altos coeficientes de asimetría y curtosis de varios de los ítems de la VAPM. Por último, en base al análisis de expertos, sería importante revisar el lenguaje empleado en la construcción de los ítems 30 y 47.

En la Tabla 3.14 se reflejan las dimensiones del constructo vínculo afectivo prenatal materno, con sus respectivas definiciones y los ítems retenidos en relación a cada una de ellas. Debido al contenido de los cuatro ítems de la dimensión Miedo a la pérdida del feto, el

Tabla 3.14.

Dimensiones de la VAPM, definiciones e ítems retenidos

Dimensión	Definición	Ítems retenidos
Búsqueda de información sobre el feto	Disposición de la gestante a buscar información sobre el feto, la cual se deriva de la curiosidad, del deseo de la madre por conocer al objeto amado y sus características.	25. Me intereso por toda aquella información relacionada con mi hijo/a en gestación que voy obteniendo. 29. Me informo sobre el desarrollo de mi hijo/a en cada etapa de la gestación. 35. Para mí es importante saber cosas, datos o información sobre mi hijo/a en gestación. 56. Suelo buscar información de forma activa con el fin de saber más cosas sobre mi hijo/a en gestación.
Fantaseo sobre el feto	Disposición de la madre a crearse una imagen mental sobre el feto, una representación, un bebé imaginario con diferentes características tanto físicas como psíquicas.	2. Suelo imaginar a mi bebé dentro de mí. 14. Fantaseo sobre aquello que puede sentir mi bebé dentro de mí. 19. Imagino a mi bebé moviéndose en mi vientre. 54. He intentado crearme una representación mental de cómo es ahora mi hijo/a.
Interacción con el feto	Disposición de la embarazada a interactuar, relacionarse con el feto por medio del tacto, la palabra, etc., en definitiva, a través de cualquier conducta tanto verbal como no verbal.	31. Me comunico con mi hijo/a en gestación mediante el tacto y la palabra. 34. Intento interactuar con mi hijo/a para que me sienta. 36. Comunico mi amor y mi aceptación a mi hijo/a en gestación. 46. Hablo a mi hijo/a en gestación de forma cariñosa.
Protección altruista del feto	Disposición de la gestante a satisfacer de forma altruista las necesidades del feto con el fin de protegerle y proporcionarle un medio seguro para su desarrollo.	38. Estoy siguiendo las indicaciones de mi ginecólogo/a y/o de mi matrona con respecto al cuidado de mi hijo/a en gestación. 41. Pienso en las necesidades de mi hijo/a y no me importa sacrificarme por él/ella si es necesario. 49. Me preocupo porque las necesidades de mi hijo/a en gestación estén cubiertas. 52. Me gusta proteger a mi hijo/a en gestación.
Reconocimiento del feto como un individuo distinto de la gestante	Disposición de la embarazada a considerar al feto como un individuo separado y distinto del cuerpo materno, de la propia mujer, es decir, a lograr la individualización del feto de sí misma.	6. Mi hijo/a en gestación y yo somos dos personas distintas. 10. Reconozco a mi hijo/a como una pequeña persona que está dentro de mí pero que es distinta a mí. 37. A pesar de saber que el bienestar de mi hijo/a en gestación depende de mí, pienso que es un ser distinto, diferente de mí. 44. Mi hijo/a en gestación es un individuo distinto a mí, con su propia personalidad, sus necesidades, etc.
Angustia ante la pérdida del feto	Presencia de manifestaciones de angustia en la gestante ante la pérdida imaginada del feto o ante complicaciones gestacionales que pudieran afectar al nonato.	12. Si durante una revisión ginecológica o durante una consulta con la matrona me informasen de que la gestación no está evolucionando de forma correcta me preocuparía mucho y me angustiaría. 16. Me angustiaría y me entristecería mucho si perdiera a mi hijo/a. 30. Si el embarazo no evolucionase correctamente me preocuparía mucho y tendría mucho miedo a que algo pudiese sucederle a mi hijo/a. 47. Si la gestación se complicase sin que supusiese un riesgo para mí, pero sí para mi hijo/a, me angustiaría mucho.

nombre de esta dimensión ha sido modificado por Angustia ante la pérdida del feto. Esta dimensión también ha sido definida de nuevo. El término *angustia* se ha considerado más adecuado que el concepto *miedo*. No es necesario que la mujer tenga miedo a perder al feto para determinar que está vinculada afectivamente al mismo. Sin embargo, el hecho de que se

angustie ante una pérdida fetal real o imaginada sí es un indicador de que se encuentra vinculada afectivamente a su bebé en gestación. La VAPM valora la angustia de la gestante ante una situación imaginada de pérdida, como puede ser un aborto espontáneo, o ante complicaciones en el embarazo que pudieran afectar al feto. La dimensión Protección altruista del feto también se ha redefinido para incluir los aspectos más relevantes de las dos dimensiones que agrupa.

3.4.2. Revisión del instrumento de medida

3.4.2.1. Elaboración de nuevos ítems

Como se ha señalado previamente, el funcionamiento psicométrico de cuatro de las seis subescalas que componen la VAPM es adecuado. Las dimensiones del citado instrumento que presentan problemas son las siguientes: Protección altruista del feto y Angustia ante la pérdida del feto. En la primera de las dos dimensiones señaladas hay un ítem, el número 41, con un coeficiente estructural inferior a .50; en la dimensión Angustia ante la pérdida del feto tres ítems (12, 30 y 47) plantean problemas. Los ítems 12 y 47 exhiben coeficientes estructurales de .46; el reactivo 47, a su vez, y el 30, fueron valorados como confusos en relación al lenguaje empleado en su redacción por dos de las tres expertas que los analizaron.

Con el objetivo de lograr un ajuste más adecuado de las dimensiones Protección altruista del feto y Angustia ante la pérdida del feto, se han construido cuatro ítems nuevos por dimensión. El contenido de los ítems se ha desarrollado a partir de las definiciones de las dimensiones presentadas en la Tabla 3.14, pretendiendo cubrir todos los aspectos potencialmente relevantes. Los reactivos reflejan posibles manifestaciones tanto a nivel emocional como cognitivo y conductual de las dimensiones. Como en la fase previa de construcción de ítems, se ha evitado generar ítems que no puedan ser aplicados durante toda

la gestación o en todas las mujeres. También se ha evitado la redacción de ítems ambiguos o triviales, demasiado largos y constituidos por oraciones complejas o con dobles negaciones. El lenguaje utilizado ha sido sencillo y adaptado a una población general de mujeres embarazadas españolas.

Por otro lado, también se han modificado y simplificado los ítems 30 y 47, evaluados como confusos en lo que a su lenguaje respecta. Se han clarificado sin alterar su contenido.

3.4.2.2. Análisis de los nuevos ítems por jueces expertos

Tras el desarrollo de los ocho ítems nuevos y los dos modificados, éstos han sido valorados por expertos con el fin de estimar la validez aparente y de contenido, la equivalencia entre reactivos y el lenguaje empleado en la redacción de los mismos.

3.4.2.2.1. Participantes

Las personas que han valorado los nuevos ítems han sido tres psicólogas, todas ellas de nacionalidad española e investigadoras del equipo Deusto FamilyPsych (Universidad de Deusto). Ninguna de las tres psicólogas había participado en las fases previas de este estudio y no conocían ni la versión inicial del instrumento ni la versión obtenida a partir del estudio empírico.

Los criterios de inclusión en esta fase del estudio han sido: 1) ser psicólogo e investigador; y 2) ser hispanoparlante.

3.4.2.2.2. Instrumentos

Con el fin de que las expertas pudieran valorar los diez ítems se ha elaborado un documento, el cual se presenta en el Anexo F, compuesto por:

1. Explicación teórica del constructo y sus dimensiones, incluyendo las definiciones de cada una de ellas.
2. Un listado con los diez ítems nuevos ordenados de forma aleatoria.

3. Cuatro preguntas construidas ad hoc para el presente estudio con el fin de evaluar los siguientes aspectos: validez aparente, validez de contenido, lenguaje y equivalencia entre ítems. Para evaluar la validez aparente se ha preguntado sobre el grado en el que cada ítem evalúa de forma concreta el constructo vínculo afectivo prenatal materno. Para responder a esta pregunta se han ofrecido tres opciones de respuesta: 1) corresponde con el constructo; 2) dudo si corresponde o no; y 3) no corresponde con el constructo. Para valorar la validez de contenido se ha pedido clasificar cada uno de los ítems en base a las seis dimensiones planteadas. También se ha solicitado valorar el lenguaje de cada ítem, para lo cual se han ofrecido tres opciones de respuesta: 1) sencillo, claro, comprensible; 2) genera cierta confusión; 3) complejo, farragoso, difícil de comprender. A través de la cuarta pregunta se ha pedido a las expertas valorar la equivalencia o similitud entre los ítems.

3.4.2.2.3. Procedimiento

Con el fin de solicitar la colaboración en el estudio se contactó con las psicólogas e investigadoras de la Universidad de Deusto señaladas previamente. Se pidió su colaboración personalmente y las tres aceptaron participar. Las expertas fueron escogidas por su trayectoria profesional: todas ellas eran investigadoras predoctorales, expertas Psicología de la familia, y contaban con experiencia a nivel clínico.

En el primer contacto se presentó el estudio en líneas muy generales y se solicitó la colaboración de las expertas, explicando en qué consistía ésta. Una vez confirmada la voluntad de participación, se les envió el documento con las preguntas a responder detallado en el apartado anterior. Con el envío de este documento se explicitaron cuestiones como la libertad para participar, la confidencialidad de las respuestas y el uso exclusivo de las mismas para este estudio. También se indicó que podían realizar las preguntas que consideraran

oportunas y se les pidió que enviaran por correo electrónico el documento una vez contestado.

3.4.2.2.4. Estrategia de análisis

Las respuestas a las cuatro preguntas han sido analizadas en base al porcentaje de acuerdo entre las expertas (Kaplan & Saccuzzo, 2006; Torres & Perera, 2009). El criterio para la toma de decisiones ha sido el siguiente: un porcentaje de acuerdo interjueces del 100%, es decir, un acuerdo total entre las tres expertas.

3.4.2.2.5. Resultados

Las respuestas otorgadas por las participantes en relación a la validez aparente, validez de contenido y lenguaje de los ítems se presentan en la Tabla 3.15. Respecto a la validez aparente, las tres expertas han coincidido en señalar que nueve de los diez ítems corresponden con el constructo vínculo afectivo prenatal materno. Sólo uno de los ítems, el número 5, ha generado dudas en una de las expertas, quien ha señalado no estar segura sobre su correspondencia con el citado constructo.

Tabla 3.15.

Validez aparente, validez de contenido y lenguaje de los nuevos ítems de la VAPM: acuerdo interjueces

	Validez aparente				Validez de contenido					Lenguaje			
Ítem	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Porcentaje acuerdo	Dimensión	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Porcentaje acuerdo	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Porcentaje acuerdo
1	1	1	1	100%	6	6	6	6	100%	1	1	1	100%
2	1	1	1	100%	6	6	6	6	100%	1	1	1	100%
3	1	1	1	100%	4	4	4	4	100%	1	1	1	100%
4	1	1	1	100%	6	6	6	6	100%	1	1	1	100%
5	1	1	2	66.6%	4	4	1-4	4	66.6-100%	1	2	1	66.6%
6	1	1	1	100%	6	6	6	6	100%	1	1	1	100%
7	1	1	1	100%	6	6	6	6	100%	1	1	1	100%
8	1	1	1	100%	4	4	4	4	100%	1	1	1	100%
9	1	1	1	100%	4	4	4	4	100%	1	1	1	100%
10	1	1	1	100%	6	6	6	6	100%	1	1	1	100%

Nota. Validez aparente: 1= corresponde con el constructo; 2= dudo si corresponde o no. Validez de contenido: 1= Búsqueda de información sobre el feto; 4= Protección altruista del feto; 6= Angustia ante la pérdida del feto. Lenguaje: 1= sencillo, claro, comprensible; 2= genera cierta confusión.

Para evaluar la validez de contenido de los ítems se ha pedido a las expertas clasificar los diez ítems en base a las seis dimensiones que componen el instrumento. En este caso, el acuerdo interjueces ha sido total en nueve ítems. En todos éstos la correspondencia con la dimensión teórica también ha sido del 100%. El ítem número 5 ha planteado, nuevamente, problemas para una de las expertas, quien ha dudado en su clasificación entre dos dimensiones: Búsqueda de información sobre el feto y Protección altruista del feto. En caso de que la experta se decantase por clasificar este ítem en la dimensión a la que corresponde, Protección altruista del feto, el porcentaje de acuerdo interjueces sería del 100%. Si se decantase por clasificarlo en la otra dimensión que ha indicado, Búsqueda de información sobre el feto, el porcentaje de acuerdo entre los expertos sería del 66.6% para este ítem.

La tercera pregunta planteada ha sido la valoración del lenguaje con el cual están redactados los ítems. El lenguaje de nueve de los diez ítems ha sido valorado por las tres expertas (acuerdo del 100%) como sencillo, claro y comprensible. El lenguaje del reactivo número 5 ha planteado problemas para una de ellas, quien ha señalado que genera cierta confusión. Para las otras dos su lenguaje es claro.

La cuarta y última de las preguntas planteadas ha sido la equivalencia entre los ítems. Dos (66.6%) de las tres expertas han considerado que los ítems número 3 y número 9 son equivalentes y otra ha señalado lo mismo en el caso de los ítems número 5 y 8.

3.4.2.2.6. Conclusiones

Con el fin de realizar un análisis de los diez ítems nuevos (ocho nuevos y dos modificados) se ha solicitado la colaboración de tres expertas. Éstas han evaluado tanto la validez aparente como la validez de contenido de los reactivos, además de otras cuestiones relevantes como el lenguaje y las posibles equivalencias entre reactivos.

Tabla 3.16.

Dimensiones e ítems constituyentes de la tercera versión de la VAPM

Dimensión	Ítems
Búsqueda de información sobre el feto	11. Me intereso por toda aquella información relacionada con mi hijo/a en gestación que voy obteniendo. 12. Me informo sobre el desarrollo de mi hijo/a en cada etapa de la gestación. 17. Para mí es importante saber cosas, datos o información sobre mi hijo/a en gestación. 32. Suelo buscar información de forma activa con el fin de saber más cosas sobre mi hijo/a en gestación.
Fantaseo sobre el feto	1. Suelo imaginar a mi bebé dentro de mí. 7. Fantaseo sobre aquello que puede sentir mi bebé dentro de mí. 9. Imagino a mi bebé moviéndose en mi vientre. 30. He intentado crearme una representación mental de cómo es ahora mi hijo/a.
Interacción con el feto	15. Me comunico con mi hijo/a en gestación mediante el tacto y la palabra. 16. Intento interactuar con mi hijo/a para que me sienta. 19. Comunico mi amor y mi aceptación a mi hijo/a en gestación. 25. Hablo a mi hijo/a en gestación de forma cariñosa.
Protección altruista del feto	2. Me sacrifico en beneficio del adecuado desarrollo de mi bebé en gestación. 10. Proporciono a mi bebé los cuidados prenatales recomendados. 21. Protejo a mi hijo/a en gestación de todo aquello que creo que puede dañarle. 22. Estoy siguiendo las indicaciones de mi ginecólogo/a y/o de mi matrona con respecto al cuidado de mi hijo/a en gestación. 23. Pienso en las necesidades de mi hijo/a y no me importa sacrificarme por él/ella si es necesario. 27. He intentado dejar de lado hábitos de vida que pueden perjudicar a mi bebé en gestación. 28. Me preocupo porque las necesidades de mi hijo/a en gestación estén cubiertas. 29. Me gusta proteger a mi hijo/a en gestación.
Reconocimiento del feto como un individuo distinto de la gestante	3. Mi hijo/a en gestación y yo somos dos personas distintas. 4. Reconozco a mi hijo/a como una pequeña persona que está dentro de mí pero que es distinta a mí. 20. A pesar de saber que el bienestar de mi hijo/a en gestación depende de mí, pienso que es un ser distinto, diferente de mí. 24. Mi hijo/a en gestación es un individuo distinto a mí, con su propia personalidad, sus necesidades, etc.
Angustia ante la pérdida del feto	5. Si durante una revisión ginecológica o durante una consulta con la matrona me informasen de que la gestación no está evolucionando de forma correcta me preocuparía mucho y me angustiaría. 6. Si sufriese un aborto espontáneo me sentiría enormemente triste. 14. Si el embarazo no evolucionase correctamente me preocuparía mucho perder a mi bebé. 16. Me angustiaría y me entristecería mucho si perdiera a mi hijo/a. 13. Sólo el hecho de imaginar que podría sufrir un aborto espontáneo me genera un gran sufrimiento. 18. Si el desarrollo adecuado de mi hijo/a estuviese en riesgo me sentiría muy angustiada. 26. Perder al bebé, a pesar de que no supusiese un riesgo para mi salud, me angustiaría mucho. 31. Me entristezco si pienso en la posibilidad de que algo malo pueda ocurrirle a mi bebé en gestación.

Tras analizar las respuestas de las expertas, se observa que en todos los reactivos, a excepción del número 5, tanto la validez aparente como la validez de contenido y el lenguaje empleado en su redacción son adecuados. El reducido grado de acuerdo interjueces obtenido

en el reactivo número 5 no ha permitido eliminarlo. El bajo consenso observado en relación a la equivalencia de ítems tampoco ha permitido eliminar ningún reactivo ya que no puede asumirse que ninguno es igual que otro. Estos resultados hacen necesario realizar el segundo estudio empírico de la escala y analizar los diez nuevos reactivos a nivel psicométrico. Los resultados obtenidos a nivel estadístico se contrastarán con la valoración de las expertas, tal y como se ha realizado tras el primer estudio empírico de la VAPM.

Por tanto, tras la adición de los nuevos ítems, la VAPM cuenta con 32 reactivos: los 22 retenidos a partir del primer estudio empírico del instrumento y que se han mantenido sin cambios; los dos ítems retenidos pero cuya redacción se ha modificado ligeramente (ítems 30 y 47, los cuales corresponden con los ítems 14 y 26, respectivamente, de la Tabla 3.16); y los ocho ítems nuevos. Los ítems de la tercera versión de la VAPM se presentan clasificados por dimensiones en la Tabla 3.16.

3.4.3. Segundo estudio empírico

Tras el refinamiento de la VAPM, la versión del instrumento obtenida se ha aplicado a mujeres embarazadas con el fin de conocer su funcionamiento psicométrico a través del análisis de las siguientes cuestiones: distribución de los ítems, validez de constructo y fiabilidad.

3.4.3.1. Participantes

En el segundo estudio empírico de la VAPM han participado 365 mujeres embarazadas vizcaínas que acudían a clases de Educación Maternal o a controles prenatales con las matronas. El 88.2% (n= 322) de éstas asistían a Centros de Salud públicos y el 11.8% (n= 43) a centros privados. La edad media de estas mujeres ha sido de 33.53 años (DE= 4.36) y la semana gestacional media de las mismas ha sido la número 31 (DE= 4.68). Sólo una (0.3%) de las mujeres evaluadas se encontraba en el primer trimestre de gestación, 30

mujeres (8.2%) se encontraban en el segundo trimestre y las 335 restantes (91.5%) en el tercero. El 12.9% de las participantes, 47 mujeres, había logrado el embarazo a través de TRA y el 23% (n= 84) había sufrido algún aborto espontáneo o pérdida perinatal a lo largo de su vida. El 24.9% (n= 91) tenía uno o varios hijos biológicos y sólo seis (1.6%) estaban embarazadas de gemelos. El resto de las gestaciones eran únicas.

Los criterios de inclusión en este estudio han sido los siguientes: 1) estar embarazada; 2) acudir a clases de Educación Maternal o a controles prenatales en Vizcaya. Los criterios de exclusión han sido: 1) nacionalidad no española; 2) problemas de comprensión del idioma.

3.4.3.2. Instrumentos

Como se observa en la Tabla 3.17, son tres los instrumentos empleados: un cuestionario sobre la historia reproductiva, la VAPM y una escala para evaluar la sensibilidad al cambio. Todas las participantes han respondido a los dos primeros. El tercero, sin embargo, sólo ha sido aplicado a aquellas mujeres a quienes se ha evaluado en dos momentos con el fin de analizar la fiabilidad test-retest de la VAPM. Esta escala se ha aplicado en la segunda pasación.

Se han elaborado, por tanto, dos protocolos: uno que se ha aplicado a todas las participantes y que estaba compuesto por el Cuestionario sobre la historia reproductiva y la VAPM; y otro que se ha aplicado únicamente a algunas participantes dos semanas después de la primera evaluación y que estaba conformado por la VAPM y la Escala de sensibilidad al cambio. Con el fin de poder emparejar los protocolos de las mujeres evaluadas en dos ocasiones, se ha solicitado la fecha de nacimiento. Con este dato, además de la semana gestacional y el Centro de Salud de cada participante, los protocolos se han asociado con éxito.

Tabla 3.17.

Instrumentos de medida, dimensiones y variables evaluadas en el segundo estudio empírico de la VAPM

Instrumento	Dimensiones	Variables
Cuestionario sobre la historia reproductiva elaborado ad hoc		Edad, edad gestacional, paridad, forma de consecución del embarazo, abortos espontáneos o pérdidas perinatales y tipo de gestación (única, gemelar o múltiple)
Escala de Evaluación del Vínculo Afectivo Prenatal Materno (VAPM)	1. Búsqueda de información sobre el feto 2. Fantaseo sobre el feto 3. Interacción con el feto 4. Protección altruista del feto 5. Reconocimiento del feto como un individuo distinto de la gestante 6. Angustia ante la pérdida del feto	Vínculo afectivo prenatal materno
Escala de sensibilidad al cambio elaborada ad hoc	1. Implicación con la maternidad 2. Proximidad respecto al feto 3. Bienestar emocional 4. Felicidad con respecto al futuro 5. Satisfacción vital	Percepción de cambio en los siguientes aspectos: implicación con la maternidad, proximidad respecto al feto, bienestar emocional, felicidad con respecto al futuro y satisfacción vital

El Cuestionario sobre la historia reproductiva ha sido el mismo que el empleado en el primer estudio empírico del instrumento. Consta de seis preguntas sobre la edad de la mujer, su edad gestacional, paridad, forma de consecución del embarazo, abortos espontáneos o pérdidas perinatales y tipo de gestación (única, gemelar o múltiple).

La versión de la VAPM empleada en este estudio consta de 32 ítems, los cuales se dividen en seis subescalas: Reconocimiento del feto como un individuo distinto de la gestante, Interacción con el feto, Fantaseo sobre el feto, Búsqueda de información sobre el feto, Protección altruista del feto y Angustia ante la pérdida del feto. Las cuatro primeras subescalas señaladas constan de cuatro ítems; las dos últimas se componen de ocho reactivos. La VAPM se responde en base a una escala tipo Likert de cinco puntos desde *fuertemente en desacuerdo* hasta *fuertemente de acuerdo.*

La Escala de sensibilidad al cambio consta de cinco ítems que se responden en base a una escala tipo Likert de cuatro puntos, desde *ninguno* hasta *mucho*. El objetivo de este

instrumento es evaluar si la persona percibe cambios entre evaluaciones en alguno de los siguientes cinco aspectos: implicación con la maternidad, proximidad respecto al feto, bienestar emocional, felicidad con respecto al futuro y satisfacción vital.

Los dos protocolos de evaluación se presentan en el Anexo G (primera evaluación) y Anexo H (retest o segunda evaluación).

3.4.3.3. Procedimiento

Con la finalidad de llevar a cabo el segundo estudio empírico de la VAPM, se ha contactado vía correo postal con las matronas o profesionales encargados de impartir clases de Educación Maternal o atender a las mujeres embarazadas de 60 Centros de Salud públicos y ocho centros privados de Vizcaya. De estos 68 centros, han colaborado 18 profesionales de Centros de Salud públicos y dos de centros privados. Sólo la matrona de un Centro de Salud público ha rechazado participar en la investigación. Del resto de los centros no se ha obtenido respuesta. Las pasaciones se han realizado durante aproximadamente tres meses: desde el ocho de octubre de 2013 hasta el dos de enero de 2014.

En relación con los centros públicos, se ha contactado con todos los profesionales que participaron en el primer estudio empírico del instrumento y con los de otros municipios que no participaron (algunos de ellos ya habían sido contactados en dicho estudio y otros fueron contactados por primera vez). El procedimiento de contacto y de solicitud de colaboración fue el mismo que el seguido en el estudio anterior.

A 13 de los 18 Centros de Salud se ha acudido en más de una ocasión, por lo que se han realizado 33 evaluaciones. Además, en ocho grupos se ha evaluado a las mismas mujeres (n= 56) en dos ocasiones con el fin de valorar la fiabilidad test-retest del instrumento. Estas evaluaciones se han realizado con dos semanas de tiempo entre una y otra. En la Tabla 3.18 se reflejan los Centros de Salud en los cuales se ha administrado el protocolo, el número de

grupos evaluados en cada uno de ellos y el número de grupos en los cuales se ha realizado la evaluación test-retest.

Tabla 3.18.

Centros de Salud colaboradores en el segundo estudio empírico de la VAPM

Centro de Salud	Nº de grupos evaluados	Nº de grupos evaluados test – retest	Centro de Salud	Nº de grupos evaluados	Nº de grupos evaluados test - retest
1. Leioa	2	0	10. Derio	3	0
2. Sopelana	2	0	11. Zalla	3	2
3. Lutxana	2	0	12. Astrabudua	1	0
4. Berango	2	1	13. San Vicente	2	2
5. Las Arenas	2	0	14. Erandio	2	1
6. Urduliz	2	1	15. Amorebieta	2	0
7. Bidezabal	2	1	16. Etxebarri	1	0
8. Galdakao	2	0	17. Igorre	1	0
9. Orduña	1	0	18. Bermeo	1	0

A las matronas de los Centros de Salud de municipios con una mayor población también se les ha pedido la colaboración para proporcionar a las gestantes el protocolo durante los controles prenatales y conseguir así realizar evaluaciones a mujeres que se encontrasen en el primer o segundo trimestre de gestación. Las mujeres que acuden a Educación Maternal se encuentran en el tercer trimestre. Se ha pedido a las matronas de ocho centros participar en el estudio de esta forma y han participado las de los siguientes centros: Las Arenas, Galdakao y Bermeo.

El procedimiento seguido en los Centros de Salud públicos ha sido exactamente el mismo que el indicado en el primer estudio empírico del instrumento: contacto con las matronas, explicación del estudio, establecimiento de citas para realizar evaluaciones, evaluación de las gestantes, etc. Dicha evaluación también se ha realizado en la propia sala de Educación Maternal y la aplicación de los instrumentos ha sido colectiva. La duración de las evaluaciones ha sido más reducida en este caso, oscilando entre 10 y 15 minutos (tanto en la primera pasación como en el retest). También se han explicitado aspectos como la

confidencialidad, voluntariedad y otras cuestiones de índole ético. Las mujeres han respondido al cuestionario de forma individual y sólo dos de ellas han preferido no participar en el estudio.

Como se ha indicado en líneas anteriores, también se ha contactado con ocho centros privados que atienden mujeres embarazadas, pero sólo dos han aceptado participar. El procedimiento seguido en estos centros ha sido el mismo que en los centros públicos. Ninguna mujer ha rechazado participar en el estudio.

3.4.3.4. Estrategia de análisis

La estrategia de análisis para verificar la bondad métrica de la VAPM ha sido muy similar a la seguida en el primer estudio empírico del instrumento (Tabla 3.19). Primeramente, se ha revisado mediante el programa SPSS para Windows en su versión 18 (Norusis, 2010) la distribución de los ítems que integran la VAPM mediante el cálculo del porcentaje de respuestas a cada valor de puntuación, la media, la desviación estándar, el índice de asimetría, el índice de curtosis, el coeficiente de correlación de cada ítem con la subescala a la que pertenece y con la escala global, el valor del coeficiente de fiabilidad tanto de cada subescala como de la escala global si se retira cada ítem y la comunalidad de cada reactivo. Seguidamente, se ha realizado la eliminación de ítems de las dos subescalas que planteaban problemas en base a los resultados del primer estudio empírico atendiendo a los mismos criterios que los seguidos en dicho estudio.

Los ítems retenidos han sido sometidos a análisis factoriales confirmatorios a partir de técnicas estructurales de covarianza con el objeto de contrastar las dimensiones del constructo vínculo afectivo prenatal materno. Se ha tratado de verificar la adecuación de los datos a varios modelos con el fin de hallar aquel con mejor ajuste. Para ello, se ha estimado el grado de ajuste de los datos a los modelos de medida a través de la aplicación del programa EQS (Bentler, 1995; Bentler & Wu, 1995). Se ha optado por realizar los análisis factoriales

confirmatorios sobre las matrices de correlaciones policóricas y por la utilización de métodos robustos para la valoración de los índices de ajuste. Para la estimación de los parámetros se ha adoptado el método de máxima verosimilitud (Satorra, 2003; Satorra & Bentler, 2001). Los criterios empleados para evaluar la bondad de ajuste de los modelos de medida han sido exactamente los mismos que los empleados en el primer estudio empírico del instrumento.

Tabla 3.19.

Verificación de la bondad métrica de la VAPM: resumen de la estrategia de análisis del segundo estudio empírico

Fase	Análisis	Criterios
Análisis de la distribución de los ítems y eliminación de ítems	- Proporción de respuestas a cada valor de puntuación - Media - Desviación estándar - Asimetría - Curtosis - Correlación de cada ítem con la escala total y con la subescala a la que pertenece - Comunalidad - Coeficiente de fiabilidad de la escala total y de la subescala si se elimina el ítem	Criterios para la eliminación de ítems: - Asimetría y curtosis elevadas - Correlación de Pearson entre el ítem y la subescala a la que pertenece: < .40 - Aumento de la fiabilidad de la subescala a la que pertenece el ítem en más de .03 si se elimina - Homogeneización de las subescalas en base al número de ítems
Validez de constructo	- Análisis Factorial Confirmatorio	- Coeficiente de Mardia: < 1.96 - χ^2 y χ^2_{SB}: no significativas - χ^2/gl y χ^2_{SB}/gl: < 4 - RMSEA: < .05 - AIC: cuanto más bajo, más ajuste - GFI, CFI, IFI: > .90 - Coeficientes estructurales: > .50
Fiabilidad	- Coeficiente alpha de Cronbach - Coeficiente de fiabilidad compuesta - Varianza Media Extractada (AVE) - Fiabilidad test-retest - Correlación intraclase - Sensibilidad al cambio	- α: > .70 - Coeficiente de fiabilidad compuesta: > .70 - AVE: > .35 - r > .50 - r > .50 - r: más adecuado cuanto más elevado

Los modelos de medida obtenidos a través del análisis factorial confirmatorio se han reflejado en figuras en las que se indican las estimaciones paramétricas de las ecuaciones de medida en coeficientes estandarizados: los coeficientes factoriales (λ), los errores de medición (δ) y, en su caso, las correlaciones factoriales estimadas entre las variables latentes

(β). En estas figuras también se han incluido los índices de bondad de ajuste de cada modelo de medida.

Asimismo, se ha analizado la consistencia interna del instrumento y de sus dimensiones a través del coeficiente alpha de Cronbach y se ha calculado tanto la fiabilidad compuesta del constructo como la AVE. También se ha estudiado la fiabilidad test-retest de la versión final de la VAPM y se han hallado los coeficientes de correlación intraclase. La fiabilidad test-retest es adecuada si los coeficientes de correlación entre los datos obtenidos en ambos momentos de evaluación son superiores a .50. Para las correlaciones intraclase se ha establecido también este último criterio.

Por último, y en relación a la fiabilidad test-retest del instrumento, se ha analizado la sensibilidad de la VAPM para detectar cambios en el vínculo afectivo prenatal materno. Para ello, la diferencia de puntuaciones entre el test y el retest se ha correlacionado con las puntuaciones obtenidas en la Escala de sensibilidad al cambio. La sensibilidad al cambio de la VAPM queda establecida con coeficientes de correlación significativos y elevados con algunos de los ítems de la Escala de sensibilidad al cambio.

3.4.3.5. Resultados

3.4.3.5.1. Análisis de la distribución de los ítems y eliminación de ítems

En la Tabla 3.20 se refleja el análisis de la distribución de los 32 ítems que conforman la VAPM. Éstos se han presentado agrupados por subescalas con el objetivo de favorecer la lectura de los resultados.

Como se observa en la citada tabla, las respuestas de las participantes tienden a agruparse en las puntuaciones altas, la asimetría negativa es, por tanto, evidente en todos los ítems. La curtosis elevada también puede observarse en algunos ítems, aquellos en los cuales la frecuencia de respuestas alrededor de la media es muy alta. Así, las puntuaciones medias

Tabla 3.20.

Distribución de los ítems de la VAPM: segundo estudio empírico

Subescala	Nº	1	2	3	4	5	M	DE	As	Kur	r	Alfa	h^2	r^a	Alfa^a
Búsqueda de información sobre el feto	11	0%	0.3%	4.7%	42.5%	52.6%	4.47	0.60	-0.74	-0.01	.42	0.83	.67	.64	0.77
	12	0%	0.3%	5.5%	38.1%	56.2%	4.50	0.61	-0.90	0.16	.50	0.83	.69	.70	0.75
	17	0%	0.3%	4.1%	40.5%	55.1%	4.50	0.59	-0.82	0.12	.48	0.83	.68	.66	0.77
	32	0.3%	3.8%	14.8%	40%	41.1%	4.17	0.84	-0.85	0.27	.43	0.83	.63	.62	0.81
Total subescala							4.41	0.54	-0.66	-0.17	-	-	-	-	0.82
Fantaseo sobre el feto	1	0.3%	2.5%	11%	48.8%	37.5%	4.21	0.75	-0.87	0.97	.31	0.83	.57	.51	0.71
	7	1.1%	5.2%	22.7%	47.1%	23.8%	3.87	0.87	-0.63	0.35	.35	0.83	.59	.56	0.69
	9	0%	0.3%	5.8%	38.6%	55.3%	4.50	0.62	-0.87	0.10	.38	0.83	.60	.55	0.70
	30	0.3%	3.3%	17.3%	43.3%	35.9%	4.11	0.82	-0.68	0.08	.43	0.83	.63	.59	0.66
Total subescala							4.17	0.58	-0.68	0.27	-	-	-	-	0.75
Interacción con el feto	15	0%	1.1%	9.9%	43%	46%	4.34	0.70	-0.77	0.13	.47	0.83	.66	.67	0.80
	16	0%	2.2%	15.3%	46%	36.4%	4.16	0.76	-0.60	-0.15	.50	0.83	.74	.71	0.78
	19	0.3%	0.5%	7.7%	43.6%	47.9%	4.38	0.67	-0.96	1.35	.56	0.83	.65	.67	0.80
	25	0.3%	0.8%	7.1%	35.3%	56.4%	4.46	0.69	-1.28	1.92	.51	0.83	.59	.64	0.81
Total subescala							4.34	0.58	-0.70	0.21	-	-	-	-	0.84
Protección altruista del feto	**2**	0.5%	1.1%	9.6%	50.7%	38.1%	4.24	0.71	-0.94	1.84	.42	0.83	.45	**.53**	0.84
	10	0%	0.5%	6%	42.2%	51.2%	4.44	0.63	-0.82	0.27	.46	0.83	.51	**.57**	0.83
	21	0.3%	0.8%	4.4%	40.8%	53.7%	4.46	0.65	-1.25	**2.57**	.47	0.83	.58	.60	0.83
	22	0%	0.3%	2.2%	38.1%	59.5%	4.56	0.55	-0.90	0.35	.50	0.83	.65	.68	0.82
	23	0%	0.5%	3%	38.6%	57.8%	4.53	0.58	-1.01	0.91	.52	0.83	.64	.69	0.82
	27	0.3%	1.6%	7.4%	30.4%	60.3%	4.48	0.72	-1.48	**2.24**	.30	0.83	.41	**.44**	0.85
	28	0%	0%	0.3%	40.8%	58.9%	4.58	0.50	-0.42	-1.66	.57	0.83	.62	.67	0.83
	29	0%	0.3%	1.4%	38.4%	60%	4.58	0.53	-0.86	0.28	.59	0.83	.62	.64	0.83
Total subescala							4.49	0.43	-0.57	-0.47	-	-	-	-	0.85
Reconocimiento del feto como un individuo	3	7.7%	15.9%	21.4%	33.2%	21.9%	3.45	1.21	-0.45	-0.76	.21	0.83	.71	.72	0.87
	4	3%	9.3%	14.5%	42.5%	30.7%	3.88	1.04	-0.91	0.28	.26	0.83	.74	.76	0.85
	20	5.8%	10.1%	17%	40.3%	26.8%	3.72	1.13	-0.81	-0.06	.31	0.83	.82	.80	0.83
	24	2.2%	6%	14.5%	42.5%	34.5%	4.01	0.96	-1.02	0.83	.32	0.83	.75	.74	0.86
Total subescala							3.77	0.94	-0.74	0.14	-	-	-	-	0.88
Angustia ante la pérdida del feto	**5**	0.8%	0.5%	1.9%	14.5%	82.2%	4.76	0.60	**-3.50**	**15.47**	.31	0.83	.42	**.36**	0.52
	6	1.1%	0.3%	1.4%	16.2%	81.1%	4.75	0.60	**-3.62**	**16.98**	.37	0.83	.73	.45	0.50
	8	0.3%	0.5%	0.8%	9.6%	88.8%	4.86	0.45	**-4.38**	**24.85**	.34	0.83	.79	.43	0.52
	13	1.1%	4.1%	12.6%	28.8%	53.4%	4.29	0.91	-1.28	1.18	.40	0.83	.60	.45	0.47
	14	0%	0.5%	3.3%	22.2%	73.7%	4.83	2.70	**7.86**	**334.11**	.12	0.83	.40	**.18**	**0.82**
	18	0%	0%	2.2%	22.7%	75.1%	4.72	0.50	-1.57	1.56	.49	0.83	.68	.56	0.49
	26	0.5%	0%	2.7%	18.6%	78.1%	4.73	0.56	-2.80	11.09	.46	0.83	.58	.49	0.49
	31	0%	0.3%	4.9%	26.8%	67.9%	4.62	0.60	-1.41	1.35	.47	0.83	.66	.49	0.49
Total subescala							4.70	0.55	3.87	55.48	-	-	-	-	0.55
Escala Total							4.38	0.35	-0.18	0.95	-	-	-	-	0.83

Nota. M: media; DE: desviación estándar; As: asimetría; Kur: curtosis; r: coeficiente de correlación del ítem con el resto de la escala; Alfa: valor del coeficiente de fiabilidad de la escala total si se retira el ítem; h^2: comunalidad; r^a: coeficiente de correlación del ítem con la subescala a la que pertenece; Alfa^a: valor del coeficiente de fiabilidad de la subescala si se retira el ítem.

obtenidas son altas. Los coeficientes de correlación de los ítems con la escala a nivel global son, en la mayor parte de los casos, moderados, oscilando entre .12 y .59. Las comunalidades de los ítems oscilan entre .40 y .82, y el valor del coeficiente de fiabilidad de la escala total no se vería afectado en más de .03 puntos al retirar ninguno de los ítems.

En base a los resultados del primer estudio empírico del instrumento, son dos las subescalas que presentaban problemas a nivel psicométrico: Protección altruista del feto y Angustia ante la pérdida del feto. Las cuatro subescalas con un funcionamiento adecuado en el primer estudio empírico son las siguientes: Búsqueda de información sobre el feto,

Fantaseo sobre el feto, Interacción con el feto y Reconocimiento de feto como un individuo distinto de la gestante. En base a los resultados de este segundo estudio, todos los ítems que componen las cuatro últimas subescalas indicadas cumplen los criterios de retención de reactivos establecidos: sus asimetrías y curtosis son adecuadas, sus coeficientes de correlación con la subescala a la que corresponden son superiores a .40, oscilando entre .51 y .80, y la eliminación de ninguno de ellos alteraría el valor de los coeficientes de fiabilidad de su propia subescala en más de .03 puntos.

En lo que a la subescala Protección altruista del feto respecta, son dos los ítems que no cumplen los criterios de retención de reactivos señalados: el número 21 y el número 27. Ambos presentan una curtosis muy elevada y no se han retenido. Debido al criterio de homogeneización de las subescalas, otros dos reactivos también han sido eliminados: el número 2 y el número 10. Éstos cumplen todos los criterios establecidos para la retención de ítems. Sin embargo, son aquellos que presentan un coeficiente de correlación menor, aunque adecuado, con su propia subescala.

La última de las subescalas a comentar, Angustia ante la pérdida del feto, es aquella que ha presentado un funcionamiento psicométrico menos adecuado. Los cuatro ítems no retenidos han sido los siguientes: el número 5, el 6, el 8 y el 14. Todos ellos presentan tanto asimetrías como curtosis muy elevadas. El ítem 5, además, muestra un coeficiente de correlación con la subescala de .36, inferior al establecido como criterio. El reactivo número 14 exhibe un coeficiente de correlación de .18 con la subescala y su eliminación aumentaría la fiabilidad de la misma de .55 a .82. Las asimetrías y curtosis de los cuatro ítems retenidos de esta dimensión (el 13, el 18, el 26 y el 31) también son elevadas, pero en menor medida que en el caso de los ítems eliminados. Además, el cumplimiento del resto de los criterios de retención es total en el caso de estos últimos reactivos. El criterio de homogeneización del número de ítems por subescala no permite eliminar más de cuatro.

3.4.3.5.2. Validez de constructo

Tras la reducción de la escala a 24 ítems, se han realizado análisis factoriales confirmatorios con la finalidad de verificar la adecuación de los datos al modelo teórico subyacente (modelo de seis factores subsumidos en un factor de segundo orden) y a un modelo de seis factores correlacionados. Los resultados de los modelos probados se muestran en la Tabla 3.21.

Tabla 3.21.

Resumen de los análisis factoriales confirmatorios del segundo estudio empírico de la VAPM: modelos

Modelo	Coeficiente de Mardia	χ^2	g.l.	χ^2/gl	*p*	AIC M.V. M. R.	GFI AGFI	CFI M.V. M. R.	IFI M.V. M. R.	RMSEA (90 I.C.) M.V. M. R.	χ^2_{SB}	χ^2_{SB}/gl	*p*
6FC	49.90	522.40	237	2.20	.000	48.40 -54.63	.89 .86	.93 .95	.93 .95	.06 (.05 a .06) .04 (.04 a .05)	419.36	1.76	.000
6F1F	49.90	564.70	240	2.35	.000	84.70 -102.41	.88 .85	.92 .96	.92 .96	.06 (.05 a .07) .04 (.03 a .05)	377.59	1.57	.000

Nota. 6FC: seis factores correlacionados; 6F1F: seis factores subsumidos en un factor de segundo orden; χ^2: ji cuadrado; g.l.: grados de libertad; χ^2/gl: razón entre ji cuadrado y los grados de libertad; *p*: significación estadística; AIC: criterio de información de Akaike; GFI: índice de bondad de ajuste; AGFI: índice de bondad de ajuste corregido; CFI: índice de ajuste comparativo; IFI: índice de ajuste incrementado; RMSEA (90 I.C.): error de aproximación cuadrático medio (intervalo del confianza al 90%); M.V.: máxima verosimilitud; M.R.: métodos robustos; χ^2_{SB}: ji cuadrado de Satorra-Bentler; χ^2_{SB}/gl: razón entre ji cuadrado de Satorra-Bentler y los grados de libertad.

Los coeficientes de Mardia de los modelos probados son superiores al establecido como criterio. Esto indica que tanto la asimetría como la curtosis son elevadas, lo cual hace indispensable utilizar los métodos robustos para realizar la estimación. A pesar de que χ^2 no es en ninguno de los casos no significativo, la razón entre χ^2 y los grados de libertad es en ambos inferior a 2.5. Tanto el CFI como el IFI son adecuados en los modelos probados ya que presentan valores superiores a .90. El GFI de los modelos, sin embargo, muestra valores inferiores al establecido como criterio. El RMSEA indica un buen ajuste en los dos modelos y el valor del AIC es inferior en el modelo de factores subsumidos en un factor de segundo orden. Los dos modelos se presentan en la Figura 3.5 y en la Figura 3.6.

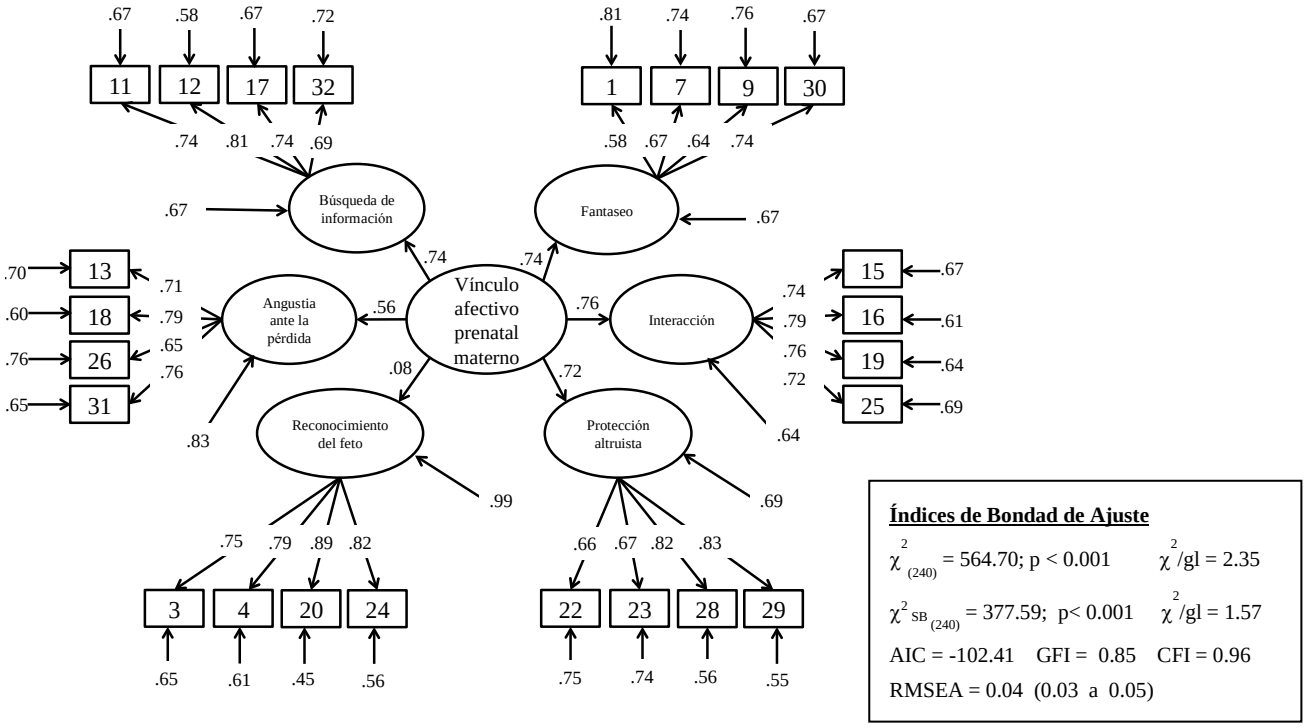

Figura 3.5. Análisis factorial confirmatorio de la VAPM en el segundo estudio empírico: Modelo de seis factores subsumidos en un factor de segundo orden

Ambos modelos exhiben un ajuste correcto. Sin embargo, existe una diferencia estadísticamente significativa entre ellos. Ésta ha sido hallada al contrastar las razones de verosimilitud de los dos modelos. El modelo de seis factores correlacionados es más parsimonioso que el de seis factores subsumidos en un factor de segundo orden. No obstante, al mismo tiempo, el buen ajuste del modelo de seis factores correlacionados refleja que subyace una estructura general que hace mención al constructo central. Así, debido al buen ajuste del modelo de seis factores subsumidos en un factor de segundo orden y a la coherencia de éste último con el modelo teórico en base al cual está construida la escala, éste ha sido el modelo de elección. Por tanto, ante una situación de convergencia entre ambos modelos muy similar, se ha retenido el menos parsimonioso.

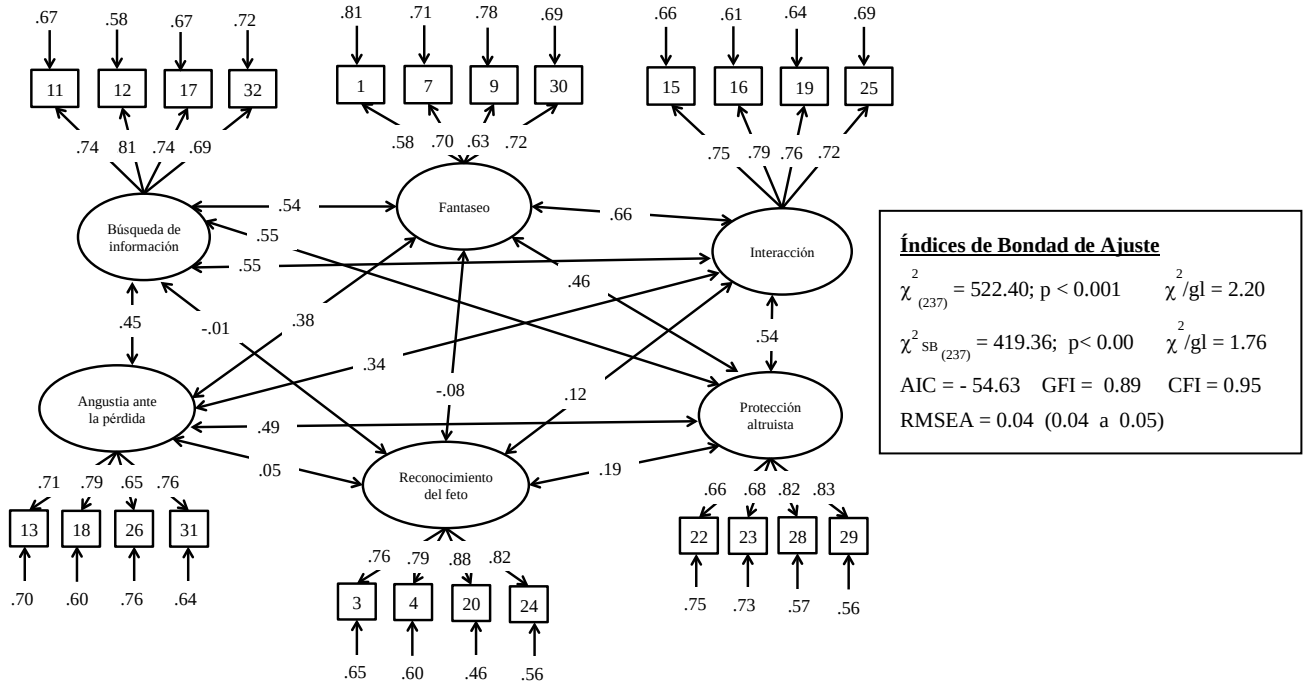

Figura 3.6. Análisis factorial confirmatorio de la VAPM en el segundo estudio empírico: Modelo de seis factores correlacionados

El modelo de seis factores subsumidos en un factor de segundo orden presenta unos coeficientes estructurales adecuados. Todos ellos son superiores al establecido como criterio, oscilando entre .58 y .89. Además, cinco de los seis factores presentan saturaciones superiores a .50 (.56-.76) con el factor de segundo orden. El único que exhibe una saturación baja (.08) es Reconocimiento del feto como un individuo distinto de la gestante.

3.4.3.5.3. Fiabilidad

Tras reducir el instrumento y probar su ajuste al modelo teórico de base, se han recalculado los índices de consistencia interna tanto de la escala a nivel general como de las subescalas que la conforman. El índice de consistencia interna de la escala total es de .85 y los índices de fiabilidad de las subescalas oscilan entre .75 y .88. También se han calculado los coeficientes de fiabilidad compuesta y la AVE tanto de la escala total como de sus subescalas. Los coeficientes de fiabilidad compuesta han oscilado entre .70 y .82, y la AVE

entre .36 y .54.

En relación con la fiabilidad test-retest, el coeficiente de correlación entre los resultados obtenidos en los dos momentos de evaluación teniendo en cuenta la escala total ha sido de .81. Los coeficientes de correlación por subescalas han oscilado entre .57 y .77, siendo todos ellos estadísticamente significativos. Las correlaciones intraclase obtenidas también han sido altas y estadísticamente significativas en todos los casos, oscilando entre .72 y .89. Estos resultados se reflejan en la Tabla 3.22.

Tabla 3.22.

Índices de fiabilidad de la VAPM: segundo estudio empírico

	Fiabilidad	Índice de fiabilidad compuesta	AVE	Test-retest	Correlación intraclase
VAPM	.85	.74	.36	.81**	.89**
Búsqueda de información sobre el feto	.82	.77	.47	.73**	.84**
Fantaseo sobre el feto	.75	.70	.36	.77**	.87**
Interacción con el feto	.84	.77	.46	.66**	.79**
Protección altruista del feto	.83	.77	.45	.58**	.73**
Reconocimiento del feto como un individuo distinto de la gestante	.88	.82	.54	.67**	.80**
Angustia ante la pérdida del feto	.79	.75	.44	.57**	.72**

** $p < .01$.

Con el fin de valorar la sensibilidad al cambio de la VAPM, se ha analizado la relación entre, por un lado, la diferencia entre las puntuaciones obtenidas al aplicar el retest del instrumento y la primera pasación del mismo, y, por otro lado, las puntuaciones en cinco ítems creados para analizar si las participantes habían percibido algún cambio desde la primera pasación en alguno de los siguientes cinco aspectos: implicación con la maternidad, proximidad respecto al feto, bienestar emocional, felicidad con respecto al futuro y satisfacción vital. Los coeficientes de correlación obtenidos se presentan en la Tabla 3.23.

Tabla 3.23.

Relación entre la diferencia de puntuaciones en la VAPM entre el test y el retest y los cambios percibidos

	VAPM
Implicación con la maternidad	.32*
Proximidad respecto al feto	.36**
Bienestar emocional	.33**
Felicidad con respecto al futuro	.23
Satisfacción vital	.22

* $p < .05$ ** $p < .01$.

Como se observa en la tabla anterior, la diferencia entre las puntuaciones entre el retest y la primera pasación de la VAPM correlaciona de forma significativa y moderada con tres indicadores de cambio: implicación con la maternidad, proximidad respecto al feto y bienestar emocional. La correlación más alta se evidencia entre el cambio en el vínculo afectivo prenatal materno y la proximidad respecto al feto, es decir: las gestantes cuya puntuación ha aumentado más de la primera a la segunda pasación del instrumento son aquellas que han manifestado un mayor aumento de su proximidad respecto al feto. Lo mismo se aprecia en el caso de la implicación con la maternidad y del bienestar emocional.

3.4.3.6. Contraste de los resultados del segundo estudio empírico con la valoración de los ítems realizada por los expertos

Como se ha señalado en líneas anteriores, es importante contrastar la versión de la VAPM resultante del segundo estudio empírico con los resultados obtenidos a partir del análisis de los ítems realizado por las expertas. Cabe recordar que éstas analizaron la validez aparente, la validez de contenido, el lenguaje y la equivalencia conceptual de ítems.

Teniendo en cuenta la valoración de las expertas, el ítem número 5 (el cual corresponde en la última versión de la VAPM con el ítem número 10) ha sido el único que ha planteado problemas en lo que a su validez aparente y de contenido y a su lenguaje respecta.

Este ítem ha sido eliminado al estudiar psicométricamente la escala por tener una menor correlación que otros ítems de su propia subescala con la misma.

La segunda cuestión que se deriva del análisis de jueces es la siguiente: para dos de las tres expertas los ítems 3 y 9 son equivalentes (ítems número 2 y 27 en la última versión de la VAPM) y para una de ellas los reactivos número 5 y 8 (ítems 10 y 21 en la última versión de la VAPM) también lo son. Estos cuatro ítems han sido los reactivos eliminados de la subescala Protección altruista del feto.

Así, tras contrastar la valoración de los ítems realizada por las expertas con los resultados de los análisis psicométricos, puede afirmarse que todos los reactivos que componen la versión final de la VAPM han sido considerados por las expertas como adecuados en lo que a su validez aparente y de contenido, a su lenguaje y a la equivalencia conceptual entre los ítems respecta.

3.5. Discusión

El objetivo principal de este estudio ha sido la construcción de un instrumento de evaluación del vínculo afectivo prenatal materno con un funcionamiento psicométrico adecuado. Para ello, se ha planteado una propuesta metodológica que se divide en dos grandes fases: la construcción del instrumento de medida, por un lado, y el estudio empírico del mismo, por otro.

El primer paso en la construcción del instrumento ha sido la definición y clarificación del constructo vínculo afectivo prenatal materno y sus dimensiones. Tras esto, se ha procedido a la creación de ítems. Tanto la dimensionalidad del constructo como los ítems generados han sido valorados por expertos en la materia. Una vez construida la escala, ésta se ha aplicado y se ha analizado a nivel psicométrico. El estudio de su bondad métrica se ha realizado en dos ocasiones: un primer estudio para observar el funcionamiento de la versión

inicial y un estudio posterior tras ajustar la escala con el fin de analizar la adecuación de la versión revisada. En ambos estudios se han evaluado cuestiones como la distribución de los ítems, la validez de constructo, la validez convergente y la fiabilidad.

El resultado de este trabajo es una versión del instrumento de 24 ítems, divididos en seis subescalas de cuatro reactivos cada una. Las seis subescalas son las siguientes: Búsqueda de información sobre el feto, Fantaseo sobre el feto, Interacción con el feto, Reconocimiento del feto como un individuo distinto de la gestante, Protección altruista del feto y Angustia ante la pérdida del feto.

Las primeras cuatro subescalas citadas mostraron un buen ajuste a nivel psicométrico en el primer estudio empírico del instrumento. A través del segundo estudio empírico sus adecuadas propiedades psicométricas han sido confirmadas. Las dos subescalas restantes, Protección altruista del feto y Angustia ante la pérdida del feto, fueron revisadas tras la realización del primer estudio empírico dado su inadecuado ajuste. Tras la adición y modificación de varios ítems, los reactivos retenidos en el segundo estudio empírico presentan un comportamiento psicométrico adecuado, superando las limitaciones observadas en el primer estudio empírico.

Los cuatro ítems constituyentes de cada subescala muestran unas propiedades psicométricas adecuadas. Sin embargo, cabe destacar que uno de los reactivos de la dimensión Angustia ante la pérdida del feto (número 18) refleja unos coeficientes de asimetría y curtosis muy elevados. De hecho, tal y como confirma el coeficiente de Mardia, tanto la asimetría como la curtosis de la Escala de Evaluación del Vínculo Afectivo Prenatal Materno (VAPM) son elevadas. Esto puede deberse, entre otras cuestiones, a la deseabilidad social y al perfil de las mujeres participantes: el 91.5% de éstas se encontraban en el tercer trimestre de gestación y acudían a clases de Educación Maternal. Es probable que estas mujeres presenten un alto vínculo afectivo con el nonato, que pensar en una pérdida perinatal

les genere una gran angustia, que protejan al feto, que interactúen con él… Es decir, es esperable que puntúen alto en la VAPM.

En los dos estudios empíricos del instrumento se han probado varios modelos con el fin de analizar su ajuste. En ambos estudios los modelos de factores correlacionados han sido más parsimoniosos que los modelos de factores subsumidos en un factor de segundo orden. No obstante, el buen ajuste de los modelos de factores correlacionados refleja que subyace una estructura general que hace mención al constructo central. Además, dado que el modelo teórico en base al que está construida la escala es un modelo de seis factores subsumidos en un factor de segundo orden, éste ha sido el modelo de elección.

En base al segundo estudio empírico de la VAPM, estudio en el cual se ha hallado la versión final de la escala, todos los coeficientes estructurales del modelo de seis factores subsumidos en un factor de segundo orden son adecuados. Con esta nueva versión de la VAPM se ha superado la limitación a este nivel de algunos de los ítems de la versión previa. En relación a los factores que componen el citado modelo, cinco de ellos presentan saturaciones elevadas con el factor de segundo orden. La dimensión Angustia ante la pérdida del feto, la cual en la versión previa de la VAPM mostraba una saturación reducida, exhibe en esta nueva versión un coeficiente de saturación adecuado. La única dimensión que no refleja un ajuste óptimo es Reconocimiento del feto como un individuo distinto de la gestante. Sin embargo, ésta se ha mantenido por el respaldo teórico y empírico con el que cuenta (Cranley, 1981; Lafuente, 2008; Müller & Ferketich, 1992; Pallant et al., 2014; Siddiqui & Hägglöf, 2000). Esta dimensión tampoco fue rechazada por ninguno de los diez expertos al hacer el análisis de la dimensionalidad del constructo vínculo afectivo prenatal materno.

Otro de los análisis que se ha realizado con el fin de estudiar el funcionamiento de la de la VAPM ha sido el análisis de su fiabilidad. Teniendo en cuenta la versión final, se ha

obtenido un coeficiente de consistencia interna para la escala total de .85. Los coeficientes de consistencia interna de las subescalas han oscilado entre .75 (Fantaseo sobre el feto) y .88 (Reconocimiento del feto como un individuo distinto de la gestante). También se han calculado los coeficientes de fiabilidad compuesta y la varianza media extractada. Todos los coeficientes hallados a ambos niveles son adecuados. La fiabilidad test-retest de la escala, la cual se analizó con dos semanas de diferencia entre evaluaciones, también es adecuada. La fiabilidad de la versión del instrumento obtenida a partir del primer estudio empírico también fue adecuada, pero en la versión final es superior, en especial en relación a la dimensión Angustia ante la pérdida del feto.

Por último, se ha valorado la sensibilidad al cambio de la VAPM. Los coeficientes obtenidos, a falta de un estudio longitudinal, parecen indicar que el instrumento es sensible al cambio. Aquellas mujeres cuyas puntuaciones en vínculo afectivo prenatal materno difirieron más entre evaluaciones fueron quienes indicaron un mayor cambio en la proximidad respecto al feto entre evaluaciones. Éstas también señalaron más cambios en relación a su implicación con la maternidad y a su bienestar emocional.

Los datos con los que comparar la versión final de la VAPM son escasos. Teniendo en cuenta otros instrumentos de evaluación, en población española sólo se dispone de datos de la EVAP (Escala de Evaluación de la Vinculación Afectiva y la Adaptación Prenatal) y la MAAS (Escala de Apego Prenatal Materna). La EVAP se centra, además de en el vínculo afectivo prenatal materno, en la adaptación de la mujer al embarazo y a la maternidad. Los coeficientes de fiabilidad de esta escala oscilan entre .39 y .75, siendo la fiabilidad a nivel global de .81 (Lafuente, 2008). La EVAP ha sido empleada en varias investigaciones (Gómez et al., 2011; Rodrigues et al., 2004), pero no se dispone de más datos sobre sus propiedades psicométricas. Teniendo en cuenta los datos revisados, la fiabilidad de la VAPM es superior a la de la EVAP.

La fiabilidad de la VAPM también puede contrastarse con la de la adaptación española de la MAAS. Como se ha señalado previamente, a partir de los datos obtenidos en esta tesis doctoral, la MAAS se analizó en profundidad y se creó una versión breve de dicho instrumento. La versión breve mostró un coeficiente de fiabilidad para la escala total de .73. La subescala Calidad del apego obtuvo una fiabilidad de .65 y la subescala Intensidad del apego de .66. La fiabilidad de la VAPM es, por tanto, mayor que la de la adaptación española de la MAAS. La validez de constructo de la VAPM también es superior. En el caso de la adaptación española de la MAAS, los índices de bondad de ajuste del modelo de dos factores correlacionados (Calidad del apego e Intensidad del apego) fueron los siguientes: χ^2_{SB}= 102.28; $p < .001$; GFI= .92; CFI= .95; RMSEA (90 I. C.)= .042 [.030–.054]. Además, cuatro de los 12 ítems retenidos mostraron coeficientes estructurales inferiores a .50 (Navarro-Aresti et al., 2015).

Teniendo en cuenta estudios internacionales, los datos con los que comparar el nuevo instrumento también son muy escasos. Ninguno de los tres instrumentos más empleados (la MFAS o Escala de Apego Materno Fetal, el PAI o Inventario de Apego Prenatal y la MAAS) contempla todas las subescalas que incluye la VAPM. Además, no se dispone de datos sobre la validez aparente, la validez de contenido y la distribución de los ítems de ninguno de ellos. Sí existen datos sobre fiabilidad y algunos, aunque escasos, sobre validez de constructo.

En el caso de la MFAS, Cranley (1981) halló un coeficiente de fiabilidad para la escala total de .85 (los coeficientes de fiabilidad de las subescalas oscilaron entre .52 y .73). En otros estudios se han hallado coeficientes de fiabilidad para la escala total que han oscilado entre .78 y .85 y coeficientes de fiabilidad para las subescalas entre .36 y .74 (Fuller, 1990; Heidrich & Cranley, 1989; Seimyr et al., 2009; Wilson et al., 2000). Según Wilson et al. (2000), los coeficientes de fiabilidad de las subescalas de la MFAS no son psicométricamente aceptables. Como se deduce de estos hallazgos, la fiabilidad de la última

versión de la VAPM es igual o superior a nivel global y muy superior por subescalas que la fiabilidad de la MFAS. Asimismo, la validez de constructo de la MFAS ha sido criticada por muchos investigadores, quienes no han logrado replicar la estructura de cinco factores del instrumento original (Müller & Ferketich, 1992, 1993; Seimyr et al., 2009; Sjögren et al., 2004). Su validez de constructo parece, por tanto, inferior a la de la VAPM.

Otro de los instrumentos más empleados es el PAI. Según su autora, el PAI es unidimensional y su consistencia interna es elevada, con coeficientes que oscilan entre .81 y .84 (Müller, 1993, 1996). Otros autores han estudiado el PAI y no han logrado replicar la estructura unifactorial (Barone et al., 2014; Bielawska-Batorowicz & Siddiqui, 2008; Pallant et al., 2014; Siddiqui & Hägglöf, 2000; Vedova et al., 2008). En el estudio de Siddiqui y Hägglöf (2000) la fiabilidad de la escala fue de .86 y los coeficientes de fiabilidad de las subescalas oscilaron entre .57 y .76. Dados los resultados de estos estudios, puede concluirse que la VAPM presenta una validez de constructo más elevada que el PAI. En relación a la fiabilidad, la VAPM muestra coeficientes superiores al PAI, a excepción del hallado para la escala total en el estudio de Siddiqui y Hägglöf (2000).

El tercero de los instrumentos más empleados es la MAAS. Como se ha señalado previamente, la VAPM presenta un funcionamiento psicométrico más adecuado que la adaptación española de la MAAS (Navarro-Aresti et al., 2015). Teniendo en cuenta otros estudios los datos son dispares. En el estudio original de la MAAS, su autor señaló que la escala era bifactoral y que presentaba una fiabilidad superior a .80 (Condon, 1993). Otros autores afirman que la MAAS es unifactoral (Gomez & Leal, 2007) o que se compone de cuatro factores (Denis et al., 2015). Los coeficientes de consistencia interna obtenidos en diversos estudios oscilan entre .71 y .87 (Denis et al., 2015; Golbasi et al., 2014; Mako & Deak, 2014; Van Bussel et al., 2010b). Como se deriva de los datos presentados, en relación a la validez de constructo de la MAAS tampoco existe un gran consenso. Además, los

coeficientes de fiabilidad hallados para esta escala también son inferiores, a excepción del obtenido en el estudio de Mako y Deak (2014), que los de la VAPM.

Por tanto, la versión final de la VAPM parece presentar un funcionamiento psicométrico más adecuado que los tres instrumentos de referencia en la actualidad y mejor que el de las escalas disponibles para población española. Todos los indicadores de bondad métrica analizados presentan valores ajustados. La limitación más importante de la VAPM es su alta asimetría y curtosis, la cual puede deberse a factores como la deseabilidad social y al perfil de las participantes en ambos estudios empíricos.

3.6. Conclusiones

A través de este primer estudio, se ha construido un instrumento de evaluación del vínculo afectivo prenatal materno con un ajuste adecuado tanto a nivel psicométrico como en base al juicio de los expertos consultados. Tanto su validez aparente como su validez de contenido y de constructo y su fiabilidad (evaluada a diferentes niveles) son elevadas. Su funcionamiento psicométrico parece ser mejor que el de la Escala de Evaluación de la Vinculación Afectiva y la Adaptación Prenatal (EVAP) y que el de la adaptación española de la Escala de Apego Prenatal Materna (MAAS). También presenta propiedades psicométricas más adecuadas que otros instrumentos empleados en estudios internacionales. En la Tabla 3.24 se refleja el resultado de este estudio: las dimensiones del constructo vínculo afectivo prenatal materno, sus respectivas definiciones y los ítems constituyentes de la versión final de la Escala de Evaluación del Vínculo Afectivo Prenatal Materno (VAPM).

Tabla 3.24.

Versión final de la VAPM: dimensiones, definiciones e ítems

Dimensión	Definición	Ítems retenidos
Búsqueda de información sobre el feto	Disposición de la gestante a buscar información sobre el feto, la cual se deriva de la curiosidad, del deseo de la madre por conocer al objeto amado y sus características.	11. Me intereso por toda aquella información relacionada con mi hijo/a en gestación que voy obteniendo. 12. Me informo sobre el desarrollo de mi hijo/a en cada etapa de la gestación. 17. Para mí es importante saber cosas, datos o información sobre mi hijo/a en gestación. 32. Suelo buscar información de forma activa con el fin de saber más cosas sobre mi hijo/a en gestación.
Fantaseo sobre el feto	Disposición de la madre a crearse una imagen mental sobre el feto, una representación, un bebé imaginario con diferentes características tanto físicas como psíquicas.	1. Suelo imaginar a mi bebé dentro de mí. 7. Fantaseo sobre aquello que puede sentir mi bebé dentro de mí. 9. Imagino a mi bebé moviéndose en mi vientre. 30. He intentado crearme una representación mental de cómo es ahora mi hijo/a.
Interacción con el feto	Disposición de la embarazada a interactuar, relacionarse con el feto por medio del tacto, la palabra, etc., en definitiva, a través de cualquier conducta tanto verbal como no verbal.	15. Me comunico con mi hijo/a en gestación mediante el tacto y la palabra. 16. Intento interactuar con mi hijo/a para que me sienta. 19. Comunico mi amor y mi aceptación a mi hijo/a en gestación. 25. Hablo a mi hijo/a en gestación de forma cariñosa.
Protección altruista del feto	Disposición de la gestante a satisfacer de forma altruista las necesidades del feto con el fin de protegerle y proporcionarle un medio seguro para su desarrollo.	22. Estoy siguiendo las indicaciones de mi ginecólogo/a y/o de mi matrona con respecto al cuidado de mi hijo/a en gestación. 23. Pienso en las necesidades de mi hijo/a y no me importa sacrificarme por él/ella si es necesario. 28. Me preocupo porque las necesidades de mi hijo/a en gestación estén cubiertas. 29. Me gusta proteger a mi hijo/a en gestación.
Reconocimiento del feto como un individuo distinto de la gestante	Disposición de la embarazada a considerar al feto como un individuo separado y distinto del cuerpo materno, de la propia mujer, es decir, a lograr la individualización del feto de sí misma.	3. Mi hijo/a en gestación y yo somos dos personas distintas. 4. Reconozco a mi hijo/a como una pequeña persona que está dentro de mí pero que es distinta a mí. 20. A pesar de saber que el bienestar de mi hijo/a en gestación depende de mí, pienso que es un ser distinto, diferente de mí. 24. Mi hijo/a en gestación es un individuo distinto a mí, con su propia personalidad, sus necesidades, etc.
Angustia ante la pérdida del feto	Presencia de manifestaciones de angustia en la gestante ante la pérdida imaginada del feto o ante complicaciones gestacionales que pudieran afectar al nonato.	13. Sólo el hecho de imaginar que podría sufrir un aborto espontáneo me genera un gran sufrimiento. 18. Si el desarrollo adecuado de mi hijo/a estuviese en riesgo me sentiría muy angustiada. 26. Perder al bebé, a pesar de que no supusiese un riesgo para mi salud, me angustiaría mucho. 31. Me entristezco si pienso en la posibilidad de que algo malo pueda ocurrirle a mi bebé en gestación.

4. Estudio II: Estudio Longitudinal del Vínculo Afectivo Prenatal en Mujeres Embarazadas a través de Técnicas de Reproducción Asistida

4.1. Justificación

Tras el desarrollo de la Escala de Evaluación del Vínculo Afectivo Prenatal Materno (VAPM), se ha procedido a realizar la segunda fase de estudios que conforman la presente tesis doctoral. Ésta pretende analizar el vínculo afectivo prenatal materno, y las variables intervinientes en el mismo, desde el comienzo de la gestación hasta el final de la misma en un grupo concreto de gestantes: mujeres embarazadas a través de Técnicas de Reproducción Asistida (TRA).

Los estudios realizados en esta línea son muy escasos y su número se limita aún más en el caso de este tipo de embarazos. Sin embargo, es importante seguir profundizando a nivel empírico en esta área con el fin de contribuir a sentar las bases de un modelo de evaluación que favorezca el desarrollo de intervenciones psicológicas adaptadas al perfil individualizado de mujeres sometidas a TRA con el fin de fortalecer el vínculo afectivo prenatal materno y evitar así las consecuencias negativas de una pobre vinculación afectiva tanto durante el embarazo (parto prematuro, problemas en el neurodesarrollo, etc.) como tras el nacimiento del hijo (patrón de apego, ajuste psicosocial futuro del niño, etc.).

Por tanto, a través de este segundo estudio se pretende seguir ahondando en el constructo vínculo afectivo prenatal materno en mujeres embarazadas a través de TRA y superar algunas de las limitaciones de los estudios realizados hasta la actualidad. Para ello,

este estudio cuenta con un diseño longitudinal: se ha evaluado a cada participante en los tres trimestres gestacionales, desde la séptima semana de gestación hasta el final del embarazo. Además, se han estudiado de forma conjunta aquellas variables intervinientes en el vínculo afectivo prenatal materno que otras investigaciones han analizado por separado.

4.2. Objetivos e hipótesis

El objetivo principal de este estudio es el análisis del vínculo afectivo prenatal materno a lo largo de toda la gestación en el caso de mujeres embarazadas mediante TRA. Debido a las características del estudio, se han planteado también objetivos específicos, y sus correspondientes hipótesis, sobre tres cuestiones diferentes: 1) analizar los cambios en las variables en estudio entre los tres tiempos de evaluación; 2) explorar la relación entre el vínculo afectivo prenatal y las variables en estudio a lo largo de todo el embarazo; y, por último, 3) conocer qué variables tanto del primer como del segundo trimestre de embarazo funcionan como predictoras del vínculo afectivo prenatal materno en el tercer trimestre de gestación.

En relación al contraste de medidas temporales, el objetivo planteado es el análisis del comportamiento de las variables cuantitativas vínculo afectivo prenatal materno, sintomatología psicológica, afectividad, neuroticismo, apoyo social percibido, ajuste diádico, calidad de la relación con la madre y representaciones de apego, con el fin de detectar posibles diferencias entre los tres trimestres gestacionales. A partir de este objetivo se derivan varias hipótesis:

- El vínculo afectivo prenatal materno aumenta con el avance de la gestación.
- La sintomatología psicológica y la afectividad negativa son más elevadas al comienzo de la gestación y disminuyen a medida que el embarazo avanza. La

afectividad positiva funciona de la forma opuesta: al comienzo de la gestación es más reducida que en etapas más avanzadas.

- El neuroticismo, el apoyo social percibido, el ajuste diádico, la calidad de la relación con la madre y las representaciones de apego se mantienen estables a lo largo de la gestación.

Como se ha señalado previamente, otro de los objetivos de este estudio es explorar la relación entre el vínculo afectivo prenatal materno y las variables en estudio a lo largo de todo el embarazo. De este objetivo surgen varias hipótesis, entre las que destacan:

- La sintomatología psicológica, la afectividad negativa y el neuroticismo se asociarán de forma negativa con el vínculo afectivo prenatal materno; la afectividad positiva, por su parte, se asociará de forma positiva con esta última variable.
- El ajuste diádico, la calidad de la relación con la madre y el nivel de apoyo social percibido se asociarán de forma positiva con el vínculo afectivo prenatal materno.
- Las mujeres con representaciones de apego relacionadas con el patrón de apego seguro presentarán un vínculo afectivo prenatal materno más elevado que aquellas con representaciones de apego asociadas a patrones de apego inseguro.
- El vínculo afectivo prenatal materno de aquellas mujeres embarazadas de su primer hijo no diferirá del de aquellas que tienen hijos nacidos de embarazos previos.
- Las mujeres con una historia de pérdida (aborto espontáneo, pérdida perinatal o pérdida de un hijo nacido) presentarán puntuaciones similares en vínculo afectivo prenatal materno que aquellas que nunca han sufrido una pérdida de esta naturaleza.

- El vínculo afectivo prenatal materno será similar entre aquellas mujeres embarazadas a partir de sus propios gametos y aquellas embarazadas a partir de gametos de donantes.
- Las mujeres que perciben los movimientos fetales presentarán un mayor vínculo afectivo prenatal materno que aquellas que todavía no los sienten.
- El vínculo afectivo prenatal materno de aquellas mujeres con embarazos de alto riesgo obstétrico será similar al de aquellas cuyo embarazo cursa sin complicaciones.

El tercer y último objetivo de este estudio es conocer qué variables tanto del primer como del segundo trimestre de embarazo funcionan como predictoras del vínculo afectivo prenatal materno en el tercer trimestre de gestación. Hallar cuáles explican el vínculo afectivo prenatal materno, descartando aquellas que no aportan información. En esta línea, se espera encontrar un efecto predictor negativo sobre el vínculo afectivo prenatal materno en la presencia de sintomatología psicológica, afectividad negativa, neuroticismo y representaciones de apego asociadas con un patrón de apego inseguro, y un efecto predictivo positivo tanto en la afectividad positiva como en las representaciones de apego asociadas con un patrón de apego seguro, en el ajuste diádico y en el apoyo social percibido.

4.3. Método

4.3.1. Participantes

En el presente estudio han participado 60 mujeres embarazadas pacientes del Centro de Reproducción Asistida Quirón Bilbao (Vizcaya, España), todas ellas de nacionalidad española. La edad media de estas mujeres ha sido de 36.45 años (DE= 4.27). En relación a otras variables sociodemográficas, 57 (95%) de las participantes tenían pareja en el momento de contestar a los cuestionarios, las tres (5%) mujeres restantes no tenían pareja. Respecto a

la orientación sexual, 58 (96.7%) eran heterosexuales y dos (3.3%) homosexuales. En base al estado civil, 43 (71.7%) estaban casadas, 13 (21.7%) solteras, dos (3.3%) estaban unidas a sus parejas como pareja de hecho y otras dos (3.3%) estaban divorciadas o separadas. Ninguna de las mujeres era viuda. El nivel de estudios concluidos fue el siguiente: 41 (68.3%) mujeres habían cursado estudios universitarios; 12 (20%) Formación Profesional de Grado Superior; y las siete (11.7%) mujeres restantes Formación Profesional de Grado Medio o estudios de un nivel inferior. Sólo estaban en situación de desempleo ocho (13.3%) de las participantes. El resto trabajaba a jornada completa (n= 45; 75%) o parcial (n= 7; 11.7%). El nivel de ingresos mensual superaba para 16 (26.7%) de las participantes los 2000 euros, 13 (21.7%) ingresaban entre 1500 y 2000 euros al mes, 16 (26.7%) entre 1500 y 2000 euros, y diez (16.7%) menos de 1000 euros al mes. Cinco de las participantes no respondieron a esta pregunta.

En relación a la historia reproductiva de las participantes, el 75% (n= 45) de éstas no tenían hijos biológicos y ninguna de ellas tenía ningún hijo adoptivo. Entre las mujeres con hijos (n= 15; 25%), todas ellas tenían un solo hijo y 12 (80%) habían conseguido la gestación del mismo a través de TRA. Las tres (20%) restantes habían logrado el embarazo de forma natural. Previamente al embarazo actual, 19 (31.7%) de las participantes habían sufrido uno o más abortos espontáneos, tres (5%) de ellas una o más pérdidas perinatales y una (1.7%) de ellas la pérdida de un hijo nacido. Además, cuatro (6.7%) de las participantes se habían realizado una interrupción voluntaria del embarazo.

En lo que respecta al embarazo de las participantes, 28 (46.7%) habían logrado la gestación a través de la técnica fecundación in vitro con inyección intracitoplasmática (ICSI) con sus propios gametos, seis (10%) a través de la misma técnica pero con semen de la pareja y donación de óvulos, y tres (5%) también a través de ICSI pero con donación tanto de semen como de óvulos. La fecundación in vitro (FIV) fue otra de las técnicas más empleadas: diez

Tabla 4.1.

Descripción de las participantes

Variable		Frecuencia	Porcentaje
Variables sociodemográficas			
Situación sentimental	Con pareja	57	95%
	Sin pareja	3	5%
Orientación sexual	Heterosexual	58	96.7%
	Homosexual	2	3.3%
Estado civil	Soltera	13	21.7%
	Casada	43	71.7%
	Pareja de hecho	2	3.3%
	Divorciada/separada	2	3.3%
Estudios	Estudios secundarios o Graduado Escolar	2	3.3%
	Bachillerato o equivalente	4	6.7%
	F.P. de Grado Medio	1	1.7%
	F.P. de Grado Superior	12	20%
	Estudios universitarios	41	68.3%
Situación laboral	Jornada completa	45	75%
	Jornada parcial	7	11.7%
	Desempleada	8	13.3%
Ingresos	< 1000 euros mensuales	10	16.7%
	1000 – 1500 euros mensuales	16	26.7%
	1500 – 2000 euros mensuales	13	21.7%
	> 2000 euros mensuales	16	26.7%
	Perdidos	5	8.3%
Historia reproductiva			
Hijo/s biológico/s	Sí	15	25%
	No	45	75%
Gestación hijo/s biológico/s	Espontáneamente	3	20%
	TRA	12	80%
Aborto espontáneo	Sí	19	31.7%
	No	41	68.3%
Pérdida perinatal	Sí	3	5%
	No	57	95%
Pérdida de hijo nacido	Sí	1	1.7%
	No	59	98.3%
Interrupción voluntaria del embarazo	Sí	4	6.7%
	No	55	91.7%
Embarazo actual			
Tipo de TRA	FIV: gametos de la pareja en tratamiento	10	16.7%
	FIV: donación de semen y óvulos de la mujer	2	3.3%
	FIV: semen de la pareja y donación de óvulos	7	11.7%
	FIV: doble donación	2	3.3%
	ICSI: gametos de la pareja en tratamiento	28	46.7%
	ICSI: semen de la pareja y donación de óvulos	6	10%
	ICSI: doble donación	3	5%
	DGP	2	3.3%
Nº de TRA	Primero	22	36.7%
	Segundo	10	16.7%
	Tercero	12	20%
	Cuatro o más	16	26.7%
Tiempo desde comienzo de TRA hasta embarazo	< 3 meses	21	35%
	3 – 6 meses	9	15%
	6 meses – 1 año	11	18.3%
	> 1 año	19	31.7%
Tipo de gestación	Única	56	93.3%
	Gemelar	4	6.7%
Riesgo obstétrico	Sí	16	26.7%
	No	44	73.3%

(16.7%) participantes se sometieron a ella empleando sus propios gametos, siete (11.7%) recurriendo a la donación de óvulos pero con el semen de su pareja, dos (3.3%) con semen donado y óvulos de la propia mujer, y otras dos (3.3%) con doble donación. Las dos (3.3%) mujeres restantes emplearon la técnica diagnóstico genético preimplantacional (DGPI). Fueron 22 (36.7%) las mujeres que habían logrado el embarazo con el primer tratamiento realizado, diez (16.7%) con el segundo, 12 (20%) con el tercero, y 16 (26.7%) habían realizado cuatro o más tratamientos. En relación al tiempo transcurrido desde el comienzo del primer tratamiento hasta conseguir el embarazo, 21 (36.7%) habían tardado menos de tres meses, nueve mujeres (15%) entre tres y seis meses, 11 (18.3%) entre seis meses y un año, y 19 (31.7%) más de un año. La gestación de 56 (93.3%) de las participantes era única y la de las cuatro (6.7%) restantes gemelar. Además, 16 (26.7%) identificaron su embarazo como de alto riesgo obstétrico. En la Tabla 4.1 se presentan todos los datos indicados.

Los criterios de inclusión de este estudio han sido los siguientes: 1) embarazo a través de TRA; 2) embarazo evolutivo tras la realización de la ecografía de confirmación del latido cardiaco; y 3) nacionalidad española. El único criterio de exclusión ha sido la dificultad en la comprensión de los cuestionarios.

4.3.2. Instrumentos

Como se observa en la tabla 4.2, todos los instrumentos aplicados, a excepción de las preguntas elaboradas específicamente para este estudio, se encontraban adaptados a población española en el momento de realizar el estudio. A continuación, se detallan las características principales de los mismos:

1. Cuestionario sociodemográfico construido ad hoc para el presente estudio. Consta de nueve preguntas y evalúa las siguientes variables: edad, nacionalidad, situación sentimental, orientación sexual, estado civil, nivel educativo, situación laboral, profesión y nivel de ingresos. Este cuestionario sólo se ha aplicado en su versión completa en el primer

trimestre de gestación. En los protocolos elaborados tanto para el segundo como para el tercer trimestre únicamente se han incluido preguntas sobre la situación sentimental y la situación laboral, con el fin de detectar posibles cambios.

2. Cuestionario sobre la historia reproductiva elaborado ad hoc para el presente estudio. Se compone de ocho preguntas que analizan las variables: paridad, adopción, aborto espontáneo, pérdida perinatal, pérdida de hijo nacido e interrupción voluntaria del embarazo. Este cuestionario sólo se ha aplicado en el primer trimestre de gestación.

3. Cuestionario sobre el embarazo actual elaborado ad hoc para el presente estudio. Evalúa las variables señaladas a continuación: edad gestacional, Técnicas de Reproducción Asistida, número de fetos en gestación, deseo de embarazo, ecografía, riesgo obstétrico, movimientos fetales y diagnóstico prenatal. Este cuestionario se ha aplicado durante los tres trimestres gestacionales, con preguntas sobre las citadas variables pero adaptadas a cada trimestre gestacional. En el protocolo elaborado para el tercer trimestre de gestación se han incluido dos preguntas: una sobre el parto y otra sobre el primer contacto con el/los bebé/s tras el parto.

4. *Escala de Evaluación del Vínculo Afectivo Prenatal Materno* (VAPM). Este instrumento ha sido construido en el primer estudio de la presente tesis doctoral. Se trata de una escala multidimensional compuesta por 24 ítems que se responden en base a una escala tipo Likert de cinco puntos, desde *fuertemente en desacuerdo* hasta *fuertemente de acuerdo*. Las dimensiones que constituyen este instrumento son las seis siguientes: Reconocimiento del feto como un individuo distinto de la gestante, Protección altruista del feto, Interacción con el feto, Fantaseo sobre el feto, Búsqueda de información sobre el feto y Angustia ante la pérdida del feto. Las propiedades psicométricas del instrumento, en base a las respuestas de 365 mujeres embarazadas vizcaínas, son adecuadas. La fiabilidad total del instrumento es de .85 y los coeficientes de fiabilidad de las subescalas oscilan entre .75 y .88. El coeficiente de

fiabilidad test-retest para la escala total es de .81 y el índice de fiabilidad compuesta de .74. Este instrumento se ha aplicado íntegramente en los tres trimestres gestacionales.

Tabla 4.2.

Instrumentos de medida, variables y tiempos de aplicación

Instrumento	Variables	T0	T1	T2
Cuestionario sociodemográfico construido ad hoc	Edad, nacionalidad, situación sentimental, orientación sexual, estado civil, nivel educativo, situación laboral, profesión, nivel de ingresos	✓	✓	✓
Cuestionario sobre la historia reproductiva elaborado ad hoc	Paridad, adopción, aborto espontáneo, pérdida perinatal, pérdida de hijo nacido, interrupción voluntaria del embarazo	✓		
Cuestionario sobre el embarazo actual elaborado ad hoc	Edad gestacional, TRA, número de fetos en gestación, deseo de embarazo, ecografía, riesgo obstétrico, movimientos fetales, diagnóstico prenatal, parto, primer contacto con el/los bebé/s	✓	✓	✓
Escala de Evaluación del Vínculo Afectivo Prenatal Materno (VAPM)	Vínculo afectivo prenatal materno	✓	✓	✓
Adaptación española del Cuestionario de 90 Síntomas Revisado (SCL-90-R)	Somatización, ansiedad, depresión	✓	✓	✓
Adaptación española de las Escalas de Afecto Positivo y Negativo (PANAS)	Afecto positivo y negativo	✓	✓	✓
Versión breve de la adaptación española de la Escala de Estrés Percibido (EEP-10)	Estrés percibido	✓	✓	✓
Listado de estresores mayores elaborado ad hoc	Estresores	✓	✓	✓
Adaptación española del Inventario NEO Reducido de Cinco Factores (NEO-FII)	Neuroticismo	✓	✓	✓
Adaptación española de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (EMASP)	Apoyo social percibido	✓	✓	✓
Adaptación española de la Escala de Ajuste Diádico (EAD)	Ajuste en la relación de pareja	✓	✓	✓
Adaptación española del Cuestionario de Evaluación Prenatal (CEP)	Calidad de la relación con la madre		✓	✓
Versión reducida del CaMir (CaMir-R)	Representaciones de apego		✓	✓

Notas. T0: primer trimestre de gestación; T1: segundo trimestre de gestación; T2: tercer trimestre de gestación.

5. Adaptación española del *Cuestionario de 90 Síntomas Revisado* (SCL-90-R) de Derogatis (1977) realizada por González de Rivera, De las Cuevas, Rodríguez Abuín y

Rodríguez Pulido para TEA Ediciones (1988). Este instrumento, el cual consta de 90 reactivos que se responden en base a una escala tipo Likert de cinco puntos (desde *nada en absoluto* hasta *mucho o extremadamente*), evalúa el ajuste psicológico en base a nueve dimensiones sintomáticas de psicopatología (Somatización, Obsesión-Compulsión, Sensibilidad Interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Fobia, Ideación Paranoide y Psicoticismo) y tres índices globales de malestar psicológico (Índice Global de Gravedad, Total de Síntomas Positivos e Índice de Distrés de Síntomas Positivos). Los coeficientes de fiabilidad para las subescalas son superiores a .70, alcanzando incluso valores de .90. Su validez ha sido también analizada a través de la convergencia con otros instrumentos similares, como el MMPI, obteniéndose altas correlaciones entre ambos (De las Cuevas & González de Rivera, 1991). En este estudio sólo se han empleado tres de las subescalas, 35 ítems, que componen este instrumento: Ansiedad, Depresión y Somatización. Estas tres subescalas se han aplicado en los tres trimestres de embarazo.

6. Adaptación española de las *Escalas de Afecto Positivo y Negativo* (PANAS) de Watson, Clark, y Tellegen (1988) realizada por Joiner, Sandín, Chorot, Lostao, y Marquina (1997). Esta escala está compuesta por 20 ítems, diez marcadores de afecto positivo y otros diez de afecto negativo, y tiene como objetivo obtener una puntuación tanto en afectividad positiva como negativa. Se responde en base a una escala tipo Likert de cinco puntos, cuyas opciones de respuesta oscilan entre *ligeramente o nada* y *mucho*. Los datos psicométricos presentados por los autores del instrumento sugieren que tiene una adecuada fiabilidad y validez (factorial, convergente y discriminante). La estructura bifactorial del instrumento también se mantiene en muestras de población española. Este instrumento se ha aplicado en los tres momentos de evaluación.

7. Versión breve de la adaptación española de la *Escala de Estrés Percibido*, EEP-10, (Cohen, Kamarck, & Mermelstein, 1983) realizada por Remor (2006). Este instrumento fue

diseñado para evaluar el grado en que las situaciones en la vida se valoran como estresantes. Esta versión consta de 10 ítems y se responde en base a una escala tipo Likert de cinco puntos, desde *nunca* hasta *muy a menudo*. Tanto su consistencia interna como su fiabilidad test-retest son elevadas (α= .82; r= .77). Éste instrumento se ha aplicado en los tres trimestres gestacionales.

8. Listado de estresores mayores elaborado ad hoc para el presente estudio. Listado con siete estresores mayores y una octava opción en la que la persona puede especificar otros acontecimientos que le han resultado estresantes durante el último año. Este listado de estresores se ha aplicado en los tres trimestres de embarazo: en el primero se ha preguntado sobre su vivencia durante el último año, en el segundo sobre su ocurrencia desde la primera de las evaluaciones, y en el tercero sobre su vivencia desde la evaluación previa.

9. Adaptación española del *Inventario NEO Reducido de Cinco Factores*, NEO-FII, (Costa & McCrae, 1989) realizada por Cordero, Pamos, y Seisdedos para TEA Ediciones (1999). Este instrumento es la versión breve del NEO PI-R (Inventario de Personalidad NEO Revisado) y tiene como objetivo la evaluación de la personalidad normal. Consta de 60 ítems divididos en cinco subescalas. Cada subescala representa un factor de personalidad: Neuroticismo, Extraversión, Apertura, Amabilidad y Responsabilidad. Se responde en base a una escala tipo Likert de cinco puntos, desde *en total desacuerdo* hasta *totalmente de acuerdo*. Las propiedades psicométricas del instrumento son adecuadas. En el presente estudio sólo se han empleado los 12 ítems que componen la subescala Neuroticismo, los cuales se han aplicado en los tres tiempos de evaluación.

10. Adaptación española de la *Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido*, EMASP, (Zimet, Dahlern, Zimet, & Farley, 1988) realizada por Landeta y Calvete (2002). Este instrumento fue construido con el objetivo de evaluar el apoyo social percibido en relación con tres fuentes: familia, amigos y personas relevantes. Esta escala se compone de

12 ítems que se responden mediante una escala tipo Likert con seis alternativas posibles de respuesta, oscilando entre *completamente en desacuerdo* y *completamente de acuerdo*. La fiabilidad de la escala global es de .89 y los coeficientes de fiabilidad de las tres subescalas oscilan entre .89 y .92. Esta escala se ha aplicado en los tres trimestres de gestación.

11. Adaptación española de la *Escala de Ajuste Diádico*, EAD, (Spanier, 1976) realizada por Cáceres, Herrero, e Iraurgi (2013). Este instrumento consta de 32 ítems que tienen como finalidad valorar el ajuste de las parejas. Los ítems se agrupan en cuatro subescalas: Consenso (13 ítems), Satisfacción (diez ítems), Cohesión (cinco ítems) y Expresión de afecto (cuatro ítems). Los reactivos se presentan con diferentes formatos de respuesta, en su mayoría escalas sumativas tipo Likert de valoración de intensidad o frecuencia. Las propiedades psicométricas del instrumento son adecuadas. La fiabilidad alcanzada por el total de la escala es de .92 y los coeficientes de fiabilidad de las subescalas oscilan entre .60 y .87. Este instrumento se ha aplicado en los tres tiempos de evaluación.

12. Adaptación española del *Cuestionario de Evaluación Prenatal* de Lederman (1996) realizada por Armengol, Chamarro, y García-Dié (2007). Este instrumento, cuyo objetivo principal es analizar diferentes aspectos psicosociales del embarazo, está compuesto por 42 ítems que evalúan seis dimensiones: Aceptación del embarazo, Identificación con el rol materno, Calidad de la relación con la madre, Calidad de la relación con la pareja, Preparación al parto y Preocupación por el bienestar propio y del bebé. Todos los ítems del cuestionario se responden en base a una escala Likert de cuatro puntos, entre *mucho* y *nunca*. Los coeficientes de fiabilidad de las seis subescalas oscilan entre .56 y .91 y la fiabilidad de la escala total es de .85. En el presente estudio únicamente se ha empleado la subescala Calidad de la relación con la madre, la cual se ha aplicado tanto en el segundo como en el tercer trimestre de gestación. Ésta subescala se compone de nueve reactivos y su coeficiente de fiabilidad es el más elevado de todos los de las seis subescalas.

13. *Versión reducida del CaMir* (CaMir-R) desarrollada por Balluerka, Lacasa, Gorostiaga, Muela, y Pierrehumbert (2011) a partir del instrumento CaMir de Pierrehumbert, Karmaniola, Sieye, Meister, y Miljkovitch (1996). Este instrumento evalúa las representaciones de apego y consta de 32 ítems, los cuales se responden en base a una escala tipo Likert de cinco puntos (desde *muy en desacuerdo* hasta *muy de acuerdo*), que se dividen en siete subescalas: Seguridad: disponibilidad y apoyo de las figuras de apego; Preocupación familiar; Interferencia de los padres; Autosuficiencia y rencor contra los padres; Traumatismo infantil; Valor de la autoridad de los padres; y Permisividad parental. Las primeras cinco dimensiones citadas hacen referencia a las representaciones de apego; las dos dimensiones restantes se relacionan con las representaciones de la estructura familiar. En el presente estudio sólo se han aplicado, en las evaluaciones del segundo y tercer trimestre de gestación, las dimensiones referidas a las representaciones de apego, es decir, 26 ítems. Los coeficientes de fiabilidad de las subescalas empleadas oscilan entre .60 y .85.

Los tres protocolos de evaluación se presentan en el Anexo I (primer trimestre de gestación), Anexo J (segundo trimestre de gestación) y Anexo K (tercer trimestre de gestación).

4.3.3. Procedimiento

A continuación se detalla el procedimiento seguido con el fin de realizar el presente estudio. El primer paso fue enviar el proyecto de investigación al Comité de Ética en la Investigación de la Universidad de Deusto, quien calificó el proyecto como apto. Tras esto, se procedió a contactar con el Centro de Reproducción Asistida Quirón Bilbao, centro que cuenta con un convenio tanto de prácticas como de investigación con la Universidad de Deusto, con el objetivo de presentar el estudio al responsable del mismo. Una vez obtenido el visto bueno de éste, el proyecto se presentó en una de las sesiones clínicas del equipo con el fin de que todos los profesionales del centro estuvieran informados sobre la investigación que

se iba a llevar a cabo y conocieran a la persona que iba a estar en Quirón Bilbao recogiendo los datos. El proyecto también fue enviado al Grupo Hospitalario Quirón para obtener su visto bueno. Desde el Grupo Hospitalario Quirón se revisaron y se registraron tanto los protocolos que las participantes en el estudio debían responder como el documento de consentimiento informado adjunto a los mismos con el fin de garantizar sus derechos de protección de datos personales.

Tras esto, se procedieron a realizar las evaluaciones. Como se ha señalado previamente, se evaluó a cada mujer en tres momentos: 1) tras la ecografía de confirmación del latido cardiaco (primer trimestre de embarazo o T0); 2) aproximadamente en la semana 20 de gestación (segundo trimestre o T1); y 3) a partir de la semana 34 de gestación (tercer trimestre o T2). Las evaluaciones comenzaron en febrero de 2014 y terminaron en enero de 2015.

Con el fin de evaluar a las mujeres, se contactó telefónicamente con todas aquellas que habían logrado el embarazo y se habían realizado la ecografía de confirmación del latido cardiaco obteniendo un resultado favorable como máximo dos semanas antes de comenzar el estudio. Dicha ecografía se realiza aproximadamente en la sexta-séptima semana de gestación, por lo que las primeras mujeres con las que se contactó estaban entre la sexta y la novena semana de embarazo. A partir de este momento, semanalmente se contactó con todas aquellas pacientes que estaban recientemente embarazadas, pocos días después de realizarse la citada ecografía.

En este primer contacto telefónico se explicaba la naturaleza del estudio y se pedía la colaboración de las gestantes. En caso de que señalaran que querían participar, se les preguntaba sobre su disponibilidad para acudir a Quirón Bilbao para responder al cuestionario en el propio centro. En caso de que aceptaran acudir, se establecía una cita con ellas el día y en el horario que indicaran. En caso de que no pudieran acudir al centro, se les

ofrecía la posibilidad de enviarles los cuestionarios por correo postal, adjuntando al envío un sobre con un sello y la dirección de Quirón Bilbao para que pudieran enviar al centro el cuestionario una vez contestado.

La mayor parte de las mujeres se decantaron por esta segunda opción de participación, indicando motivos para no poder acudir como lugar de residencia alejado del centro y falta de tiempo. Sólo cuatro de las 60 participantes contestaron a los cuestionarios en el centro. Éstas respondieron a los mismos en el despacho de una de las dos psicólogas del centro, sin límite de tiempo y con la única presencia de la investigadora encargada del proyecto, quien respondió a todas las preguntas sobre el cuestionario que las participantes realizaron. El tiempo aproximado invertido en cada evaluación fue de unos 45 minutos por persona.

A todas las participantes se les explicitaron cuestiones éticas como la voluntariedad a la hora de participar, la confidencialidad de la información obtenida y la libertad para abandonar la investigación en cualquier momento que lo deseasen. Estas cuestiones también estaban reflejadas en el consentimiento informado, documento que debían leer y firmar antes de contestar a los protocolos. Como se ha señalado previamente, las evaluaciones comenzaron en febrero de 2014 y el reclutamiento de nuevos participantes se extendió hasta julio de 2014. A partir de este momento sólo se realizaron los seguimientos de las mujeres ya evaluadas.

En relación a dichos seguimientos, una vez realizada la evaluación del primer trimestre a cada mujer, se calculaba la fecha en la que cada una llegaría a la semana 20 de gestación, momento de la segunda evaluación, y una semana antes de la misma se volvía a contactar telefónicamente con cada una de las participantes. Las evaluaciones del segundo trimestre comenzaron en mayo de 2014. Los mismos pasos se siguieron en el caso de las evaluaciones del tercer trimestre, las cuales comenzaron en agosto de 2014 y terminaron, como se ha señalado previamente, en enero de 2015.

El total de embarazos evolutivos logrados durante el tiempo de selección de las participantes fue de 95. De estas 95 mujeres, se descartaron 13 por no responder al teléfono en el plazo de dos semanas tras la ecografía de confirmación del latido cardiaco. Se contactó con las 82 mujeres restantes, de las cuales tres decidieron no participar en el estudio por no tener tiempo o motivación para ello. Por tanto, 79 decidieron participar. De éstas, cuatro fueron citadas en Quirón Bilbao para responder a los cuestionarios y a las 75 restantes los protocolos se les enviaron por correo postal. De los 75 cuestionarios enviados, 56 llegaron de vuelta: tres mujeres sufrieron un aborto espontáneo antes de contestar al cuestionario y las 16 restantes no respondieron. Al conocer los abortos espontáneos de dichas mujeres, se informó de las pérdidas a una de las psicólogas del centro con el fin de que siguiera el procedimiento habitual de la clínica cuando suceden abortos espontáneos.

De las 60 mujeres que respondieron al primero de los protocolos, tres de ellas sufrieron un aborto espontáneo antes de llegar al segundo momento de evaluación (semana 20 de gestación). Se contactó, por tanto, con 57 mujeres para realizar el seguimiento: de éstas, dos rechazaron seguir colaborando en el estudio por la extensión del cuestionario y por falta de motivación y tiempo; las 55 restantes aceptaron seguir participando. Se citó en el centro a quienes habían respondido en el mismo lugar al primero de los cuestionarios y al resto se les enviaron por correo postal. En esta segunda fase se obtuvieron datos de 52 mujeres, tres no enviaron de vuelta el cuestionario.

Para la tercera de las evaluaciones, se volvió a contactar con las 55 mujeres que habían aceptado colaborar en la segunda de las pasaciones, aunque tres de ellas no hubieran enviado el segundo de los cuestionarios de vuelta. Se tomó esta decisión porque todas estaban informadas de que se iban a realizar tres evaluaciones y, al firmar el consentimiento informado del primero de los protocolos, se sobreentendía que sabían que se volvería a

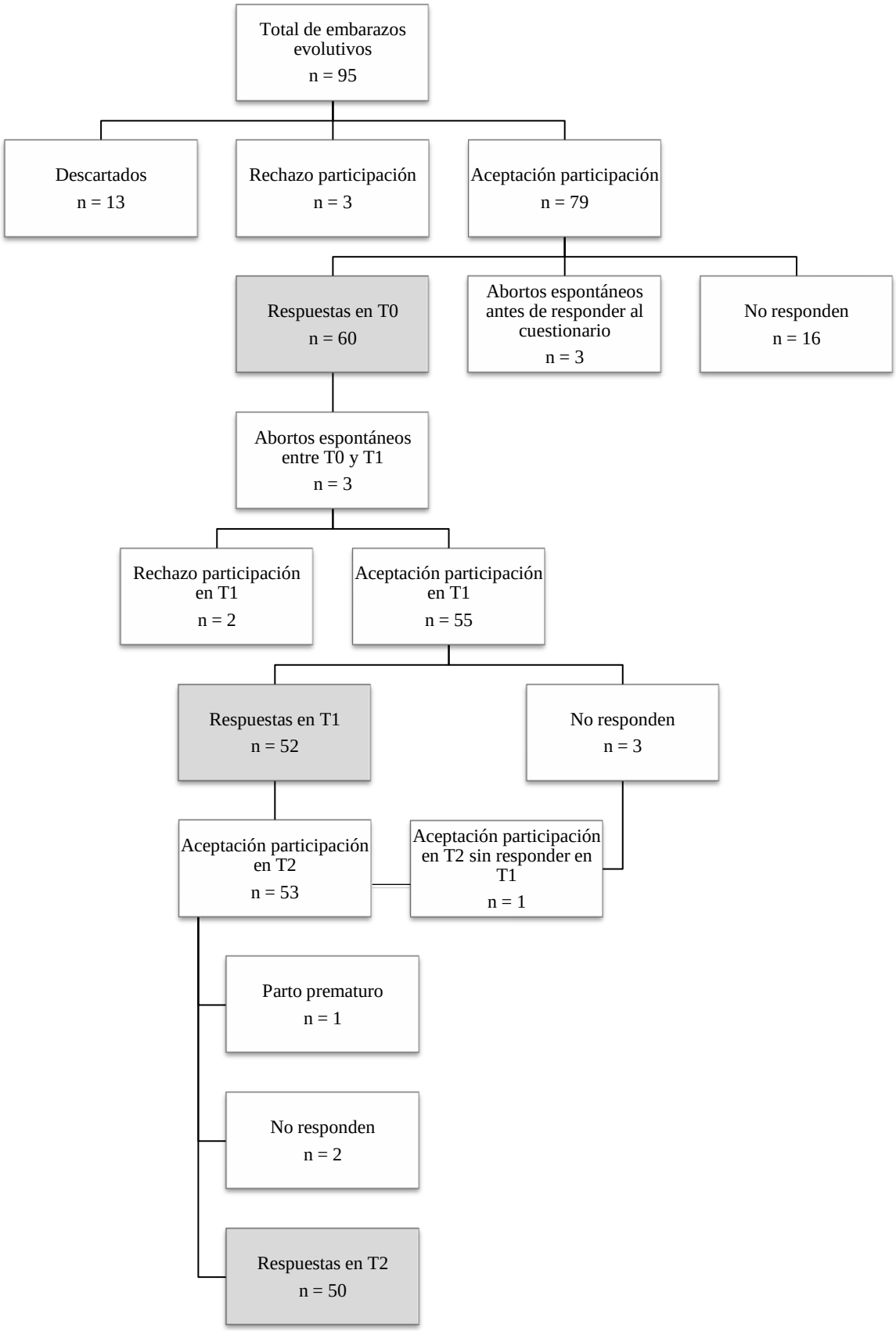

Figura 4.1. Proceso de participación en el estudio

contactar con ellas, aunque pudieran libremente aceptar o no participar. De estas tres mujeres que no habían contestado al protocolo en el segundo trimestre, dos no respondieron al teléfono en un plazo de dos semanas tras sobrepasar la semana 34 de gestación. La otra mujer aceptó realizar el tercero de los cuestionarios y señaló que no había enviado de vuelta el segundo porque no había tenido tiempo para contestarlo.

Por tanto, en esta tercera fase aceptaron colaborar 53 mujeres. De éstas, 50 respondieron a los cuestionarios y tres no: una de ellas tuvo el parto en la semana 33 de gestación y otras dos no enviaron de vuelta el cuestionario. En esta tercera fase, también se citó en el centro a quienes se había citado en Quirón Bilbao en las evaluaciones previas. La psicóloga del centro se puso en contacto con la mujer cuyo parto había sido prematuro.

Resumiendo, en el primer trimestre se obtuvieron datos de 60 mujeres, en el segundo de 52 mujeres y en el tercero de 50. Sin embargo, una de las gestantes que respondió al protocolo del tercer trimestre no había respondido al del segundo, por lo que sólo se tienen datos de los tres tiempos en 49 casos. El proceso de participación se resume en la Figura 4.1.

4.3.4. Estrategia de análisis

Para facilitar la descripción y la comprensión de la estrategia de análisis seguida para la consecución de los objetivos de este estudio, los análisis realizados se presentan siguiendo el mismo orden en el que se han llevado a cabo. Primeramente, se ha analizado la consistencia interna de los instrumentos de medida en los tres tiempos de evaluación. Para ello, se ha hallado el coeficiente alpha de Cronbach (α). Se estima que la consistencia interna de los instrumentos es aceptable cuando el coeficiente alpha de Cronbach es superior a .70. Usualmente, se consideran muy adecuados valores entre .80 y .90 (Streiner, 2003). Asimismo, también como criterios de fiabilidad, se han hallado los coeficientes de correlación producto-momento de Pearson y los coeficientes de correlación intraclase entre las puntuaciones obtenidas en los diversos tiempos de evaluación. Los coeficientes de

correlación de Pearson deben ser significativos y positivos para ser adecuados. Los coeficientes de correlación inferiores a .35 se consideran débiles, aquellos entre .36 y .67 moderados, y aquellos entre .68 y 1 fuertes (Taylor, 1990). Los coeficientes de correlación intraclase son adecuados cuando se encuentran entre .70 y .90 (Spitzer, Fleiss, Endicott, & Cohen, 1967).

Tras analizar la fiabilidad de los instrumentos de medida se ha pasado a realizar los análisis pertinentes con el fin de atender a los objetivos del estudio y contrastar las hipótesis. Es importante destacar que todas las puntuaciones obtenidas en los diversos instrumentos de evaluación se han convertido a una escala 0-10 con el fin de facilitar la comparabilidad de los resultados y la comprensión de los mismos.

El primero de los objetivos es el análisis del comportamiento de las variables cuantitativas en estudio con el fin de detectar cambios entre los tres trimestres gestacionales. Para ello, se ha utilizado un MANOVA (análisis multivariante de la varianza) de medidas repetidas valorando el contraste de diferencias a través de la prueba multivariante Lamdba de Wilks. También se ha estimado el tamaño del efecto a partir del coeficiente eta cuadrado (η^2). Asimismo, con el objetivo de analizar de forma más detallada aquellos contrastes que en base al análisis previo habían resultado ser estadísticamente significativos, se han realizado contrastes por pares de medidas temporales mediante pruebas *t* de Student para datos relacionados.

Para valorar la asociación que el vínculo afectivo prenatal materno presenta con otras variables en el mismo momento temporal o en distintos tiempos de medida se ha utilizado la correlación producto-momento de Pearson. Asumiendo que el tamaño del efecto promedio en este tipo de estudios psicológicos se sitúa en torno a valores *r* de .21, con una desviación estándar en *r* de .15 (Richard, Bond, & Stokes-Zoota, 2003), se acepta que correlaciones por encima de dicho valor sean interpretadas como efectos destacables.

En esta línea, con el fin de analizar las diferencias en vínculo afectivo prenatal materno en base a las variables cualitativas en estudio, se han analizado las diferencias de medias a través de pruebas *t* de Student, incluyendo en los resultados la media, la desviación típica, el valor *t* y el nivel de significación en cada caso.

Asimismo, para conocer las variables que tanto en el primer como en el segundo trimestre de gestación pueden predecir una mayor puntuación en vínculo afectivo prenatal materno en el tercer trimestre, se han construido diferentes modelos de regresión múltiple por pasos donde se han considerado todos los factores que, bien por la revisión de la literatura o por su asociación con el vínculo afectivo prenatal materno en base a los análisis correlacionales preliminares, resultan relevantes. El modelo de regresión por pasos se emplea cuando se desea localizar aquellos predictores que permiten explicar el fenómeno de estudio. De este modo, se incluyen en el modelo aquellas variables que cumplen criterios estadísticos de asociación y se excluyen aquellas otras que no los alcanzan. Es decir, se seleccionan matemáticamente aquellas variables que mejor explican la variable dependiente. Los resultados arrojan coeficientes beta (β), coeficientes de correlación parcial, valores *t* de Student y coeficientes de determinación (R^2). Como se ha señalado previamente, en base a lo expuesto por Richard et al. (2003), para la interpretación de los coeficientes beta y de correlación parcial se han considerado aceptables valores iguales o superiores a .21 y estadísticamente significativos.

Por último, con el fin de obtener un indicador único del estado afectivo de las mujeres, se han introducido las variables relacionadas con la sintomatología psicológica, la afectividad y la variable sobre personalidad en un análisis factorial exploratorio. El resultado obtenido ha presentado una solución factorial de un componente, obteniéndose una nueva variable denominada Estado afectivo a partir de las puntuaciones de regresión obtenidas al salvar el factor. Esta variable adopta valores z estandarizados. Esta nueva variable también ha

sido incluida en modelos de regresión múltiple por pasos. Todos los análisis expuestos se han realizado a través del programa SPSS para Windows en su versión 18 (Norusis, 2010).

4.4. Resultados

Los resultados del presente estudio se presentan en el mismo orden que la estrategia de análisis expuesta, es decir: primero la fiabilidad de los instrumentos de medida; posteriormente, los contrastes de medidas entre los tres tiempos de evaluación; tras esto, los análisis de la relación del vínculo afectivo prenatal materno con el resto de las variables en estudio a lo largo de la gestación; y, por último, el análisis de los predictores tanto en el primer como en el segundo trimestre de gestación del vínculo afectivo con el nonato en el tercer trimestre.

4.4.1. Fiabilidad de los instrumentos de medida

El análisis de la fiabilidad de los instrumentos de medida se ha realizado teniendo en cuenta tres parámetros: la consistencia interna en base al coeficiente alpha de Cronbach y los coeficientes de correlación de Pearson e intraclase entre las puntuaciones obtenidas en los diversos tiempos de evaluación (primer trimestre-segundo trimestre y segundo trimestre-tercer trimestre).

Como se refleja en la Tabla 4.3, la consistencia interna de los instrumentos de medida es alta. Todos aquellos instrumentos en los que se puede hallar una puntuación global del constructo que evalúan presentan coeficientes alpha de Cronbach superiores a .70. La mayor parte de las subescalas también presentan una consistencia interna elevada en los tres trimestres gestacionales. Sin embargo, algunas de ellas exhiben coeficientes inferiores: la subescala Protección del feto de la VAPM en el primer trimestre de gestación (α= .69); la subescala Somatización del SCL-90-R tanto en el primer (α= .60) como en el segundo (α=

.64) trimestre de gestación; la subescala Cohesión en el primer (α= .65) y tercer (α= .41) trimestre de gestación, y la subescala Expresión de afecto en los tres trimestre gestacionales (α= .65; α= .52; α= .47, respectivamente) de la EAD; y, por último, tanto la subescala Interferencia de los padres (segundo trimestre: α= .67; tercer trimestre: α= .53) como Autosuficiencia y rencor contra los padres (segundo trimestre: α= .56; tercer trimestre: α= .58) del instrumento CaMir-R.

Todos los coeficientes de correlación de Pearson hallados entre las puntuaciones obtenidas en los diversos tiempos de estudio son positivos y estadísticamente significativos. Todos ellos, exceptuando el hallado en el caso de la dimensión de la VAPM Búsqueda de información sobre el feto (r= .21) entre el primer y el segundo trimestre de gestación, son moderados o fuertes, oscilando entre .39 y .88.

En relación a los coeficientes de correlación intraclase, todos los coeficientes hallados a excepción de uno (Búsqueda de información sobre el feto entre los dos primeros trimestres de gestación: r_i= .34, *p*= .069) son positivos y estadísticamente significativos. El criterio para evaluar la fiabilidad de los instrumentos en base al coeficiente de correlación intraclase es más exigente que aquel establecido en el caso del coeficiente de correlación de Pearson, considerándose adecuados aquellos coeficientes entre .70 y .90. La mayoría de los coeficientes de correlación intraclase se encuentran dentro de este rango, pero algunos presentan valores inferiores, especialmente en el caso de los análisis entre los dos primeros tiempos de evaluación: la puntuación total en la VAPM y en sus subescalas, a excepción de Angustia ante la pérdida del feto (r_i=. 79) y Búsqueda de información sobre el feto (r_i= .34, *p*= .069), cuyos coeficientes de correlación intraclase oscilan entre .55 y .69; las subescalas Somatización (r_i= .57) y Depresión (r_i= .69) del SCL-90-R; la subescala Afecto positivo (r_i= .68) de las Escalas PANAS; y la subescala Cohesión (r_i= .69) de la EAD. También se ha hallado un coeficiente de correlación intraclase inferior al establecido como criterio en el

Tabla 4.3.

Criterios de fiabilidad de los instrumentos de medida

Instrumento	T0 n = 60 α	T1 n = 52 α	T2 n = 50 α	T0 – T1 r	T0 – T1 r_i	T1 – T2 r	T1 – T2 r_i
VAPM							
Vínculo afectivo	.85	.83	.91	.51	**.67**	.69	.80
Fantaseo	.78	.78	.87	.39	**.55**	.79	.88
Reconocimiento	.86	.86	.93	.42	**.59**	.78	.88
Búsqueda	.80	.81	.71	**.21**	**.34***	.53	.70
Interacción	.91	.85	.80	.59	**.68**	.61	.75
Protección	**.69**	.77	.76	.53	**.69**	.55	.71
Angustia	.85	.77	.87	.65	.79	.79	.87
SCL-90-R							
Somatización	**.60**	**.64**	.73	.40	**.57**	.68	.80
Ansiedad	.87	.86	.86	.71	.81	.71	.83
Depresión	.80	.80	.80	.53	**.69**	.75	.86
PANAS							
Afecto positivo	.90	.91	.87	.52	**.68**	.61	.75
Afecto negativo	.86	.89	.89	.60	.75	.77	.87
EEP-10							
Estrés	.80	.84	.83	.70	.82	.70	.82
NEO-FFI							
Neuroticismo	.79	.82	.79	.78	.88	.86	.93
EMASP							
Apoyo social	.93	.92	.94	.76	.86	.87	.93
Familia	.90	.93	.95	.76	.86	.79	.88
Amistades	.95	.96	.97	.76	.86	.81	.90
Persona relevante	.89	.91	.97	.70	.82	.84	.91
EAD							
Ajuste diádico	.86	.88	.84	.76	.86	.88	.93
Consenso	.81	.79	.84	.67	.80	.69	.82
Cohesión	**.65**	.70	**.41**	.52	**.69**	.62	.75
Expresión de afecto	**.65**	**.52**	**.47**	.60	.74	.87	.93
Satisfacción	.78	.80	.86	.79	.88	.50	**.65**
CEP							
Relación con la madre		.83	.80			.76	.86
CaMir-R							
Seguridad		.88	.91			.66	.79
Preocupación		.82	.80			.62	.77
Interferencia		**.67**	**.53**			.69	.82
Autosuficiencia		**.56**	**.58**			.61	.76
Traumatismo		.78	.88			.83	.91

Nota. n: número de participantes; α: alpha de Cronbach; r: coeficiente de correlación; r_i: coeficiente de correlación intraclase. Para todos los coeficientes el valor de probabilidad ha sido $p < .01$; * $p = .069$ (asociación tendencial).

caso de la subescala Satisfacción ($r_i = .65$) de la EAD entre las puntuaciones obtenidas en el segundo y tercer trimestre de gestación. En la Tabla 4.3 se reflejan todos los resultados

presentados, destacando con fuente negrita aquellos coeficientes inferiores a los establecidos como criterio.

4.4.2. Contraste de medidas temporales

El primero de los objetivos del presente estudio es el análisis del comportamiento de las variables cuantitativas evaluadas con el fin de detectar cambios entre los tres trimestres gestacionales. Para ello, primero se han analizado las diferencias en las citadas variables entre los tres tiempos de evaluación; posteriormente, se han realizado análisis por pares de medidas temporales (primer trimestre-segundo trimestre, primer trimestre-tercer trimestre, y segundo trimestre-tercer trimestre). Los resultados de estos análisis se reflejan en la Tabla 4.4.

En relación a los contrastes entre los tres tiempos de evaluación, se han hallado diferencias estadísticamente significativas en las siguientes variables: vínculo afectivo prenatal materno, fantaseo sobre el feto, reconocimiento del feto como un individuo distinto de la gestante, interacción con el feto, ansiedad, depresión, afectividad positiva y negativa, estrés, neuroticismo y expresión de afecto en la relación de pareja. En el resto de las variables evaluadas no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre los tres trimestres gestacionales. Teniendo en cuenta los análisis por pares, se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en todas las variables señaladas en relación a los contrastes entre los tres tiempos de evaluación y, además, en somatización y ajuste diádico. A continuación se comentan estos resultados detalladamente.

El vínculo afectivo prenatal materno, así como las dimensiones constituyentes del mismo en las que se han hallado diferencias estadísticamente significativas (Fantaseo sobre el feto, Reconocimiento del feto como un individuo distinto de la gestante, e Interacción con el feto), ha aumentado con el progreso de la gestación. El mayor aumento se ha observado en la dimensión Interacción con el feto y el menor en la puntuación total en la VAPM. En estas

Tabla 4.4.

Contraste de medidas temporales

	T0 n = 49		T1 n = 49		T2 n = 49		Contraste multivariante Lambda de Wilks			Contrastes (*t*-Student) T0-T1 n = 52		T0-T2 n = 50		T1-T2 n = 49	
	M	DE	M	DE	M	DE	λ	*p*	η^2	*t*	*p*	*t*	*p*	*t*	*p*
VAPM															
Vínculo afectivo	7.65	1.06	8.17	0.79	8.44	1.00	.64	<.001	.36	-4.06	<.001	-5.31	<.001	-2.48	.017
Fantaseo	6.03	1.94	7.34	1.47	7.70	1.72	.59	<.001	.41	-5.23	<.001	-5.88	<.001	-2.34	.023
Reconocimiento	6.67	2.08	7.82	1.77	8.52	1.74	.45	<.001	.54	-4.04	<.001	-7.03	<.001	-4.23	<.001
Búsqueda	8.72	1.35	8.34	1.22	8.40	1.11	.94	.262	.05	1.82	.074	1.49	.143	-.39	.694
Interacción	6.40	2.65	8.00	1.42	8.48	1.16	.57	<.001	.43	-5.10	<.001	-6.19	<.001	-2.93	.005
Protección	9.14	1.00	8.94	1.12	8.92	1.02	.95	.289	.05	1.19	.240	1.40	.169	.09	.931
Angustia	8.96	1.54	8.62	1.50	8.59	1.84	.93	.162	.07	1.66	.103	1.67	.102	.16	.875
SCL-90-R															
Somatización	2.38	1.11	2.32	1.17	2.62	1.35	.92	.129	.08	.46	.643	-1.37	.175	-2.07	.043
Ansiedad	1.62	1.73	1.23	1.27	1.00	1.23	.85	.022	.15	2.67	.010	2.95	.005	1.70	.095
Depresión	1.61	1.16	1.18	1.02	1.12	1.00	.77	.002	.23	2.62	.011	3.54	.001	.54	.591
PANAS															
Afecto positivo	4.56	1.95	5.66	1.94	5.70	1.65	.72	<.001	.28	-4.46	<.001	-4.00	<.001	-.20	.842
Afecto negativo	2.35	1.89	1.50	1.62	1.45	1.51	.76	.002	.24	4.34	<.001	3.36	.001	.37	.714
EEP-10															
Estrés	3.28	1.71	2.54	1.48	2.61	1.48	.72	.001	.27	4.15	<.001	3.73	<.001	-.37	.711
NEO-FFI															
Neuroticismo	3.49	1.52	2.88	1.42	2.93	1.40	.70	<.001	.29	4.58	<.001	3.84	<.001	-.52	.602
EMASP															
Apoyo social	8.67	1.40	8.80	1.28	8.72	1.21	.98	.567	.02	-1.32	.190	-.54	.591	.89	.378
Familia	8.69	1.75	8.80	1.83	8.70	1.57	.99	.816	.01	-.89	.374	-.29	.774	.57	.567
Amistades	8.19	1.65	8.39	1.53	8.30	1.47	.96	.448	.03	-1.61	.113	-.69	.494	.71	.480
Persona relevante	9.13	1.47	9.22	1.34	9.16	1.35	.99	.782	.01	-.74	.462	-.22	.825	.54	.589
EAD															
Ajuste diádico	7.91	1.00	8.01	.96	7.87	.84	.91	.130	.09	-1.28	.207	.13	.894	2.04	.047
Consenso	8.19	.94	8.28	.86	8.15	.86	.96	.435	.04	-1.02	.311	.33	.742	1.30	.200
Cohesión	7.11	1.74	7.12	1.87	7.22	1.43	.99	.853	.01	-.35	.727	-.60	.548	-.45	.651
Expresión afecto	7.86	1.79	8.10	1.36	7.71	1.45	.77	.004	.23	-1.16	.251	.56	.579	3.59	.001
Satisfacción	8.47	.92	8.55	.88	8.41	1.13	.97	.523	.03	-.90	.375	.29	.771	.94	.351
CEP															
Relación con la madre			7.99	1.25	8.01	1.45	1.00	.906	.00					-0.12	.906
CaMir-R															
Seguridad			8.10	1.85	7.83	2.30	.97	.287	.02					1.07	.287
Preocupación			4.77	2.05	5.05	1.96	.97	.266	.03					-1.12	.266
Interferencia			3.75	1.89	3.68	1.70	.99	.754	.00					.31	.754
Autosuficiencia			3.92	1.78	4.00	1.88	.99	.742	.00					-.33	.742
Traumatismo			2.52	2.09	2.22	2.32	.95	.116	.05					1.60	.116

Nota. n: número de participantes; M: media; DE: desviación estándar; λ: lambda de Wilks; *p*: valor de significación; η^2: eta parcial al cuadrado; *t*: *t* de Student.

tres dimensiones y en la puntuación global en la VAPM también se han encontrado diferencias en los contrastes realizados por pares, es decir, hay diferencias entre los tres tiempos de evaluación y entre cada trimestre gestacional. En el caso de las tres dimensiones

en las que no se han encontrado diferencias entre tiempos (Búsqueda de información sobre el feto, Protección altruista del feto, y Angustia ante la pérdida del feto), el funcionamiento ha sido distinto. Tanto las puntuaciones en Protección altruista del feto como en Angustia ante la pérdida del feto han disminuido con el avance del embarazo; las puntuaciones más altas en Búsqueda de información sobre el feto se han observado en el primer trimestre de gestación, seguido del tercer trimestre.

En líneas generales, las puntuaciones medias obtenidas en la VAPM y en sus subescalas son altas en los tres trimestres gestacionales, oscilando entre 6.03 y 9.14. La subescala que presenta la puntuación media más elevada en los tres trimestres es Protección altruista del feto; aquella con las puntuaciones más reducidas es Fantaseo sobre el feto. Estos resultados se representan de forma gráfica en la Figura 4.2.

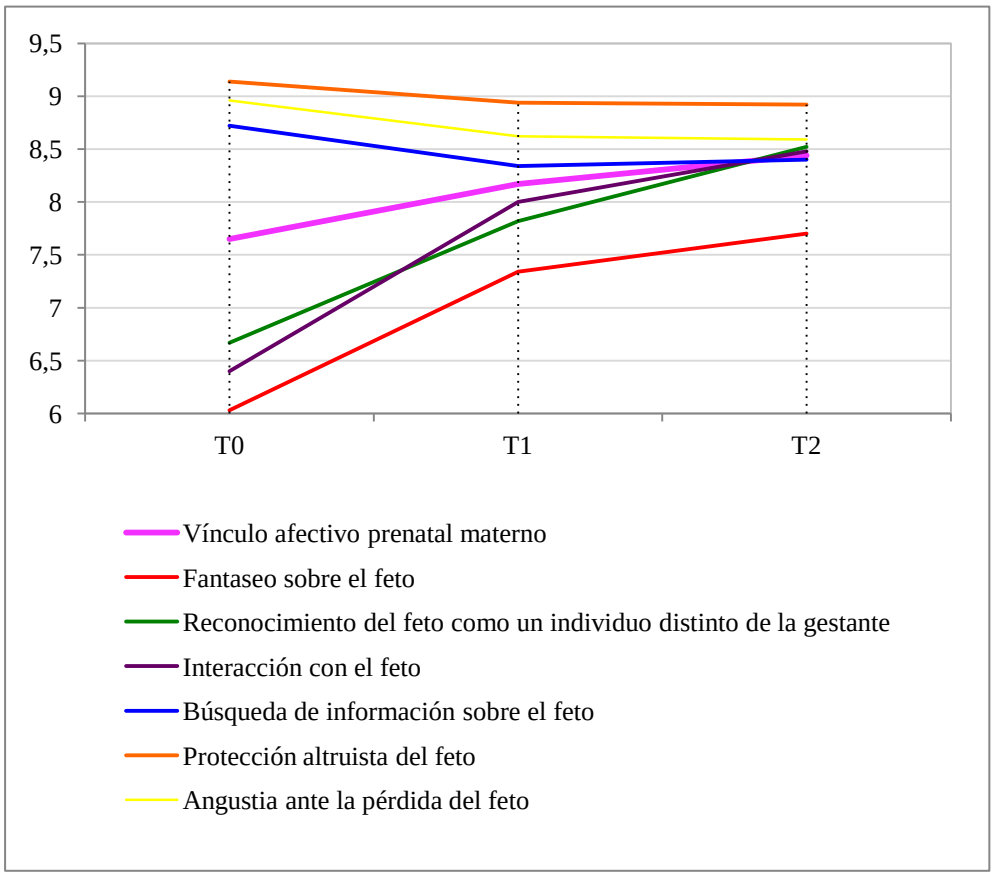

Figura 4.2. Vínculo afectivo prenatal materno a lo largo del embarazo

Otro grupo de variables que se ha estudiado a lo largo de toda la gestación está compuesto por la sintomatología psicológica (somatización, ansiedad, depresión y estrés), la afectividad (afecto positivo y afecto negativo) y el neuroticismo. En todas estas variables, a excepción de la somatización, se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre los tres tiempos de evaluación. En los contrastes por pares, se han encontrado diferencias estadísticamente significativas tanto entre el primer y el segundo trimestre de gestación como entre el primer y el tercer trimestre de gestación (no entre el segundo y el tercero) en ansiedad, depresión, estrés, afecto positivo, afecto negativo y neuroticismo. También se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones en somatización entre el segundo y tercer trimestre de embarazo.

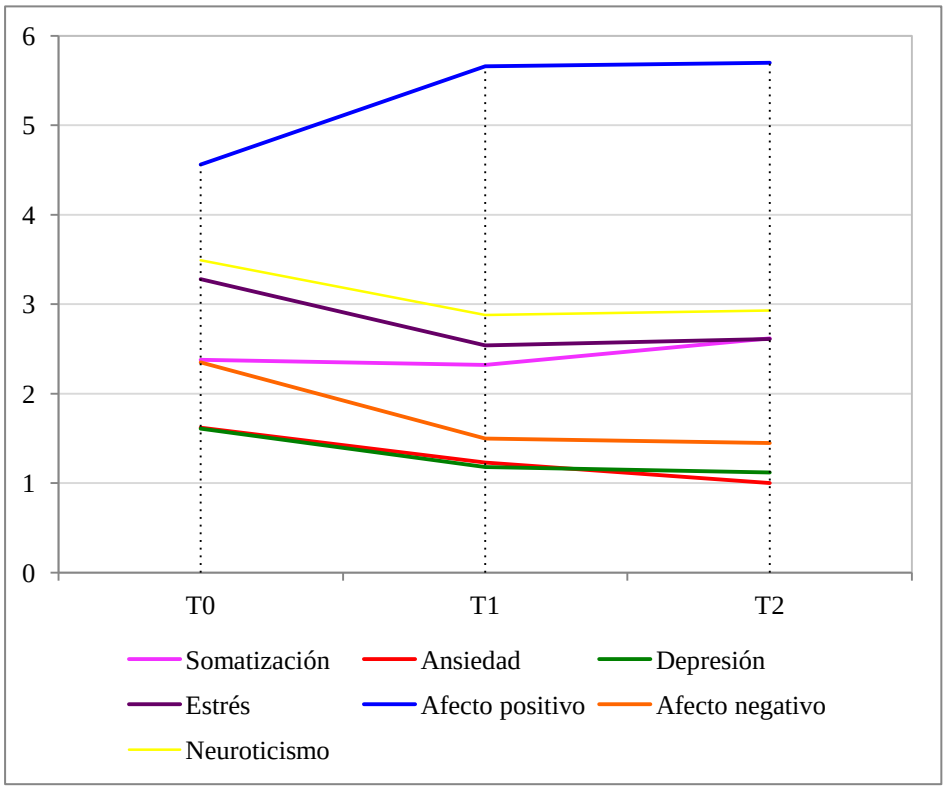

Figura 4.3. Sintomatología psicológica, estados afectivos y neuroticismo a lo largo del embarazo

Tanto la ansiedad como la depresión y el afecto negativo han disminuido con el avance de la gestación, y el afecto positivo ha aumentado con el progreso de la gestación. La somatización ha presentado puntuaciones más elevadas en el tercer trimestre gestacional, seguido del primer trimestre. En el caso del estrés y del neuroticismo, las puntuaciones más elevadas se han observado en el primer trimestre de gestación, seguidas del tercer trimestre. El mayor aumento de puntuaciones se ha producido en el afecto positivo y el descenso más importante en el afecto negativo.

En líneas generales, las puntuaciones medias en sintomatología psicológica, afecto negativo y neuroticismo han sido bajas (oscilando entre 1 y 3.49). La sintomatología ansiosa y la depresiva han presentado puntuaciones especialmente bajas en los tres trimestres de embarazo. Las puntuaciones en afecto positivo han sido las más elevadas, aunque sin alcanzar valores altos (han oscilado entre 4.56 y 5.70). Estos resultados se reflejan gráficamente en la Figura 4.3.

Un tercer grupo de variables se compone de aquellas de corte relacional: apoyo social percibido, ajuste diádico, calidad de la relación con la madre y representaciones de apego. Teniendo en cuenta tanto las puntuaciones globales de los instrumentos como las subescalas, sólo se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones de los tres tiempos de medida en la subescala Expresión de afecto de la EAD. Teniendo en cuenta los contrastes por pares, se han encontrado diferencias significativas en la puntuación global en Ajuste diádico y en Expresión de afecto entre el segundo y el tercer trimestre de embarazo. En ambas variables las puntuaciones se reducen de un trimestre a otro. En el resto de las medidas obtenidas no se perciben diferencias.

Todas las puntuaciones en las variables relacionales son altas: superiores a 7 en las medidas de apoyo social percibido, ajuste diádico, calidad de la relación con la madre y en la dimensión Seguridad: disponibilidad y apoyo de las figuras de apego del CaMir-R. En el

resto de las dimensiones de este último instrumento las puntuaciones han sido más reducidas, oscilando entre 2.22 y 5.05. Cabe recordar que tanto el CEP como el CaMir-R sólo se han aplicado en los dos últimos trimestres gestacionales, por lo que no se dispone de datos del primer trimestre. En la Figura 4.4 se recogen los datos sobre las citadas variables relacionales. Debido a que no se han observado diferencias significativas en la mayor parte de las variables evaluadas, no se presentan los datos hallados en las subescalas de la EMASP ni de la EAD. Sólo se presentan sus puntuaciones globales.

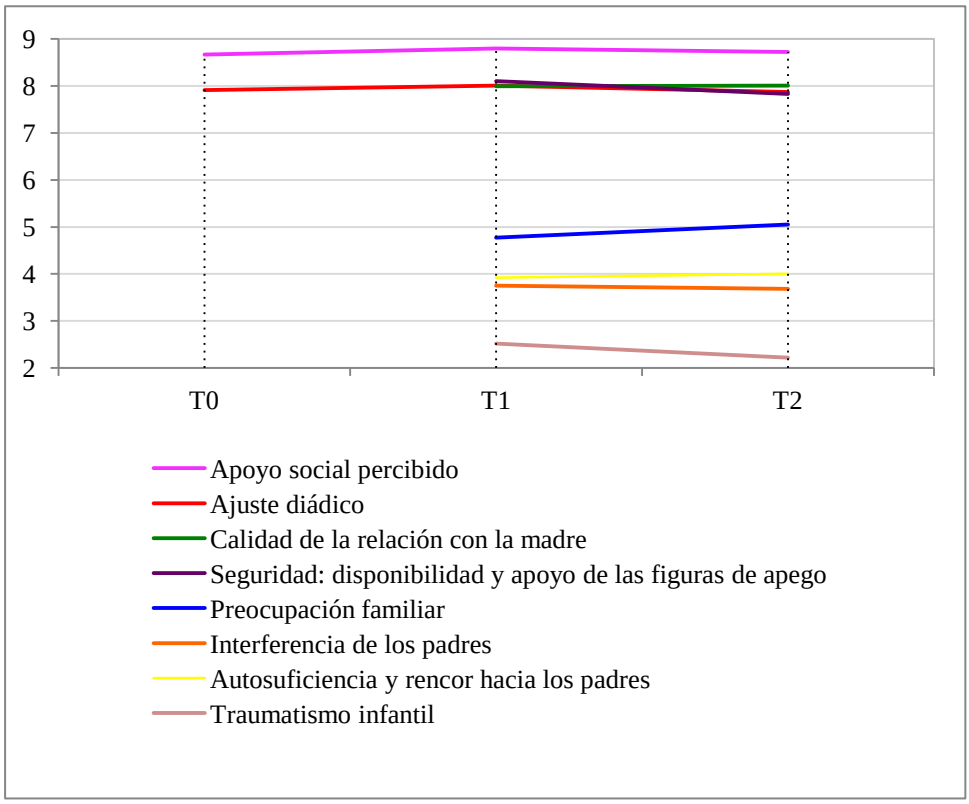

Figura 4.4. Apoyo social percibido, ajuste diádico, calidad de la relación con la madre y representaciones de apego a lo largo del embarazo

En resumen, el vínculo afectivo prenatal materno es alto desde el inicio de la gestación y aumenta a medida que el embarazo avanza: las gestantes fantasean más sobre el feto, interactúan más con él y de forma progresiva van reconociéndolo como un individuo

diferente de ellas mismas. Durante toda la gestación, sin cambios significativos, le protegen de forma altruista, buscan información sobre él de forma activa y presentan angustia ante la idea de un aborto espontáneo o una pérdida perinatal.

La sintomatología psicológica, el afecto negativo y el neuroticismo son bajos a lo largo de todo el embarazo: la sintomatología ansiosa, la sintomatología depresiva y el afecto negativo se reducen con el avance de la gestación; el estrés y el neuroticismo son más elevados al inicio de la gestación y más reducidos en el segundo trimestre; la sintomatología somática no presenta cambios significativos entre los tres tiempos, observándose la mayor diferencia entre el segundo y el tercer trimestre de embarazo, momentos entre los cuales la sintomatología aumenta levemente. El afecto positivo presenta valores medios y aumenta a medida que el embarazo progresa.

Teniendo en cuenta las variables relacionales, las puntuaciones en apoyo social percibido, en ajuste diádico y en calidad de la relación con la madre son elevadas a lo largo de todos los tiempos de evaluación, sin cambios significativos. El ajuste diádico desciende levemente desde el segundo hasta el tercer trimestre gestacional y la expresión del afecto en la relación de pareja es más elevada en el segundo trimestre y presenta la puntuación más reducida en el tercer trimestre. Por último, teniendo en cuenta las representaciones de apego, no se observan cambios entre las puntuaciones en el segundo y en el tercer trimestre de embarazo. Las representaciones de apego asociadas a un patrón de apego seguro presentan las puntuaciones más elevadas y aquellas asociadas al traumatismo infantil las más reducidas.

4.4.3. Vínculo afectivo prenatal materno y variables relacionadas

El segundo de los objetivos de este estudio ha sido explorar la relación entre el vínculo afectivo prenatal materno y las variables en estudio a lo largo de todo el embarazo. Para ello, se han realizado análisis correlacionales en el caso de las variables cuantitativas y pruebas *t* de Student para las variables cualitativas.

En relación a los análisis correlacionales, se ha estudiado la asociación entre el vínculo afectivo prenatal materno y sus dimensiones constituyentes y todas las variables cuantitativas en estudio: sintomatología psicológica, afectividad positiva y negativa, neuroticismo, apoyo social percibido, ajuste diádico, calidad de la relación con la madre, representaciones de apego, edad, número de TRA realizadas hasta lograr el embarazo y número de ecografías realizadas. A la hora de realizar los análisis se han tenido en cuenta tanto las puntuaciones globales de los instrumentos como la subescalas de los mismos. Además, éstos se han llevado a cabo teniendo en cuenta los tres trimestres gestacionales, es decir: las puntuaciones en el primer trimestre de gestación en cada una de las variables señaladas se han correlacionado con el vínculo afectivo prenatal materno y sus dimensiones en los tres trimestres; las puntuaciones en el segundo trimestre de gestación en las variables indicadas se han correlacionado con el vínculo afectivo prenatal materno y sus dimensiones tanto en el segundo como en el tercer trimestre de gestación; y, por último, las puntuaciones en el tercer trimestre de gestación en dichas variables se han correlacionado con el vínculo afectivo prenatal materno y sus dimensiones en el tercer trimestre. Debido al elevado número de análisis realizados, en el presente apartado únicamente se presentan aquellos datos que reflejan correlaciones estadísticamente significativas entre las citadas variables en alguno de los tres tiempos de evaluación. Las tablas de resultados completas se recogen en el Anexo L.

Entre todas las variables señaladas, sólo la sintomatología ansiosa, el apoyo social percibido y dos de sus subescalas, dos dimensiones de la escala para evaluar el ajuste diádico y dos de las representaciones de apego correlacionan de forma estadísticamente significativa con el vínculo afectivo prenatal materno en uno o varios de los tiempos de evaluación. Todas las correlaciones estadísticamente significativas son positivas y sus coeficientes oscilan entre .29 y .45. Son superiores al coeficiente de .21 establecido como criterio para poder afirmar que presentan valores aceptables. Estos resultados se reflejan en la Tabla 4.5.

La única variable que se asocia con el vínculo afectivo prenatal materno en el primer trimestre de embarazo es la ansiedad en el primer trimestre. Teniendo en cuenta el vínculo afectivo con el nonato en el segundo trimestre, sólo el consenso en la relación de pareja y dos de las dimensiones del CaMir-R (Seguridad: disponibilidad y apoyo de las figuras de apego, y Preocupación familiar) en el segundo trimestre se relacionan con el mismo. En el caso del vínculo afectivo con el feto en el tercer trimestre es donde se encuentra un mayor número de correlaciones estadísticamente significativas con otras variables: con el apoyo social percibido tanto en el segundo como en el tercer trimestre; con el apoyo social percibido por las amistades y por una persona relevante para la mujer en los dos últimos trimestres señalados; con el consenso en la relación de pareja evaluado tanto en el primer como en el tercer trimestre de embarazo; con la satisfacción con la relación de pareja tanto del primer como del segundo trimestre; y, por último, con la representación de apego asociada a la preocupación familiar tanto del segundo como de tercer trimestre.

Tabla 4.5.

Matriz de correlaciones entre el vínculo afectivo prenatal materno y las variables que correlacionan significativamente con el mismo en alguno de los tres tiempos de evaluación

		Vínculo afectivo					Vínculo afectivo		
		T0	T1	T2			T0	T1	T2
Ansiedad	T0	.29*	.19	.13	Ajuste diádico –	T0	.22	.30*	.42**
	T1		.16	.14	Consenso	T1		.14	.17
	T2			.17		T2			.38**
Apoyo social	T0	-.06	.08	.06	Ajuste diádico –	T0	.02	.20	.44**
	T1		.25	.31*	Satisfacción	T1		.16	.30*
	T2			.29*		T2			.08
Apoyo social –	T0	-.16	.04	.06	Representaciones	T1		.32*	.21
Amistades	T1		.19	.31*	de apego –	T2			.07
	T2			.29*	Seguridad				
Apoyo social –	T0	.13	.09	.12	Representaciones	T1		.45**	.38**
Persona	T1		.27	.34*	de apego –	T2			.33*
relevante	T2			.29*	Preocupación				

* $p < .05$ ** $p < .01$.

Teniendo en cuenta las dimensiones constituyentes del constructo vínculo afectivo prenatal materno también se han hallado correlaciones estadísticamente significativas. La primera dimensión a comentar es Fantaseo sobre el feto. Como se observa en la Tabla 4.6, son seis las variables que correlacionan con dicha dimensión: depresión, neuroticismo, apoyo social percibido de una persona relevante para la mujer, consenso y satisfacción en la relación de pareja y representaciones de apego asociadas a la preocupación por la familia. Todos los coeficientes de correlación estadísticamente significativos son aceptables, oscilando entre .27 y .45. Aquellos que reflejan la asociación entre el fantaseo sobre el feto y tanto la depresión como el neuroticismo son negativos; el resto son positivos.

Tabla 4.6.

Matriz de correlaciones entre el fantaseo sobre el feto y aquellas variables que correlacionan significativamente con el mismo en alguno de los tres tiempos de evaluación

		Fantaseo sobre el feto					Fantaseo sobre el feto		
		T0	T1	T2			T0	T1	T2
Depresión	T0	-.20	-.20	-.11	Ajuste diádico – Consenso	T0	.24	.29*	.24
	T1		-.27*	-.28*		T1		.12	.13
	T2			.00		T2			.32*
Neuroticismo	T0	.03	-.18	-.08	Ajuste diádico – Satisfacción	T0	.16	.31*	.45**
	T1		-.26	-.19		T1		.19	.31*
	T2			-.28*		T2			.09
Apoyo social – Persona relevante	T0	.32*	-.15	.08	Representaciones de apego – Preocupación	T1		.30*	.28*
	T1		.10	.26		T2			.12
	T2			.23					

* $p < .05$ ** $p < .01$.

La única variable que se relaciona con el fantaseo sobre el feto en el primer trimestre de embarazo es el apoyo social percibido por parte de una persona relevante para la mujer también en el primer trimestre de gravidez. El fantaseo en el segundo trimestre se relaciona con la depresión en el segundo trimestre, con el consenso y la satisfacción en la relación de pareja en el primer trimestre de embarazo y con la preocupación familiar en el segundo

trimestre. Por último, el fantaseo sobre el feto en el tercer trimestre se asocia con la depresión en el segundo trimestre, con el neuroticismo y el consenso en la relación de pareja en el tercer trimestre, con la satisfacción con la relación de pareja tanto en el primer trimestre como en el segundo, y con la preocupación familiar en el segundo trimestre de embarazo.

En el caso de la dimensión Búsqueda de información sobre el feto, tal y como se muestra en la Tabla 4.7, sólo se observan correlaciones estadísticamente significativas con dos variables: apoyo social percibido de las amistades y representaciones de apego asociadas a la preocupación familiar. Los coeficientes de correlación, los cuales oscilan entre .25 y .41, presentan valores aceptables. Sólo uno de ellos, el hallado para la asociación entre la búsqueda de información sobre el feto y el apoyo social percibido por parte de las amistades, es negativo. El resto son positivos.

Tabla 4.7.

Matriz de correlaciones entre la búsqueda de información sobre el feto y aquellas variables que correlacionan significativamente con la misma en alguno de los tres tiempos de evaluación

		Búsqueda de información					Búsqueda de información		
		T0	T1	T2			T0	T1	T2
Apoyo social – Amistades	T0	-.25*	-.13	-.17	Representaciones de apego – Preocupación	T1		.30*	.30*
	T1		-.09	-.05		T2			.41**
	T2			.06					

* $p < .05$ ** $p < .01$.

La búsqueda de información sobre el feto en el primer trimestre correlaciona con el apoyo social percibido por parte de las amistades en el primer trimestre de embarazo. Esta dimensión del constructo vínculo afectivo prenatal materno en el segundo trimestre también se asocia con la preocupación familiar en el segundo trimestre. Asimismo, la búsqueda de

información sobre el feto en el tercer trimestre de embarazo se relaciona con la preocupación familiar en el segundo y tercer trimestre de gestación.

La tercera dimensión a comentar es Reconocimiento del feto como un individuo distinto de la gestante. Esta dimensión es aquella con la que más variables han mostrado correlaciones estadísticamente significativas: somatización, ansiedad, depresión, estrés, afecto negativo, neuroticismo, apoyo social percibido y sus tres dimensiones, consenso y satisfacción en la relación de pareja y representaciones de apego asociadas con un patrón de apego seguro. Todos los coeficientes de correlación estadísticamente significativos presentan valores aceptables, oscilando entre .28 y .46. Asimismo, los coeficientes que reflejan la asociación entre el reconocimiento del feto como individuo distinto de la gestante y la sintomatología psicológica, el afecto negativo y el neuroticismo son negativos; el resto de los coeficientes de correlación son positivos.

Como se observa en la Tabla 4.8, ninguna de las variables señaladas ha mostrado una correlación estadísticamente significativa con el reconocimiento del feto como un individuo distinto de la gestante evaluado en el primer trimestre. Las puntuaciones en esta dimensión en el segundo trimestre de embarazo sí se han asociado con la somatización en el primer trimestre y tanto con la ansiedad como con la depresión, el estrés, el afecto negativo, el neuroticismo, el apoyo social percibido y dos de sus dimensiones (Familia y Persona relevante) y la seguridad en las representaciones de apego en el segundo trimestre de gestación. Por último, el reconocimiento del feto como un individuo distinto de la gestante evaluado en el tercer trimestre de gestación se ha asociado de forma estadísticamente significativa con: la somatización en el primer trimestre; la ansiedad, la depresión y el estrés en el segundo trimestre; el afecto negativo, el neuroticismo y el apoyo social percibido y sus tres dimensiones tanto en el segundo como en el tercer trimestre; el consenso en la relación

de pareja en el primer trimestre; y, por último, la satisfacción con la relación de pareja tanto en el primer como en el segundo trimestre de embarazo.

Tabla 4.8.

Matriz de correlaciones entre el reconocimiento del feto como un individuo distinto de la gestante y aquellas variables que correlacionan significativamente con el mismo en alguno de los tres tiempos de evaluación

		Reconocimiento del feto					Reconocimiento del feto		
		T0	T1	T2			T0	T1	T2
Somatización	T0	.07	-.29*	-.30*	Apoyo social – Familia	T0	-.13	.10	.13
	T1		-.25	-.20		T1		.28*	.29*
	T2			-.02		T2			.31*
Ansiedad	T0	.04	-.16	-.16	Apoyo social – Amistades	T0	-.09	.13	.24
	T1		-.31*	-.31*		T1		.24	.39**
	T2			-.21		T2			.39**
Depresión	T0	-.13	-.12	-.08	Apoyo social – Persona relevante	T0	-.04	.05	.22
	T1		-.30*	-.46**		T1		.28*	.43**
	T2			-.20		T2			.41**
Afecto negativo	T0	-.01	-.20	-.18	Ajuste diádico – Consenso	T0	.12	.06	.31*
	T1		-.33*	-.34*		T1		-.07	.05
	T2			-.29*		T2			.22
Estrés	T0	.14	-.14	-.16	Ajuste diádico – Satisfacción	T0	-.02	.09	.38**
	T1		-.29*	-.40**		T1		.14	.37*
	T2			-.13		T2			.18
Neuroticismo	T0	.00	-.21	-.08	Representaciones de apego – Seguridad	T1		.29*	.27
	T1		-.44**	-.38**		T2			.07
	T2			-.40**					
Apoyo social	T0	-.10	.11	.22					
	T1		.33*	.45**					
	T2			.44*					

* $p < .05$ ** $p < .01$.

La cuarta dimensión del constructo vínculo afectivo prenatal materno evaluada es Interacción con el feto. Las variables que han mostrado correlaciones estadísticamente significativas con dicha dimensión en alguno de los tres tiempos de evaluación son: afecto positivo, apoyo social percibido y dos de sus subescalas (Amistades y Persona relevante), ajuste diádico y dos de sus dimensiones (Consenso y Satisfacción), calidad de la relación con la madre y dos de subescalas del CaMir-R (Seguridad: disponibilidad y apoyo de las figuras

de apego, y Preocupación familiar). Todos los coeficientes de correlación estadísticamente significativos han sido positivos y han mostrado valores aceptables, oscilando entre .29 y .43.

Tabla 4.9.

Matriz de correlaciones entre la interacción con el feto y aquellas variables que correlacionan significativamente con la misma en alguno de los tres tiempos de evaluación

		Interacción					Interacción		
		T0	T1	T2			T0	T1	T2
Afecto positivo	T0	.30*	.39**	.29*	Ajuste diádico –	T0	.11	.21	.40**
	T1		.13	.15	Consenso	T1		.10	.23
	T2			.21		T2			.43**
Apoyo social	T0	.06	.21	.23	Ajuste diádico –	T0	.11	.20	.36*
	T1		.15	.40**	Satisfacción	T1		.18	.29
	T2			.39**		T2			.07
Apoyo social –	T0	-.02	.16	.22	Relación con la	T1		.23	.30*
Amistades	T1		.15	.43**	madre	T2			.26
	T2			.36**					
Apoyo social –	T0	.19	.27	.26	Representaciones	T1		.08	.30*
Persona relevante	T1		.17	.35*	de apego –	T2			.24
	T2			.37**	Seguridad				
Ajuste diádico	T0	.19	.32*	.31*	Representaciones	T1		.41**	.40**
	T1		.19	.26	de apego –	T2			.23
	T2			.23	Preocupación				

* $p < .05$ ** $p < .01$.

La interacción con el feto en el primer trimestre de gestación se ha relacionado con el afecto positivo. Esta dimensión de la VAPM evaluada en el segundo trimestre de gestación se ha asociado de forma significativa con: el afecto positivo y el ajuste diádico en el primer trimestre de embarazo; y con la preocupación familiar en el segundo trimestre. Asimismo, la interacción con el feto en la etapa final del embarazo se ha relacionado con: el afecto positivo y el ajuste diádico y su dimensión Satisfacción en el primer trimestre; el apoyo social percibido y dos de sus dimensiones (Amistades y Persona relevante) tanto en el segundo como en el tercer trimestre de embarazo; el consenso en la relación de pareja en el primer y tercer trimestre; y, por último, la calidad de la relación con la madre y las dos

representaciones de apego asociadas a la seguridad y a la preocupación familiar en el segundo trimestre. Estos resultados se reflejan en la Tabla 4.9.

La siguiente de las dimensiones analizadas es Protección altruista del feto. Esta dimensión ha mostrado correlaciones estadísticamente significativas en uno o más tiempos de evaluación con las variables: estrés, apoyo social percibido por parte de las amistades, ajuste diádico y sus cuatro subescalas, y dos de las dimensiones del CaMir-R (Preocupación familiar, y Autosuficiencia y rencor contra los padres). Todos los coeficientes de correlación, los cuales oscilan entre .29 y .48, presentan valores aceptables. Además, todos ellos, a excepción de los que reflejan la asociación entre la protección altruista del feto y el estrés y la autosuficiencia y el rencor contra los padres, son positivos.

Tabla 4.10.

Matriz de correlaciones entre la protección altruista del feto y aquellas variables que correlacionan significativamente con la misma en alguno de los tres tiempos de evaluación

		Protección altruista					Protección altruista		
		T0	T1	T2			T0	T1	T2
Estrés	T0	-.03	-.45**	-.34*	Ajuste diádico –	T0	.18	.22	.29*
	T1		-.18	-.20	Expresión de	T1		.14	.33*
	T2			-.11	afecto	T2			.37*
Apoyo social –	T0	-.24	.06	.06	Ajuste diádico –	T0	.11	.13	.48**
Amistades	T1		.07	.24	Satisfacción	T1		.14	.34*
	T2			.29*		T2			.14
Ajuste diádico	T0	.17	.15	.42**	Representaciones	T1		.30*	.25
	T1		.09	.37*	de apego –	T2			.26
	T2			.32*	Preocupación				
Ajuste diádico –	T0	.08	.11	.34*	Representaciones	T1		-.33*	-.10
Consenso	T1		.09	.17	de apego –	T2			-.01
	T2			.32*	Autosuficiencia				
Ajuste diádico –	T0	.10	.01	.24					
Cohesión	T1		-.02	.30*					
	T2			.07					

* $p < .05$ ** $p < .01$.

La protección altruista del feto en el primer trimestre de gestación no se relaciona de forma estadísticamente significativa con ninguna variable. Esta dimensión evaluada en el segundo trimestre se relaciona con el estrés en el primer trimestre y con las dos dimensiones del CaMir-R en el segundo trimestre. Por último, las puntuaciones en protección altruista del feto al final del embarazo se asocian con el estrés en el primer trimestre, con el apoyo social percibido de las amistades en el tercer trimestre, con el ajuste diádico y su dimensión Expresión de afecto en los tres trimestres de gestación, con el consenso en la relación de pareja en el primer y tercer trimestre, con la cohesión en la relación de pareja en el segundo trimestre, y, por último, con la satisfacción en la relación de pareja en los dos primeros trimestres. Estos resultados se presentan en la Tabla 4.10.

La última de las dimensiones analizadas es la Angustia ante la pérdida del feto. Las puntuaciones obtenidas en esta dimensión se han asociado de forma estadísticamente significativa con las siguientes variables: ansiedad, depresión, afecto negativo, estrés, neuroticismo, consenso en la relación de pareja y representaciones de apego relacionadas con la preocupación familiar. Los coeficientes de correlación que han resultado ser significativos son positivos y han oscilado entre .29 y .42, mostrando todos ellos valores aceptables.

Las puntuaciones en Angustia ante la pérdida del feto en el primer trimestre de gestación se han asociado con la ansiedad, la depresión, el afecto negativo y el neuroticismo en el primer trimestre. La angustia ante la pérdida del nonato en el segundo trimestre de embarazo ha mostrado correlaciones estadísticamente significativas con la ansiedad y el neuroticismo en los dos primeros trimestres, y el afecto negativo, el estrés y la preocupación familiar en el segundo trimestre. Por último, la angustia ante la pérdida fetal en la etapa final de la gestación se asocia con la ansiedad en los tres trimestres, la depresión en el tercer trimestre, el afecto negativo en el segundo trimestre, el neuroticismo y el consenso en la

relación de pareja en el primer trimestre y la preocupación familiar en el segundo y tercer trimestre de embarazo. Estos datos se muestran en la Tabla 4.11.

Tabla 4.11.

Matriz de correlaciones entre la angustia ante la pérdida del feto y aquellas variables que correlacionan significativamente con la misma en alguno de los tres tiempos de evaluación

		Angustia ante la pérdida					Angustia ante la pérdida		
		T0	T1	T2			T0	T1	T2
Ansiedad	T0	.37**	.36**	.37**	Neuroticismo	T0	.36**	.35*	.32*
	T1		.39**	.43**		T1		.32*	.24
	T2			.37**		T2			.25
Depresión	T0	.29*	.12	.27	Ajuste diádico –	T0	.20	.19	.33*
	T1		.15	.12	Consenso	T1		.12	.16
	T2			.42**		T2			.17
Afecto	T0	.29*	.17	.22	Representaciones	T1		.31*	.35*
negativo	T1		.40**	.38**	de apego –	T2			.42**
	T2			.22	Preocupación				
Estrés	T0	.18	.13	.19					
	T1		.30*	.27					
	T2			.27					

* $p < .05$ ** $p < .01$.

Antes de terminar con los análisis correlacionales, cabe señalar que se ha explorado la relación entre todas las variables cuantitativas en estudio al inicio y al final de la gestación. Estos análisis, a pesar de su relevancia, no constituyen uno de los objetivos de este estudio, por lo que sus resultados se presentan en el Anexo M.

Con el fin de analizar las diferencias en vínculo afectivo prenatal materno en base a las variables cualitativas en estudio, se han analizado las diferencias de medias a través de pruebas *t* de Student. Las variables cualitativas estudiadas han sido las siguientes: paridad, historia de pérdida (aborto espontáneo, pérdida perinatal o pérdida de un hijo nacido), naturaleza de los gametos (propios o donados) empleados en la TRA a partir de la cual se ha logrado el embarazo, movimientos fetales y riesgo obstétrico. Los movimientos fetales sólo

se han analizado en el segundo trimestre de embarazo ya que en el primer trimestre no se perciben y en el tercer trimestre los perciben todas las mujeres embarazadas. En este último tiempo son una constante. Por otro lado, dos variables importantes en base a la literatura no se han analizado por el escaso número de participantes en el estudio: el tipo de embarazo (único o gemelar) y la realización de una o más pruebas de diagnóstico prenatal. En este estudio sólo han participado cuatro mujeres cuyos embarazos eran gemelares y sólo fueron siete quienes no se realizaron ninguna prueba de diagnóstico prenatal a lo largo de la gestación.

Tabla 4.12.

Diferencias de medias en vínculo afectivo prenatal materno en los tres trimestres gestacionales en base a variables cualitativas

		Vínculo afectivo T0					Vínculo afectivo T1					Vínculo afectivo T2				
		n	M	DE	*t*	*p*	n	M	DE	*t*	*p*	n	M	DE	*t*	*p*
Hijos biológicos	Sí	15	7.89	1.10	.74	.46	13	8.11	0.97	-.43	.67	11	8.33	1.38	-.47	.64
	No	45	7.65	1.01			39	8.23	0.77			39	8.49	0.89		
Historia de pérdida	Sí	20	7.93	0.97	1.22	.23	17	8.34	0.92	.77	.45	15	8.89	1.07	1.92	.07
	No	40	7.59	1.05			35	8.14	0.76			35	8.28	0.94		
TRA	Gametos propios	42	7.72	0.95	.10	.92	36	8.14	0.69	-.87	.39	36	8.50	0.95	.38	.70
	Donación	18	7.68	1.24			16	8.35	1.05			14	8.36	1.17		
Movimientos fetales	Sí						39	8.25	0.88	.91	.37					
	No						13	8.06	0.56							

Notas. n: número de participantes; M: media; DE: desviación estándar; *t*: *t* de Student ; *p*: significación estadística.

Como se refleja en la Tabla 4.12, el vínculo afectivo prenatal materno en los tres trimestres gestacionales no difiere entre aquellas mujeres con hijos biológicos y aquellas mujeres sin hijos. Cabe recordar que ninguna de las participantes en el estudio tenía hijos adoptivos y que quienes tenían hijos biológicos sólo tenían uno. Teniendo en cuenta los abortos espontáneos, las pérdidas perinatales o la pérdida de un hijo nacido, tampoco se han hallado diferencias estadísticamente significativas en vínculo afectivo prenatal materno en ninguno de los tres trimestres gestacionales. En el tercer trimestre sí que se observa un valor

de significación próximo a la significación estadística (*p*= .07), siendo las mujeres con una historia de pérdida aquellas con puntuaciones superiores en vínculo afectivo prenatal materno. Teniendo en cuenta la naturaleza de los gametos empleados en la TRA a través de la cual se ha logrado la gestación, tampoco se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los tres tiempos de evaluación entre quienes han logrado el embarazo con sus propios gametos y quienes han recurrido a la donación de ovocitos. La percepción o no de los movimientos fetales en el segundo trimestre de embarazo tampoco ha supuesto una diferencia en las puntuaciones en vínculo afectivo con el nonato.

Tabla 4.13.

Diferencias de medias en vínculo afectivo prenatal materno en base al riesgo obstétrico en los tres trimestres gestacionales

		Vínculo afectivo T0					Vínculo afectivo T1					Vínculo afectivo T2				
		n	M	DE	*t*	*p*	n	M	DE	*t*	*p*	n	M	DE	*t*	*p*
Riesgo obstétrico T0	Sí	16	8.10	0.81	2.01	0.05	12	8.01	0.64	-1.10	.28	13	8.55	1.03	.36	.72
	No	44	7.57	1.08			40	8.26	0.86			37	8.43	1.01		
Riesgo obstétrico T1	Sí						12	8.35	0.95	.63	.54	12	8.66	1.17	.79	.44
	No						40	8.16	0.78			37	8.36	0.96		
Riesgo obstétrico T2	Sí											6	8.33	1.29	-.26	.80
	No											44	8.48	0.98		

Nota. n: número de participantes; M: media; DE: desviación estándar; *t*: *t* de Student; *p*: significación estadística.

Otra variable analizada en los tres trimestres gestacionales es el riesgo obstétrico. Como se observa en la Tabla 4.13, aquellas mujeres que señalaron que su embarazo era de alto riesgo obstétrico en el primer trimestre fueron quienes presentaron puntuaciones más elevadas en vínculo afectivo prenatal materno en el mismo trimestre. Sin embargo, en base a este riesgo inicial no se observan diferencias en vínculo afectivo con el nonato en los dos últimos trimestres gestacionales. Las mujeres que en el segundo trimestre señalaron que su gestación era de alto riesgo presentaron puntuaciones similares en vínculo afectivo prenatal

materno a aquellas sin complicaciones gestacionales, también en el tercer trimestre. Por último, quienes identificaron el riesgo obstétrico en el tercer trimestre tampoco se diferenciaron de aquellas sin complicaciones gestacionales en el constructo estudiado.

Resumiendo, teniendo en cuenta el vínculo afectivo prenatal materno, los principales hallazgos son los siguientes: 1) las mujeres que en el primer trimestre de gestación presentan puntuaciones superiores en sintomatología ansiosa están más fuertemente vinculadas a nivel afectivo al feto en dicho trimestre; 2) las mujeres que tanto en el segundo como en el tercer trimestre de gestación perciben un mayor apoyo social, especialmente por parte de una persona relevante para ellas y de sus amistades, presentan puntuaciones superiores en vínculo afectivo prenatal en el tercer trimestre de embarazo; 3) las gestantes que identifican un mayor grado de consenso en su relación de pareja en el primer trimestre de embarazo puntúan más alto en vínculo afectivo prenatal materno en el segundo y tercer trimestre de embarazo; asimismo, el consenso en la relación de pareja en el tercer trimestre se asocia positivamente con la relación afectiva prenatal en el mismo tiempo; 4) las mujeres que se encuentran más satisfechas con la relación de pareja en el primer y segundo trimestre se encuentran más fuertemente vinculadas a nivel afectivo al feto en el tercer trimestre; 5) aquellas mujeres que puntúan más alto en representaciones de apego relacionadas con el patrón de apego seguro en el segundo trimestre de embarazo se encuentran más fuertemente vinculadas afectivamente al feto en el mismo trimestre; 6) las gestantes que puntúan más alto en preocupación familiar en el segundo trimestre de embarazo presentan puntuaciones más altas en vínculo afectivo prenatal materno tanto en el segundo como en el tercer trimestre; además, las puntuaciones en preocupación familiar en el tercer trimestre también se asocian con el vínculo afectivo con el nonato en el mismo trimestre; por último, 7) aquellas mujeres que identifican su embarazo como de alto riesgo obstétrico en el primer trimestre presentan puntuaciones más elevadas en vínculo afectivo prenatal materno en el mismo trimestre.

4.4.4. Predictores del vínculo afectivo prenatal materno

El tercero de los objetivos de este estudio ha sido el análisis de las variables que tanto en el primer como en el segundo trimestre de gestación pueden predecir una mayor puntuación en vínculo afectivo prenatal materno en el tercer trimestre.

Tabla 4.14.

Modelo de regresión múltiple: predictores en el primer trimestre de gestación del vínculo afectivo prenatal materno en el tercer trimestre (n= 47)

Variables incluidas		β	R parcial	*t*	*p*	ΔR^2	R^2
Paso 1	Ajuste diádico – Satisfacción	.437	.437	3.25	.002	.191	.191
Paso 2	Ajuste diádico – Satisfacción	.544	.515	3.98	.000	.086	.277
	Ansiedad	.312	.326	2.29	.027		
Variables excluidas							
Somatización		-.113	-.120	-.79	.433		
Depresión		.012	.012	.07	.940		
Estrés		.065	.061	.40	.691		
Afecto positivo		-.064	-.075	-.49	.624		
Afecto negativo		-.080	-.067	-.44	.660		
Neuroticismo		.096	.100	.65	.514		
Apoyo social – Familia		-.110	-.119	-.78	.437		
Apoyo social – Amistades		.034	.037	.24	.809		
Apoyo social – Persona relevante		-.014	-.014	-.09	.926		
Ajuste diádico – Consenso		.237	.237	1.60	.116		
Ajuste diádico – Cohesión		-.234	-.252	-1.70	.095		
Ajuste diádico – Expresión de afecto		-.176	-.157	-1.04	.302		
Edad		-.119	-.136	-.900	.373		
Hijos biológicos		-.013	-.014	-.090	.929		
Pérdidas		.147	.166	1.10	.276		
TRA		-.059	-.068	-.447	.657		
Nº TRA		.115	.133	.881	.383		
Riesgo obstétrico		.050	.058	.380	.706		

Nota. β: beta; R parcial: correlación parcial; *t*: *t* de Student; *p*: significación estadística; ΔR^2: incremento del coeficiente de determinación: R^2: coeficiente de determinación.

Teniendo en cuenta los datos del primer trimestre, tal y como se observa en la Tabla 4.14, las dos variables que explican el vínculo afectivo prenatal materno en el tercer trimestre de embarazo son la satisfacción con la relación de pareja y la sintomatología ansiosa. El resto de las variables incluidas en el modelo han quedado excluidas. La satisfacción con la relación conyugal se asocia de forma moderada con el vínculo afectivo prenatal materno al final del

embarazo (R parcial= .437; *p*= .002). Al introducir en el modelo la sintomatología ansiosa, la asociación de la satisfacción con la relación de pareja con el vínculo afectivo prenatal materno aumenta (R parcial= .515; *p*< .001). La satisfacción con la relación de pareja explica el 19.1% de la varianza y la introducción de la variable sintomatología ansiosa incrementa un 8.6% la varianza explicada de la variable vínculo afectivo prenatal materno. Ambas variables explican el 27.7% de la varianza.

Al estudiar los posibles predictores en el segundo trimestre del vínculo afectivo prenatal materno en el tercer trimestre de gestación, son otras dos variables las que han sido incluidas en el modelo: las representaciones de apego asociadas a la preocupación familiar y el apoyo social percibido por parte de una persona relevante para la mujer. El resto de las variables incluidas en el modelo han quedado excluidas. La preocupación familiar se asocia de forma moderada con el vínculo afectivo prenatal materno al final del embarazo (R parcial= .390; *p*= .007). Al introducir en el modelo el apoyo social percibido por parte de una persona relevante, la asociación de la preocupación familiar con el vínculo afectivo prenatal materno aumenta (R parcial= .419; *p*= .004). La preocupación familiar explica el 15.2% de la varianza y la introducción de la variable apoyo social percibido por parte de una persona relevante incrementa un 14.3% la varianza explicada de la variable vínculo afectivo prenatal materno. Ambas variables explican el 29.5% de la varianza. Estos resultados se muestran en la Tabla 4.15.

Al probar este último modelo, la dimensión Calidad de la relación con la madre no se ha tenido en cuenta. Tres de las participantes manifestaron que su madre había fallecido, por lo que no respondieron al CEP. Si esta variable hubiera sido incluida en el modelo, éste se hubiera probado con tres casos menos y, dada la importante limitación de este estudio por el número de participantes, se ha optado por eliminar la variable y preservar los casos.

Tabla 4.15.

Modelo de regresión múltiple: predictores en el segundo trimestre de gestación del vínculo afectivo prenatal materno en el tercer trimestre (n= 46)

Variables incluidas		β	R parcial	*t*	*p*	ΔR^2	R^2
Paso 1	Representaciones de apego – Preocupación	.390	.390	2.81	.007	.152	.152
Paso 2	Representaciones de apego – Preocupación	.388	.419	3.03	.004	.143	.295
	Apoyo social – Persona relevante	.378	.411	2.95	.005		
Variables excluidas							
Somatización		-.142	-.150	-.98	.330		
Ansiedad		.086	.086	.55	.581		
Depresión		-.252	-.286	-1.93	.060		
Estrés		-.151	-.168	-1.10	.274		
Afecto positivo		.010	.012	.07	.939		
Afecto negativo		-.021	-.022	-.14	.886		
Neuroticismo		-.140	-.156	-1.02	.313		
Apoyo social – Familia		-.207	-.187	-1,23	.223		
Apoyo social – Amistades		.120	.128	.83	.409		
Ajuste diádico – Consenso		.086	.099	.64	.523		
Ajuste diádico – Cohesión		.093	.108	.70	.484		
Ajuste diádico – Expresión de afecto		-.031	-.034	-.21	.828		
Ajuste diádico – Satisfacción		.134	.128	.83	.406		
Representaciones de apego – Seguridad		-.125	-.120	-.78	.439		
Representaciones de apego – Interferencia		.128	.152	.99	.326		
Representaciones de apego – Autosuficiencia		.143	.170	1.11	.270		
Representaciones de apego – Traumatismo		.033	.038	.24	.809		
Edad		-.126	-.147	-.96	.342		
Hijos biológicos		-.133	-.155	-1.02	.314		
Pérdidas		.231	.271	1.82	.076		
TRA		.053	.063	.40	.685		
Nº TRA		.133	.158	1.03	.305		
Riesgo obstétrico		.146	.168	1.10	.275		

Nota. β: beta; R parcial: correlación parcial; *t*: *t* de Student; *p*: significación estadística; ΔR^2: incremento del coeficiente de determinación: R^2: coeficiente de determinación.

En los dos modelos de regresión múltiple por pasos planteados, hay varias variables que aunque no se asocian de forma estadísticamente significativa con el vínculo afectivo prenatal materno, sí se acercan a la significación estadística. Esto se observa en el caso de la cohesión en la relación de pareja en el primer trimestre de embarazo (R parcial= -.252; *p*= .095) y de la sintomatología depresiva (R parcial= -.252; *p*= .060) y de la historia de pérdida (R parcial= .231; *p*= .076) en el segundo trimestre gestacional.

Con el fin de obtener un indicador único del estado afectivo de las mujeres, se han introducido las variables relacionadas con la sintomatología psicológica (somatización, ansiedad, depresión y estrés), el afecto positivo y negativo y el neuroticismo en un análisis

factorial exploratorio. El resultado obtenido ha presentado una solución factorial de un componente que explica el 49.6% de la varianza. Dada esta solución factorial se ha obtenido una nueva variable denominada Estado afectivo a partir de las puntuaciones de regresión obtenidas al salvar el factor. Esta variable adopta valores *z* estandarizados de forma que una mayor puntuación expresa un peor estado afectivo. Esta nueva variable también ha sido incluida en modelos de regresión múltiple por pasos y los resultados obtenidos se presentan en la Tabla 4.16 (primer trimestre) y en la Tabla 4.17 (segundo trimestre).

Tabla 4.16.

Modelo de regresión múltiple: predictores en el primer trimestre de gestación, incluyendo la variable estado afectivo, del vínculo afectivo prenatal materno en el tercer trimestre (n= 47)

Variables incluidas		β	R parcial	*t*	*p*	ΔR^2	R^2
Paso 1	Ajuste diádico – Satisfacción	.437	.437	3.26	.002	.191	.191
Variables excluidas							
Estado afectivo		.259	.246	1.68	.099		
Apoyo social – Familia		-.170	-.178	-1.20	.236		
Apoyo social – Amistades		-.059	-.064	-.427	.671		
Apoyo social – Persona relevante		-.072	-.070	-.466	.643		
Ajuste diádico – Consenso		.273	.261	1.79	.080		
Ajuste diádico – Cohesión		-.126	-.134	-.898	.374		
Ajuste diádico – Expresión de afecto		-.182	-.153	-1.02	.310		
Edad		-.100	-.108	-.719	.476		
Hijos biológicos		.102	.105	.697	.489		
Pérdidas		.212	.233	1.59	.119		
TRA		.008	.008	.056	.956		
Nº TRA		.165	.183	1.23	.224		
Riesgo obstétrico		.077	.085	.568	.573		

Notas. β: beta; R parcial: correlación parcial; *t*: *t* de Student; *p*: significación estadística; ΔR^2: incremento del coeficiente de determinación: R^2: coeficiente de determinación.

Como se observa en la Tabla 4.16, al incluir la variable Estado afectivo en el modelo, la única variable del primer trimestre que explica el vínculo afectivo prenatal materno en el tercer trimestre de embarazo es la satisfacción con la relación de pareja. Ésta última variable se asocia de forma moderada con el vínculo afectivo prenatal materno al final del embarazo

(R parcial= .437; *p*= .002), explicando el 19.1% de la varianza. El resto de las variables incluidas en el modelo han quedado excluidas.

Al incluir la variable Estado afectivo a los posibles predictores en el segundo trimestre del vínculo afectivo prenatal materno en el tercer trimestre de gestación, las variables predictoras son nuevamente la preocupación familiar y el apoyo social percibido por parte de una persona relevante para la mujer. Los resultados obtenidos son muy similares a los observados al analizar las variables que incluye el factor Estado afectivo de forma independiente. No plantean ningún cambio significativo a la hora de comprender el valor predictivo de cada variable. Los resultados de este análisis se reflejan en la Tabla 4.17.

Tabla 4.17.

Modelo de regresión múltiple: predictores en el segundo trimestre de gestación, incluyendo la variable estado afectivo, del vínculo afectivo prenatal materno en el tercer trimestre (n= 46)

Variables incluidas		β	R parcial	*t*	*p*	ΔR^2	R^2
Paso 1	Representaciones de apego – Preocupación	.390	.390	2.81	.007	.152	.152
Paso 2	Representaciones de apego – Preocupación	.388	.419	3.03	.004	.143	.295
	Apoyo social – Persona relevante	.378	.411	2.95	.005		
Variables excluidas							
Estado afectivo		-.141	-.146	-.96	.343		
Apoyo social – Familia		-.207	-.187	-1.23	.223		
Apoyo social – Amistades		.120	.128	.83	.409		
Ajuste diádico – Consenso		.086	.099	.64	.523		
Ajuste diádico – Cohesión		.093	.108	.70	.484		
Ajuste diádico – Expresión de afecto		-.031	-.034	-.21	.828		
Ajuste diádico – Satisfacción		.134	.128	.83	.406		
Representaciones de apego – Seguridad		-.125	-.120	-.78	.439		
Representaciones de apego – Interferencia		.128	.152	.99	.326		
Representaciones de apego – Autosuficiencia		.143	.170	1.11	.270		
Representaciones de apego – Traumatismo		.033	.038	.24	.809		
Edad		-.126	-.147	-.96	.342		
Hijos biológicos		-.133	-.155	-1.02	.314		
Pérdidas		.231	.271	1.82	.076		
TRA		.053	.063	.40	.685		
Nº TRA		.133	.158	1.03	.305		
Riesgo obstétrico		.146	.168	1.10	.275		

Notas. β: beta; R parcial: correlación parcial; *t*: *t* de Student; *p*: significación estadística; ΔR^2: incremento del coeficiente de determinación: R^2: coeficiente de determinación.

En resumen, a partir de los análisis realizados puede afirmarse que los modelos en los que las variables que conforman el factor Estado afectivo se han estudiado de forma independiente aportan una información más detallada que aquellos en los que se ha incluido la citada variable. Teniendo en cuenta estos modelos, puede destacarse que: 1) tanto la satisfacción con la relación de pareja como la sintomatología ansiosa en el primer trimestre de gestación permiten explicar el vínculo afectivo prenatal materno en el tercer trimestre; las dos variables tienen un efecto sinérgico fortaleciendo la relación entre la satisfacción con la relación de pareja y el vínculo afectivo prenatal materno; 2) tanto las representaciones de apego asociadas a la preocupación familiar como el apoyo social percibido por parte de una persona relevante para la mujer en el segundo trimestre de embarazo permiten explicar el vínculo afectivo prenatal materno en el tercer trimestre; ambas variables parecen tener un efecto sinérgico aumentando la asociación de las representaciones de apego relacionadas con la preocupación familiar con el vínculo afectivo prenatal materno; y 3) otras variables, a pesar de no asociarse de forma estadísticamente significativa con el vínculo afectivo prenatal materno, sí se acercan a la significación estadística. Estas variables son: la cohesión en la relación de pareja en el primer trimestre de embarazo, y la sintomatología depresiva y historia de pérdida en el segundo trimestre gestacional.

4.5. Discusión

El objetivo principal de este estudio ha sido el análisis del vínculo afectivo prenatal materno a lo largo de toda la gestación en mujeres embarazadas a través de TRA (Técnicas de Reproducción Asistida). Para ello, se han planteado los siguientes objetivos específicos: realizar un contraste de medidas temporales tanto del vínculo afectivo prenatal materno como de otras variables que pueden influir en su desarrollo; explorar la relación entre el vínculo afectivo prenatal materno y las variables en estudio a lo largo de todo el embarazo; y, por

último, conocer qué variables tanto del primer como del segundo trimestre de embarazo funcionan como predictoras del vínculo afectivo prenatal materno en el tercer trimestre de gestación.

Este estudio ha surgido de la necesidad de comprender dicho vínculo afectivo ante un panorama de investigaciones con resultados contradictorios y muy escasos en número teniendo en cuenta los embarazos a través de TRA. Además, las limitaciones metodológicas han caracterizado a muchos de los estudios realizados, siendo las siguientes algunas de las críticas más importantes: la insuficiente clarificación y definición del constructo vínculo afectivo prenatal materno y la falta de un instrumento de evaluación de dicho constructo con unas adecuadas propiedades psicométricas.

A través del primer estudio de la presente tesis doctoral ambas cuestiones han sido trabajadas, la dimensionalidad del constructo se ha esclarecido y se ha creado una escala de medición en base a ella. Tras esto, se ha llevado a cabo este segundo estudio, planteando un diseño longitudinal para poder explorar el desarrollo de la relación afectiva prenatal, entre otras cuestiones. Se ha evaluado a 60 mujeres embarazadas a través de TRA. De éstas, 49 han participado en el estudio en los tres tiempos de evaluación. Las tres evaluaciones se han realizado a través de medidas de autoinforme, incluyendo en los protocolos de evaluación la VAPM (Escala de Evaluación del Vínculo Afectivo Prenatal Materno), escala construida en el primer estudio.

Todos los instrumentos de medida aplicados están adaptados a población española. Sin embargo, el estudio de su fiabilidad ha sido el primero de los análisis a realizar con el fin de conocer su funcionamiento en este tipo de participantes. Cabe destacar que los coeficientes de consistencia interna más reducidos se han obtenido en la EAD (Escala de Ajuste Diádico), escala empleada en numerosos estudios internacionales para evaluar el ajuste de la relación de pareja. Algunos coeficientes de fiabilidad bajos también pueden

observarse en dos subescalas del CaMir-R (Versión reducida del CaMir), en la subescala Somatización del SCL-90-R (Adaptación española del Cuestionario de 90 Síntomas Revisado) y en la dimensión Protección altruista del feto en el primer trimestre de gestación de la VAPM. Todas las subescalas que han planteado problemas a este nivel se componen de un número reducido de ítems, lo cual, sumado al escaso número de participantes en el estudio, dificulta obtener índices de fiabilidad elevados. A pesar de estas excepciones, en líneas generales, la fiabilidad de los instrumentos de medida es adecuada.

A continuación se discuten los resultados obtenidos en base a las hipótesis planteadas. La información se ha presentado en el mismo orden en el que se han expuesto tanto los objetivos como las hipótesis, la estrategia de análisis y los resultados, con el fin de facilitar la comprensión.

Es importante destacar que la mayor parte de los estudios con los que se han contrastado los resultados no han analizado el vínculo afectivo prenatal materno en mujeres embarazadas a través de TRA. Hay muy pocos trabajos cuyas participantes sean mujeres embarazadas a través de estas técnicas. Además no hay acuerdo en relación a las diferencias en vínculo afectivo prenatal materno en mujeres embarazadas a través de TRA y de forma espontánea. Laxton-Kane y Slade (2002) realizaron una revisión de artículos en la que concluyeron que las TRA no afectan al vínculo afectivo prenatal materno. McMahon et al. (2011) y Oudi et al. (2011), por el contrario, afirman que las mujeres que logran el embarazo mediante TRA se vinculan más intensamente al feto.

Otra cuestión relevante a subrayar es que apenas hay datos con los que comparar los resultados obtenidos teniendo en cuenta las dimensiones constituyentes del constructo vínculo afectivo prenatal materno. Como se ha señalado en varias ocasiones, los tres instrumentos más empleados hasta la actualidad para evaluar el citado constructo no contemplan todas las dimensiones que se han tenido en cuenta en la presente tesis doctoral: el

PAI (Inventario de Apego Prenatal) es unidimensional; la MAAS (Escala de Apego Prenatal Materna) es bidimensional, pero sus dimensiones constituyentes son Calidad del apego e Intensidad del apego; y la MFAS (Escala de Apego Materno Fetal) se compone de cinco dimensiones de las cuales sólo cuatro hacen referencia al vínculo afectivo prenatal materno. Además, dadas las numerosas críticas a este último instrumento, no todos los estudios realizados han analizado los datos en base a sus subescalas. Ningún instrumento contempla las dimensiones Búsqueda de información sobre el feto y Angustia ante la pérdida del feto. Las cuatro dimensiones restantes sólo pueden contrastarse con los resultados de las investigaciones que han empleado la MFAS y la han analizado por subescalas. La EVAP (Escala de Evaluación de la Vinculación Afectiva y la Adaptación Prenatal), el cuarto de los instrumentos expuestos previamente, apenas ha sido empleada.

4.5.1. Contraste de hipótesis

4.5.1.1. Contraste de medidas temporales

Primeramente, se ha analizado el comportamiento de las variables cuantitativas en estudio con el fin de detectar posibles diferencias entre los tres trimestres gestacionales. Las hipótesis planteadas a partir de este objetivo se presentan y se discuten seguidamente.

4.5.1.1.1. Hipótesis I: El vínculo afectivo prenatal materno aumenta con el avance de la gestación.

Como se observa en los resultados de este estudio, el vínculo afectivo prenatal materno aumenta trimestre a trimestre, existiendo diferencias estadísticamente significativas entre los tres tiempos de evaluación. Por tanto, esta primera hipótesis se cumple.

De forma más concreta, los resultados revelan que el vínculo afectivo prenatal materno es elevado desde el primer trimestre de gestación. Teniendo en cuenta las subescalas de la VAPM, en varias de ellas también se observa un aumento y diferencias estadísticamente

significativas entre tiempos: las mujeres fantasean más sobre el feto, interactúan más con él y van reconociéndolo como un individuo diferente de ellas mismas de forma progresiva. Por otro lado, en las tres dimensiones constituyentes del constructo restantes, las puntuaciones son muy altas durante todo el embarazo, sin cambios significativos: las mujeres protegen al feto de forma altruista, buscan información de forma activa sobre él y presentan angustia ante la idea de un aborto espontáneo, una pérdida perinatal o complicaciones en el desarrollo fetal.

La literatura confirma que esta relación afectiva se observa desde momentos muy tempranos. La relación de la madre con el bebé existe desde antes del embarazo, en las fantasías y en el deseo de la mujer de tener un hijo (Brazelton & Cramer, 1990; Ferrari et al., 2007). Una vez logrado el embarazo, se observan evidencias de vínculo afectivo prenatal materno desde la quinta (Righetti et al., 2005) u octava semana de gestación (Müller, 1992), y los expertos coinciden en afirmar que son necesarios los nueve meses que dura el embarazo para que el vínculo afectivo con el nonato se desarrolle completamente (Müller, 1993). El aumento del vínculo afectivo trimestre a trimestre observado en este estudio corrobora que esta relación afectiva se desarrolla a lo largo de todo el embarazo. Otros estudios también coinciden en señalar que el vínculo afectivo con el nonato aumenta a medida que la gestación avanza (Allison et al., 2011; Barone et al., 2014; Gomez & Leal, 2007; Hjelmstedt et al., 2006; Righetti et al., 2005; Vedova et al., 2008; Walsh et al., 2014).

A pesar de que no existen estudios de investigación en los que se haya estudiado el vínculo afectivo prenatal materno en base a sus dimensiones constituyentes, sí existe literatura en la que se tratan diversas cuestiones que permiten contrastar los resultados encontrados. Por ejemplo, el aumento en las puntuaciones en las subescalas Reconocimiento del feto como un individuo distinto de la gestante, Fantaseo sobre el feto e Interacción con el feto, el cual es especialmente intenso del primer al segundo trimestre gestacional, podría ser explicado, en parte, por la percepción de los movimientos fetales.

Al percibir los movimientos del feto y no poder controlarlos, la madre entiende que el feto no es una parte de ella, que el bebé y la mamá son individuos distintos (Cuadros, 2004). Además, al otorgar características al feto a partir de sus movimientos, éstos se personifican y se comienza a atribuir una personalidad, un temperamento al nonato (Brazelton & Cramer, 1990; Ferrari et al., 2007). A su vez, a medida que la mujer empieza a considerar al feto como un individuo separado y distinto del cuerpo materno, el vínculo aumenta (Rodrigues et al., 2004).

Teniendo en cuenta la dimensión Fantaseo sobre el feto, según Bydlowski (2007), al principio de la gestación el niño es simplemente una idea. Al sentir los movimientos fetales, esa idea es apoyada por las percepciones sensoriales e invade progresivamente el psiquismo de la futura madre. La mujer empieza a construir la imagen mental de cómo cree que será su bebé. El bebé imaginado va tomando forma en su mente. Así, la individuación del bebé a nivel intrapsíquico comienza (Ammaniti et al., 1992).

La interacción con el feto también parece aumentar al sentir los movimientos fetales, los cuales son la primera aportación del bebé a la relación (Brazelton & Cramer, 1990). La respuesta de la gestante a dichos movimientos es un indicador del vínculo afectivo prenatal materno (Fernández, 2005; Klaus & Kennell, 1978; Leifer, 1977). La gestante habla a su futuro bebé, le canta, le prepara para la separación al considerarle sujeto de diálogo (Aucouturier, 2004).

En resumen, el vínculo afectivo prenatal es muy elevado desde el inicio de la gestación en mujeres embarazadas a través de TRA. Además, esta relación afectiva se va fortaleciendo a medida que el embarazo avanza.

4.5.1.1.2. Hipótesis II: La sintomatología psicológica y la afectividad negativa son más elevadas al comienzo de la gestación y disminuyen a medida que el embarazo avanza. La afectividad positiva funciona de la forma opuesta: al comienzo de la gestación es más reducida que en etapas más avanzadas.

Como se observa en los resultados hallados, esta segunda hipótesis se cumple en relación a la sintomatología ansiosa, depresiva y al afecto negativo, por un lado, y al afecto positivo, por otro. El estrés y la sintomatología somática no han funcionado en base a lo esperado. Los resultados reflejan que: la sintomatología ansiosa, la sintomatología depresiva y el afecto negativo se reducen con el avance de la gestación; el estrés es más elevado al inicio de la gestación y más reducido en el segundo trimestre que en el tercero; la sintomatología somática no presenta cambios significativos entre los tres tiempos, observándose la mayor diferencia entre el segundo y el tercer trimestre de embarazo, momentos entre los cuales la sintomatología aumenta levemente; y, por último, el afecto positivo aumenta a medida que el embarazo progresa.

Los trabajos en los que se ha estudiado el estado psicológico o anímico de las mujeres embarazadas a través de TRA son muy escasos (Hammarberg et al., 2008; Van Balen et al., 1996). Uno de los estudios más importantes en esta línea, el cual recoge los resultados de investigaciones realizadas durante 25 años, concluye que cuando la FIV (Fecundación in vitro) termina en embarazo las emociones negativas y la sintomatología psicológica descienden (Verhaak, Smeenk, Evers, et al., 2007). En el presente estudio no se conoce si ha habido un descenso respecto a la sintomatología previa, pero las puntuaciones observadas son muy reducidas desde el primer trimestre de gestación.

En relación a la sintomatología ansiosa, la literatura refleja un descenso significativo con el progreso de la gestación. Cuando la mujer consigue el embarazo tras TRA y se va sintiendo más segura sobre su estado, la ansiedad disminuye al nivel de línea base (Karatas et al., 2011). Otros estudios han observado un descenso de la sintomatología ansiosa desde la

semana 12 a la 28 de embarazo (Klock & Greenfeld, 2000) y, en el caso de las mujeres que han sufrido abortos espontáneos o pérdidas perinatales, un descenso trascurridos los tres-cuatro primeros meses de embarazo (Côté-Arsenault, 2007; Geller et al., 2004; Tsartsara & Johnson, 2006). A pesar de las reducidas puntuaciones iniciales en sintomatología ansiosa, en el presente estudio también se observa un descenso significativo trimestre a trimestre.

Teniendo en cuenta la sintomatología depresiva, no se ha hallado ningún estudio en el que se evalúe ésta a lo largo del embarazo. Varias investigaciones indican que entre el 21% y el 26% de las mujeres embarazadas presentan dicha sintomatología (Moses-Kolko & Roth, 2004; Picech et al., 2005). Otros investigadores han hallado sintomatología depresiva leve en el 16.9% de las mujeres embarazadas y sintomatología depresiva de media a severa en el 7.5% de las mismas (Goecke et al., 2012). En el presente estudio la sintomatología depresiva de las participantes ha sido muy reducida desde el inicio de la gestación, descendiendo a lo largo de la misma. Ninguna de las participantes ha mostrado sintomatología depresiva moderada o alta en ninguno de los tres tiempos de evaluación. Los resultados divergen, por tanto, de lo reflejado en la literatura.

En referencia al estrés, está bien establecido que la gestación, por los numerosos cambios que implica, es un estresor (Kunkel & Doan, 2003). Además, algunos estudios concluyen que los embarazos logrados a través de TRA se viven con más estrés (Jacob et al., 2006; Kowalcek, 2011a). Sin embargo, las puntuaciones obtenidas en estrés en este estudio han sido reducidas y han descendido de forma especialmente intensa entre el primer y el segundo trimestre de embarazo; en el tercer trimestre han aumentado levemente respecto al segundo trimestre. Que las puntuaciones más elevadas en estrés se hayan observado en el primer trimestre gestacional puede asociarse al mayor riesgo de aborto espontáneo en este trimestre; el aumento entre el segundo y el tercer trimestre puede asociarse con los miedos y fantasías relacionadas con la muerte del bebé y de la propia gestante y con el temor a que el

niño no nazca sano que surgen en las semanas previas al parto (Michelena, 2002). Aún así, dado el bajo nivel de estrés observado en este estudio, los resultados podrían relacionarse con la indicado por Repokari et al. (2005), quienes afirman que cuando el tratamiento de reproducción desemboca en un embarazo, la salud mental de las mujeres es muy resistente a aquellos estresores sociales o propios del estado de gravidez que pueden hacerle mella y que sí influyen en las embarazadas de forma espontánea. Puede que el hecho de lograr el ansiado embarazo tras el estrés de la infertilidad y las TRA proteja a las mujeres del impacto psíquico que produce la gestación.

En el presente estudio, la sintomatología somática también ha sido reducida a lo largo de toda la gestación. En el tercer trimestre ha mostrado los valores más elevados, seguidos de los del primer trimestre. Varios autores relacionan la sintomatología somática, especialmente la del primer trimestre gestacional, con la ambivalencia afectiva o la conflictualidad psíquica provocada por el embarazo (Condon, 1985; Michelena, 2002). Sin embargo, puede que debido al deseo y a la planificación del embarazo en las mujeres embarazadas a través de TRA, esta conflictualidad psíquica o ambivalencia afectiva no sean tan elevadas y que los síntomas somáticos sean menores que en los embarazos logrados de forma espontánea. La toma de conciencia respecto a los cambios que supone la maternidad ha podido ser encarada hasta cierto punto (Brazelton & Cramer, 1990). La sintomatología somática ha podido ser mayor en el tercer trimestre por la conflictualidad psíquica generada tanto por los miedos asociados al parto y a la salud del bebé (Michelena, 2002) como por la proximidad del momento de conocer al bebé real, el cual la mujer debe conciliar con el bebé sobre el que ha fantaseado durante el embarazo (Lebovici, 1988).

Otra cuestión también estudiada ha sido la afectividad positiva y negativa. En base a la literatura, para la mayoría de las mujeres el embarazo es un periodo de emociones fuertes y cambiantes. El desequilibrio emocional es frecuente (Leifer, 1977). Tras conseguir el

embarazo tras TRA, en ocasiones, los sentimientos negativos relacionados con la infertilidad están presentes (Hjelmstedt et al., 2004). Los resultados de este estudio contrastan con estos postulados. Las mujeres han presentado puntuaciones bajas en afecto negativo desde el inicio del embarazo. Además, estas puntuaciones han descendido trimestre a trimestre. En relación al afecto positivo, en el presente estudio, tal y como señalan Tyrlík et al. (2004), se ha observado un aumento de las emociones positivas con el progreso de la gestación. Las emociones positivas han superado en gran medida a las negativas, sobre todo en el caso de los dos últimos trimestres. Como señalaron Fisher et al. (2008), menos del 5% de las mujeres embarazadas a través de TRA muestran alteraciones en su estado de ánimo en estados avanzados de la gestación. Estos resultados parecen ajustarse más a lo hallado en este estudio.

En líneas generales, parece que el estado psicológico y anímico de las mujeres embarazadas a través de TRA es adecuado: la sintomatología psicológica ha sido reducida y la afectividad positiva ha superado a la negativa. Además, la sintomatología psicológica y la afectividad negativa han mostrado una tendencia decreciente a lo largo del embarazo y la afectividad positiva una tendencia creciente.

4.5.1.1.3. Hipótesis III: El neuroticismo, el apoyo social percibido, el ajuste diádico, la calidad de la relación con la madre y las representaciones de apego se mantienen estables a lo largo de la gestación.

Los resultados de este estudio reflejan una estabilidad tanto en el apoyo social percibido como en el ajuste diádico (entre los tres tiempos, aunque no entre el segundo y el tercer trimestre de forma específica), en la calidad de la relación con la madre y en las representaciones de apego. En la variable neuroticismo se observan cambios entre los tres trimestres. A partir de estos resultados puede afirmarse que la hipótesis planteada se cumple parcialmente.

En relación al rasgo de personalidad Neuroticismo, los resultados de este estudio reflejan puntuaciones bajas desde el inicio de la gestación y cambios estadísticamente significativos trimestre a trimestre. Las puntuaciones más elevadas se observan en el primer trimestre de gestación y las más reducidas en el segundo. Desde el segundo al tercer trimestre se aprecia un aumento leve. Esto contrasta con los resultados de otros estudios, los cuales muestran una estabilidad de los rasgos de la personalidad durante la transición a la maternidad (Chapple & Furneaux, 1964; Sjögren et al., 2000).

Teniendo en cuenta el apoyo social percibido, no se observan cambios estadísticamente significativos entre los tres tiempos de evaluación. Las puntuaciones otorgadas por las mujeres son muy altas, siendo especialmente elevadas en relación al apoyo social percibido por parte de una persona relevante. A pesar de que no se ha preguntado quién es la persona a la que las participantes han identificado como esa persona relevante, dadas las altas puntuaciones en ajuste diádico, es probable que en la mayoría de los casos hayan pensado en su pareja a la hora de responder. Asimismo, teniendo en cuenta las altas puntuaciones en el CEP (Adaptación española del Cuestionario de Evaluación Prenatal), es posible que al pensar en el apoyo social percibido por parte de familiares las participantes hayan pensado en su madre, entre otras figuras importantes. Otros estudios identifican a la pareja y a la madre como principales figuras de apoyo (Condon & Corkindale, 1997; Davis & Akridge, 1987).

Tampoco se observan cambios en ajuste diádico a lo largo de los tres trimestres gestacionales. Sin embargo, al analizar los datos por pares se observa un descenso estadísticamente significativo, aunque muy leve, en las puntuaciones entre el segundo y el tercer trimestre. El ajuste diádico de estas mujeres es muy elevado. Otros investigadores también señalan que las mujeres embarazadas a través de TRA califican su relación de pareja como excepcional (Fisher et al., 2008). Al analizar la EAD por subescalas, el consenso, la

cohesión y la satisfacción con la relación de pareja son muy elevados y se mantienen estables durante el embarazo. Sí se aprecian cambios entre tiempos en la expresión del afecto, la cual es más elevada en el segundo trimestre de embarazo, seguida del primero. Según Hjelmstedt et al. (2004), la satisfacción con la relación de pareja desciende durante la transición a la maternidad en mujeres embarazadas a través de TRA. Este descenso no se ha observado en el presente estudio.

La calidad de la relación con la madre y las representaciones de apego sólo se han evaluado en los dos últimos trimestres de embarazo. La calidad de la relación con la madre ha sido muy alta y sin cambios entre ambos tiempos. El embarazo es un periodo en el cual la mujer reevalúa la historia con su propia madre (Lester & Notman, 1986) y en el que se observan cambios en la relación: de una configuración predominantemente materno-filial se pasa a otra entre dos mujeres adultas (Bibring et al., 1961). A partir de los resultados obtenidos, entre el segundo y el tercer trimestre de embarazo no se han hallado cambios en la calidad de la relación con la madre. Sin embargo, ambas evaluaciones se han hecho muy próximas en el tiempo, por lo que es complicado detectar cambios.

En el caso de las representaciones de apego tampoco se observan cambios entre las puntuaciones en el segundo y en el tercer trimestre de embarazo. Las subescalas del CaMir-R relacionadas con patrones de apego inseguro presentan puntuaciones inferiores que la subescala relacionada con un patrón de apego seguro. En otros estudios la estabilidad de los patrones de apego ha sido demostrada (Hamilton, 2000; Waters et al., 2000). Teniendo en cuenta el embarazo de forma específica, no se han encontrado estudios que evalúen la estabilidad de los patrones de apego a lo largo del mismo. Sin embargo, según Laxton-Kane y Slade (2002), medir el apego durante el embarazo puede no ser representativo del patrón de apego normal, ya que durante el embarazo las conductas de apego de la mujer se activan a niveles más altos (Lafuente, 2010).

En base a las puntuaciones obtenidas en todas las variables relacionales evaluadas, parece que las personas que rodean a las gestantes responden adecuadamente a sus necesidades afectivas. Además, la estabilidad caracteriza a la mayor parte de estas variables.

4.5.1.2. Vínculo afectivo prenatal materno y variables relacionadas

Otro de los objetivos de este trabajo ha sido explorar la relación entre el vínculo afectivo prenatal materno y las variables en estudio a lo largo de todo el embarazo. Las hipótesis planteadas en base a este objetivo se discuten a continuación.

4.5.1.2.1. Hipótesis IV: Tanto la sintomatología psicológica como la afectividad negativa y el neuroticismo se asocian de forma negativa con el vínculo afectivo prenatal materno; la afectividad positiva se asocia de forma positiva con esta última variable.

En base a los resultados de este estudio la hipótesis planteada no se cumple. Sólo la sintomatología ansiosa en el primer trimestre se relaciona de forma positiva con el vínculo afectivo prenatal materno en el mismo trimestre. Aquellas mujeres con puntuaciones más altas en sintomatología ansiosa son aquellas que están más fuertemente vinculadas afectivamente a su hijo nonato. En el resto de los tiempos de evaluación esta relación no es estadísticamente significativa. Tampoco lo son las relaciones entre el vínculo afectivo prenatal materno y la sintomatología depresiva y somática, el estrés, el afecto negativo y el afecto positivo en ninguno de los tres tiempos de evaluación.

Dada la inconsistencia de los hallazgos de los estudios realizados hasta la actualidad, los resultados obtenidos son difíciles de contrastar con la literatura. La sintomatología ansiosa y el vínculo afectivo prenatal materno no se han asociado ni en el segundo ni en el tercer trimestre de embarazo, tal y como reflejan otros estudios (Mercer et al., 1988; Van den Bergh et al., 2006). Sin embargo, en el primer trimestre de embarazo sí se observa una asociación positiva entre ambas variables, al igual que obtuvieron Oudi et al. (2011) en mujeres

embarazadas a través de TRA. Esta relación podría ser explicada a través de lo hipotetizado por Gaffney (1986), quien señaló que la ansiedad como estado emocional temporal podría movilizar la energía psíquica para formar el nuevo vínculo afectivo. A pesar de que la ansiedad se ha evaluado de forma general, y no específicamente sobre el embarazo, puede que las mujeres que han puntuado más alto en dicha sintomatología en el primer trimestre hayan sido aquellas con las puntuaciones más elevadas en vínculo afectivo prenatal materno porque dicha ansiedad, la cual cabe recordar que ha sido muy baja, ha podido activar el proceso de vinculación afectiva. Es probable que si la sintomatología ansiosa hubiera sido alta, ésta hubiera dificultado el desarrollo del vínculo afectivo con el nonato.

Teniendo en cuenta el resto de las variables contempladas en esta hipótesis, ninguna de ellas se ha relacionado en ninguno de los tres tiempos de evaluación con el vínculo afectivo prenatal materno. La relación entre el vínculo afectivo prenatal materno y la sintomatología depresiva tampoco se ha visto confirmada en otros estudios (Diniz et al., 2014; Hart & McMahon, 2006; Honjo et al., 2003; Kwon & Bang, 2011; Seimyr et al., 2009; Van den Bergh et al., 2006). La relación entre los síntomas somáticos y el vínculo afectivo prenatal se ha estudiado de forma limitada. Müller (1993), tal y como se refleja en este estudio, no observó una relación estadísticamente significativa entre ambas variables. El estrés tampoco se ha relacionado en otras investigaciones con la relación afectiva prenatal (Curry, 1987; Grace, 1989; Kaminer, 1992; Mercer et al., 1988). Teniendo en cuenta el afecto tanto positivo como negativo, la literatura es muy limitada. Sólo se ha encontrado un estudio de Condon y Corkindale (1997) en el que se afirma que el vínculo afectivo con el nonato presenta correlaciones estadísticamente significativas con los estados de ánimo. En este estudio el vínculo afectivo prenatal materno no se ha asociado ni con el afecto positivo ni con el negativo. Por último, tampoco se ha encontrado una relación estadísticamente significativa entre el neuroticismo y el vínculo afectivo prenatal materno en ninguno de los tres trimestres

gestacionales. No se ha encontrado ningún estudio en el que se haya analizado la relación entre estas últimas variables.

Teniendo en cuenta las dimensiones del constructo vínculo afectivo prenatal materno son varias las correlaciones estadísticamente significativas halladas. La sintomatología depresiva en el segundo trimestre de embarazo se ha relacionado de forma negativa con el fantaseo sobre el feto tanto en el segundo como en el tercer trimestre de embarazo, es decir: las mujeres que presentan puntuaciones más altas en síntomas depresivos en dicho trimestre gestacional fantasean menos sobre el feto en el mismo trimestre y en el tercero. La sintomatología depresiva dificulta experimentar placer en la proximidad con el feto (Raphael-Leff, 1985), lo cual puede traducirse en un menor fantaseo y un menor placer derivado del mismo. También se observa una relación negativa y significativa entre el neuroticismo en el tercer trimestre y el fantaseo sobre el feto en el mismo trimestre. El neuroticismo se asocia fuertemente con la sintomatología psicológica y el afecto negativo (Anexo M), por lo que resulta esperable que aquellas mujeres con una mayor inestabilidad emocional, más ansiosas, que se encuentran más tristes… en el tercer trimestre de embarazo fantaseen menos sobre el feto en dicho trimestre. Cuando el parto está cerca, momento en el cual el bebé fantasmático y el bebé imaginario se confrontan con el bebé real (Lebovici, 1988), puede que las mujeres con niveles más elevados del rasgo de personalidad Neuroticismo necesiten dejar de fantasear de una forma activa o consciente sobre el feto con el fin de mantener su equilibrio psíquico si la discrepancia con el bebé real tras el nacimiento es grande.

La dimensión Reconocimiento del feto como un individuo distinto de la gestante se ha relacionado negativamente con varias de las variables contempladas en esta hipótesis. La somatización en el primer trimestre de embarazo se ha asociado con el reconocimiento del feto como un individuo distinto de la gestante tanto en el segundo como en el tercer trimestre de embarazo, es decir: aquellas mujeres que presentan una mayor sintomatología somática al

comienzo de la gestación tienen más dificultades para reconocer que el nonato es una persona distinta a ellas mismas, con sus propias características, ritmos, preferencias… La sintomatología ansiosa en el segundo trimestre de embarazo se ha asociado con el reconocimiento del feto como un individuo distinto de la gestante tanto en el segundo trimestre como en el tercero. Aquellas mujeres con sintomatología ansiosa en el segundo trimestre han tenido más dificultades para reconocer al feto como un ser distinto de ellas mismas. El mismo comportamiento han exhibido la sintomatología depresiva y el estrés. El neuroticismo y el afecto negativo también han funcionado igual, pero con un matiz: entre ambas variables y el vínculo afectivo prenatal materno también se ha observado una relación en el tercer trimestre. Que aquellas mujeres que reconocen al feto como un individuo distinto a ellas (aunque dependiente de ellas), sean quienes presentan una menor sintomatología psicológica, un menor afecto negativo y niveles inferiores de neuroticismo es lo esperable. El reconocimiento del feto implica una mayor aceptación del embarazo y la maternidad, una menor ambivalencia respecto a estas cuestiones.

Otra dimensión estudiada ha sido la Interacción con el feto. La única variable contemplada en esta hipótesis que ha mostrado tener una relación significativa con la interacción con el feto ha sido el afecto positivo. Las mujeres que han identificado una mayor afectividad positiva en el primer trimestre de embarazo son aquellas que han interactuado más con el feto a lo largo de toda la gestación. Como señaló Condon (1993) en su modelo conceptual, una de las manifestaciones del vínculo afectivo prenatal materno es que la mujer experimente placer al interactuar con el feto, que disfrute al acariciarse el vientre y palpar al feto, al hablarle, al sentir sus movimientos y responder a ellos… Es posible que aquellas mujeres con estados de ánimo más positivos puedan experimentar más placer a partir de la interacción, lo cual, a su vez, les haga interactuar más. Sin embargo, cabe destacar que las puntuaciones en afecto positivo tanto en el segundo como en el tercer trimestre no han

correlacionado de forma estadísticamente significativa con la interacción de la madre con su hijo nonato.

La Protección altruista del feto ha sido otra de las dimensiones estudiadas. La única variable incluida en esta hipótesis que ha mostrado una relación significativa con dicha dimensión ha sido el estrés: aquellas mujeres con puntuaciones más altas en estrés durante el primer trimestre de gestación son aquellas que han puntuado menos en la dimensión Protección altruista del feto tanto en el segundo como en el tercer trimestre de embarazo. El estrés, así como los conflictos emocionales intensos, se asocian en muchas ocasiones a conductas o hábitos de vida poco saludables como consumir alcohol, tabaco, seguir una dieta inadecuada…, los cuales en el embarazo pueden perjudicar el desarrollo del feto (Ferreira, 1965; Verny & Weintraub, 1991). Por tanto, es posible que aquellas mujeres con niveles inferiores de estrés sean las que más se cuidan durante el embarazo con el fin de proteger al feto.

La dimensión Angustia ante la pérdida del feto ha mostrado numerosas correlaciones positivas y estadísticamente significativas con la ansiedad, la depresión, el estrés, el afecto negativo y el neuroticismo. La sintomatología ansiosa en los tres tiempos de evaluación se ha relacionado con la dimensión Angustia ante la pérdida del feto también en los tres tiempos. Las mujeres más ansiosas son aquellas que más angustia manifestarían ante un aborto espontáneo o pérdida perinatal o si sucedieran complicaciones gestacionales que pudieran afectar a la salud del feto. Teniendo en cuenta la sintomatología depresiva, se ha hallado una relación estadísticamente significativa entre dicha variable evaluada en el primer trimestre y la angustia ante la pérdida del nonato en el mismo trimestre, y otra relación significativa entre la sintomatología depresiva y la dimensión citada en el tercer trimestre. El afecto negativo también se ha asociado a la angustia ante la pérdida del feto: tanto al evaluar ambas variables en el primer trimestre, como el afecto negativo evaluado en el segundo trimestre con la

angustia ante la pérdida del nonato tanto en el segundo como en el tercer trimestre. A partir de los resultados de este estudio también puede afirmarse que las mujeres con un mayor nivel de estrés en el segundo trimestre gestacional presentan una mayor angustia ante la pérdida del feto. La última variable que se ha relacionado con dicha dimensión es el neuroticismo: el neuroticismo en el primer trimestre se ha asociado con la angustia ante la pérdida del feto durante todo el embarazo; y el neuroticismo en el segundo trimestre con la angustia ante la pérdida del feto en el mismo trimestre. Resulta esperable que la angustia ante la pérdida del feto se asocie con la sintomatología psicológica, con el afecto negativo y con el neuroticismo, reflejando que aquellas personas con puntuaciones más elevadas en dichas variables son también aquellas que se angustiarían más si el desarrollo adecuado del feto estuviera en riesgo o si se produjera una pérdida.

En resumen, a pesar de que la hipótesis planteada no se cumple, los resultados hallados al relacionar la sintomatología psicológica, los estados afectivos y el neuroticismo con el vínculo afectivo prenatal materno van en la línea de los resultados de otros estudios internacionales realizados hasta la actualidad. Si bien es cierto que la única variable que parece asociarse con el vínculo afectivo prenatal materno es la sintomatología ansiosa (ambas variables evaluadas en el primer trimestre de gestación), al analizar dicho constructo por subescalas se aprecian numerosas correlaciones estadísticamente significativas que aportan información detallada y novedosa sobre la que se debe seguir trabajando. También es importante seguir profundizando en este tema con el fin de conocer por qué algunas variables se asocian en unos tiempos y no en otros.

4.5.1.2.2. Hipótesis V: Tanto el ajuste diádico como la calidad de la relación con la madre y el nivel de apoyo social percibido se asocian de forma positiva con el vínculo afectivo prenatal materno.

Como se observa en los resultados de este estudio, tanto el ajuste diádico como el apoyo social percibido han mostrado correlaciones positivas y estadísticamente significativas con el vínculo afectivo prenatal materno en algunos de los tiempos de evaluación. La calidad de la relación con la madre no se ha asociado a la relación afectiva con el nonato. Por tanto, la hipótesis planteada sólo se cumple parcialmente.

El apoyo social percibido a nivel general, así como el apoyo social percibido por parte de las amistades y de una persona relevante, en el segundo trimestre de embarazo se ha asociado al vínculo afectivo prenatal materno en el tercer trimestre. Además, tanto el apoyo social percibido como sus dimensiones, evaluadas en el tercer trimestre, también se han asociado con el vínculo afectivo con el nonato en el mismo trimestre. Entre las evaluaciones realizadas en el resto de los tiempos de estudio no se han hallado relaciones estadísticamente significativas. Por tanto, la relación entre ambas variables únicamente se observa entre algunos de los tiempos de evaluación.

Al revisar la literatura, los resultados de los estudios que han evaluado la relación entre estas variables son inconsistentes. El constructo apoyo social puede ser evaluado de muchas formas y en base a la dimensión evaluada los resultados varían. En el presente estudio se ha analizado el apoyo social percibido por parte de tres fuentes, no el apoyo social disponible, ni recibido, ni la satisfacción con dicho apoyo, entre otras cuestiones. En el estudio de Mercer et al. (1988), en el cual se evaluó de forma específica el apoyo social percibido, no se encontraron relaciones estadísticamente significativas entre dicha variable y el vínculo afectivo prenatal materno. En otros estudios, y dejando de lado las dimensiones del apoyo social evaluadas, sí se ha encontrado una relación positiva entre ambas variables (Condon & Corkindale, 1997; Cranley, 1981, 1984; Diniz et al., 2014; Honjo et al., 2003;

Mercer et al., 1988; Ossa et al., 2012; Yu & Kim, 2014). En este estudio las relaciones halladas también han sido positivas y especialmente intensas teniendo en cuenta el vínculo afectivo prenatal materno en el tercer trimestre de embarazo.

En relación al ajuste diádico, son dos las subescalas de la EAD que han mostrado tener una relación positiva con el vínculo afectivo prenatal materno: el consenso y la satisfacción con la relación de pareja. El ajuste diádico como constructo global no se ha relacionado de forma estadísticamente significativa con la relación afectiva prenatal. El consenso en el primer trimestre se ha relacionado con el vínculo afectivo prenatal materno en el segundo y en el tercer trimestre; el consenso en el tercer trimestre de embarazo se ha asociado de forma estadísticamente significativa con el vínculo afectivo prenatal materno en el mismo trimestre. La satisfacción con la relación de pareja en el primer y en el segundo trimestre se ha asociado con el vínculo afectivo prenatal materno en el tercer trimestre.

Son varios los estudios en los que también se ha hallado una relación entre ambas variables (Colpin et al., 1998; Kwon & Bang, 2011; Mercer et al.,1988; Siddiqui et al., 1999). Además, en algunos de los estudios realizados se ha empleado el mismo instrumento para evaluar la relación de pareja que el empleado en este estudio, lo cual favorece la comparabilidad de los resultados. Varios investigadores han hallado una relación positiva entre la satisfacción marital y el vínculo afectivo prenatal materno (Brandon et al., 2008; Condon & Corkindale, 1997; Hjelmstedt et al., 2006; Kwon & Bang, 2011). Condon y Corkindale (1997) también encontraron una correlación positiva entre la cohesión conyugal y el vínculo afectivo con el nonato. Otros han encontrado una asociación positiva entre esta última variable y el ajuste marital (Barone et al., 2014; Gomez & Leal, 2007; Mako & Deak, 2014). Por tanto, los resultados de este estudio van en la línea de los de otros trabajos. Parece que la subescala de la EAD que más estudios relacionan con el vínculo afectivo prenatal materno es la satisfacción con la relación de pareja. Esta subescala, además de la cohesión en

la relación de pareja, también muestra una relación positiva y significativa con el vínculo afectivo prenatal materno en el tercer trimestre de embarazo en este estudio.

La tercera de las variables incluidas en esta hipótesis es la calidad de la relación con la madre. Esta variable no ha mostrado asociarse de forma estadísticamente significativa con el vínculo afectivo prenatal materno en ninguno de los dos tiempos en los que ha sido evaluada. Como se ha señalado previamente, el resurgimiento de la relación con la propia madre es muy intenso durante la gestación (Brazelton & Cramer, 1990). Al mismo tiempo que la mujer embarazada se separa de su propia madre, ésta también puede ser el centro de su matriz de apoyo (Stern et al., 1999). Sin embargo, a pesar de este proceso tan complejo a nivel psíquico y relacional, en el presente estudio no se ha hallado que la calidad de la relación con la madre de asocie con el vínculo afectivo prenatal materno. No se ha hallado ningún estudio con el que contrastar estos resultados.

El apoyo social percibido, el ajuste diádico y la calidad de la relación con la madre también han sido evaluados teniendo en cuenta las dimensiones constituyentes del vínculo afectivo prenatal materno. El fantaseo sobre el feto en el primer trimestre de embarazo se ha asociado de forma positiva y significativa con el apoyo social percibido por parte de una persona relevante para la mujer en el mismo trimestre. El consenso en la relación de pareja en el primer trimestre se ha asociado también de forma positiva al fantaseo sobre el feto en el segundo trimestre. Además, ambas variables también se han relacionado en el tercer trimestre de embarazo. La satisfacción con la relación de pareja en el primer trimestre se ha relacionado con el fantaseo sobre el feto tanto en el segundo como en el tercer trimestre de embarazo, y la satisfacción con la relación de pareja evaluada en el segundo trimestre con el fantaseo sobre el feto en el tercer trimestre. Por tanto, nuevamente, se observan relaciones significativas entre variables, pero dichas relaciones no se dan en todos los tiempos de evaluación. A partir de los resultados de este estudio sí puede afirmarse que la relación con la

pareja tiene un fuerte impacto en el fantaseo de la mujer sobre su hijo nonato. Aquellas mujeres que se sienten apoyadas por sus parejas, que perciben en su relación un mayor consenso y que están más satisfechas con la misma, son aquellas que fantasean más sobre el feto. Tal y como indicó Winnicott (1970), cuando el padre proporciona una cierta medida de tranquilidad con respecto al mundo exterior, la madre no tiene necesidad de dirigir su atención hacia fuera en un momento en que desea tanto volcarse hacia adentro.

La siguiente dimensión evaluada ha sido la Búsqueda de información sobre el feto. Ésta sólo ha mostrado una correlación estadísticamente significativa con el apoyo social percibido por parte de las amistades: aquellas mujeres con un nivel superior de apoyo social percibido por parte de sus amistades en el primer trimestre de embarazo han sido quienes han buscado menos información sobre el feto en el mismo trimestre. Como se ha señalado en varias ocasiones, ninguno de los instrumentos de evaluación del vínculo afectivo prenatal materno contempla la subescala Búsqueda de información sobre el feto, por lo que no hay datos con los que comparar los resultados. Sin embargo, los datos hallados generan muchas preguntas sobre las que sería interesante seguir trabajando. Puede que las amistades informen desde su experiencia o conocimiento a las mujeres en la primera etapa del embarazo y cubran su necesidad de saber más sobre su hijo nonato o sobre el desarrollo del mismo sin tener que buscar información de forma activa. Así, puede que las mujeres con un menor apoyo social/emocional de sus iguales tengan que recurrir a profesionales, a diversas fuentes de información… para satisfacer su necesidad de información sobre el feto, sus cuidados, su desarrollo…

La tercera dimensión analizada ha sido el Reconocimiento del feto como un individuo distinto de la gestante. Esta variable se ha relacionado de forma positiva y estadísticamente significativa con el apoyo social percibido y sus tres subescalas y con el consenso y la satisfacción con la relación de pareja. Tanto el apoyo social percibido a nivel global como el

apoyo social percibido por parte de la familia y de una persona relevante han mostrado el mismo comportamiento: las tres variables evaluadas en el segundo trimestre se han asociado de forma positiva con el reconocimiento del feto como un individuo distinto de la gestante tanto en el segundo como en el tercer trimestre de embarazo; las tres variables evaluadas en el tercer trimestre también se han asociado de forma positiva con el reconocimiento del feto como un individuo distinto de la gestante en el tercer trimestre. Además, el apoyo social percibido por parte de las amistades evaluado tanto en el segundo como en el tercer trimestre se ha asociado con el reconocimiento del feto como un individuo distinto de la gestante en el tercer trimestre. Teniendo en cuenta el ajuste diádico, el consenso en la relación de pareja del primer trimestre de embarazo se ha asociado con el reconocimiento del feto como un individuo distinto de la gestante en el tercer trimestre. La satisfacción con la relación de pareja tanto del primer como del segundo trimestre se ha asociado con la citada dimensión de la VAPM en el tercer trimestre. Estos resultados permiten observar la relevancia del apoyo social y de la relación de pareja en el proceso de reconocer al feto como un individuo en desarrollo dependiente de la gestante pero distinto de ella. Puede que una vida relacional sana, y sobre todo una relación de pareja de apoyo y satisfactoria para la gestante, facilite la diferenciación madre-feto y dificulte el establecimiento de una relación simbiótica. Como señaló Deutsch (1944), si la relación entre la futura madre y el padre es buena, se establecen durante el embarazo los fundamentos psicológicos del triángulo padres-hijo. Brazelton y Cramer (1990) también afirmaron que si la relación con el futuro padre es sólida la madre tendrá una mejor oportunidad de reconocer que el hijo es un ser separado de sí misma, con un potencial de crecimiento independiente.

La interacción con el feto también ha mostrado correlaciones positivas y estadísticamente significativas con las variables relacionales. El apoyo social percibido como constructo global y el apoyo social percibido por las amistades y por una persona relevante,

las tres variables evaluadas tanto en el segundo como en el tercer trimestre de embarazo, se han asociado con la interacción con el feto en el tercer trimestre de gestación. El ajuste diádico del primer trimestre de embarazo se ha relacionado con la interacción de la madre con el feto tanto en el segundo como en el tercer trimestre de embarazo. El consenso en la relación de pareja en el primer y en el tercer trimestre se ha asociado con la interacción con el feto en el tercer trimestre. La satisfacción con la relación de pareja en el primer trimestre se ha relacionado con la interacción prenatal en el tercer trimestre. Por último, la calidad de la relación con la madre en el segundo trimestre de embarazo se ha relacionado con la interacción con el feto en el tercer trimestre. Estos resultados reflejan que tanto el apoyo social como la relación de pareja y la relación con la madre influyen positivamente en la interacción de la embarazada con su hijo nonato. Puede que en un ambiente de contención en el que la gestante se encuentra apoyada y protegida, tanto por su pareja como por su familia, de forma concreta por su madre, y por sus amistades, la mujer pueda aceptar a su hijo nonato y sienta una menor ambivalencia. Esto puede traducirse en más y más afectivos intercambios madre-feto a través de una interacción que prepara a ambos para la separación (Aucouturier, 2004).

Otra dimensión evaluada ha sido la Protección altruista del feto. Ésta se ha asociado de forma positiva y estadísticamente significativa con el apoyo social percibido por parte de las amistades y con el ajuste diádico y sus cuatro dimensiones constituyentes. Sin embargo, las citadas variables sólo se han asociado con la protección altruista del feto en el tercer trimestre de embarazo. Las asociaciones concretas con esta última variable en la etapa final de la gestación han sido: el apoyo social percibido por parte de las amistades en el tercer trimestre de embarazo; el ajuste diádico y la expresión del afecto en la relación de pareja, ambas en los tres trimestres; el consenso percibido en la relación de pareja del primer y del tercer trimestre; la cohesión en la relación de pareja en el segundo trimestre; y, por último, la

satisfacción con la relación de pareja tanto en el primer como en el segundo trimestre. Como se deriva de estos resultados, la relación de pareja parece ser un factor fuertemente asociado con la protección altruista del feto al final del embarazo. Aquellas mujeres con puntuaciones superiores en ajuste diádico parecen ser aquellas que protegen más al bebé en gestación. Michelena (2002) afirma que es necesario que exista un padre que cuide y proteja a esa pareja madre-hijo. En un clima de apoyo, cohesión, consenso, afecto y satisfacción como el hallado en este estudio parece que el futuro padre está presente y que es una figura fundamental para la futura madre. Es posible que este ambiente protector facilite que también la madre pueda cuidar y proteger al feto. Cabe recordar que la protección fetal se asocia con niveles bajos de hostilidad materna con respecto al embarazo y al bebé (Ferreira, 1965).

Teniendo en cuenta la dimensión Angustia ante la pérdida del feto, la única variable que se ha relacionado con la misma ha sido el consenso percibido en la relación de pareja. De forma concreta, el consenso percibido en el primer trimestre de embarazo con la angustia ante la pérdida del nonato en el tercer trimestre. El coeficiente de correlación hallado ha sido positivo, es decir: aquellas mujeres que percibían un mayor consenso en su relación de pareja al principio del embarazo eran aquellas para quienes una pérdida perinatal o complicaciones gestacionales supondrían una mayor angustia al final de la gestación. Ambas variables no se han relacionado en el resto de los tiempos de evaluación. Esta relación, como otras de las indicadas, debe ser estudiada en profundidad. También sería interesante conocer por qué el resto de las variables relacionales no se han asociado con la angustia ante la pérdida fetal.

Resumiendo, la hipótesis planteada sólo se cumple de forma parcial. Tanto el ajuste diádico como el apoyo social parecen asociarse con el vínculo afectivo prenatal materno, especialmente en el tercer trimestre de embarazo, pero la calidad de la relación con la madre no parece jugar un papel en la línea de lo hipotetizado. A pesar de que la literatura con la que contrastar los resultados es limitada, los hallazgos en relación al ajuste diádico y al apoyo

social parecen converger con los de otras investigaciones realizadas a lo largo de las últimas décadas. Al analizar el constructo vínculo afectivo prenatal materno por subescalas también se distinguen numerosas asociaciones que plantean diversas preguntas de investigación sobre las que seguir trabajando. Como se ha señalado al discutir la hipótesis previa, también es importante seguir explorando el motivo por el cual algunas variables se asocian en unos tiempos y no en otros.

4.5.1.2.3. Hipótesis VI: Las mujeres con representaciones de apego relacionadas con el patrón de apego seguro presentan un vínculo afectivo prenatal materno más elevado que aquellas con representaciones de apego asociadas a patrones de apego inseguro.

Tal y como se observa en los resultados de este estudio, la hipótesis planteada no se cumple. Si bien es cierto que las representaciones de apego asociadas con un patrón de apego seguro o autónomo se han relacionado de forma positiva y estadísticamente significativa con el vínculo afectivo prenatal materno, ésta relación sólo se observa al evaluar ambas variables en el segundo trimestre de embarazo. Además, aquellas representaciones de apego asociadas con un patrón de apego ansioso (apego ambivalente-preocupado para los autores del CaMir-R), también se han asociado de forma positiva y estadísticamente significativa con el vínculo afectivo prenatal materno: ambas variables al ser evaluadas en el segundo trimestre de embarazo y dichas representaciones de apego evaluadas tanto en el segundo como en el tercer trimestre con el vínculo afectivo prenatal materno en el tercer trimestre. Además, los coeficientes de correlación hallados en el caso de estas últimas representaciones de apego han sido más elevados que el hallado entre las representaciones de apego asociadas a un patrón de apego seguro y el vínculo afectivo prenatal materno.

En base a estos resultados parece que el apego ambivalente-preocupado, patrón de apego inseguro, tiene más relación con el vínculo afectivo con el nonato que el apego seguro.

Las personas con un estilo de apego ambivalente-preocupado valoran sus relaciones de apego, pero tienden a sentirse excesivamente preocupadas por otros miembros de su familia, expresan temor a ser abandonados y tienen una escasa autonomía. Las personas con un estilo de apego seguro-autónomo valoran las relaciones de apego, describen las relaciones actuales con su familia como relaciones de confianza y apoyo y evalúan sus experiencias del pasado reflejando aceptación y gratitud hacia sus figuras de apego, independientemente de si éstas han sido o no satisfactorias (Balluerka et al., 2011).

Según los datos obtenidos, las mujeres que establecen vínculos afectivos más ansiosos y con una mayor preocupación por el otro y miedo al abandono, son también aquellas que presentan un mayor vínculo afectivo con el feto en todos los tiempos de estudio. Esto no resulta contraintuitivo porque es esperable que aquellas mujeres que se vinculan de forma más ansiosa con otros puntúen más alto en medidas relacionales, lo cual no implica que la relación que establecen sea de calidad, pero quizás sí más intensa. El instrumento empleado para evaluar el vínculo afectivo prenatal materno explora su intensidad en base a sus dimensiones constituyentes, las cuales no se asocian a patrones de apego ni a estilos de relación más o menos patológicos. Es decir, puntuar alto en vínculo afectivo prenatal materno en base a este instrumento refleja una relación sólida. Las puntuaciones se interpretan de forma lineal. Las puntuaciones altas no reflejan una relación afectiva prenatal demasiado intensa o demasiado simbiótica. Por tanto, a nivel prenatal estas mujeres parecen vincularse afectivamente al feto de una forma adecuada, pero es importante seguir explorando, quizás a nivel cualitativo y postnatal, esta relación con el fin de saber si se vive con una excesiva angustia.

Por otro lado, resulta llamativo que las representaciones de apego seguro no se asocien de forma consistente en todos los tiempos de evaluación con el vínculo afectivo prenatal materno. El patrón de apego seguro es el que se relaciona con la seguridad psíquica y

emocional, lo cual haría suponer que las personas que puntúan alto en esta variable deberían contar con una mayor energía y disponibilidad psíquica para formar nuevos vínculos afectivos, lo cual debería traducirse en puntuaciones más elevadas en la VAPM. Esto sólo se observa en el segundo trimestre de embarazo. En algunas investigaciones la relación entre el vínculo afectivo prenatal materno y el apego seguro se ha visto confirmada (Alhusen et al., 2013; Mikulincer & Florian, 1999; Priel & Besser, 2000).

Al analizar el vínculo afectivo prenatal materno en base a sus dimensiones también se observan correlaciones estadísticamente significativas con las representaciones de apego. La dimensión Preocupación familiar en el primer trimestre de embarazo se ha asociado positivamente con el fantaseo sobre el feto y con la interacción con el feto tanto en el segundo como en el tercer trimestre. Las representaciones de apego asociadas a la preocupación familiar en el segundo y tercer trimestre también se han asociado positivamente con la búsqueda de información sobre el feto y con la angustia ante la pérdida del feto en ambos tiempos gestacionales. Además, la dimensión Preocupación familiar en el segundo trimestre se ha relacionado de forma positiva con la protección altruista del feto en el mismo trimestre. Teniendo en cuenta las representaciones de apego asociadas a un patrón de apego seguro, se han observado correlaciones estadísticamente significativas entre dichas representaciones de apego en el segundo trimestre y el reconocimiento del feto como un individuo distinto de la gestante en el mismo trimestre, y entre las citadas representaciones de apego en el primer trimestre y la interacción con el feto en el tercer trimestre. Estas correlaciones han sido positivas. Por último, la dimensión Autosuficiencia y el rencor contra los padres de las representaciones de apego se ha asociado de forma negativa a la protección altruista del feto: aquellas mujeres con unas representaciones de apego asociadas al patrón de apego evitativo en el segundo trimestre de embarazo son quienes han puntuado más bajo en protección altruista del feto en el mismo trimestre.

En base a estos resultados puede afirmarse que aquellas mujeres con vínculos afectivos más ansiosos son aquellas que más fantasean sobre el feto, buscan información sobre él, interactúan con él, le protegen de forma altruista y presentan puntuaciones superiores en angustia ante su pérdida. Como se ha señalado previamente, estas mujeres viven las relaciones con una mayor intensidad afectiva, por lo que las puntuaciones elevadas en estas dimensiones son esperables. Por otro lado, las representaciones de apego relacionadas con el apego seguro se asocian con el reconocimiento del feto como un individuo distinto de la gestante y con la interacción con el feto. Una de las características de las personas con apego seguro es la autonomía. La autonomía puede favorecer que las mujeres reconozcan a sus hijos en gestación como personas independientes, sentando así las bases para el establecimiento de un apego seguro a nivel postnatal. Por último, cabe destacar la única correlación negativa hallada. Ésta se ha observado entre la protección altruista del feto y las representaciones de apego asociadas al patrón de apego evitativo. Las personas con un estilo de apego evitativo-devaluante tienden a infravalorar las relaciones de apego, no suelen confiar en los miembros de su familia, dicen tener pocos recuerdos del pasado y éstos pueden incluir idealización, rechazo o indiferencia hacia sus figuras de apego. Además se caracterizan por ser autosuficientes e independientes y por controlar sus emociones (Balluerka et al., 2011). Esta autosuficiencia puede llevarles a tener más dificultades para identificar las necesidades del feto, su dependencia y vulnerabilidad, y protegerle en menor medida.

En resumen, la hipótesis planteada no se cumple. Si bien es cierto que las representaciones de apego relacionadas con el patrón de apego seguro se han asociado positivamente con el vínculo afectivo prenatal materno, esta correlación sólo se ha observado en el segundo trimestre gestacional. Además, en oposición a lo hipotetizado, las representaciones de apego asociadas con el patrón de apego ansioso han mostrado una mayor

relación con el vínculo afectivo prenatal materno tanto en el segundo como en el tercer trimestre de embarazo. La complejidad del constructo apego hace difícil comparar los resultados con los de otros estudios realizados. Al realizar el análisis del vínculo afectivo prenatal materno en base a sus dimensiones también se observan varias asociaciones entre variables que hay que seguir explorando.

4.5.1.2.4. Hipótesis VII: El vínculo afectivo prenatal materno de aquellas mujeres embarazadas de su primer hijo no diferirá del de aquellas que tienen hijos nacidos de embarazos previos.

En base a los resultados del presente estudio esta hipótesis se ha confirmado: no se han hallado diferencias en vínculo afectivo prenatal materno entre aquellas mujeres sin hijos biológicos y aquellas con hijos nacidos de embarazos previos. Todas las participantes con hijos tenían un único hijo y ninguna tenía hijos adoptivos.

Tal y como se observa en el caso de otras variables, los resultados de los estudios que han tratado de analizar la relación entre el vínculo afectivo prenatal materno y la paridad son inconsistentes (Erickson, 1996; Lafuente, 2010; Laxton-Kane & Slade, 2002). Son varios los estudios que señalan que las mujeres embarazadas de su primer hijo presentan puntuaciones superiores en vínculo afectivo prenatal materno que las mujeres con hijos (Condon & Corkindale, 1997; Gomez & Leal, 2007; Lorensen et al., 2004; Mercer & Ferketich, 1995; Pollock & Percy, 1999). Otros autores sólo han encontrado diferencias teniendo en cuenta las dimensiones de la MAAS, pero no en la puntuación global de vínculo afectivo prenatal materno (Mako & Deak, 2014; Walsh et al., 2014). Otros, tal y como se ha observado en el presente estudio, señalan que no existe relación entre las citadas variables (Condon & Esuvaranathan, 1990; Berryman & Windridge, 1996; Lindgren, 2001; Vedova et al., 2008).

Ante esta disparidad de resultados, los hallazgos obtenidos en este estudio confirman que el vínculo afectivo prenatal de las mujeres sin hijos y con un hijo no difiere en ninguno

de los tres trimestres gestacionales. Todas las participantes han logrado la gestación, sea del primer o segundo hijo, tras someterse a TRA, por lo que la gestación ha sido en todos los casos deseada y planeada. Quizás el hecho de tener ya un hijo influya en la mujer a otros niveles, pero parece no hacerlo en relación al vínculo afectivo que establece con su hijo nonato.

4.5.1.2.5. Hipótesis VIII: Las mujeres con una historia de pérdida (aborto espontáneo, pérdida perinatal o pérdida de un hijo nacido) presentarán puntuaciones similares en vínculo afectivo prenatal materno que aquellas que nunca han sufrido una pérdida de esta naturaleza.

Tal y como se observa en los resultados hallados esta hipótesis se ha confirmado. No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los tres trimestres gestacionales en vínculo afectivo prenatal materno entre mujeres con una historia de pérdida de un hijo (aborto espontáneo, pérdida perinatal o pérdida de un hijo nacido) y aquellas que nunca han sufrido una pérdida de esta naturaleza. En el tercer trimestre sí que se observa un valor de significación próximo a la significación estadística, siendo las mujeres con una historia de pérdida aquellas con puntuaciones superiores en vínculo afectivo prenatal materno. De hecho, las puntuaciones medias en vínculo afectivo prenatal materno han sido más altas durante toda la gestación, aunque sin diferencias estadísticamente significativas, en aquellas mujeres con una historia de pérdida.

Los resultados de otros estudios que han analizado la relación entre ambas variables son dispares. En la mayoría de ellos, como se observa también en este estudio, no se han encontrado diferencias en vínculo afectivo prenatal materno entre aquellas mujeres con una historia de pérdida fetal y sin ella (Armstrong, 2002; Honjo et al., 2003; Mehran et al., 2013; Tsartsara & Johnson, 2006; Van den Bergh et al., 2006; Vedova et al., 2008). Salgado (2011), por el contrario, encontró que las mujeres que habían sufrido abortos espontáneos se

vinculaban afectivamente con el feto de forma más intensa como medida de protección del embarazo actual. Por otro lado, tanto Armstrong y Hutti (1998) como Lerum y LoBiondo-Wood (1989) hallaron que cuando hay una historia de pérdida fetal las gestantes presentan un lazo afectivo con el nonato menor en la nueva gestación.

Por tanto, los resultados de este estudio van en la línea de los de la mayoría de las investigaciones realizadas. Sin embargo, en el tercer trimestre de embarazo se aprecia una diferencia de puntuaciones en vínculo afectivo prenatal materno entre ambos grupos de mujeres que se acerca a la significación estadística. Podría ser que analizando los datos con un número más elevado de participantes sí se observaran diferencias, siendo aquellas mujeres con una historia de pérdida aquellas con un vínculo afectivo con su hijo nonato más elevado, tal y como observó Salgado (2011).

4.5.1.2.6. Hipótesis IX: El vínculo afectivo prenatal materno será similar entre aquellas mujeres embarazadas a partir de sus propios gametos y aquellas embarazadas a partir de gametos de donantes.

Teniendo en cuenta la naturaleza de los gametos empleados en la TRA a través de la cual se ha logrado el embarazo, tampoco se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los tres tiempos de evaluación. Por tanto, la hipótesis planteada se ha visto confirmada.

No se ha encontrado literatura con la que contrastar esta hipótesis. No se ha hallado ningún estudio en el que se analicen las diferencias en vínculo afectivo prenatal materno en base al tipo de TRA empleada. Además, en este trabajo tampoco se ha analizado la TRA concreta por el reducido número de casos del que se dispone para hacer comparaciones. Se ha dividido a las mujeres en dos grupos teniendo en cuenta si los gametos eran propios o de donante. Es posible que al gestar un hijo a partir de la donación de óvulos surjan numerosas fantasías y angustias en la gestante, pero parece que esto no impacta sobre el vínculo afectivo

prenatal materno establecido. Este es un campo de investigación importante sobre el cual es posible que surjan estudios en los próximos años.

4.5.1.2.7. Hipótesis X: Las mujeres que perciben los movimientos fetales presentarán un mayor vínculo afectivo prenatal materno que aquellas que todavía no los sienten.

Como se ha señalado previamente, la percepción de los movimientos fetales y su relación con el vínculo afectivo prenatal materno sólo se ha estudiado en el segundo trimestre de embarazo. En el primer trimestre ninguna mujer siente los movimientos fetales y en el tercer trimestre todas los sienten, por lo que es una constante. Teniendo en cuenta esta variable en el segundo trimestre, no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en vínculo afectivo prenatal materno, por tanto, la hipótesis planteada no se ha confirmado.

Son varios los autores que señalan que la relación entre la percepción de los movimientos fetales y el vínculo afectivo prenatal materno se ha observado de forma consistente a lo largo de diversos estudios (Lafuente, 2010; Müller, 1992, 1993). Varios trabajos reflejan que aquellas mujeres que perciben los movimientos de su hijo nonato presentan puntuaciones superiores en vínculo afectivo prenatal materno (Bloom, 1995; Damato, 2000; Heidrich & Cranley, 1989; Lerum & LoBiondo-Wood, 1989; Mako & Deak, 2014; Reading et al., 1984).

Esta hipótesis se planteó dada la elevada consistencia entre los hallazgos de los estudios revisados. Sin embargo, los resultados de este estudio difieren. Puede que, dado el elevado número de ecografías que las mujeres embarazadas a través de TRA se realizan desde el inicio de la gestación, las mujeres no necesiten sentir los movimientos fetales para tener la certeza de que el bebé que está en su vientre se está desarrollando adecuadamente. Los múltiples controles prenatales y las pruebas diagnósticas confirman esto.

4.5.1.2.8. Hipótesis XI: El vínculo afectivo prenatal materno de aquellas mujeres con embarazos de alto riesgo obstétrico será similar al de quienes cuyo embarazo cursa sin complicaciones.

En base a los resultados de este estudio la hipótesis planteada se cumple de forma parcial. Aquellas mujeres con embarazos de riesgo en el primer trimestre presentan puntuaciones más elevadas en vínculo afectivo prenatal materno en el mismo trimestre. Sin embargo, no se observan diferencias en vínculo afectivo con el nonato en los dos últimos trimestres gestacionales en base a este riesgo inicial. El riesgo obstétrico en el segundo trimestre tampoco se relaciona con el vínculo afectivo prenatal materno ni en dicho trimestre ni en el tercero. Por último, en base al riesgo obstétrico en el tercer trimestre tampoco se observan diferencias en vínculo afectivo prenatal materno en dicho trimestre. Estos resultados van en la línea de los de la mayoría de los estudios revisados, los cuales concluyen que no hay relación entre el vínculo afectivo prenatal materno y el riesgo obstétrico (Brandon et al., 2008; Chazotte et al., 1995; Curry, 1987; Kemp & Page, 1987; Lindgren, 2001; Mercer et al., 1988; Siddiqui et al., 1999).

Por tanto, según lo hallado en este estudio, parece que no hay diferencias en vínculo afectivo prenatal materno en base al riesgo obstétrico cuando el embarazo se logra tras TRA. Sin embargo, en el primer trimestre el vínculo afectivo prenatal materno de las mujeres con embarazos de alto riesgo es mayor. Este resultado contrasta con los hallazgos de otros estudios. Puede que, tal y como afirma Salgado (2011) en el caso de mujeres con una historia de aborto espontáneo o pérdida perinatal, las mujeres con embarazos de alto riesgo se vinculen afectivamente al feto de una forma más intensa como medida de protección del embarazo. El primer trimestre de embarazo es aquel con mayor riesgo de aborto espontáneo, el cual, a su vez, es más probable cuando el embarazo es de alto riesgo.

4.5.1.3. Predictores del vínculo afectivo prenatal materno

El tercer y último objetivo de este estudio ha sido conocer qué variables tanto del primer como del segundo trimestre de embarazo funcionan como predictoras del vínculo afectivo prenatal materno en el tercer trimestre de gestación. En base a este objetivo se esperaba encontrar un efecto predictor negativo sobre el vínculo afectivo prenatal materno en la presencia de sintomatología psicológica, afectividad negativa, neuroticismo y representaciones de apego asociadas con un patrón de apego inseguro, y un efecto predictivo positivo tanto en la afectividad positiva como en las representaciones de apego asociadas con un patrón de apego seguro, en el ajuste diádico y en el apoyo social percibido. Para analizar esta hipótesis, se han probado cuatro modelos de regresión por pasos, de los cuales dos (los dos que incluyen la variable Estado afectivo) aportan información menos detallada. Por tanto, los resultados se discutirán en base a los dos modelos que incluyen las variables de forma independiente.

Los resultados de este estudio no confirman la hipótesis planteada. La mayor parte de las variables han sido excluidas por no explicar el vínculo afectivo prenatal materno. Las variables incluidas han sido: la sintomatología ansiosa y la satisfacción con la relación de pareja en el primer trimestre de embarazo; y las representaciones de apego asociadas a un patrón de apego ansioso y el apoyo social percibido por parte de una persona relevante para la mujer en el segundo trimestre. Otras variables, a pesar de no asociarse de forma estadísticamente significativa con el vínculo afectivo prenatal materno, sí se acercan a la significación estadística. Estas variables son: la cohesión en la relación de pareja en el primer trimestre de embarazo, y la sintomatología depresiva e historia de pérdida en el segundo trimestre gestacional.

De los resultados hallados son dos las conclusiones principales a destacar. La primera de ellas es que tanto la satisfacción con la relación de pareja como la sintomatología ansiosa

en el primer trimestre de gestación permiten explicar el vínculo afectivo prenatal materno en el tercer trimestre. Las dos variables tienen un efecto sinérgico fortaleciendo la relación entre la satisfacción con la relación de pareja y el vínculo afectivo prenatal materno. La segunda cuestión a destacar es que tanto las representaciones de apego asociadas con un patrón de apego ansioso como el apoyo social percibido por parte de una persona relevante para la mujer en el segundo trimestre de embarazo permiten explicar el vínculo afectivo prenatal materno en el tercer trimestre. Las dos variables predictoras parecen tener un efecto sinérgico aumentando la asociación de la preocupación familiar con el vínculo afectivo prenatal materno. Las cuatro asociaciones halladas han sido positivas y moderadas.

A partir de la revisión de la literatura sólo se han hallado tres estudios en los que se han planteado modelos teóricos o empíricos para analizar los posibles predictores del vínculo afectivo prenatal materno. Ninguno de estos estudios se ha realizado con mujeres embarazadas a través de TRA ni con participantes evaluadas en un momento tan temprano como en el presente estudio. Curry (1987) planteó un complejo modelo conceptual en el que contempló numerosas variables, algunas de las cuales también se han tenido en cuenta en el presente estudio: edad, historia de pérdida, estrés, apoyo social, relación con la madre y riesgo obstétrico. La única variable que se asoció con el vínculo afectivo prenatal materno fue la relación con la madre. Esta correlación fue positiva. Como se ha señalado en líneas anteriores, en el presente estudio la calidad de la relación con la madre no se ha incluido en el modelo para no perder casos y limitar aún más la potencia estadística. Sin embargo, y a pesar de las diferencias metodológicas entre ambos estudios, los resultados obtenidos respecto a otras variables pueden contrastarse. En el estudio de Curry (1987), al igual que en este estudio, las variables edad, historia de pérdida, estrés y riesgo obstétrico no se asociaron con el vínculo afectivo prenatal materno. El apoyo social en el segundo trimestre si ha jugado un papel importante en este trabajo, a diferencia de lo observado en el citado estudio. Tres de las

cuatro variables que más peso han tenido en este estudio no fueron evaluadas por Curry (1987).

Mercer et al. (1988), por su parte, plantearon un modelo teórico de predicción del vínculo afectivo prenatal materno en el que incluyeron algunas variables que también se han tenido en cuenta en el presente estudio: riesgo obstétrico, relación de pareja, relación con la madre, apoyo social, ansiedad, depresión, edad y paridad. Sin embargo, sólo encontraron relaciones estadísticamente significativas entre el vínculo afectivo prenatal materno y la edad en el caso de las mujeres hospitalizadas por el riesgo obstétrico, y tanto la relación de pareja como la depresión y la paridad en el caso de los embarazos de bajo riesgo. La asociación entre la relación de pareja y la relación con el nonato fue positiva, las otras tres asociaciones señaladas fueron negativas. La sintomatología psicológica no actuó como predictora del vínculo afectivo prenatal materno. En el presente estudio, al igual que en el de Mercer et al. (1988), la relación de pareja (la satisfacción con la relación de pareja concretamente) ha resultado ser un predictor importante del vínculo afectivo prenatal materno. Sin embargo, tanto la edad, como la depresión y la paridad han quedado excluidas de los dos modelos probados por no explicar de forma estadísticamente significativa dicha variable. Sí es cierto que la depresión en el segundo trimestre de embarazo ha mostrado un valor de significación próximo a la significación estadística, pero no puede afirmarse que actúe como variable predictora. Otra diferencia es que en el presente estudio tanto la ansiedad como el apoyo social se perfilan como variables predictoras del vínculo afectivo prenatal materno. Éstas no se asociaron con este último constructo en el estudio de Mercer et al. (1988).

Por último, Lindgren (2001) realizó un estudio en el encontró que la depresión es un predictor del vínculo afectivo prenatal materno, actuando de forma negativa sobre el mismo. También encontró que la edad se relacionaba de forma negativa con la relación afectiva con el nonato. Otras variables como la paridad y el riesgo obstétrico no se relacionaron con el

vínculo afectivo prenatal materno. Estas dos últimas variables tampoco se han relacionado con el vínculo afectivo prenatal materno en el presente estudio. Sin embargo, los resultados difieren respecto a la depresión y a la edad. En este estudio ninguna de estas variables ha permitido explicar de forma significativa el vínculo afectivo prenatal materno en el tercer trimestre de embarazo.

Como puede observarse a partir del contraste de los resultados obtenidos con los hallazgos de otras investigaciones, existen convergencias pero también importantes diferencias. En este estudio las variables relacionales han permitido predecir mejor el vínculo afectivo prenatal materno que la sintomatología psicológica (a excepción de la ansiedad), la afectividad y el neuroticismo. Otras variables relacionadas con características personales, con la historia reproductiva o con el embarazo actual han quedado excluidas. En otros estudios variables como la depresión, la relación con la madre, la paridad y la edad han resultado ser relevantes en la comprensión del vínculo afectivo prenatal materno.

4.6. Conclusiones

Tras la realización de este estudio longitudinal pueden extraerse varias conclusiones importantes. Algunas de ellas permiten confirmar los hallazgos de otros estudios internacionales con la certeza de que el constructo vínculo afectivo prenatal materno se ha evaluado a través de un instrumento con unas propiedades psicométricas adecuadas y contemplando todas sus dimensiones constituyentes, además de con la evidencia de que se está evaluando dicho constructo y no otros similares o relacionados. Otras de las conclusiones a destacar aportan nuevos datos sobre los que hay que seguir trabajando. Este estudio ha contado con un número reducido de participantes y, a pesar de que ha permitido realizar un acercamiento a la realidad estudiada, ha tenido un carácter exploratorio.

Las conclusiones más importantes han sido las siguientes:

1. El vínculo afectivo prenatal materno es muy elevado desde el inicio de la gestación. Aún así, aumenta a lo largo de los tres trimestres mostrando niveles muy altos al final del embarazo.
2. Las variables relacionales tienen un fuerte peso a la hora de comprender el vínculo afectivo prenatal materno. Especialmente la satisfacción con la relación de pareja y el apoyo percibido por parte de una persona relevante para la gestante. Ambas variables se asocian de forma positiva con el vínculo afectivo con el nonato, pudiendo actuar como factores de protección en el desarrollo del mismo. Otras dos variables, la sintomatología ansiosa y las representaciones de apego asociadas a un patrón de apego ansioso, también juegan un papel importante. Ambas se asocian con el vínculo afectivo prenatal materno de forma positiva. Puede que niveles reducidos de sintomatología ansiosa movilicen la energía psíquica para formar el nuevo vínculo y que quienes establecen vínculos afectivos ansiosos con otras personas también establezcan con el feto una relación más intensa.
3. Variables como la sintomatología depresiva y somática, el estrés, la afectividad, el neuroticismo, la edad, la paridad, la historia de pérdida, el tipo de TRA y el número de tratamientos realizados y el riesgo obstétrico, entre otras, no actúan como predictoras del vínculo afectivo prenatal materno en el tercer trimestre de embarazo.
4. Al analizar el vínculo afectivo prenatal materno por dimensiones, la sintomatología psicológica adquiere una mayor relevancia, pero son las variables relacionales las que se asocian más intensamente con dichas dimensiones. El apoyo social percibido, el ajuste diádico y las representaciones de apego se perfilan como las variables sobre las que seguir profundizando.

5. Conclusiones: Aportaciones e Implicaciones a nivel Clínico, Limitaciones y Líneas Futuras de Investigación

El objetivo principal de este trabajo ha sido el estudio del vínculo afectivo prenatal materno a lo largo de la gestación en mujeres embarazadas a través de Técnicas de Reproducción Asistida (TRA). Para ello, se ha planteado una secuencia de estudios que se dividen en dos grandes fases: en la primera de ellas se ha construido un instrumento de evaluación de la relación afectiva de la madre con el feto; en la segunda, se ha realizado un análisis exploratorio del vínculo afectivo prenatal materno y sus variables predictoras a lo largo de los tres trimestres gestacionales en mujeres embarazadas mediante TRA. Dada la inexistencia de un instrumento adaptado a población española y con buenas propiedades psicométricas para evaluar la relación afectiva prenatal, la primera fase de estudios ha sido indispensable para poder realizar la segunda.

Tras la clarificación de la dimensionalidad del constructo vínculo afectivo prenatal materno, se ha desarrollado el nuevo instrumento de medida, denominado Escala de Evaluación del Vínculo Afectivo Prenatal Materno (VAPM), a través de dos análisis de expertos y de dos estudios empíricos. El resultado de este trabajo, el cual ha contado con la participación de 16 profesionales y 890 mujeres embarazadas, es una escala de 24 ítems divididos en seis subescalas. Tanto su validez de constructo como su validez aparente y de contenido, además de su fiabilidad, son adecuadas. Su ajuste parece más adecuado que el de otros instrumentos empleados tanto en estudios nacionales como internacionales.

Una vez obtenido el instrumento de medida, se ha procedido a estudiar en profundidad la relación afectiva prenatal en mujeres embarazadas a través de TRA. Para ello,

se ha realizado un estudio con un diseño longitudinal en el que se ha evaluado a 49 mujeres en los tres trimestres gestacionales: tras la ecografía de confirmación del latido cardiaco (a partir de la sexta-séptima semana de embarazo), alrededor de la semana 20 de gestación y a partir de la semana 34. Este estudio refleja, entre otras cuestiones, que el vínculo afectivo prenatal materno es muy elevado desde el inicio de la gestación y que aumenta trimestre a trimestre mostrando niveles muy altos al final del embarazo. También permite observar el fuerte peso de algunas variables a la hora de comprender el vínculo afectivo prenatal materno. Tanto la satisfacción con la relación de pareja como el apoyo percibido por parte de una persona relevante para la mujer, además de la sintomatología ansiosa y las representaciones de apego asociadas a un patrón de apego ansioso, se relacionan de forma positiva con el vínculo afectivo con el nonato. Concretamente, actúan como variables predictoras de este último constructo en el tercer trimestre gestacional. A pesar de que el reducido número de participantes ha limitado la potencia estadística, los datos obtenidos constituyen una primera aproximación a la realidad estudiada que permite identificar variables sobre las que seguir trabajando en estudios futuros.

5.1. Aportaciones e implicaciones a nivel clínico

Son varias las aportaciones tanto a nivel científico como a nivel social de esta tesis doctoral. A nivel científico ha dado como resultado un nuevo instrumento de evaluación del vínculo afectivo prenatal materno. Éste contempla una dimensionalidad integradora y centrada de forma específica en el constructo señalado, además de un funcionamiento psicométrico adecuado. A partir de este trabajo, también se ha realizado la adaptación española de la Escala de Apego Prenatal Materno (MAAS, Condon, 1993). Esta escala se ha aplicado con el fin de ser empleada como medida de validez convergente de la VAPM y, a

pesar de que su estudio no se ha presentado en esta tesis doctoral, éste se ha realizado de forma paralela y sus resultados han sido publicados (Navarro-Aresti et al., 2015).

Otra de las aportaciones de esta tesis doctoral es el estudio exploratorio del vínculo afectivo prenatal materno en mujeres embarazadas a través de TRA desde un momento muy temprano del embarazo y hasta el final del mismo. Este diseño longitudinal ha permitido contemplar el funcionamiento de un gran número de variables a lo largo de todo el embarazo e identificar cuáles actúan como promotoras de la relación afectiva de la madre con el feto.

Esto último resulta fundamental y constituye la principal aportación a nivel social, la cual tiene implicaciones clínicas, de este trabajo. La identificación de las variables predictoras del vínculo afectivo prenatal materno puede ayudar a sentar las bases de un modelo de evaluación e intervención psicológica adaptado al perfil individualizado de mujeres sometidas a TRA con el fin de fortalecer el vínculo afectivo prenatal materno y evitar así las consecuencias negativas de una pobre vinculación afectiva tanto durante el embarazo como tras el nacimiento del hijo. Trabajar la relación afectiva, además de las variables asociadas con la misma, desde un momento tan temprano como es la gestación puede facilitar la prevención de posibles problemas psicológicos o relacionales futuros tanto en la madre como en el bebé. El embarazo es un momento vital de conflictualidad psíquica y la atención psicológica de la mujer es importante.

5.2. Limitaciones

La presente tesis doctoral cuenta con algunas limitaciones importantes. Algunas de ellas están relacionadas con el perfil o el número de participantes. Si bien es cierto que en los dos estudios empíricos de construcción del instrumento de medida el número de participantes ha sido muy elevado, el perfil de las mismas ha sido homogéneo: mujeres embarazadas que se encontraban en el tercer trimestre de gestación y que acudían a clases de Educación

Maternal en Vizcaya. Esta falta de heterogeneidad ha podido contribuir a que las puntuaciones otorgadas en vínculo afectivo prenatal materno hayan sido tan elevadas. Esto se ve reflejado en los coeficientes de asimetría y curtosis.

Teniendo en cuenta el estudio longitudinal, el número de participantes ha sido muy reducido. Sólo 49 mujeres han respondido a los protocolos de evaluación en los tres tiempos. Además, tres de ellas no tenían pareja, por lo que al estudiar las variables predictoras del vínculo afectivo prenatal materno en el tercer trimestre de embarazo el número de casos ha sido aún menor. Esto limita la potencia estadística y es posible que no se hayan detectado asociaciones cuando realmente pueden existir. De hecho, algunos de los coeficientes de correlación, sin ser estadísticamente significativos, han mostrado una asociación tendencial entre las variables. Asimismo, este estudio se ha compuesto de una muestra de conveniencia que ha resultado ser homogénea en sus puntuaciones y en algunas de sus características. Todas las participantes eran pacientes de Quirón Bilbao, tenían una posición socioeconómica media-alta, la mayoría era heterosexual y tenía pareja… Por tanto, es importante tener cautela a la hora de interpretar los datos ya que podrían no ser un reflejo fidedigno de la realidad. Sin embargo, sí constituyen una aproximación a ella.

Otra limitación importante del estudio longitudinal es la falta de un grupo de mujeres embarazadas de forma natural con el que comparar los resultados. Éstos dibujan un perfil de mujer embarazada a través de TRA con un ajuste muy adecuado a todos los niveles, lo cual parece reflejar un clima idóneo para la llegada de un bebé. Sería interesante contrastar los resultados con los de mujeres embarazadas de forma espontánea con el fin de conocer si hay diferencias en base a la forma de consecución de la gestación.

También es importante destacar las limitaciones propias de las medidas de autoinforme, las cuales han podido influir en los resultados. Se desconoce en qué medida las participantes han podido responder sin comprender bien el contenido de los ítems, de forma

rápida y sin reflexionar lo suficiente por falta de motivación, o en qué medida han podido simular sus respuestas con el fin de dar una imagen positiva de sí mismas. En relación a esta última limitación, también es importante destacar la deseabilidad social, la cual, a pesar de ser menos consciente que la simulación, también puede afectar a los resultados. Algunos de los instrumentos de evaluación empleados preguntan sobre cuestiones íntimas de la mujer o de la pareja ante las cuales las participantes podrían haber deseado dar una buena imagen. A pesar de que se aseguró que los datos obtenidos eran confidenciales, no se puede descartar que las participantes tuvieran la fantasía de que sus respuestas se analizarían de forma individual.

En relación a los instrumentos de evaluación, y teniendo en cuenta el estudio longitudinal de forma específica, también es importante destacar otras limitaciones. Por una parte, los instrumentos, a pesar de estar adaptados a población española, no están adaptados a mujeres embarazadas, menos aún a embarazadas a través de TRA. La gestación es un momento muy particular del ciclo vital en el cual quizás hay cuestiones específicas sobre sintomatología, ajuste diádico… que estos instrumentos no contemplan o que es necesario interpretar con otros baremos o puntos de referencia. La literatura afirma que tanto la infertilidad como las TRA impactan psicológicamente en las mujeres y que el embarazo es un periodo de crisis psíquica, pero esta crisis psíquica no es explorable ni detectable a través de estas medidas de autoinforme. Por otro lado, también hubiera sido metodológicamente más adecuado evaluar tanto la calidad de la relación con la madre como las representaciones de apego en el primer trimestre de gestación. Sólo se han evaluado en el segundo y en el tercero. Otra cuestión importante en relación a la evaluación es que la mayor parte de las mujeres han respondido a los cuestionarios fuera de Quirón Bilbao. Si bien es cierto que se han explicitado cuestiones como la importancia de responder a los protocolos de forma individual

y evitando distracciones, no se conocen las situaciones, momentos o en presencia de quién han contestado.

La última limitación del estudio longitudinal a destacar es que no ha contemplado algunas variables que podrían influir en el vínculo afectivo prenatal materno. Algunas de éstas son la autoestima, la sensibilidad materna, la capacidad de mentalización de la gestante, las fantasías de ésta, etc. La introducción de nuevas variables, o de las mismas variables medidas de forma distinta, podría resultar en un patrón de relación entre variables diferente al hallado.

5.3. Líneas futuras de investigación

El trabajo realizado en la presente tesis doctoral deja varias líneas de investigación sobre las que seguir profundizando en estudios futuros. En relación al nuevo instrumento de medida del vínculo afectivo prenatal materno, sería importante seguir con su desarrollo: 1) a nivel nacional, realizando una baremación de la escala; 2) a nivel internacional, desarrollando adaptaciones y probando su ajuste teniendo en cuenta mujeres con perfiles diversos.

La línea de investigación principal que surge del estudio longitudinal es el análisis del vínculo afectivo prenatal materno como predictor del apego del bebé con su madre a nivel postnatal. En el presente estudio se ha explorado la relación prenatal a nivel unidireccional, de la madre hacia el feto, la cual se hipotetiza que puede sentar las bases del vínculo establecido entre ambos tras el nacimiento. Si una mujer embarazada fantasea sobre su hijo nonato, busca información sobre él, le protege, interactúa con él, siente angustia al imaginar que podría perderle al sufrir un aborto espontáneo o pérdida perinatal o al pensar que podría desarrollarse de manera inadecuada, y le reconoce como una persona dependiente de ella pero diferente, con sus propias características psíquicas y físicas, es probable que a nivel postnatal sea una madre que establezca con su hijo una relación de seguridad emocional. Es

posible que sea una madre sensible, que interactúe con su hijo de manera sincrónica, regulada y oportuna, y que genere una atmósfera confiable para que éste asocie su estado interno de bienestar con la conducta consecuente de la persona que le cuida, aprendiendo así a confiar en su madre, en sí mismo y en el mundo. Además, es posible que dicha madre actúe como una guía sensible y comprensiva cuando el niño explore el mundo y experimente la autonomía. Por tanto, sería interesante constatar la relación entre el vínculo afectivo prenatal y postnatal a nivel empírico.

Asimismo, sería importante seguir ahondando en el estudio del vínculo afectivo prenatal materno a través de entrevistas en profundidad con el fin de complementar la información obtenida a través de la VAPM. Las puntuaciones observadas en dicho instrumento de medida han sido muy elevadas desde el inicio de la gestación y es importante cerciorarse de que este vínculo afectivo, además de intenso, es de calidad. Del mismo modo, a través de una evaluación más detallada también podrían estudiarse otras cuestiones que en base a la literatura son muy relevantes durante el embarazo como la ambivalencia emocional, el proceso de construcción de la identidad de madre, las identificaciones establecidas por la gestante con su propia madre y con el feto, la reordenación de las relaciones familiares, las fantasías de la gestante, sus miedos… Puede que las mujeres hayan respondido a los instrumentos de evaluación desde lo cognitivo o racional y no desde la conexión emocional con la etapa vital que estaban atravesando caracterizada por la conflictualidad psíquica.

Otra cuestión sobre la que trabajar sería el análisis de las posibles similitudes y diferencias en las variables en estudio entre los embarazos logrados a través de TRA y de forma natural. Los resultados de este estudio reflejan un clima que parece idóneo para la adaptación de la mujer al embarazo y a la maternidad y para el nacimiento de un bebé. Las mujeres apenas presentan sintomatología psicológica, valoran muy positivamente su relación de pareja y el apoyo social por parte de las personas de su entorno, la relación con sus madres

es adecuada y sus representaciones apego se asocian con el patrón de apego seguro. Sería interesante conocer el funcionamiento de estas variables en la población general de mujeres embarazadas con el fin de saber si sus embarazos transcurren en condiciones similares, en ambientes de contención igual de favorables.

Teniendo en cuenta la infertilidad de forma específica, podría profundizarse en el impacto a nivel narcisístico y emocional que la imposibilidad para tener un hijo tiene en las mujeres. La capacidad para tener un hijo se presupone y la infertilidad quiebra el plan de vida que se tenía trazado. Las fantasías sobre el embarazo y la maternidad están presentes desde la infancia y el hecho de no poder satisfacer el deseo gestacional puede alterar el equilibrio psíquico. No poder controlar el cuerpo o sentir que éste tiene alguna anomalía importante que no permite tener un hijo de forma natural requiere hacer un duelo. Requiere conectar con una tristeza que en ocasiones se esconde tras el intento de tener un hijo tras TRA.

Por último, sería interesante evaluar a los futuros padres de los bebés en gestación. El ajuste diádico y el apoyo que las mujeres embarazadas reciben de sus parejas han resultado ser variables importantes a la hora de comprender el vínculo afectivo prenatal materno, por lo que la inclusión de éstos en futuros estudios podría explicar, en parte, el funcionamiento psicológico y relacional de sus parejas. También resultaría muy relevante evaluar el vínculo afectivo que éstos establecen con sus hijos nonatos con el fin de conocer si éste es similar tanto a nivel cualitativo como cuantitativo al que establecen las mujeres. Los hombres no gestan al bebé, por lo que puede que el impacto del embarazo a nivel psíquico sea diferente. Sería interesante examinar los deseos, fantasías, temores… de éstos.

6. Referencias

Ainsworth, M. S. (1979). Infant-mother attachment. *American Psychologist, 34*(10), 932–937. doi:10.1037/0003-066x.34.10.932

Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment. A psychological study of the strange situation*. Hillsdale: Erlbaum.

Alhusen, J. L. (2008). A literature update on maternal-fetal attachment. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing, 37*(3), 315–328. doi:10.1111/j.1552-6909.2008.00241.x

Alhusen, J. L., Gross, D., Hayat, M. J., Woods, A. B., & Sharps, P. W. (2012). The influence of maternal-fetal attachment and health practices on neonatal outcomes in low-income, urban women. *Research in Nursing & Health, 35*(2), 112–120. doi:10.1002/nur.21464

Alhusen, J. L., Hayat, M. J., & Gross, D. (2013). A longitudinal study of maternal attachment and infant developmental outcomes. *Archives of Women´s Mental Health, 16*(6), 521–529. doi:10.1007/s00737-013-0357-8

Allison, S. J., Stafford, J., & Anumba, D. O. (2011). The effect of stress and anxiety associated with maternal prenatal diagnosis on feto-maternal attachment. *BMC Women's Health, 11*(1), 33. doi:10.1186/1472-6874-11-33

Amar, J. J., Pesellín, M., & Tirado, D. (2009). Vínculo de apego que establecen padres con hijos nacidos de embarazos múltiples. *Salud Uninorte, 25*(2), 232–244. Recuperado de http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/view/216/79

Ammaniti, M., Baumgartner, E., Candelori, C., Perucchini, P., Pola, M., Tambelli, R., & Zampino, F. (1992). Representations and narratives during pregnancy. *Infant Mental Health Journal, 13*(2), 167–182. doi: 10.1002/1097-0355(199223)13:2<167::AID-IMHJ2280130207>3.0.CO;2-M

Antequera, R., Moreno-Rosset, C., Jenaro, C., & Ávila, A. (2008). Principales trastornos psicológicos asociados a la infertilidad. *Papeles del Psicólogo, 29*(2), 167–175. Recuperado de http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1583.pdf

Armengol, R., Chamarro, A., & García-Dié, M. T. (2007). Aspectos psicosociales en la gestación: el Cuestionario de Evaluación Prenatal. *Anales de Psicología, 23*(1), 25–32. Recuperado de http://www.um.es/analesps/v23/v23_1/04-23_1.pdf

Armstrong, D. S. (2002). Emotional distress and prenatal attachment in pregnancy after perinatal loss. *Journal of Nursing Scholarship, 34*(4), 339–345. doi:10.1111/j.1547-5069.2002.00339.x

Armstrong, D., & Hutti, M. (1998). Pregnancy after perinatal loss: the relationship between anxiety and prenatal attachment. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing, 27*(2), 183–189. doi:10.1111/j.1552-6909.1998.tb02609.x

Aucouturier, B. (2004). *Los fantasmas de acción y la práctica psicomotriz*. Barcelona: Graó.

Baillie, C., Hewison, J., & Mason, G. (1999). Should ultrasound scanning in pregnancy be routine? *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 17*(2), 149–157. doi:10.1080/02646839908409094

Bakeman, R., & Gottman, J. M. (1989). *Observación de la interacción: introducción al análisis secuencial*. Madrid: Ediciones Morata.

Balluerka, N., Lacasa, F., Gorostiaga, A., Muela, A., & Pierrehumbert, B. (2011). Versión reducida del cuestionario CaMir (CaMir-R) para la evaluación del apego. *Psicothema, 23*(3), 486–494. Recuperado de http://www.psicothema.com/pdf/3913.pdf

Barone, L., Lionetti, F., & Dellagiulia, A. (2014). Maternal-fetal attachment and its correlates in a sample of Italian women: a study using the Prenatal Attachment Inventory. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 32*(3), 230–239. doi:10.1080/02646838.2014.883596

Beà, N. (1998). Primeras relaciones, base del desarrollo. *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente: revista de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 26,* 131–150. Recuperado de http://www.sepypna.com/documentos/articulos/bea-primeras-relaciones.pdf

Beck, C. T. (1999). Available instruments for research on prenatal attachment and adaptation to pregnancy. *MCN, The American Journal of Maternal/Child Nursing, 24*(1), 25–32. doi:10.1097/00005721-199901000-00006

Benedek, T. (1952). Infertility as a psychosomatic defense. *Fertility and Sterility, 3*(6), 527–541.

Bentler, P. M. (1995). *EQS. Structural Equations Program Manual*. Encino: Multivariate Software.

Bentler, P. M., & Wu, E. J. (1995). *EQS for Windows user´s guide*. Encino: Multivariate Software.

Bernstein, J., Lewis, J., & Seibel, M. (1994). Effect of previous infertility on maternal–fetal attachment, coping styles, and self-concept during pregnancy. *Journal of Women's Health, 3*(2), 125–133. doi:10.1089/jwh.1994.3.125

Berryman, J. C., & Windridge, K. C. (1993). Pregnancy after 35: A preliminary report on maternal-fetal attachment. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 11*(3), 169–173. doi:10.1080/02646839308403213

Berryman, J. C., & Windridge, K. C. (1996). Pregnancy after 35 and attachment to the fetus. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 14*(2), 133–143. doi:10.1080/02646839608404510

Bibring, G. L. (1959). Some considerations of the psychological processes in pregnancy. *The Psychoanalitic Study of the Child, 14,* 113–121.

Bibring, G. L., Dwyer, T. F., Huntington, D. S., & Valenstein, A. F. (1961). A study of the psychological processes in pregnancy and of the earliest mother-child relationship. *The Psychoanalitic Study of the Child, 16,* 9–72.

Bielawska-Batorowicz, E., & Siddiqui, A. (2008). A study of prenatal attachment with Swedish and Polish expectant mothers. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 26*(4), 373–384. doi:10.1080/02646830802426144

Bloom, K. C. (1995). The development of attachment behaviors in pregnant adolescents. *Nursing Research, 44*(5), 284–289. doi:10.1097/00006199-199509000-00005

Boivin, J., Bunting, L., Collins, J. A., & Nygren, K. G. (2007). International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: potential need and demand for infertility medical care. *Human Reproduction, 22*(6), 1506–1512. doi:10.1093/humrep/dem046

Boivin, J., & Takefnan, J. E. (1996). Impact of the in-vitro fertilization process on emotional, physical and relational variables. *Human Reproduction, 11*(4), 903–907. doi:10.1093/oxfordjournals.humrep.a019276

Bowlby, J. (1969). *El apego*. Barcelona: Paidós.

Bowlby, J. (1973). *La separación*. Barcelona: Paidós.

Bowlby, J. (1980). *La pérdida*. Barcelona: Paidós.

Brandon, A. R., Trivedi, M. H., Hynan, L. S., Miltenberger, P. D., Labat, D. B., Rifkin, J. B., & Stringer, C. A. (2008). Prenatal depression in women hospitalized for obstetric risk. *Journal of Clinical Psychiatry, 69*(4), 635–643. doi:10.4088/jcp.v69n0417

Brazelton, T. B., & Cramer, B. G. (1990). *La relación más temprana. Padres, bebés y el drama del apego inicial*. Barcelona: Paidós.

Brugo-Olmedo, S., Chillik, C., & Kopelman, S. (2003). Definición y causas de la infertilidad. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología,* 54(4), 227–248. Recuperado de http://www.fecolsog.org/userfiles/file/revista/Revista_Vol54No4_Octubre_Diciembre_2003/v54n4a03.PDF

Bydlowski, M. (2001). Le regard intérieur de la femme enceinte, transparence psychique et représentation de l´objet interne. *Devenir, 13*(2), 41–52. doi: 10.3917/dev.o12.0041

Bydlowski, M. (2007). *La deuda de vida. Itinerario psicoanalítico de la maternidad*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Caccia, N., Johnson, J. M., Robinson, G. E., & Barna, T. (1991). Impact of prenatal testing on maternal-fetal bonding: chorionic villus sampling versus amniocentesis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 165*(4), 1122–1125. doi:10.1016/0002-9378(91)90484-9

Cáceres, J., Herrero, D., & Iraurgi, I. (2013). Características psicométricas y aplicabilidad clínica de la "Escala de Ajuste Diádico" en una muestra de parejas españolas. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual, 21*(3), 545–561. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/259828519_Caractersticas_Psicomtricas_Y_Aplicabilidad_Clnica_de_la_Escala_De_Ajuste_Didico_en_una_muestra_de_Parejas_Espaolas

Camarneiro, A. P. F., & Justo, J. M. (2012). Efeito do número de filhos na satisfação conjugal e na vinculação pré-natal materna e paterna. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, *1*(1), 19–28. Recuperado de http://infad.eu/RevistaINFAD/wp-content/uploads/2013/02/INFAD_010124_1928.pdf

Cannella, B. L. (2005). Maternal-fetal attachment: an integrative review. *Journal of Advanced Nursing, 50*(1), 60–68. doi:10.1111/j.1365-2648.2004.03349.x

Carson, K., & Virden, S. (1984). Can prenatal teaching promote maternal attachment? Practicing nurses test Carter-Jessop´s prenatal attachment intervention. *Health Care for Women International, 5*(5–6), 355–369. doi: 10.1080/07399338409515666

Chapple, P. A. L., & Furneaux, W. D. (1964). Changes of personality in pregnancy and labour. *Proceedings of the Royal Society of Medicine, 57*(4), 260–261. Recuperado de http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1897946/pdf/procrsmed00209-0026.pdf

Chazotte, C., Freda, M. C., Elovitz, M., & Youchah, J. (1995). Maternal depressive symptoms and maternal–fetal attachment in gestational diabetes. *Journal of Women's Health, 4*(4), 375–380. doi:10.1089/jwh.1995.4.375

Christie, G. L. (1998). Some socio-cultural and psychological aspects of infertility. *Human Reproduction, 13*(1), 232–241. doi:10.1093/humrep/13.1.232

Clark, L. A., & Watson, D. (1995). Constructing validity: basic issues in objective scale development. *Psychological Assessment, 7*(3), 309–319. doi:10.1037/1040-3590.7.3.309

Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior, 24*(4), 385–396. doi:10.2307/2136404

Collins, N. L., Dunkel-Schetter, C., Lobel, M., & Scrimshaw, S. C. (1993). Social support in pregnancy: psychosocial correlates of birth outcomes and postpartum depression. *Journal of Personality and Social Psychology, 65*(6), 1243–1258. doi:10.1037/0022-3514.65.6.1243

Colpin, H., De Munter, A., Nys, K., & Vandemeulebroecke, L. (1998). Prenatal attachment in future parents of twins. *Early Development & Parenting, 7*(4), 223–227. doi: 10.1002/(SICI)1099-0917(199812)7:4<223::AID-EDP184>3.0.CO;2-7

Condon, J. T. (1985). The parental–foetal relationship. A comparison of male and female expectant parents. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 4*(4), 271–284. doi:10.3109/01674828509016729

Condon, J. T. (1993). The assessment of antenatal emotional attachment: development of a questionnaire instrument. *British Journal of Medical Psychology, 66*(2), 167–183. doi:10.1111/j.2044-8341.1993.tb01739.x

Condon, J. T., & Corkindale, C. (1997). The correlates of antenatal attachment in pregnant women. *British Journal of Medical Psychology, 70*(4), 359–372. doi:10.1111/j.2044-8341.1997.tb01912.x

Condon, J. T., & Dunn, D. J. (1988). Nature and determinants of parent-to-infant attachment in the early postnatal period. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 27*(3), 293–299. doi:10.1097/00004583-198805000-00005

Condon, J. T., & Esuvaranathan, V. (1990). The influence of parity on the experience of pregnancy: A comparison of first- and second-time expectant couples. *British Journal of Medical Psychology, 63*(4), 369–377. doi:10.1111/j.2044-8341.1990.tb01632.x

Correia, L. L., & Linhares, M. B. M. (2007). Maternal anxiety in the pre- and postnatal period: a literature review. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 15*(4). doi:10.1590/s0104-11692007000400024

Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1989). The NEO PI/NEO-FFI Manual Supplement [Manual]. Odessa: Psychological Assessment Resources.

Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1992). NEO PI-R, Professional Manual. Revised NEO Personality Inventory (NEO PI-R) and NEO Five Factor Inventory (NEO-FFI) [Manual]. Odessa: Psychological Assessment Resources.

Côté-Arsenault, D. (2007). Threat appraisal, coping, and emotions across pregnancy subsequent to perinatal loss. *Nursing Research, 56*(2), 108–116. doi:10.1097/01.nnr.0000263970.08878.87

Cousineau, T. M., & Domar, A. D. (2007). Psychological impact of infertility. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology, 21*(2), 293–308. doi:10.1016/j.bpobgyn.2006.12.003

Cox, S. J., Glazebrook, C., Sheard, C., Ndukwe, G., & Oates, M. (2006). Maternal self-esteem after successful treatment for infertility. *Fertility and Sterility*, *85*(1), 84–89. doi:10.1016/j.fertnstert.2005.07.1287

Cranley, M. S. (1981). Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy. *Nursing Research, 30*(5), 281–284. doi:10.1097/00006199-198109000-00008

Cranley, M. S. (1984). Social support as a factor in the development of parents´ attachment to their unborn. *Birth Defects Original Article Series, 20*(5), 99–124.

Cronbach, L. J., & Meehl, P. E. (1955). Construct validity in psychological test. *Psychological Bulletin, 52*(4), 281–302. Recuperado de http://www.psych.umn.edu/faculty/waller/classes/meas14/Readings/CronbachMeehl55.pdf

Cuadros, I. (2004). El sistema de vinculación afectiva. En H. Marchiori (Ed.), *Victimología. La víctima desde una perspectiva criminológica* (pp. 361–370). Córdoba: Editorial Universitaria Integral.

Curry, M. A. (1987). Maternal behavior of hospitalized pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 7*(3), 165–182. doi:10.3109/01674828709040277

Damato, E. G. (2000). Maternal-fetal attachment in twin pregnancies. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing, 29*(6), 598–605. doi:10.1111/j.1552-6909.2000.tb02073.x

Damato, E. G. (2004). Predictors of prenatal attachment in mothers of twins. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing, 33*(4), 436–445. doi:10.1177/0884217504266894

Davis, M. S., & Akridge, K. M. (1987). The effect of promoting intrauterine attachment in primiparas on postdelivery attachment. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing, 16*(6), 430–437. doi:10.1111/j.1552-6909.1987.tb01605.x

De las Cuevas, C., & González de Rivera, J. L. (1991). Perfil sintomático y diagnóstico en pacientes psiquiátricos ambulatorios. *Psiquis, 12*(9), 326–336.

Denis, A., Callahan, S., & Bouvard, M. (2015). Examen des propriétés psychométriques de la traduction française de la Maternal Antenatal Attachment Scale (MAAS). *L'Encéphale, 41*(1), 32–38. doi:10.1016/j.encep.2013.06.006

Derogatis, L. R. (1977). SCL-90-R. Administration, Scoring and Procedures Manual I for the Revised Version of the SCL-90 [Manual]. Baltimore: John Hopkins University Press.

Deutsch, H. (1944). *La Psicología de la Mujer. Parte II: Maternidad*. Buenos Aires: Editorial Losada.

Diniz, E., Volling, B. L., & Koller, S. H. (2014). Social support moderates association between depression and maternal–fetal attachment among pregnant Brazilian adolescents. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 32*(4), 400–411. doi:10.1080/02646838.2014.910865

DiPietro, J. A. (2010). Psychological and psychophysiological considerations regarding the maternal-fetal relationship. *Infant and Child Development, 19*(1), 27–38. doi:10.1002/icd.651

Dubber, S., Reck, C., Müller, M., & Gawlik, S. (2014). Postpartum bonding: the role of perinatal depression, anxiety and maternal–fetal bonding during pregnancy. *Archives of Women´s Mental Health, 18*(2), 187–195. doi:10.1007/s00737-014-0445-4

Dubé, J. E. (2008). Evaluación del acuerdo interjueces en investigación clínica. Breve introducción a la confiabilidad interjueces. *Revista Argentina de Clínica Psicológica, 17*(1), 75–80. Recuperado de http://www.clinicapsicologica.org.ar/resumen.php?idt =161

Duman, N. B., & Kocak, C. (2013). Depression, sexual dysfunction and the affecting factors among the women treated for infertility. *HealthMed, 7*(5), 1641–1649. Recuperado de http://www.healthmed.ba/pdf/healthmed_7_5_web.pdf

El Banco Mundial. (2013). *Tasa de fertilidad, total (nacimientos por cada mujer).* Recuperado de http://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.TFRT.IN

Erickson, M. (1996). Predictors of maternal-fetal attachment: an integrative review. *Worldviews on Evidence-based Nursing, E3*(1), 56–72. doi:10.1111/j.1524-475x.1996.00056.x

European Society of Human Reproduction and Embryology. (2014). *ART fact sheet (July 2014).* Recuperado de http://www.eshre.eu/Guidelines-and-Legal/ART-fact-sheet. aspx

Faneite, P., González, M., Rivera, C., Linares, M., & Faneite, J. (2000). Incidencia y factores prenatales en el embarazo de riesgo. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, *60*(4), 217–221.

Fassino, S., Pierò, A., Boggio, S., Piccioni, V., & Garzaro, L. (2002). Anxiety, depression and anger suppression in infertile couples: a controlled study. *Human Reproduction, 17*(11), 2986–2994. doi:10.1093/humrep/17.11.2986

Fernández, L. M. (2005). Variables que mediatizan el proceso de apego. En L. M. Fernández (Ed.), *El vínculo afectivo con el niño por nacer* (pp. 47–70). Salamanca: Publicaciones Universidad Pontificia de Salamanca.

Ferrari, A. G., Piccinini, C. A., & Lopes, R. S. (2007). O bebê imaginado na gestação: aspectos teóricos e empíricos. *Psicologia em Estudo, 12*(2), 305–313. doi:10.1590/ s1413-73722007000200011

Ferreira, A. J. (1965). Emotional factors in pre-natal environment: a review. *Journal of Nervous and Mental Disease, 141*(1), 108–118.

Fisher, J. R. W., Hammarberg, K., & Baker, H. W. G. (2005). Assisted conception is a risk factor for postnatal mood disturbance and early parenting difficulties. *Fertility and Sterility, 84*(2), 426–430. doi:10.1016/j.fertnstert.2005.02.016

Fisher, J. R. W., Hammarberg, K., & Baker, G. H. W. (2008). Antenatal mood and fetal attachment after assisted conception. *Fertility and Sterility, 89*(5), 1103–1112. doi:10.1016/j.fertnstert.2007.05.022

Ford, M., & Hodnett, E. (1990). Predictors of adaptation in women hospitalized during pregnancy. *Canadian Journal of Nursing Research, 22*(4), 37–50.

Fowles, E. R. (1996). Relationships among prenatal maternal attachment, presence of postnatal depressive symptoms, and maternal role attainment. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing, 1*(2), 75–82. doi:10.1111/j.1744-6155.1996.tb00004.x

Fuller, J. R. (1990). Early patterns of maternal attachment. *Health Care for Women International, 11*(4), 433–446. doi:10.1080/07399339009515913

Gaffney, K. F. (1986). Maternal-fetal attachment in relation to self-concept and anxiety. *Maternal-Child Nursing Journal, 15*(2), 91–101.

Galhardo, A., Pinto-Gouveia, J., Cunha, M., & Matos, M. (2011). The impact of shame and self-judgment on psychopathology in infertile patients. *Human Reproduction, 26*(9), 2408–2414. doi:10.1093/humrep/der209

Gameiro, S., Canavarro, M. C., Boivin, J., Moura-Ramos, M., Soares, I., & Almeida Santos, T. (2011). Parental investment in couples who conceived spontaneously or with assisted reproductive techniques. *Human Reproduction, 26*(5), 1128–1137. doi:10.1093/humrep/der031

Garzón, A. (2007). Creencias básicas en la construcción de escalas. Análisis intencional y procedimiento de evaluación. *Boletín de Psicología, 90*, 59–79. Recuperado de http://www.uv.es/garzon/adela/publicaciones/Creencias-basicas-en-la-construccion-de-escalas.pdf

Gau, M. L., & Lee, T. Y. (2003). Construct validity of the Prenatal Attachment Inventory: a confirmatory factor analysis approach. *Journal of Nursing Research, 11*(3), 177–187. doi:10.1097/01.jnr.0000347634.18218.2f

Gaudet, C., Séjourné, N., Camborieux, L., Rogers, R., & Chabrol, H. (2010). Pregnancy after perinatal loss: association of grief, anxiety and attachment. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 28*(3), 240–251. doi:10.1080/02646830903487342

Geller, P. A., Kerns, D., & Klier, C. M. (2004). Anxiety following miscarriage and the subsecuent pregnancy: a review of the literature and future directions. *Journal of Psychosomatic Research, 56*(1), 35–45. doi: http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3999(03)00042-4

Goecke, T. W., Voigt, F., Faschingbauer, F., Spangler, G., Beckmann, M. W., & Beetz, A. (2012). The association of prenatal attachment and perinatal factors with pre- and postpartum depression in first-time mothers. *Archieves of Gynecology and Obstetrics, 286*(2), 309–316. doi: 10.1007/s00404-012-2286-6

Golbasi, Z., Ucar, T., & Tugut, N. (2014). Validity and reliability of the Turkish version of the Maternal Antenatal Attachment Scale. *Japan Journal of Nursing Science, 12*(2), 154–161. doi:10.1111/jjns.12052

Gómez, R., Alonso, P., & Rivera, I. (2011). Relación materno fetal y establecimiento del apego durante la etapa de gestación. *International Journal of Developmental and Educational Psychology, 1*(1), 425–434. Recuperado de http://infad.eu/Revista INFAD/2011/n1/volumen1/INFAD_010123_425-434.pdf

Gomez, R., & Leal, I. (2007). Vinculação parental durante a gravidez: versão portuguesa da forma materna e paterna da Antenatal Emotional Attachment Scale. *Psicologia, Saúde & Doenças, 8*(2), 153–165. Recuperado de http://www.scielo.oces.mctes.pt/ pdf/psd/v8n2/v8n2a01.pdf

Grace, J. T. (1989). Development of maternal-fetal attachment during pregnancy. *Nursing Research, 38*(4), 228–232. doi:10.1097/00006199-198907000-00010

Hair, J. F., Black, B., Babin, B., Anderson, R. E., & Tatham, R. L. (2006). *Multivariate data analysis* (6ª ed.). New Jersey: Prentice-Hall.

Hamilton, C. E. (2000). Continuity and discontinuity of attachment from infancy through adolescence. *Child Development, 71*(3), 690–694. doi:10.1111/1467-8624.00177

Hammarberg, K., Fisher, J. R. W., & Wynter, K. H. (2008). Psychological and social aspects of pregnancy, childbirth and early parenting after assisted conception: a systematic review. *Human Reproduction Update, 14*(5), 395–414. doi:10.1093/humupd/dmn030

Harf-Kashdaei, E., & Kaitz, M. (2007). Antenatal moods regarding self, baby, and spouse among women who conceived by in vitro fertilization. *Fertility and Sterility*, *87*(6), 1306–1313. doi:10.1016/j.fertnstert.2006.11.035

Hart, R., & McMahon, C. A. (2006). Mood state and psychological adjustment to pregnancy. *Archives of Women´s Mental Health*, *9*(6), 329–337. doi:10.1007/s00737-006-0141-0

Heidrich, S. M., & Cranley, M. S. (1989). Effect of fetal movement, ultrasound scans, and amniocentesis on maternal-fetal attachment. *Nursing Research*, *38*(2), 81–84. doi:10.1097/00006199-198903000-00008

Hjelmstedt, A., Widström, A. M., & Collins, A. (2006). Psychological correlates of prenatal attachment in women who conceived after in vitro fertilization and women who conceived naturally. *Birth*, *33*(4), 303–310. doi:10.1111/j.1523-536x.2006.00123.x

Hjelmstedt, A., Widström, A. M., Wramsby, H., & Collins, A. (2004). Emotional adaptation following successful in vitro fertilization. *Fertility and Sterility*, *81*(5), 1254–1264. doi:10.1016/j.fertnstert.2003.09.061

Hjelmstedt, A., Widström, A. M., Wramsby, H., Matthiesen, A. S., & Collins, A. (2003). Personality factors and emotional responses to pregnancy among IVF couples in early pregnancy: a comparative study. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, *82*(2), 152–161. doi:10.1080/j.1600-0412.2003.00040.x

Holter, H., Anderheim, L., Bergh, C., & Möller, A. (2006). First IVF treatment – short-term impact on psychological well-being and the marital relationship. *Human Reproduction*, *21*(12), 3295–3302. doi:10.1093/humrep/del288

Honjo, S., Arai, S., Kaneko, H., Ujiie, T., Murase, S., Sechiyama, H., … Inoko, K. (2003). Antenatal depression and maternal-fetal attachment. *Psychopathology*, *36*(6), 304–311. doi:10.1159/000075189

Hsun, T. L., & Chen, C. H. (2001). Stress and maternal-fetal attachment of pregnant women during their third trimester. *Kaohsiung Journal of Medical Sciences, 17*(1), 36–45.

Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal, 6*(1), 1–55. doi:10.1080/10705519909540118

Hughes, C. (1987). Assessing the pregnant family. En L.N. Sherwen (Ed.), *Psychosocial dimensions of the pregnant family* (pp. 31–58). Nueva York: Springer Publishing Company.

Hurtado de Mendoza, B. (2009). Empieza el tratamiento con técnicas de reproducción asistida: el ginecólogo informa. En C. Moreno Rosset (Ed.), *La infertilidad ¿Por qué a mí? Un problema o un reto para la pareja* (pp. 111–123). Madrid: Ediciones Pirámide.

Izzedin-Bouquet, R. (2011). Psicología de la Reproducción: de la infertilidad a la Reproducción Asistida. *Revista Científica Ciencia Médica, 14*(2), 31–34. Recuperado de http://www.scielo.org.bo/pdf/rccm/v14n2/a09.pdf

Jacob, M. C., McQuillan, J., & Greil, A. L. (2006). Psychological distress by type of fertility barrier. *Human Reproduction, 22*(3), 885–894. doi:10.1093/humrep/del452

Jiménez, J., Jiménez, J., García, S., & Rosas, H. (1999). Frecuencia de movimientos fetales percibidos por la madre en el tercer trimestre del embarazo normal. *Ginecología y Obstetricia, 39*(17), 67–70. Recuperado de http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol_39n17/frecuencia_mov_fetales.htm

Joiner Jr., T. E., Sandin, B., Chorot, P., Lostao, L., & Marquina, G. (1997). Development and factor analytic validation of the SPANAS among women in Spain: (More) cross-cultural convergence in the structure of mood. *Journal of Personality Assessment, 68*(3), 600–615. doi:10.1207/s15327752jpa6803_8

Kaminer, A. D. (1992). *Life events stress, social support, and maternal-fetal attachment in incarcerated pregnant women and non-incarcerated pregnant women* (Tesis doctoral, Universidad de Columbia). Recuperado de http://pocketknowledge.tc.columbia.edu/home.php/viewfile/8181

Kaplan, R. M., & Saccuzzo, D. P. (2006). *Pruebas psicológicas: Principios, aplicaciones y temas*. México D. F.: Thomson.

Karatas, J. C., Barlow-Stewart, K., Meiser, B., McMahon, C., Strong, K. A., Hill, W., … Kelly, P. J. (2011). A prospective study assessing anxiety, depression and maternal-fetal attachment in women using PGD. *Human Reproduction, 26*(1), 148–156. doi:10.1093/humrep/deq281

Kemp, V. H., & Page, C. K. (1987). Maternal prenatal attachment in normal and high-risk pregnancies. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing, 16*(3), 179–184. doi:10.1111/j.1552-6909.1987.tb01455.x

Klaus, M. H., & Kennell, J. H. (1971). Mothers separated from their newborn infants. *Obstetrical & Gynecological Survey, 26*(8), 584–586. doi:10.1097/00006254-197108000-00012

Klaus, M. H., & Kennell, J. H. (1978). *La relación madre-hijo. Impacto de la separación o pérdida prematura en el desarrollo de la familia*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.

Kleinveld, J. H., Timmermans, D. R., Van den Berg, M., Van Eijk, J. T., & Ten Kate, L. P. (2007). Does offering and performing prenatal screening influence women´s attachment to their unborn child? A longitudinal randomized controlled trial. *Prenatal Diagnosis, 27*(8), 757–764. doi: 10.1002/pd.1775

Klock, S. C., & Greenfeld, D. A. (2000). Psychological status of in vitro fertilization patients during pregnancy: a longitudinal study. *Fertility and Sterility, 73*(6), 1159–1164. doi:10.1016/s0015-0282(00)00530-6

Kohn, C. L., Nelson, A., & Weiner, S. (1980). Gravida´s responses to realtime ultrasound fetal image. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing, 9*(2), 77–80. doi: 10.1111/j.1552-6909.1980.tb01312.x

Koniak-Griffin, D. (1988). The relationship between social support, self-esteem, and maternal-fetal attachment in adolescents. *Research in Nursing & Health, 11*(4), 269–278. doi:10.1002/nur.4770110408

Koniak-Griffin, D., Lominska, S., & Brecht, M. L. (1993). Social support during adolescent pregnancy: a comparison of three ethnic groups. *Journal of Adolescence, 16*(1), 43–56. doi:10.1006/jado.1993.1004

Kowalcek, I. (2011a). Experience of pregnancy and delivery after ART. *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie, 215*(5), 183–186. doi: 10.1055/s-0031-1287858

Kunkel, G. F., & Doan, H. M. (2003). Fetal attachment and depression: measurement matters. *Journal of Prenatal & Perinatal Psychology & Health, 18*(2), 149–166. Recuperado de https://birthpsychology.com/journals/volume-18-issue-2/fetal-attachment-and depression-measurement-matters

Kupka, M. S., Ferraretti, A. P., de Mouzon, J., Erb, K., D'Hooghe, T., Castilla, J. A., … Strohmer, H. (2014). Assisted reproductive technology in Europe, 2010: results generated from European registers by ESHRE. *Human Reproduction, 29*(10), 2099–2113. doi:10.1093/humrep/deu175

Kwon, M. K., & Bang, K. S. (2011). Relationship of prenatal stress and depression to maternal-fetal attachment and fetal growth. *Journal of Korean Academy of Nursing, 41*(2), 276–283. doi:10.4040/jkan.2011.41.2.276

Lafuente, M. J. (2003, Junio). El embarazo: un tiempo para aprender a ser padres. *Qualitat per a la dona davant el nou mil lenni*. Simposio celebrado en la VI Trobada de Comares de la Comunitat Valenciana, Vila-real. Recuperado de http://publicaciones.san.gva.es/publicaciones/documentos/V.2369-2003.pdf

Lafuente, M. J. (2008). La escala EVAP (Evaluación de la Vinculación Afectiva y la Adaptación Prenatal): un estudio piloto. *Index de Enfermería, 17*(2). doi:10.4321/s1132-12962008000200012

Lafuente, M. J. (2010). El amor filial. La vinculación de los padres hacia los hijos. En M. J. Lafuente, & M. J. Cantero (Eds.), *Vinculaciones afectivas. Apego, amistad y amor* (pp. 311–353). Madrid: Ediciones Pirámide.

Lamb, E. H. (2002). The impact of previous perinatal loss on subsequent pregnancy and parenting. *The Journal of Perinatal Education, 11*(2), 33–40. doi:10.1624/105812402X88696

Lancaster, C. A., Gold, K. J., Flynn, H. A., Yoo, H., Marcus, S. M., & Davis, M. M. (2010). Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 202*(1), 5–14. doi:10.1016/j.ajog.2009.09.007

Landeta, O., & Calvete, E. (2002). Adaptación y validación de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido. *Ansiedad y Estrés, 8*(2–3), 173–182.

Lapaire, O., Alder, J., Peukert, R., Holzgreve, W., & Tercanli, S. (2007). Two- versus three-dimensional ultrasound in the second and third trimester of pregnancy: impact on recognition and maternal–fetal bonding. A prospective pilot study. *Archives of Gynecology and Obstetrics, 276*(5), 475–479. doi:10.1007/s00404-007-0368-7

Lartigue, T., & Vives, J. (1994). *Guía para la detección de alteraciones en la formación del vínculo materno-infantil durante el embarazo*. México D. F.: Universidad Iberoamericana.

Laxton-Kane, M., & Slade, P. (2002). The role of maternal prenatal attachment in a woman´s experience of pregnancy and implications for the process of care. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 20*(4), 253–266. doi: 10.1080/02646830210 00033174

Lebovici, S. (1988). Fantasmatic interaction and intergenerational transmission. *Infant Mental Health Journal, 9*(1), 10–19. doi: 10.1002/1097-0355(198821)9:1<10::AID-IMHJ2280090104>3.0.CO;2-I

Lederman, R. P. (1996). *Psychosocial adaptation in pregnancy: Assessment of seven dimensions of maternal development*. Nueva York: Springer Publishing Company.

Leifer, M. (1977). Psychological changes accompanying pregnancy and motherhood. *Genetic Psychology Monogrpahs, 95*(1), 55–96.

Lerum, C. W., & LoBiondo-Wood, G. (1989). The relationship of maternal age, quickening, and physical symptoms of pregnancy to the development of maternal-fetal attachment. *Birth, 16*(1), 13–17. doi:10.1111/j.1523-536x.1989.tb00848.x

Lester, E. P., & Notman, M. T. (1988). Pregnancy and object relations: clinical considerations. *Psychoanalytic Inquiry, 8*(2), 196–221. doi:10.1080/07351698809 533718

Lindgren, K. (2001). Relationships among maternal-fetal attachment, prenatal depression, and health practices in pregnancy. *Research in Nursing & Health, 24*(3), 203–217. doi:10.1002/nur.1023

Llavona, L. M. (2008). El impacto psicológico de la infertilidad. *Papeles del Psicólogo, 29*(2), 158–166. Recuperado de http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1582.pdf

LoBiondo-Wood, G., & Vito-O´Rourke, K. (1990). *The Prenatal Maternal Attachment Scale: a methodological study*. Estudio presentado en la NAACOG´s Research Conference, Denver.

Loevinger, J. (1957). Objective tests as instruments of psychological theory. *Psychological Reports, 3*(3), 635–694. doi:10.2466/pr0.1957.3.3.635

Lorensen, M., Wilson, M., & White, M. (2004). Norwegian families: transition to parenthood. *Health Care for Women International, 25*(4), 334–348. doi:10.1080/0739933049027839

Maas, A. J. B. M., Vreeswijk, C. M. J. M., Braeken, J., Vingerhoets, A. J. J. M., & van Bakel, H. J. A. (2013). Determinants of maternal fetal attachment in women from a community-based sample. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 32*(1), 5–24. doi:10.1080/02646838.2013.853170

Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: a move to the level of representation. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 50*(1/2), 66–104. doi:10.2307/3333827

Mako, H. S., & Deak, A. (2014). Reliability and validity of the Hungarian version of the Maternal Antenatal Attachment Scale. *International Journal of Gynecological and Obstetrical Research, 2*(1), 33–44. doi: 10.14205/2309-4400.2014.02.01.5

Mardia, K. V. (1970). Measures of multivariate skewness and kurtosis with applications. *Biometrika, 57*(3), 519–530. doi:10.2307/2334770

Marsh, E. M., & Vollmer, A. M. (1951). Possible psychogenic aspects of infertility. *Fertility and Sterility, 2*(1), 70–79.

McCormack, D., Scott-Heyes, G., & McCusker, C. G. (2011). The impact of hyperemesis gravidarum on maternal mental health and maternal–fetal attachment. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 32*(2), 79–87. doi:10.3109/0167482x.2011.560691

McFarland, J., Salisbury, A. L., Battle, C. L., Hawes, K., Halloran, K., & Lester, B. M. (2011). Major depressive disorder during pregnancy and emotional attachment to the fetus. *Archives of Women´s Mental Health, 14*(5), 425–434. doi:10.1007/s00737-011-0237-z

McMahon, C. A., Boivin, J., Gibson, F. L., Hammarberg, K., Wynter, K., Saunders, D., & Fisher, J. (2011). Age at first birth, mode of conception and psychological wellbeing in pregnancy: findings from the parental age and transition to parenthood Australia (PATPA) study. *Human Reproduction, 26*(6), 1389–1398. doi:10.1093/humrep/der076

McMahon, C. A., Boivin, J., Gibson, F. L., Hammarberg, K., Wynter, K., Saunders, D., & Fisher, J. (2013). Pregnancy-specific anxiety, ART conception and infant temperament at 4 months post-partum. *Human Reproduction, 28*(4), 997–1005. doi:10.1093/humrep/det029

McMahon, C. A., Ungerer, J. A., Beaurepaire, J., Tennant, C., & Saunders, D. (1997). Anxiety during pregnancy and fetal attachment after in-vitro fertilization conception. *Human Reproduction, 12*(1), 176–182. doi:10.1093/humrep/12.1.176

Mehran, P., Simbar, M., Shams, J., Ramezani-Tehrani, F., & Nasiri, N. (2013). History of perinatal loss and maternal–fetal attachment behaviors. *Women and Birth, 26*(3), 185–189. doi:10.1016/j.wombi.2013.04.005

Meller, W., Burns, L. H., Crow, S., & Grambsch, P. (2002). Major depression in unexplained infertility. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 23*(1), 27–30. doi:10.3109/01674820209093412

Menéndez, O. A. (2001). Andamios Humanos. *Psicoanálisis Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires, 23*(3), 669–693. Recuperado de http://www.apdeba.org/wp-content/uploads/032001menendez.pdf

Mercer, R. T., & Ferketich, S. L. (1995). Experienced and inexperienced mothers' maternal competence during infancy. *Research in Nursing & Health, 18*(4), 333–343. doi: 10.1002/nur.4770180407

Mercer, R. T., Ferketich, S. L., May, K., DeJoseph, J., & Sollid, D. (1988). Further exploration of maternal and paternal fetal attachment. *Research in Nursing & Health, 11*(2), 83–95. doi:10.1002/nur.4770110204

Michelena, M. (2002). *Un año para toda la vida. El secreto mundo emocional de la madre y su bebé*. Madrid: Ediciones Temas de Hoy.

Mikulincer, M., & Florian, V. (1999). Maternal-fetal bonding, coping strategies, and mental health during pregnancy. The contribution of attachment style. *Journal of Social and Clinical Psychology, 18*(3), 255–276. doi:10.1521/jscp.1999.18.3.255

Moreno, A., & Guerra, D. (2007). Procesos emocionales en pacientes sometidos a técnicas de reproducción asistida. Guías de evaluación, consejo, apoyo e intervención psicológica en reproducción asistida. *Revista Iberoamericana de Fertilidad*, 11–17. Recuperado de http://www.revistafertilidad.org/RecursosWEB/fertilidad/Suplemento_guias%20de%20psicologia.pdf

Moses-Kolko, E. L., & Roth, E. K. (2004). Antepartum and postpartum depression: healthy mom, healthy baby. *Journal of the American Medical Women´s Association, 59*(3), 181–191.

Müller, M. E. (1992). A critical review of prenatal attachment research. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice, 6*(1), 5–22.

Müller, M. E. (1993). Development of the Prenatal Attachment Inventory. *Western Journal of Nursing Research, 15*(2), 199–215. doi:10.1177/019394599301500205

Müller, M. E. (1996). Prenatal and postnatal attachment: a modest correlation. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing, 25*(2), 161–166. doi:10.1111/j.1552-6909.1996.tb02420.x

Müller, M. E., & Ferketich, S. (1992). Assessing the validity of the dimensions of prenatal attachment. *Maternal-Child Nursing Journal, 20*(1), 1–10.

Müller, M. E., & Ferketich, S. (1993). Factor analysis of the Maternal Fetal Attachment Scale. *Nursing Research, 42*(3), 144–147. doi:10.1097/00006199-199305000-00004

Narita, S., & Maehara, S. (1993). The development of maternal-fetal attachment during pregnancy. *Journal of Japan Academy of Nursing Science, 13*(2), 1–9. doi:10.5630/jans1981.13.2_1

Navarro-Aresti, L., Iraurgi, I., Iriarte, L., & Martínez-Pampliega, A. (2015). Maternal Antenatal Attachment Scale (MAAS): adaptation to Spanish and proposal for a brief version of 12 items. *Archives of Women´s Mental Health*. doi:10.1007/s00737-015-0513-4

Norusis, M. J. (2010). *PASW Statistics 18. Guide to Data Analysis.* Englewood Cliffs: Prentice-Hall.

Oddens, B. J., Tonkelaar, I., & Nieuwenhuyse, H. (1999). Psychosocial experiences in women facing fertility problems – a comparative survey. *Human Reproduction, 14*(1), 255–261. doi:10.1093/humrep/14.1.255

Ogawa, M., Takamatsu, K., & Horiguchi, F. (2011). Evaluation of factors associated with the anxiety and depression of female infertility patients. *BioPsychoSocial Medicine, 5*(1), 15. doi:10.1186/1751-0759-5-1

O'Leary, J. (2004). Grief and its impact on prenatal attachment in the subsequent pregnancy. *Archives of Women´s Mental Health, 7*(1), 7–18. doi:10.1007/s00737-003-0037-1

Ossa, X., Bustos, L., & Fernández, L. (2012). Prenatal attachment and associated factors during the third trimester of pregnancy in Temuco, Chile. *Midwifery, 28*(5), 689–696. doi:10.1016/j.midw.2011.08.015

Oudi, M., Sazvar, S., Alizadeh, L., Ezabadi, Z., & Samani Omani, R. (2011). Prenatal attachment in pregnancy conceived by assisted reproduction (ART) compared to the natural. *Human Reproduction, 26*(1), 337–338. doi:10.1093/humrep/26.s1.91

Pajulo, M., Helenius, H., & Mayes, L. (2006). Prenatal views of baby and parenthood: association with sociodemographic and pregnancy factors. *Infant Mental Health Journal, 27*(3), 229–250. doi:10.1002/imhj.20090

Palacios, E., & Jadresic, E. (2000). Aspectos emocionales en la infertilidad: una revisión de la literatura reciente. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría, 38*(2). doi:10.4067/s0717-92272000000200004

Palacios, E., Jadresic, E., Palacios, F., Miranda, C., & Domínguez, R. (2002). Estudio descriptivo de los aspectos emocionales asociados a la infertilidad y su tratamiento. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología, 67*(1). doi:10.4067/s07177526200200100004

Pallant, J. F., Haines, H. M., Hildingsson, I., Cross, M., & Rubertsson, C. (2014). Psychometric evaluation and refinement of the Prenatal Attachment Inventory. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 32*(2), 112–125. doi:10.1080/02646838.2013.871627

Pasch, L. A., Dunkel-Schetter, C., & Christensen, A. (2002). Differences between husbands´ and wives´approach to infertility affect marital communication and adjustment. *Fertility and Sterility, 77*(6), 1241–1247. doi: 10.1016/S0015-0282(02)03097-2

Phipps, S., Zinn, A. B., Opitz, J. M., & Reynolds, J. F. (1986). Psychological response to amniocentesis: Mood state and adaptation to pregnancy. *American Journal of Medical Genetics, 25*(1), 131–142. doi:10.1002/ajmg.1320250115

Picech, A. R., Flores, L. J., Lanser, R. A., & Elizalde, M. A. (2005). Depresión y embarazo. *Revista de Postgrado de la VIa Cátedra de Medicina, 145*, 5–8. Recuperado de http://med.unne.edu.ar/revista/revista145/2_145.pdf

Pierrehumbert, B., Karmaniola, A., Sieye, A., Meister, C., Miljkovitch, R., & Halfon, O. (1996). Les modèles de relations: Développement d'un auto-questionnaire d'attachement pour adultes. La *Psychiatrie de l'Enfant, 39*(1), 161–206. Recuperado de http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=2471588

Piontelli, A. (1987). Infant observation from before birth. *International Journal of Psycho-Analysis, 68*(4), 453–463.

Piontelli, A. (1989). A study on twins before and after birth. *International Review of Psycho-Analysis, 16*(4), 413–426.

Piontelli, A. (1992). *Del feto al niño. Un estudio observacional y psicoanalítico*. Barcelona: ESPAXS.

Pisoni, C., Garofoli, F., Tzialla, C., Orcesi, S., Spinillo, A., Politi, P., … Stronati, M. (2014). Risk and protective factors in maternal–fetal attachment development. *Early Human Development, 90*(2), 45–46. doi:10.1016/s0378-3782(14)50012-6

Pollock, P. H., & Percy, A. (1999). Maternal antenatal attachment style and potential fetal abuse. *Child Abuse & Neglect, 23*(12), 1345–1357. doi:10.1016/s0145-2134(99)00101-5

Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. (2008). Definitions of infertility and recurrent pregnancy loss. *Fertility and Sterility, 89*(6), 1603. doi:10.1016/j.fertnstert.2008.03.002

Priel, B., & Besser, A. (1999). Vulnerability to postpartum depressive symptomatology: dependency, self-criticism and the moderating role of antenatal attachment. *Journal of Social and Clinical Psychology, 18*(2), 240–253. doi:10.1521/jscp.1999.18.2.240

Priel, B., & Besser, A. (2000). Adult attachment styles, early relationships, antenatal attachment, and perceptions of infant temperament: a study of first-time mothers. *Personal Relationships*, *7*(3), 291–310. doi:10.1111/j.1475-6811.2000.tb00018.x

Raphael-Leff, J. (1985). Facilitators and regulators; participators and renouncers: mothers and fathers orientations towards pregnancy and parenthood. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology, 4*(3), 169–184. doi: 10.3109/01674828509019581

Raphael-Leff, J. (1986). Facilitators and regulators: conscious and unconscious processes in pregnancy and early motherhood. *British Journal of Medical Psychology, 59*(1), 43–55. doi:10.1111/j.2044-8341.1986.tb02664.x

Raphael-Leff, J. (2005*). Psychological processes of childbearing*. Londres: Anna Freud Centre.

Reading, A. E., Cox, D. N., Sledmere, C. M., & Campbell, S. (1984). Psychological changes over the course of pregnancy: a study of attitudes toward the fetus/neonate. *Health Psychology*, *3*(3), 211–221. doi:10.1037/0278-6133.3.3.211

Redshaw, M., & Martin, C. (2013). Babies, "bonding" and ideas about parental "attachment." *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 31*(3), 219–221. doi:10.1080/02646838.2013.830383

Relier, J. P. (1994). *Ama a tu hijo antes de que nazca: la importancia del vínculo madre-hijo y de los estímulos afectivos durante el embarazo*. Barcelona: Martínez Roca.

Remor, E. (2006). Psychometric properties of a European Spanish version of the Perceived Stress Scale (PSS). *The Spanish Journal of Psychology, 9*(1), 86–93. doi:10.1017/s1138741600006004

Repetur, K., & Quezada, A. (2005). Vínculo y desarrollo psicológico: la importancia de las relaciones tempranas. *Revista Digital Universitaria, 6*(11), 2–15. Recuperado de http://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art105/nov_art105.pdf

Repokari, L., Punamäki, R. L., Poikkeus, P., Vilska, S., Unkila-Kallio, L., Sinkkonen, J., … Tulppala, M. (2005). The impact of successful assisted reproduction treatment on female and male mental health during transition to parenthood: a prospective controlled study. *Human Reproduction, 20*(11), 3238–3247. doi:10.1093/humrep/dei214

Richard, F. D., Bond, C. F., & Stokes-Zoota, J. J. (2003). One hundred years of Social Psychology quantitatively described. *Review of General Psychology, 7*(4), 331–363. doi:10.1037/1089-2680.7.4.331

Righetti, P. L., Dell'Avanzo, M., Grigio, M., & Nicolini, U. (2005). Maternal/paternal antenatal attachment and fourth-dimensional ultrasound technique: A preliminary report. *British Journal of Psychology, 96*(1), 129–137. doi:10.1348/000712604x15518

Roa, Y. (2008). Los psicólogos y la infertilidad. *Psicología y Salud, 18*(1), 129–135. Recuperado de http://www.redalyc.org/pdf/291/29118115.pdf

Rodrigues, A. R., Pérez-López, J., & Brito de la Nuez, A. G. (2004). La vinculación afectiva prenatal y la ansiedad durante los últimos tres meses del embarazo en las madres y padres tempranos. Un estudio preliminar. *Anales de Psicología, 20*(1), 95–102. Recuperado de http://www.um.es/analesps/v20/v20_1/09-20_1.pdf

Rofé, Y., Lewin, I., & Padeh, B. (1981). Emotion during pregnancy and delivery as a function of repression-sensitization and number of childbirths. *Psychology of Women Quarterly, 6*(2), 163–173. doi:10.1111/j.1471-6402.1981.tb00404.x

Rokach, A. (2004). Giving life: loneliness, pregnancy and motherhood. *Social Behavior and Personality*, *32*(7), 691–702. doi:10.2224/sbp.2004.32.7.691

Ross, E. (2012). Maternal-fetal attachment and engagement with antenatal advice. *British Journal of Midwifery, 20*(8), 566–575. doi:10.12968/bjom.2012.20.8.566

Rozas, M. R., & Francés, L. (2001). Maternidad tras una muerte perinatal. *Matronas Profesión, 2*(3), 29–34. Recuperado de http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/33077/1/519921.pdf

Rozas, M., Soto, Y., Vera, Y., & Vera, M. I. (2001). Niveles de ansiedad y factores asociados en gestantes adolescentes y adultas que acuden a los hospitales del Ministerio de Salud de la Cuidad del Cusco - 1999. *Situa, 18.* Recuperado de http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/situa/2001_n18/Niveles%20de%20ansiedad.htm

Rubin, R. (1984). *Maternal Identity and the Maternal Experience*. Nueva York: Springer Publishing Company.

Rubin, R. (1975). Maternal tasks in pregnancy. *Maternal-Child Nursing Journal, 4*(3), 144–153.

Rustico, M. A., Mastromatteo, C., Grigio, M., Maggioni, C., Gregori, D., & Nicolini, U. (2005). Two-dimensional vs. two- plus four-dimensional ultrasound in pregnancy and the effect on maternal emotional status: a randomized study. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology, 25*(5), 468–472. doi:10.1002/uog.1894

Salgado, M. E. (2011). *O bebé imaginário, as memórias dos cuidados parentais e as representações sonoro-musicais na gravidez no estudo da representação da vinculação materna pré-natal e da orientação para a maternidade* (Tesis doctoral). Recuperada de http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/6597/2ulsd062990_td_tese.pdf

Salisbury, A., Law, K., LaGasse, L., & Lester, B. (2003). Maternal-fetal attachment. *JAMA: The Journal of the American Medical Association, 289*(13), 1701. doi:10.1001/jama.289.13.1701

Samorinha, C., Figueiredo, B., & Matos Cruz, J. (2009). Vinculação pré-natal e ansiedade em mães e pais: impacto da ecografia do 1º trimestre de gestação. *Psicologia, Saúde & Doenças, 10*(1), 17–29. Recuperado de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?pid=S1645-00862009000100002&script=sci_arttext

Sandbrook, S. P., & Adamson-Macedo, E. N. (2004). Maternal-fetal attachment: searching for a new definition. *Neuroendocrinology Letters, 25*(1), 169–182. Recuperado de http://wlv.openrepository.com/wlv/bitstream/2436/90893/2/Appendix.pdf

Satorra, A. (2003). Power of chi-square goodness-of-fit test in structural equation models: the case of non-normal data. En H. Yanai, A. Okada, K. Shigemasu, Y. Kano, & J. J. Meulman (Eds.), *New developments of psychometrics* (pp. 57–68). Tokio: Springer Verlag.

Satorra, A., & Bentler, P. M. (2001). A scaled difference chi-square test statistic for moment structure analysis. *Psychometrika, 66*(4), 507–514. doi:10.1007/bf02296192

Satyanarayana, V. A., Lukose, A., & Srinivasan, K. (2011). Maternal mental health in pregnancy and child behavior. *Indian Journal of Psychiatry, 53*(4), 351–361. doi:10.4103/0019-5545.91911

Schermelleh-Engel, K., Moosbrugger, H., & Müller, H. (2003) Evaluating the fit of structural equation models: test of significance and descriptive goodness-of-fit measures. *Methods of Psychological Research Online, 8*(2), 23–74. Recuperado de http://www.dgps.de/fachgruppen/methoden/mpr-online/issue20/art2/mpr130_13.pdf

Schmidt, E. B., & Argimon, I. I. L. (2009). Vinculação da gestante e apego materno fetal. *Paidéia (Ribeirão Preto), 19*(43), 211–220. doi:10.1590/s0103-863x2009000200009

Sedgmen, B., McMahon, C., Cairns, D., Benzie, R. J., & Woodfield, R. L. (2006). The impact of two-dimensional versus three-dimensional ultrasound exposure on maternal-fetal attachment and maternal health behavior in pregnancy. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology, 27*(3), 245–251. doi:10.1002/uog.2703

Seimyr, L., Sjögren, B., Welles-Nyström, B., & Nissen, E. (2009). Antenatal maternal depressive mood and parental–fetal attachment at the end of pregnancy. *Archives of Women´s Mental Health, 12*(5), 269–279. doi:10.1007/s00737-009-0079-0

Shieh, C., Kravitz, M., & Wang, H. H. (2001). What do we know about maternal-fetal attachment? *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences, 17*(9), 448–454.

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

Siddiqui, A., Hägglöf, B., & Eisemann, M. (1999). An exploration of prenatal attachment in Swedish expectant women. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 17*(4), 369–380. doi:10.1080/02646839908404602

Siddiqui, A., Hägglöf, B., & Eisemann, M. (2000). Own memories of upbringing as a determinant of prenatal attachment in expectant women. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 18*(1), 67–74. doi:10.1080/02646830050001690

Sjögren, B., Edman, G., Widström, A. M., Mathiesen, A. S., & Uvnäs-Moberg, K. (2004). Maternal foetal attachment and personality during first pregnancy. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 22*(2), 57–69. doi:10.1080/0264683042000205936

Sjögren, B., Widstöm, A. M., Edman, G., & Uvnäs-Moberg, K. (2000). Changes in personality pattern during the first pregnancy and lactation. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 21*(1), 31–38. doi:10.3109/01674820009075606

Slade, P., Emery, J., & Lieberman, B. A. (1997). A prospective, longitudinal study of emotions and relationships in in-vitro fertilization treatment. *Human Reproduction, 12*(1), 183–190. doi:10.1093/humrep/12.1.183

Sociedad Española de Fertilidad. (2012). *Registro de la Sociedad Española de Fertilidad: Técnicas de reproducción asistida (IA y FIV/ICSI). Año 2012*. Recuperado de https://www.registrosef.com/ public/docs/sef2012_IAFIV.pdf

Sousa, S. (2003). A saúde do feto. En E. Sá (Ed.), *Psicologia do feto e do bebé* (pp. 39–66). Lisboa: Fim de Século.

Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family, 38*(1), 15–28. doi:10.2307/350547

Spitzer, R. L., Fleiss, J. L., Endicott, J., & Cohen, J. (1967). Mental status schedule: Properties of factor-analytically derived scales. *Archives of General Psychiatry, 16*(4), 479–493. doi:10.1001/archpsyc.1967.01730220091013

Stainton, M. C., McNeil, D., & Harvey, S. (1992). Maternal tasks of uncertain motherhood. *Maternal-Child Nursing Journal, 20*(3–4), 113–123.

Stanton, F., & Golombok, S. (1993). Maternal-fetal attachment during pregnancy following in vitro fertilization. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 14*(2), 153–158. doi:10.3109/01674829309084438

Stern, D. N., Bruschweiler-Stern, N., & Freeland, A. (1999). *El nacimiento de una madre*. Barcelona: Paidós.

Streiner, D. L. (2003). Starting at the beginning: An introduction to coefficient alpha and internal consistency. *Journal of Personality Assessment, 80*(1), 99–103. doi:10.1207/s15327752jpa8001_18

Taylor, R. (1990). Interpretation of the correlation coefficient: A basic review. *Journal of Diagnostic Medical Sonography, 6*(1), 35–39. doi:10.1177/875647939000600106

TEA Ediciones. (1988). Cuestionario de 90 síntomas, SCL-90-R [Manual]. Madrid: TEA Ediciones.

TEA Ediciones. (1999). Inventario de Personalidad NEO Revisado. Inventario NEO Reducido de Cinco Factores (3ª edición revisada y ampliada) [Manual]. Madrid: TEA Ediciones.

Torras, A., & Tirado, M. (2010). *Vínculos*. Barcelona: Integral.

Torres, J. J., & Perera, V. H. (2009). Cálculo de la fiabilidad y concordancia entre codificadores de un sistema de categorías para el estudio del foro online en e-learning. *Revista de Investigación Educativa, 27*(1), 89–103. Recuperado de http://revistas.um.es/rie/article/view/94291/102941

Tsartsara, E., & Johnson, M. P. (2006). The impact of miscarriage on women´s pregnancy-specific anxiety and feelings of prenatal maternal-fetal attachment during the course of a subsequent pregnancy: an exploratory follow-up study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology, 27*(3), 173–182. doi:10.1080/01674820600646198

Tyrlík, M., Jelínková, J., & Kukla, L. (2004). Aspects of positive feelings of pregnancy. *Ceská Gynekologie, 69*(3), 178–181.

Van Bakel, H. J., Maas, A., Vreeswijk, C. M., & Vingerhoets, A. J. (2013). Pictorial representation of attachment: measuring the parent-fetus relationship in expectant mothers and fathers. *BMC Pregnancy & Childbirth, 13*(1), 138. doi:10.1186/1471-2393-13-138

Van Balen, F., Naaktgeboren, N., & Trimbos-Kemper, T. C. M. (1996). In-vitro fertilization: the experience of treatment, pregnancy and delivery. *Human Reproduction, 11*(1), 95–98. doi:10.1093/oxfordjournals.humrep.a019047

Van Bussel, J. C. H., Spitz, B., & Demyttenaere, K. (2010a). Childbirth expectations and experiences and associations with mothers' attitudes to pregnancy, the child and motherhood. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 28*(2), 143–160. doi:10.1080/02646830903295026

Van Bussel, J. C. H., Spitz, B., & Demyttenaere, K. (2010b). Reliability and validity of the Dutch version of the Maternal Antenatal Attachment Scale. *Archives of Women's Mental Health, 13*(3), 267–277. doi:10.1007/s00737-009-0127-9

Van den Bergh, B., & Simons, A. (2009). A review of scales to measure the mother–foetus relationship. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 27*(2), 114–126. doi:10.1080/02646830802007480

Van den Bergh, B., Simons, A., Loose, E., & Junggeburt, B. (2006). The prenatal mother-child relationship in research. *Gedrag and Gezondheid: Tijdschrift voor Psychologie and Gezondheid, 34*(3), 147–166. Recuperado de http://elibrary.pks.mpg.de/Record/1725314568

Vedova, A. M. D., Dabrassi, F., & Imbasciati, A. (2008). Assessing prenatal attachment in a sample of Italian women. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *26*(2), 86–98. doi:10.1080/02646830701805349

Verhaak, C. M., Smeenk, J. M. J., Evers, A. W. M., Kremer, J. A. M., Kraaimaat, F. W., & Braat, D. D. M. (2007). Women´s emotional adjustement to IVF: a systematic review of 25 years of research. *Human Reproduction Update, 13*(1), 27–36. doi: 10.1093/humupd/dml040

Verhaak, C. M., Smeenk, J. M. J., Nahuis, M. J., Kremer, J. A. M., & Braat, D. D. M. (2007). Long-term psychological adjustment to IVF/ICSI treatment in women. *Human Reproduction, 22*(1), 305–308. doi:10.1093/humrep/del355

Verny, T. R., & Kelly, J. (1981). *La vida secreta del niño antes de nacer*. Barcelona: Ediciones Urano.

Verny, T. R., & Weintraub, P. (1991). *El vínculo afectivo con el niño que va a nacer*. Barcelona: Ediciones Urano.

Verny, T. R., & Weintraub, P. (2002). *El futuro bebé. Arte y ciencia de ser padres*. Barcelona: Ediciones Urano.

Walsh, J. (2010). Definitions matter: if maternal–fetal relationships are not attachment, what are they? *Archives of Women´s Mental Health, 13*(5), 449–451. doi:10.1007/s00737-010-0152-8

Walsh, J., Hepper, E. G., & Marshall, B. J. (2014). Investigating attachment, caregiving, and mental health: a model of maternal-fetal relationships. *BMC Pregnancy & Childbirth, 14*(1). doi:10.1186/s12884-014-0383-1

Waters, E., Merrick, S., Treboux, D., Crowell, J., & Albersheim, L. (2000). Attachment security in infancy and early adulthood: a twenty-year longitudinal study. *Child Development, 71*(3), 684–689. doi:10.1111/1467-8624.00176

Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology, 54*(6), 1063–1070. doi:10.1037/0022-3514.54.6.1063

Wayland, J., & Tate, S. (1993). Maternal-fetal attachment and perceived relationships with important others in adolescents. *Birth, 20*(4), 198–203. doi:10.1111/j.1523-536x.1993.tb00227.x

White, O., McCorry, N. K., Scott-Heyes, G., Dempster, M., & Manderson, J. (2008). Maternal appraisals of risk, coping and prenatal attachment among women hospitalised with pregnancy complications. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 26*(2), 74–85. doi:10.1080/02646830801918455

Wilson, M. E., White, M. A., Cobb, B., Curry, R., Greene, D., & Popovich, D. (2000). Family dynamics, parental-fetal attachment and infant temperament. *Journal of Advanced Nursing, 31*(1), 204–210. doi:10.1046/j.1365-2648.2000.01245.x

Winnicott, D. W. (1970). La madre y su bebé. En *Conozca a su niño. Psicología de las primeras relaciones entre el niño y su familia* (pp. 11–121). Barcelona: Paidós.

Wischmann, T., Stammer, H., Scherg, H., Gerhard, I., & Verres, R. (2001). Psychosocial characteristics of infertile couples: a study by the `Heidelberg Fertility Consultation Service´. *Human Reproduction*, *16*(8), 1753–1761. doi: 10.1093/humrep/16.8.1753

Wright, J., Belanger, C., & Dulude, D. (2000). The effects of pregnancy complications on the parental adaptation process. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *18*(1), 5–20. doi:10.1080/02646830050001645

Yarcheski, A., Mahon, N. E., Yarcheski, T. J., Hanks, M. M., & Cannella, B. L. (2009). A meta-analytic study of predictors of maternal-fetal attachment. *International Journal of Nursing Studies, 46*(5), 708–715. doi:10.1016/j.ijnurstu.2008.10.013

Yu, M., & Kim, M. (2014). The contribution of maternal-fetal attachment: Taegyo, maternal fatigue and social support during pregnancy. *Child Health Nursing Research, 20*(4), 247. doi:10.4094/chnr.2014.20.4.247

Zachariah, R. (1994). Maternal–fetal attachment: influence of mother–daughter and husband–wife relationships. *Research in Nursing & Health, 17*(1), 37–44. doi:10.1002/nur.4770170106

Zapata, G. J., & Canet, M. T. (2008). Propuesta metodológica para la construcción de escalas de medición a partir de una aplicación empírica. *Actualidades Investigativas en Educación, 8*(2), 1–26. Recuperado de http://revista.inie.ucr.ac.cr/index.php/aie/article/view/249/248

Zeanah, C. H., Carr, S., & Wolk, S. (1990). Fetal movements and the imagined baby of pregnancy: are they related? *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 8*(1), 23–36. doi:10.1080/02646839008403605

Zimerman, A., & Doan, H. M. (2003). Prenatal attachment and other feelings and thoughts during pregnancy in three groups of pregnant women. *Journal of Prenatal & Perinatal Psychology & Health, 18*(2), 131–146. Recuperado de https://birthpsychology.com/journals/volume-18-issue-2/prenatal-attachment-andother-feelings-and-thoughts-during-pregnancy-thre

Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment, 52*(1), 30–41. doi:10.1207/s15327752jpa5201_2

7. Anexos

7.1. Anexo A. Documento para el análisis de la dimensionalidad del constructo vínculo afectivo prenatal materno

Nombre: _____ **Fecha: _____**

Por favor, lea el siguiente texto sobre el constructo vínculo afectivo prenatal materno.

Tras revisar la literatura existente sobre vínculo afectivo prenatal materno y teniendo en cuenta los diversos modelos teóricos propuestos sobre el mencionado constructo, se destacan las siguientes dimensiones como posibles componentes del mismo:

1. Búsqueda de información sobre el feto: disposición de la gestante a buscar información sobre el feto a partir de diversas fuentes (ginecólogos, matronas…). Esta disposición se deriva de la curiosidad, del deseo de la madre por conocer al objeto amado y sus características.
2. Fantaseo sobre el feto: disposición de la madre a crearse una imagen mental sobre el feto, una representación, un bebé imaginario con diferentes características tanto físicas como psíquicas.
3. Interacción con el feto: disposición de la embarazada a interactuar, relacionarse con el feto por medio del tacto, la palabra, etc., en definitiva, a través de cualquier conducta tanto verbal como no verbal.
4. Protección del feto: disposición de la gestante a cuidar al feto y a no exponerle a ninguna influencia que pueda dañarle o ponerle en peligro.
5. Identificación y satisfacción de necesidades del feto: disposición de la madre a percibir y satisfacer las necesidades del feto de forma altruista, a anteponer las necesidades del objeto amado a las suyas propias.
6. Reconocimiento del feto como un individuo distinto de la gestante: disposición de la embarazada a considerar al feto como un individuo separado y distinto del cuerpo materno, de la propia mujer, es decir, a lograr la individualización del feto de sí misma.
7. Miedo a la pérdida del feto: presencia de sentimientos en la mujer gestante de temor a que el embarazo no evolucione correctamente o a que se produzca un aborto espontáneo o una pérdida perinatal u otra complicación.

Todas estas dimensiones del constructo vínculo afectivo prenatal materno, exceptuando la última de ellas, acrecientan la aproximación afectiva de la madre hacia el feto y producen satisfacción y disfrute. En lo que a la dimensión Miedo a la pérdida respecta, ésta puede dificultar el proceso de vinculación afectiva, pero, a su vez, refleja que existe un vínculo, una relación afectiva que no se quiere perder.

Por favor, lea las siguientes preguntas y responda a las mismas bajo el criterio de sus conocimientos y experiencia profesional.

1. **Puntúe en una escala del 0 al 10 el grado en el que considera que las siete dimensiones presentadas son constituyentes del constructo vínculo afectivo prenatal materno.**

   No constituyen el constructo……..……..Constituyen el constructo

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

2. **¿Eliminaría alguna de las siete dimensiones indicadas? Justifique su respuesta.**

_____
_____
_____

3. **¿Piensa que falta alguna dimensión importante del constructo vínculo afectivo prenatal materno? Si considera que alguna dimensión no se ha tenido en cuenta, indique cuál o cuáles son y justifique su respuesta.**

_____
_____
_____

4. **¿Piensa que algunas de las siete dimensiones señaladas se refieren a lo mismo? ¿Podrían agruparse?**

☐No.
☐Sí. Indique qué dimensiones podrían agruparse: _____

5. **¿Cree que estas dimensiones podrían constituir un modelo teórico completo sobre vínculo afectivo prenatal materno?**

☐No.
☐Sí.

Por favor, haga una breve justificación de su respuesta.

_____
_____
_____

7.2. Anexo B. Primera versión de la Escala de Evaluación del Vínculo Afectivo Prenatal Materno

ESCALA DE EVALUACIÓN DEL VÍNCULO AFECTIVO PRENATAL MATERNO

A continuación, se presentan 56 afirmaciones que reflejan diferentes conductas, pensamientos y emociones que pueden manifestar las mujeres embarazadas. Por favor, marque, pensando en las dos últimas semanas e incluyendo el día de hoy, aquella respuesta que indique su grado de acuerdo con cada una de las afirmaciones en base a la siguiente escala:

1 = Fuertemente en desacuerdo
2 = En desacuerdo
3 = Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
4 = De acuerdo
5 = Fuertemente de acuerdo

1. Me gusta conocer los datos sobre el feto que me aporta el/la ginecólogo/a durante los controles prenatales	1	2	3	4	5
2. Suelo imaginar a mi bebé dentro de mí	1	2	3	4	5
3. Pienso que mi hijo/a en gestación no tiene ninguna necesidad	1	2	3	4	5
4. Mi hijo/a es un ser individual con características propias y singulares	1	2	3	4	5
5. Cubro o satisfago las necesidades de mi hijo/a en gestación	1	2	3	4	5
6. Mi hijo/a en gestación y yo somos dos personas distintas	1	2	3	4	5
7. El hecho de pensar que podría perder a mi hijo/a me alegra	1	2	3	4	5
8. Deseo conocer más cosas sobre mi hijo/a en gestación	1	2	3	4	5
9. Disfruto cuidando y protegiendo a mi hijo/a en gestación	1	2	3	4	5
10. Reconozco a mi hijo/a como una pequeña persona que está dentro de mí pero que es distinta a mí	1	2	3	4	5
11. Me gusta fantasear sobre mi hijo/a en gestación	1	2	3	4	5
12. Si durante una revisión ginecológica me informasen de que la gestación no está evolucionando de forma correcta me preocuparía mucho y me angustiaría	1	2	3	4	5
13. Me gusta tocar o acariciar mi vientre	1	2	3	4	5
14. Fantaseo sobre aquello que puede sentir mi bebé dentro de mí	1	2	3	4	5
15. He dejado de lado hábitos de vida que pueden perjudicar la salud de mi hijo/a	1	2	3	4	5
16. Me angustiaría y me entristecería mucho si perdiera a mi hijo/a	1	2	3	4	5
17. Tengo dificultades para identificar qué puede necesitar mi hijo/a en gestación	1	2	3	4	5
18. Pienso que mi hijo/a es una parte de mi cuerpo	1	2	3	4	5
19. Imagino a mi bebé moviéndose en mi vientre	1	2	3	4	5
20. Si pienso en una vida sin el/la hijo/a que estoy gestando siento emociones predominantemente positivas (felicidad, alegría, satisfacción, serenidad, alivio, etc.)	1	2	3	4	5
21. Me he despreocupado sobre mi alimentación. Como todo aquello que me apetece	1	2	3	4	5
22. Satisfago las necesidades de mi hijo/a porque creo que hacerlo puede beneficiarme, por ejemplo, en el parto	1	2	3	4	5
23. Descanso y procuro llevar una vida más relajada que antes de quedarme embarazada	1	2	3	4	5
24. Cuando fantaseo e imagino cosas sobre el bebé que estoy gestando suelo sentir emociones positivas (felicidad, alegría, orgullo, etc.)	1	2	3	4	5

25. Me intereso por toda aquella información relacionada con mi hijo/a en gestación que voy obteniendo	1	2	3	4	5
26. No me importaría sufrir un aborto espontáneo	1	2	3	4	5
27. Mi hijo/a y yo somos la misma persona	1	2	3	4	5
28. Satisfago las necesidades de mi hijo/a de forma altruista, no lo hago con el fin de obtener nada a cambio	1	2	3	4	5
29. Me informo sobre el desarrollo de mi hijo/a en cada etapa de la gestación	1	2	3	4	5
30. Si el embarazo no evolucionase correctamente me preocuparía mucho y tendría mucho miedo a que algo pudiese sucederle a mi hijo/a	1	2	3	4	5
31. Me comunico con mi hijo/a en gestación mediante el tacto y la palabra	1	2	3	4	5
32. Me he realizado los controles prenatales ginecológicos recomendados	1	2	3	4	5
33. El hecho de imaginarme a mi hijo/a en mi vientre me disgusta	1	2	3	4	5
34. Intento interactuar con mi hijo/a para que me sienta	1	2	3	4	5
35. Para mí es importante saber cosas, datos o información sobre mi hijo/a en gestación	1	2	3	4	5
36. Comunico mi amor y mi aceptación a mi hijo/a en gestación	1	2	3	4	5
37. A pesar de saber que el bienestar de mi hijo/a en gestación depende de mí, pienso que es un ser distinto, diferente de mí	1	2	3	4	5
38. Estoy siguiendo las indicaciones de mi ginecólogo/a con respecto al cuidado de mi hijo/a en gestación	1	2	3	4	5
39. La información sobre mi hijo/a en gestación que el/la ginecólogo/a me aporta me provoca indiferencia	1	2	3	4	5
40. Cuando interactúo con mi hijo/a en gestación me siento mal	1	2	3	4	5
41. Pienso en las necesidades de mi hijo/a y no me importa sacrificarme por él/ella si es necesario	1	2	3	4	5
42. Nunca me sacrificaría o renunciaría a nada por cubrir las necesidades de mi hijo/a en gestación	1	2	3	4	5
43. Cuando fantaseo e imagino cosas sobre el bebé que estoy gestando suelo sentir emociones negativas (tristeza, enfado, miedo, culpa, desesperanza…)	1	2	3	4	5
44. Mi hijo/a en gestación es un individuo distinto a mí, con su propia personalidad, sus necesidades, etc.	1	2	3	4	5
45. Sigo teniendo algunos de los hábitos (fumar, beber, tomar bebidas con cafeína, ingerir determinado tipo de fármacos, comer de forma no saludable, etc.) que tenía antes de quedarme embarazada a pesar de saber que pueden perjudicar la salud de mi hijo/a	1	2	3	4	5
46. Hablo a mi hijo/a en gestación de forma cariñosa	1	2	3	4	5
47. Si la gestación se complicase sin que supusiese un riesgo para mí, pero sí para mi hijo/a, me angustiaría mucho	1	2	3	4	5
48. Disfruto cuando el/la ginecólogo/a me informa, me aporta nuevos datos sobre mi hijo/a en gestación	1	2	3	4	5
49. Me preocupo porque las necesidades de mi hijo/a en gestación estén cubiertas	1	2	3	4	5
50. Si en este momento de la gestación sufriese un aborto espontáneo tendría una mezcla de sentimientos: por una parte estaría alegre, pero, por otra, apenada	1	2	3	4	5
51. Mi hijo/a es una persona pequeñita que está dentro de mí	1	2	3	4	5
52. Me gusta proteger a mi hijo/a en gestación	1	2	3	4	5
53. Acaricio mi abdomen para que mi hijo/a sienta que le quiero	1	2	3	4	5
54. He intentado crearme una representación mental de cómo es ahora mi hijo/a	1	2	3	4	5
55. Hablo a mi hijo/a, le cuento cuentos, le canto canciones, etc.	1	2	3	4	5
56. Suelo buscar información de forma activa con el fin de saber más cosas sobre mi hijo/a en gestación	1	2	3	4	5

7.3. Anexo C. Explicación teórica del constructo vínculo afectivo prenatal materno y sus dimensiones

Nombre: _____ **Fecha: _____**

Por favor, lea el siguiente texto sobre el constructo vínculo afectivo prenatal materno.

VÍNCULO AFECTIVO PRENATAL MATERNO: DIMENSIONES COMPONENTES DEL CONSTRUCTO

Tras revisar la literatura existente sobre vínculo afectivo prenatal materno y teniendo en cuenta los diversos modelos teóricos propuestos sobre el mencionado constructo, se destacan las siguientes dimensiones como posibles componentes del mismo:

1. Búsqueda de información sobre el feto: disposición de la gestante a buscar información sobre el feto a partir de diversas fuentes (ginecólogos, matronas…). Esta disposición se deriva de la curiosidad, del deseo de la madre por conocer al objeto amado y sus características.
2. Fantaseo sobre el feto: disposición de la madre a crearse una imagen mental sobre el feto, una representación, un bebé imaginario con diferentes características tanto físicas como psíquicas.
3. Interacción con el feto: disposición de la embarazada a interactuar, relacionarse con el feto por medio del tacto, la palabra, etc., en definitiva, a través de cualquier conducta tanto verbal como no verbal.
4. Protección del feto: disposición de la gestante a cuidar al feto y a no exponerle a ninguna influencia que pueda dañarle o ponerle en peligro.
5. Identificación y satisfacción de necesidades del feto: disposición de la madre a percibir y satisfacer las necesidades del feto de forma altruista, a anteponer las necesidades del objeto amado a las suyas propias.
6. Reconocimiento del feto como un individuo distinto de la gestante: disposición de la embarazada a considerar al feto como un individuo separado y distinto del cuerpo materno, de la propia mujer, es decir, a lograr la individualización del feto de sí misma.
7. Miedo a la pérdida del feto: presencia de sentimientos en la mujer gestante de temor a que el embarazo no evolucione correctamente o a que se produzca un aborto espontáneo o una pérdida perinatal u otra complicación.

Todas estas dimensiones del constructo vínculo afectivo prenatal materno, exceptuando la última de ellas, acrecientan la aproximación afectiva de la madre hacia el feto y producen satisfacción y disfrute. En lo que a la dimensión Miedo a la pérdida respecta, ésta puede dificultar el proceso de vinculación afectiva, pero, a su vez, refleja que existe un vínculo, una relación afectiva que no se quiere perder.

7.4. Anexo D. Documento para la valoración de la primera versión de la Escala de Evaluación del Vínculo Afectivo Prenatal Materno

<u>Por favor, conteste a las preguntas que se plantean a continuación en la tabla que se presenta en la siguiente página.</u>

1. ¿Cree que estos ítems evalúan vínculo afectivo prenatal materno? ¿Alguno no lo hace? Valore la correspondencia de cada ítem con el constructo vínculo afectivo prenatal materno.

1. Corresponde con el constructo.
2. Dudo si corresponde o no.
3. No corresponde con el constructo.

2. Clasifique los ítems en base a las siete dimensiones que constituyen el constructo vínculo afectivo prenatal materno.

1. Búsqueda de información sobre el feto.
2. Fantaseo sobre el feto.
3. Interacción con el feto.
4. Protección del feto.
5. Identificación y satisfacción de necesidades del feto.
6. Reconocimiento del feto como un individuo distinto de la gestante.
7. Miedo a la pérdida del feto.

3. Valore el lenguaje empleado en la redacción de ítems en base a las siguientes alternativas.

1. Sencillo, claro, comprensible.
2. Genera cierta confusión.
3. Complejo, farragoso, difícil de comprender.

Ítem	Enunciado	1 = Corresponde con el constructo 2 = Dudo si corresponde o no 3 = No corresponde con el constructo **Relación con el constructo**	1 = Búsqueda de información sobre el feto 2 = Fantaseo sobre el feto 3 = Interacción con el feto 4 = Protección del feto 5 = Identificación y satisfacción de necesidades del feto 6 = Reconocimiento del feto como un individuo distinto de la gestante 7 = Miedo a la pérdida del feto **Dimensiones del constructo**	1 = Sencillo, claro, comprensible 2 = Genera cierta confusión 3 = Complejo, farragoso, difícil de comprender **Lenguaje**
1	Me gusta conocer los datos sobre el feto que me aporta el/la ginecólogo/a durante los controles prenatales			
2	Suelo imaginar a mi bebé dentro de mí			
3	Pienso que mi hijo/a en gestación no tiene ninguna necesidad			
4	Mi hijo/a es un ser individual con características propias y singulares			
5	Cubro o satisfago las necesidades de mi hijo/a en gestación			
6	Mi hijo/a en gestación y yo somos dos personas distintas			
7	El hecho de pensar que podría perder a mi hijo/a me alegra			
8	Deseo conocer más cosas sobre mi hijo/a en gestación			
9	Disfruto cuidando y protegiendo a mi hijo/a en gestación			
10	Reconozco a mi hijo/a como una pequeña persona que está dentro de mí pero que es distinta a mí			
11	Me gusta fantasear sobre mi hijo/a en gestación			
12	Si durante una revisión ginecológica me informasen de que la gestación no está evolucionando de forma correcta me preocuparía mucho y me angustiaría			
13	Me gusta tocar o acariciar mi vientre			
14	Fantaseo sobre aquello que puede sentir mi bebé dentro de mí			
15	He dejado de lado hábitos de vida que pueden perjudicar la salud de mi hijo/a			
16	Me angustiaría y me entristecería mucho si perdiera a mi hijo/a			

Ítem	Enunciado	Relación con el constructo	Dimensiones del constructo	Lenguaje
17	Tengo dificultades para identificar qué puede necesitar mi hijo/a en gestación			
18	Pienso que mi hijo/a es una parte de mi cuerpo			
19	Imagino a mi bebé moviéndose en mi vientre			
20	Si pienso en una vida sin el/la hijo/a que estoy gestando siento emociones predominantemente positivas (felicidad, alegría, satisfacción, serenidad, alivio, etc.)			
21	Me he despreocupado sobre mi alimentación. Como todo aquello que me apetece			
22	Satisfago las necesidades de mi hijo/a porque creo que hacerlo puede beneficiarme, por ejemplo, en el parto			
23	Descanso y procuro llevar una vida más relajada que antes de quedarme embarazada			
24	Cuando fantaseo e imagino cosas sobre el bebé que estoy gestando suelo sentir emociones positivas (felicidad, alegría, orgullo, etc.)			
25	Me intereso por toda aquella información relacionada con mi hijo/a en gestación que voy obteniendo			
26	No me importaría sufrir un aborto espontáneo			
27	Mi hijo/a y yo somos la misma persona			
28	Satisfago las necesidades de mi hijo/a de forma altruista, no lo hago con el fin de obtener nada a cambio			
29	Me informo sobre el desarrollo de mi hijo/a en cada etapa de la gestación			
30	Si el embarazo no evolucionase correctamente me preocuparía mucho y tendría mucho miedo a que algo pudiese sucederle a mi hijo/a			
31	Me comunico con mi hijo/a en gestación mediante el tacto y la palabra			
32	Me he realizado los controles prenatales ginecológicos recomendados			

Ítem	Enunciado	Relación con el constructo	Dimensiones del constructo	Lenguaje
33	El hecho de imaginarme a mi hijo/a en mi vientre me disgusta			
34	Intento interactuar con mi hijo/a para que me sienta			
35	Para mí es importante saber cosas, datos o información sobre mi hijo/a en gestación			
36	Comunico mi amor y mi aceptación a mi hijo/a en gestación			
37	A pesar de saber que el bienestar de mi hijo/a en gestación depende de mí, pienso que es un ser distinto, diferente de mí			
38	Estoy siguiendo las indicaciones de mi ginecólogo/a con respecto al cuidado de mi hijo/a en gestación			
39	La información sobre mi hijo/a en gestación que el/la ginecólogo/a me aporta me provoca indiferencia			
40	Cuando interactúo con mi hijo/a en gestación me siento mal			
41	46. Pienso en las necesidades de mi hijo/a y no me importa sacrificarme por él/ella si es necesario			
42	Nunca me sacrificaría o renunciaría a nada por cubrir las necesidades de mi hijo/a en gestación			
43	Cuando fantaseo e imagino cosas sobre el bebé que estoy gestando suelo sentir emociones negativas (tristeza, enfado, miedo, culpa, desesperanza…)			
44	Mi hijo/a en gestación es un individuo distinto a mí, con su propia personalidad, sus necesidades, etc.			
45	Sigo teniendo algunos de los hábitos (fumar, beber, tomar bebidas con cafeína, ingerir determinado tipo de fármacos, comer de forma no saludable, etc.) que tenía antes de quedarme embarazada a pesar de saber que pueden perjudicar la salud de mi hijo/a			
46	Hablo a mi hijo/a en gestación de forma cariñosa			
47	Si la gestación se complicase sin que supusiese un riesgo para mí, pero sí para mi hijo/a, me angustiaría mucho			
48	Disfruto cuando el/la ginecólogo/a me informa, me aporta nuevos datos sobre mi hijo/a en gestación			

Ítem	Enunciado	Relación con el constructo	Dimensiones del constructo	Lenguaje
49	Me preocupo porque las necesidades de mi hijo/a en gestación estén cubiertas			
50	Si en este momento de la gestación sufriese un aborto espontáneo tendría una mezcla de sentimientos: por una parte estaría alegre, pero, por otra, apenada			
51	Mi hijo/a es una persona pequeñita que está dentro de mí			
52	Me gusta proteger a mi hijo/a en gestación			
53	Acaricio mi abdomen para que mi hijo/a sienta que le quiero			
54	He intentado crearme una representación mental de cómo es ahora mi hijo/a			
55	Hablo a mi hijo/a, le cuento cuentos, le canto canciones, etc.			
56	Suelo buscar información de forma activa con el fin de saber más cosas sobre mi hijo/a en gestación			

Por favor, conteste a las siguientes preguntas:

1. **Valore las instrucciones del instrumento. ¿Son sencillas, comprensibles, claras, etc.?**
2. **¿Considera que el formato de respuesta es adecuado?**
3. **¿Considera que algún ítem es igual que otro? Si, por ejemplo, considera que el ítem 1 es igual que el ítem 2, indíquelo de la siguiente forma: 1-2.**

7.5. Anexo E. Estudio I: primer protocolo de evaluación

Desde la Facultad de Psicología y Educación de la Universidad de Deusto se procederá al desarrollo de una investigación titulada *Vínculo afectivo prenatal en mujeres embarazadas mediante Técnicas de Reproducción Asistida*. Ésta estará supervisada por la doctora Ana Martínez Pampliega y por el doctor Ioseba Iraurgi Castillo.

El objetivo de esta investigación es profundizar y avanzar en el estudio del vínculo afectivo de la madre con el feto establecido durante el embarazo. Para ello, se requiere la participación tanto de mujeres que han logrado el embarazo mediante Técnicas de Reproducción Asistida como de aquellas embarazadas espontáneamente.

La participación en el estudio supone contestar a las cuestiones planteadas en este cuadernillo, lo cual llevará un tiempo aproximado de quince minutos. La información, la cual se proporcionará a la Facultad de Psicología y Educación de la Universidad de Deusto, es absolutamente confidencial y anónima, es decir, nunca figurarán datos que permitan su identificación en ningún documento del estudio y éstos serán exclusivamente utilizados para fines de investigación. La participación es voluntaria, siendo posible abandonar el estudio en cualquier momento que lo desee.

Edad: _____ **Semana de embarazo: _____**

CUESTIONARIO 1:

A continuación, se presentan 56 afirmaciones que reflejan diferentes conductas, pensamientos y emociones que pueden manifestar las mujeres embarazadas. Por favor, marque, pensando en las dos últimas semanas e incluyendo el día de hoy, aquella respuesta que indique su grado de acuerdo con cada una de las afirmaciones en base a la siguiente escala:

1 = Fuertemente en desacuerdo
2 = En desacuerdo
3 = Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
4 = De acuerdo
5 = Fuertemente de acuerdo

1. Me gusta conocer los datos sobre el feto que me aporta el/la ginecólogo/a durante los controles prenatales	1	2	3	4	5
2. Suelo imaginar a mi bebé dentro de mí	1	2	3	4	5
3. Pienso que mi hijo/a en gestación no tiene ninguna necesidad	1	2	3	4	5
4. Mi hijo/a es un ser individual con características propias y singulares	1	2	3	4	5

5. Cubro o satisfago las necesidades de mi hijo/a en gestación	1	2	3	4	5
6. Mi hijo/a en gestación y yo somos dos personas distintas	1	2	3	4	5
7. El hecho de pensar que podría perder a mi hijo/a me alegra	1	2	3	4	5
8. Deseo conocer más cosas sobre mi hijo/a en gestación	1	2	3	4	5
9. Disfruto cuidando y protegiendo a mi hijo/a en gestación	1	2	3	4	5
10. Reconozco a mi hijo/a como una pequeña persona que está dentro de mí pero que es distinta a mí	1	2	3	4	5
11. Me gusta fantasear sobre mi hijo/a en gestación	1	2	3	4	5
12. Si durante una revisión ginecológica me informasen de que la gestación no está evolucionando de forma correcta me preocuparía mucho y me angustiaría	1	2	3	4	5
13. Me gusta tocar o acariciar mi vientre	1	2	3	4	5
14. Fantaseo sobre aquello que puede sentir mi bebé dentro de mí	1	2	3	4	5
15. He dejado de lado hábitos de vida que pueden perjudicar la salud de mi hijo/a	1	2	3	4	5
16. Me angustiaría y me entristecería mucho si perdiera a mi hijo/a	1	2	3	4	5
17. Tengo dificultades para identificar qué puede necesitar mi hijo/a en gestación	1	2	3	4	5
18. Pienso que mi hijo/a es una parte de mi cuerpo	1	2	3	4	5
19. Imagino a mi bebé moviéndose en mi vientre	1	2	3	4	5
20. Si pienso en una vida sin el/la hijo/a que estoy gestando siento emociones predominantemente positivas (felicidad, alegría, satisfacción, serenidad, alivio, etc.)	1	2	3	4	5
21. Me he despreocupado sobre mi alimentación. Como todo aquello que me apetece	1	2	3	4	5
22. Satisfago las necesidades de mi hijo/a porque creo que hacerlo puede beneficiarme, por ejemplo, en el parto	1	2	3	4	5
23. Descanso y procuro llevar una vida más relajada que antes de quedarme embarazada	1	2	3	4	5
24. Cuando fantaseo e imagino cosas sobre el bebé que estoy gestando suelo sentir emociones positivas (felicidad, alegría, orgullo, etc.)	1	2	3	4	5
25. Me intereso por toda aquella información relacionada con mi hijo/a en gestación que voy obteniendo	1	2	3	4	5
26. No me importaría sufrir un aborto espontáneo	1	2	3	4	5
27. Mi hijo/a y yo somos la misma persona	1	2	3	4	5
28. Satisfago las necesidades de mi hijo/a de forma altruista, no lo hago con el fin de obtener nada a cambio	1	2	3	4	5
29. Me informo sobre el desarrollo de mi hijo/a en cada etapa de la gestación	1	2	3	4	5
30. Si el embarazo no evolucionase correctamente me preocuparía mucho y tendría mucho miedo a que algo pudiese sucederle a mi hijo/a	1	2	3	4	5
31. Me comunico con mi hijo/a en gestación mediante el tacto y la palabra	1	2	3	4	5
32. Me he realizado los controles prenatales ginecológicos recomendados	1	2	3	4	5
33. El hecho de imaginarme a mi hijo/a en mi vientre me disgusta	1	2	3	4	5
34. Intento interactuar con mi hijo/a para que me sienta	1	2	3	4	5
35. Para mí es importante saber cosas, datos o información sobre mi hijo/a en gestación	1	2	3	4	5
36. Comunico mi amor y mi aceptación a mi hijo/a en gestación	1	2	3	4	5
37. A pesar de saber que el bienestar de mi hijo/a en gestación depende de mí, pienso que es un ser distinto, diferente de mí	1	2	3	4	5
38. Estoy siguiendo las indicaciones de mi ginecólogo/a con respecto al cuidado de mi hijo/a en gestación	1	2	3	4	5
39. La información sobre mi hijo/a en gestación que el/la ginecólogo/a me aporta me provoca indiferencia	1	2	3	4	5
40. Cuando interactúo con mi hijo/a en gestación me siento mal	1	2	3	4	5

41. Pienso en las necesidades de mi hijo/a y no me importa sacrificarme por él/ella si es necesario	1	2	3	4	5
42. Nunca me sacrificaría o renunciaría a nada por cubrir las necesidades de mi hijo/a en gestación	1	2	3	4	5
43. Cuando fantaseo e imagino cosas sobre el bebé que estoy gestando suelo sentir emociones negativas (tristeza, enfado, miedo, culpa, desesperanza…)	1	2	3	4	5
44. Mi hijo/a en gestación es un individuo distinto a mí, con su propia personalidad, sus necesidades, etc.	1	2	3	4	5
45. Sigo teniendo algunos de los hábitos (fumar, beber, tomar bebidas con cafeína, ingerir determinado tipo de fármacos, comer de forma no saludable, etc.) que tenía antes de quedarme embarazada a pesar de saber que pueden perjudicar la salud de mi hijo/a	1	2	3	4	5
46. Hablo a mi hijo/a en gestación de forma cariñosa	1	2	3	4	5
47. Si la gestación se complicase sin que supusiese un riesgo para mí, pero sí para mi hijo/a, me angustiaría mucho	1	2	3	4	5
48. Disfruto cuando el/la ginecólogo/a me informa, me aporta nuevos datos sobre mi hijo/a en gestación	1	2	3	4	5
49. Me preocupo porque las necesidades de mi hijo/a en gestación estén cubiertas	1	2	3	4	5
50. Si en este momento de la gestación sufriese un aborto espontáneo tendría una mezcla de sentimientos: por una parte estaría alegre, pero, por otra, apenada	1	2	3	4	5
51. Mi hijo/a es una persona pequeñita que está dentro de mí	1	2	3	4	5
52. Me gusta proteger a mi hijo/a en gestación	1	2	3	4	5
53. Acaricio mi abdomen para que mi hijo/a sienta que le quiero	1	2	3	4	5
54. He intentado crearme una representación mental de cómo es ahora mi hijo/a	1	2	3	4	5
55. Hablo a mi hijo/a, le cuento cuentos, le canto canciones, etc.	1	2	3	4	5
56. Suelo buscar información de forma activa con el fin de saber más cosas sobre mi hijo/a en gestación	1	2	3	4	5

CUESTIONARIO 2:

Las siguientes preguntas tratan sobre pensamientos y sentimientos en relación al bebé en gestación. Por favor, marque sólo una respuesta para cada pregunta.

1. Durante las dos últimas semanas he pensado o he estado preocupada por el bebé que está en mi interior:
    a. Casi todo el tiempo.
    b. Muy frecuentemente.
    c. Frecuentemente.
    d. Ocasionalmente.
    e. Nada en absoluto.

2. Durante las dos últimas semanas cuando he estado hablando o pensando sobre el bebé que está en mi interior he sentido emociones que han sido:
    a. Muy débiles o inexistentes.
    b. Bastante débiles.
    c. Ni fuertes ni débiles.
    d. Bastante fuertes.
    e. Muy fuertes.

3. Durante las dos últimas semanas mis sentimientos sobre el bebé que está en mi interior han sido:
    a. Muy positivos.
    b. Principalmente positivos.
    c. Una mezcla de positivos y negativos.
    d. Principalmente negativos.
    e. Muy negativos.

4. Durante las dos últimas semanas he deseado leer o recoger información sobre el bebé en desarrollo. Este deseo ha sido:
    a. Muy débil o inexistente.
    b. Bastante débil.
    c. Ni fuerte ni débil.
    d. Moderadamente fuerte.
    e. Muy fuerte.

5. Durante las dos últimas semanas he intentado dibujar en mi mente cómo es actualmente el bebé que se está desarrollando en mi vientre:
    a. Casi todo el tiempo.
    b. Muy frecuentemente.
    c. Frecuentemente.
    d. Ocasionalmente.
    e. Nada en absoluto.

6. Durante las dos últimas semanas he pensado sobre el bebé en desarrollo principalmente como:
    a. Una persona pequeña real con características especiales.
    b. Un bebé como otro bebé cualquiera.
    c. Un ser humano.
    d. Un ser vivo.
    e. Una cosa que todavía no está viva.

7. Durante las dos últimas semanas he sentido que el bienestar del bebe que está en mi interior depende de mí:
    a. Totalmente.
    b. Mucho.
    c. Moderadamente.
    d. Ligeramente.
    e. Nada en absoluto.

8. Durante las dos últimas semanas me he sorprendido a mí misma hablando a mi bebé cuando estoy sola:
    a. Nada en absoluto.
    b. Ocasionalmente.
    c. Frecuentemente.
    d. Muy frecuentemente.
    e. Casi todo el tiempo que estoy sola.

9. Durante las dos últimas semanas cuando he pensado sobre (o hablado a) el bebé que está en mi interior, mis pensamientos:
    a. Siempre son tiernos y amorosos.
    b. Son en su mayoría tiernos y amorosos.
    c. Son una mezcla de ternura e irritación.
    d. Contienen un poco de irritación.
    e. Contienen mucha irritación.

10. La imagen en mi mente de cómo es el bebé en el útero en esta etapa es:
    a. Muy clara.
    b. Bastante clara.
    c. Bastante vaga.
    d. Muy vaga.
    e. No tengo idea en absoluto.

11. Durante las dos últimas semanas cuando he pensado sobre el bebé que está en mi interior he tenido sentimientos que han sido:
    a. Muy tristes.
    b. Moderadamente tristes.
    c. Una mezcla de felicidad y tristeza.
    d. Moderadamente felices.
    e. Muy felices.

12. Algunas mujeres embarazadas en ocasiones están tan irritadas por el bebé que está en su interior que sienten como si quisieran herirle o castigarle:
    a. No podría ni imaginarme sentirme así alguna vez.
    b. Podría imaginarme sentirme así en alguna ocasión, pero realmente nunca me he sentido de tal forma.
    c. Me he sentido así una o dos veces.
    d. Ocasionalmente me he sentido así.
    e. A menudo me he sentido así.

13. Durante las dos últimas semanas me he sentido:
    a. Emocionalmente muy distante de mi bebé.
    b. Emocionalmente moderadamente distante de mi bebé.
    c. No particularmente emocionalmente cercana a mi bebé.
    d. Moderadamente cercana emocionalmente a mi bebé.
    e. Muy cercana emocionalmente a mi bebé.

14. Durante las dos últimas semanas me he preocupado sobre qué comer para asegurarme de que la dieta del bebé es buena:
    a. Nada en absoluto.
    b. En una o dos ocasiones cuando he comido.
    c. Ocasionalmente cuando he comido.
    d. Muy a menudo cuando he comido.
    e. Siempre que he comido.

15. Cuando vea por primera vez a mi bebé tras el nacimiento creo que sentiré:
    a. Un afecto intenso.
    b. Principalmente afecto.
    c. Disgusto con uno o dos aspectos del bebé.
    d. Disgusto con un buen número de aspectos del bebé.
    e. Principalmente disgusto.

16. Cuando mi hijo nazca me gustaría cogerlo:
    a. Inmediatamente.
    b. Después de que haya sido envuelto en una manta.
    c. Después de que haya sido lavado.
    d. Después de unas pocas horas cuando las cosas se hayan normalizado.
    e. Al día siguiente.

17. Durante las dos últimas semanas he tenido sueños sobre el embarazo o sobre el bebé:
    a. En absoluto.
    b. Ocasionalmente.
    c. Frecuentemente.
    d. Muy frecuentemente.
    e. Casi todas las noches.

18. Durante las dos últimas semanas me he encontrado a mí misma sintiendo o tocando con mi mano la parte externa de mi vientre en donde el bebé está:
    a. Muchas veces al día.
    b. Al menos una vez al día.
    c. Ocasionalmente.
    d. Sólo una vez.
    e. En absoluto.

19. Si perdiera el embarazo en este momento (debido a un aborto o a otro acontecimiento accidental) sin yo padecer ningún dolor o ninguna lesión, pienso que me sentiría:
    a. Muy contenta.
    b. Moderadamente contenta.
    c. Neutral (ni triste ni contenta; o con una mezcla de sentimientos).
    d. Moderadamente triste.
    e. Muy triste.

CUESTIONARIO 3:

Por favor, responda a las siguientes preguntas.

1. ¿Tiene hijos?
    a. Sí.
    b. No.

2. ¿Ha conseguido el embarazo de forma espontánea o mediante Técnicas de Reproducción Asistida?

a. Espontáneamente.
b. Mediante Técnicas de Reproducción Asistida.

3. ¿Ha sufrido algún aborto espontáneo o pérdida perinatal a lo largo de su vida?

a. Sí.
b. No.

4. Tipo de gestación:

a. Única.
b. Gemelar.
c. Múltiple.

7.6. Anexo F. Documento para el análisis de los ítems nuevos y clarificados de la Escala de Evaluación del Vínculo Afectivo Prenatal Materno

Nombre: _____ **Fecha: _____**

Por favor, lea el siguiente texto sobre el constructo vínculo afectivo prenatal materno.

VÍNCULO AFECTIVO PRENATAL MATERNO: DIMENSIONES COMPONENTES DEL CONSTRUCTO

En base a la literatura revisada, al juicio de varios expertos y a los resultados obtenidos en el primer estudio empírico de un nuevo instrumento de evaluación del constructo vínculo afectivo prenatal materno, son seis las dimensiones constituyentes de dicho constructo, definido como lazo afectivo de la gestante con el feto:

1. Búsqueda de información sobre el feto: Disposición de la gestante a buscar información sobre el feto, la cual se deriva de la curiosidad, del deseo de la madre por conocer al objeto amado y sus características.
2. Fantaseo sobre el feto: Disposición de la madre a crearse una imagen mental sobre el feto, una representación, un bebé imaginario con diferentes características tanto físicas como psíquicas.
3. Interacción con el feto: Disposición de la embarazada a interactuar, relacionarse con el feto por medio del tacto, la palabra, etc., en definitiva, a través de cualquier conducta tanto verbal como no verbal.
4. Protección altruista del feto: Disposición de la gestante a satisfacer de forma altruista las necesidades del feto con el fin de protegerle y proporcionarle un medio seguro para su desarrollo.
5. Reconocimiento del feto como un individuo distinto de la gestante: Disposición de la embarazada a considerar al feto como un individuo separado y distinto del cuerpo materno, de la propia mujer, es decir, a lograr la individualización del feto de sí misma.
6. Angustia ante la pérdida del feto: Presencia de manifestaciones de angustia en la gestante ante la pérdida imaginada del feto o ante la idea de complicaciones gestacionales que pudieran afectar al nonato.

Todas estas dimensiones del constructo vínculo afectivo prenatal materno, exceptuando la última de ellas, acrecientan la aproximación afectiva de la madre hacia el feto y producen satisfacción y disfrute. En lo que a la dimensión Angustia ante la pérdida del feto respecta, ésta, a pesar de que puede dificultar el proceso de vinculación, refleja, a su vez, que existe un vínculo, una relación afectiva que no se quiere perder.

Se han elaborado diez ítems que formarán, junto con otros, el mencionado instrumento de evaluación del vínculo afectivo prenatal materno. Estos diez reactivos son los siguientes:

1. Si el embarazo no evolucionase correctamente me preocuparía mucho perder a mi bebé.
2. Perder al bebé, a pesar de que no supusiese un riesgo para mi salud, me angustiaría mucho.
3. Me sacrifico en beneficio del adecuado desarrollo de mi bebé en gestación.
4. Si sufriese un aborto espontáneo me sentiría enormemente triste.
5. Proporciono a mi bebé los cuidados prenatales recomendados.
6. Sólo el hecho de imaginar que podría sufrir un aborto espontáneo me genera un gran sufrimiento.
7. Si el desarrollo adecuado de mi hijo/a estuviese en riesgo me sentiría muy angustiada.
8. Protejo a mi hijo/a en gestación de todo aquello que creo que puede dañarle.
9. He intentado dejar de lado hábitos de vida que pueden perjudicar a mi bebé en gestación.
10. Me entristezco si pienso en la posibilidad de que algo malo pueda ocurrirle a mi bebé en gestación.

Por favor, conteste a las preguntas que se plantean a continuación en la tabla que se presenta la siguiente página.

1. ¿Cree que estos ítems evalúan el vínculo afectivo prenatal materno? ¿Alguno no lo hace? Valore la correspondencia de cada ítem con el constructo vínculo afectivo prenatal materno en base a las siguientes opciones:

1. Corresponde con el constructo.
2. Dudo si corresponde o no.
3. No corresponde con el constructo**.**

2. Clasifique los ítems en base a las seis dimensiones constituyentes del constructo vínculo afectivo prenatal materno.

1. Búsqueda de información sobre el feto.
2. Fantaseo sobre el feto.
3. Interacción con el feto.
4. Protección altruista del feto.
5. Reconocimiento del feto como un individuo distinto de la gestante.
6. Angustia ante la pérdida del feto.

3. Valore el lenguaje empleado en la redacción de los ítems en base a las siguientes alternativas:

1. Sencillo, claro, comprensible.
2. Genera cierta confusión.
3. Complejo, farragoso, difícil de comprender.

4. ¿Considera que algún ítem es igual que otro? Si, por ejemplo, considera que el ítem 1 es igual que el ítem 2, indíquelo de la siguiente forma: 1-2.

		1 = Corresponde con el constructo 2 = Dudo si corresponde o no 3 = No corresponde con el constructo	1 = Búsqueda de información sobre el feto 2 = Fantaseo sobre el feto 3 = Interacción con el feto 4 = Protección altruista del feto 5 = Reconocimiento del feto como un individuo distinto de la gestante 6 = Angustia ante la pérdida del feto	1 = Sencillo, claro, comprensible 2 = Genera cierta confusión 3 = Complejo, farragoso, difícil de comprender
Ítem	**Enunciado**	**Relación con el constructo**	**Dimensiones del constructo**	**Lenguaje**
1	Si el embarazo no evolucionase correctamente me preocuparía mucho perder a mi bebé			
2	Perder al bebé, a pesar de que no supusiese un riesgo para mi salud, me angustiaría mucho			
3	Me sacrifico en beneficio del adecuado desarrollo de mi bebé en gestación			
4	Si sufriese un aborto espontáneo me sentiría enormemente triste			
5	Proporciono a mi bebé los cuidados prenatales recomendados			
6	Sólo el hecho de imaginar que podría sufrir un aborto espontáneo me genera un gran sufrimiento			
7	Si el desarrollo adecuado de mi hijo/a estuviese en riesgo me sentiría muy angustiada			
8	Protejo a mi hijo/a en gestación de todo aquello que creo que puede dañarle			
9	He intentado dejar de lado hábitos de vida que pueden perjudicar a mi bebé en gestación			
10	Me entristezco si pienso en la posibilidad de que algo malo pueda ocurrirle a mi bebé en gestación			

Indique si considera que algún ítem es igual que otro. Señale las equivalencias encontradas: _____

7.7. Anexo G. Estudio I: segundo protocolo de evaluación (primera evaluación)

Desde la Facultad de Psicología y Educación de la Universidad de Deusto se procederá al desarrollo de una investigación titulada *Vínculo afectivo prenatal en mujeres embarazadas mediante Técnicas de Reproducción Asistida*. Ésta estará supervisada por la doctora Ana Martínez Pampliega y por el doctor Ioseba Iraurgi Castillo.

El objetivo de esta investigación es profundizar y avanzar en el estudio del vínculo afectivo de la madre con el feto establecido durante el embarazo. Para ello, se requiere la participación tanto de mujeres que han logrado el embarazo mediante Técnicas de Reproducción Asistida como de aquellas embarazadas espontáneamente.

La participación en el estudio supone contestar a las cuestiones planteadas en este cuadernillo, lo cual llevará un tiempo aproximado de diez minutos. Sólo en algunos casos, y previo aviso, la participación consistirá en dos evaluaciones: la presente y una segunda que se realizará en dos semanas.

La información, la cual se proporcionará a la Facultad de Psicología y Educación de la Universidad de Deusto, es absolutamente confidencial y anónima, es decir, nunca figurarán datos que permitan su identificación en ningún documento del estudio y éstos serán exclusivamente utilizados para fines de investigación. La participación es voluntaria, siendo posible abandonar el estudio en cualquier momento que lo desee.

Centro de Salud	
Fecha de nacimiento	
Edad	
Semana de embarazo	

CUESTIONARIO 1:

A continuación, se presentan 32 afirmaciones que reflejan diferentes conductas, pensamientos y emociones que pueden manifestar las mujeres embarazadas. Por favor, marque, pensando en las dos últimas semanas e incluyendo el día de hoy, aquella respuesta que indique su grado de acuerdo con cada una de las afirmaciones en base a la siguiente escala:

1 = Fuertemente en desacuerdo
2 = En desacuerdo
3 = Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
4 = De acuerdo
5 = Fuertemente de acuerdo

1. Suelo imaginar a mi bebé dentro de mí	1	2	3	4	5
2. Me sacrifico en beneficio del adecuado desarrollo de mi bebé en gestación	1	2	3	4	5

3. Mi hijo/a en gestación y yo somos dos personas distintas	1	2	3	4	5
4. Reconozco a mi hijo/a como una pequeña persona que está dentro de mí pero que es distinta a mí	1	2	3	4	5
5. Si durante una revisión ginecológica o durante una consulta con la matrona me informasen de que la gestación no está evolucionando de forma correcta me preocuparía mucho y me angustiaría	1	2	3	4	5
6. Si sufriese un aborto espontáneo me sentiría enormemente triste	1	2	3	4	5
7. Fantaseo sobre aquello que puede sentir mi bebé dentro de mí	1	2	3	4	5
8. Me angustiaría y me entristecería mucho si perdiera a mi hijo/a	1	2	3	4	5
9. Imagino a mi bebé moviéndose en mi vientre	1	2	3	4	5
10. Proporciono a mi bebé los cuidados prenatales recomendados	1	2	3	4	5
11. Me intereso por toda aquella información relacionada con mi hijo/a en gestación que voy obteniendo	1	2	3	4	5
12. Me informo sobre el desarrollo de mi hijo/a en cada etapa de la gestación	1	2	3	4	5
13. Sólo el hecho de imaginar que podría sufrir un aborto espontáneo me genera un gran sufrimiento	1	2	3	4	5
14. Si el embarazo no evolucionase correctamente me preocuparía mucho perder a mi bebé	1	2	3	4	5
15. Me comunico con mi hijo/a en gestación mediante el tacto y la palabra	1	2	3	4	5
16. Intento interactuar con mi hijo/a para que me sienta	1	2	3	4	5
17. Para mí es importante saber cosas, datos o información sobre mi hijo/a en gestación	1	2	3	4	5
18. Si el desarrollo adecuado de mi hijo/a estuviese en riesgo me sentiría muy angustiada	1	2	3	4	5
19. Comunico mi amor y mi aceptación a mi hijo/a en gestación	1	2	3	4	5
20. A pesar de saber que el bienestar de mi hijo/a en gestación depende de mí, pienso que es un ser distinto, diferente de mí	1	2	3	4	5
21. Protejo a mi hijo/a en gestación de todo aquello que creo que puede dañarle	1	2	3	4	5
22. Estoy siguiendo las indicaciones de mi ginecólogo/a y/o de mi matrona con respecto al cuidado de mi hijo/a en gestación	1	2	3	4	5
23. Pienso en las necesidades de mi hijo/a y no me importa sacrificarme por él/ella si es necesario	1	2	3	4	5
24. Mi hijo/a en gestación es un individuo distinto a mí, con su propia personalidad, sus necesidades, etc.	1	2	3	4	5
25. Hablo a mi hijo/a en gestación de forma cariñosa	1	2	3	4	5
26. Perder al bebé, a pesar de que no supusiese un riesgo para mi salud, me angustiaría mucho	1	2	3	4	5
27. He intentado dejar de lado hábitos de vida que pueden perjudicar a mi bebé en gestación	1	2	3	4	5
28. Me preocupo porque las necesidades de mi hijo/a en gestación estén cubiertas	1	2	3	4	5
29. Me gusta proteger a mi hijo/a en gestación	1	2	3	4	5
30. He intentado crearme una representación mental de cómo es ahora mi hijo/a	1	2	3	4	5
31. Me entristezco si pienso en la posibilidad de que algo malo pueda ocurrirle a mi bebé en gestación	1	2	3	4	5
32. Suelo buscar información de forma activa con el fin de saber más cosas sobre mi hijo/a en gestación	1	2	3	4	5

CUESTIONARIO 2:

Por favor, responda a las siguientes preguntas.

1. ¿Tiene hijos?
    a. Sí.
    b. No.

2. ¿Ha conseguido el embarazo de forma espontánea o mediante Técnicas de Reproducción Asistida?
    a. Espontáneamente.
    b. Mediante Técnicas de Reproducción Asistida.

3. ¿Ha sufrido algún aborto espontáneo o pérdida perinatal a lo largo de su vida?
    a. Sí.
    b. No.

4. Tipo de gestación:
    a. Única.
    b. Gemelar.
    c. Múltiple.

7.8. Anexo H. Estudio I: segundo protocolo de evaluación (retest o segunda evaluación)

Desde la Facultad de Psicología y Educación de la Universidad de Deusto se procederá al desarrollo de una investigación titulada *Vínculo afectivo prenatal en mujeres embarazadas mediante Técnicas de Reproducción Asistida*. Ésta estará supervisada por la doctora Ana Martínez Pampliega y por el doctor Ioseba Iraurgi Castillo.

El objetivo de esta investigación es profundizar y avanzar en el estudio del vínculo afectivo de la madre con el feto establecido durante el embarazo. Para ello, se requiere la participación tanto de mujeres que han logrado el embarazo mediante Técnicas de Reproducción Asistida como de aquellas embarazadas espontáneamente.

La participación en el estudio supone contestar a las cuestiones planteadas en este cuadernillo, lo cual llevará un tiempo aproximado de diez minutos. La información, la cual se proporcionará a la Facultad de Psicología y Educación de la Universidad de Deusto, es absolutamente confidencial y anónima, es decir, nunca figurarán datos que permitan su identificación en ningún documento del estudio y éstos serán exclusivamente utilizados para fines de investigación. La participación es voluntaria, siendo posible abandonar el estudio en cualquier momento que lo desee.

Centro de Salud	
Fecha de nacimiento	
Edad	
Semana de embarazo	

CUESTIONARIO 1:

A continuación, se presentan 32 afirmaciones que reflejan diferentes conductas, pensamientos y emociones que pueden manifestar las mujeres embarazadas. Por favor, marque, pensando en las dos últimas semanas e incluyendo el día de hoy, aquella respuesta que indique su grado de acuerdo con cada una de las afirmaciones en base a la siguiente escala:

1 = Fuertemente en desacuerdo
2 = En desacuerdo
3 = Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
4 = De acuerdo
5 = Fuertemente de acuerdo

1. Suelo imaginar a mi bebé dentro de mí	1	2	3	4	5
2. Me sacrifico en beneficio del adecuado desarrollo de mi bebé en gestación	1	2	3	4	5
3. Mi hijo/a en gestación y yo somos dos personas distintas	1	2	3	4	5

4. Reconozco a mi hijo/a como una pequeña persona que está dentro de mí pero que es distinta a mí	1	2	3	4	5
5. Si durante una revisión ginecológica o durante una consulta con la matrona me informasen de que la gestación no está evolucionando de forma correcta me preocuparía mucho y me angustiaría	1	2	3	4	5
6. Si sufriese un aborto espontáneo me sentiría enormemente triste	1	2	3	4	5
7. Fantaseo sobre aquello que puede sentir mi bebé dentro de mí	1	2	3	4	5
8. Me angustiaría y me entristecería mucho si perdiera a mi hijo/a	1	2	3	4	5
9. Imagino a mi bebé moviéndose en mi vientre	1	2	3	4	5
10. Proporciono a mi bebé los cuidados prenatales recomendados	1	2	3	4	5
11. Me intereso por toda aquella información relacionada con mi hijo/a en gestación que voy obteniendo	1	2	3	4	5
12. Me informo sobre el desarrollo de mi hijo/a en cada etapa de la gestación	1	2	3	4	5
13. Sólo el hecho de imaginar que podría sufrir un aborto espontáneo me genera un gran sufrimiento	1	2	3	4	5
14. Si el embarazo no evolucionase correctamente me preocuparía mucho perder a mi bebé	1	2	3	4	5
15. Me comunico con mi hijo/a en gestación mediante el tacto y la palabra	1	2	3	4	5
16. Intento interactuar con mi hijo/a para que me sienta	1	2	3	4	5
17. Para mí es importante saber cosas, datos o información sobre mi hijo/a en gestación	1	2	3	4	5
18. Si el desarrollo adecuado de mi hijo/a estuviese en riesgo me sentiría muy angustiada	1	2	3	4	5
19. Comunico mi amor y mi aceptación a mi hijo/a en gestación	1	2	3	4	5
20. A pesar de saber que el bienestar de mi hijo/a en gestación depende de mí, pienso que es un ser distinto, diferente de mí	1	2	3	4	5
21. Protejo a mi hijo/a en gestación de todo aquello que creo que puede dañarle	1	2	3	4	5
22. Estoy siguiendo las indicaciones de mi ginecólogo/a y/o de mi matrona con respecto al cuidado de mi hijo/a en gestación	1	2	3	4	5
23. Pienso en las necesidades de mi hijo/a y no me importa sacrificarme por él/ella si es necesario	1	2	3	4	5
24. Mi hijo/a en gestación es un individuo distinto a mí, con su propia personalidad, sus necesidades, etc.	1	2	3	4	5
25. Hablo a mi hijo/a en gestación de forma cariñosa	1	2	3	4	5
26. Perder al bebé, a pesar de que no supusiese un riesgo para mi salud, me angustiaría mucho	1	2	3	4	5
27. He intentado dejar de lado hábitos de vida que pueden perjudicar a mi bebé en gestación	1	2	3	4	5
28. Me preocupo porque las necesidades de mi hijo/a en gestación estén cubiertas	1	2	3	4	5
29. Me gusta proteger a mi hijo/a en gestación	1	2	3	4	5
30. He intentado crearme una representación mental de cómo es ahora mi hijo/a	1	2	3	4	5
31. Me entristezco si pienso en la posibilidad de que algo malo pueda ocurrirle a mi bebé en gestación	1	2	3	4	5
32. Suelo buscar información de forma activa con el fin de saber más cosas sobre mi hijo/a en gestación	1	2	3	4	5

CUESTIONARIO 2:

Por favor, conteste a las siguientes preguntas.

¿Ha percibido algún cambio en alguno de los siguientes aspectos desde la evaluación que se le hizo hace aproximadamente dos semanas? Responda en base a la siguiente escala:

1 = Ninguno
2 = Un poco
3 = Bastante
4 = Mucho

1. Mayor implicación con la maternidad	1	2	3	4
2. Mayor proximidad respecto a su bebé en gestación	1	2	3	4
3. Mayor bienestar emocional	1	2	3	4
4. Mayor felicidad respecto al futuro	1	2	3	4
5. Mayor satisfacción vital	1	2	3	4

7.9. Anexo I. Estudio II: protocolo de evaluación del primer trimestre de gestación

QUIRÓN GRUPO HOSPITALARIO

R22RBiPC85 Rev.1

En el marco del convenio de colaboración establecido entre Quirón Bilbao y la Facultad de Psicología y Educación de la Universidad de Deusto, se procederá al desarrollo de una investigación titulada *Vínculo afectivo prenatal en mujeres embarazadas mediante Técnicas de Reproducción Asistida*. Ésta estará supervisada por la doctora Sagrario Martín Íñigo, desde Quirón Bilbao, y tanto por la doctora Ana Martínez Pampliega como por el doctor Ioseba Iraurgi Castillo, desde la Universidad de Deusto. Además, el citado estudio cuenta con la autorización del Comité Ético de Investigación de Quirón Bilbao y del de la Universidad de Deusto.

El objetivo de esta investigación es profundizar y avanzar en el estudio del vínculo afectivo que las mujeres embarazadas establecen con el feto. Para ello, se requiere la participación de mujeres que han logrado el embarazo mediante Técnicas de Reproducción Asistida.

La participación en el estudio supone contestar a varios cuestionarios, lo cual llevará un tiempo aproximado de media hora. La pasación de los cuestionarios se realizará en tres momentos: al inicio del embarazo (tras la ecografía de confirmación del latido cardiaco), sobre el quinto mes de embarazo (semana número 20) y en la etapa final del mismo (a partir de la semana número 34). Es importante responder a los cuestionarios con sinceridad y de forma individual.

Dicha participación es voluntaria, siendo posible abandonar el estudio en cualquier momento que lo desee. La información obtenida es absolutamente confidencial. Nunca figurarán datos que permitan su identificación en ningún documento del estudio. Además, los datos registrados serán exclusivamente utilizados para fines de investigación.

Sus datos personales serán incorporados a un fichero responsabilidad de Grupo Hospitalario Quirón, S.A. (en adelante, GHQ) con la finalidad de ser utilizados para la investigación indicada. Podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante GHQ, a través de correo postal dirigido a: Grupo Hospitalario Quirón, S.A. "Derechos ARCO" - Paseo Mariano Renovales s/n, 50006 Zaragoza, aportando fotocopia de su DNI o documento equivalente, y concretando el derecho que desea ejercer.

DECLARO QUE:

He comprendido la información recibida y he podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.

Se me ha comunicado que todos los datos que se generen de este estudio sólo serán utilizados con fines de investigación.

He sido informada del carácter voluntario de la participación en este estudio, pudiendo abandonar el mismo siempre que se desee.

He sido informada de que el uso y manejo de estos datos, se hará siguiendo los principios recogidos en la Ley 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal.

DOY MI CONSENTIMIENTO PARA REALIZAR EL ESTUDIO *VÍNCULO AFECTIVO PRENATAL EN MUJERES EMBARAZADAS MEDIANTE TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA*

Dña. D.N.I. Fdo.	**Psicóloga** Lucía Navarro Aresti Nº Colegiado: BI03734 Fdo.

En _____, a _____ de _____ de _____

CUESTIONARIO 1:

Por favor, conteste a las siguientes preguntas:

1. ¿Cuál es su edad?
   _____

2. ¿Cuál es su nacionalidad?
   a. Española.
   b. Otra. Especificar cuál: _____

3. ¿Cuál es su situación sentimental actual?
   a. Tengo pareja.
   b. No tengo pareja.

4. ¿Cuál es su orientación sexual?
   a. Heterosexual.
   b. Homosexual.
   c. Otra. Especificar cuál: _____

5. ¿Cuál es su estado civil?
   a. Soltera.
   b. Casada.
   c. Pareja de hecho.
   d. Divorciada o separada.
   e. Viuda.

6. ¿Cuál es su nivel de estudios concluidos?
   a. Sin estudios.
   b. Estudios primarios.
   c. Estudios secundarios o Graduado Escolar.
   d. Bachillerato o equivalente.
   e. Formación Profesional de Grado Medio.
   f. Formación Profesional de Grado Superior.
   g. Estudios universitarios.

7. ¿Cuál es su situación laboral actual?
   a. Jornada completa.
   b. Jornada parcial.
   c. Desempleada.

8. ¿Cuál es su profesión?
   _____

9. ¿Cuál es su nivel de ingresos mensual aproximado?
   a. Menos de 1000 euros.
   b. Entre 1000 y 1500 euros.
   c. Entre 1500 y 2000 euros.
   d. Más de 2000 euros.

CUESTIONARIO 2:

Por favor, conteste a las siguientes preguntas:

1. ¿Tiene hijos biológicos?
    a. Sí.
    b. No.

2. Si tiene hijos biológicos, ¿cuántos hijos tiene?
    a. Uno.
    b. Dos.
    c. Tres o más.

3. Si tiene hijos biológicos, ¿cómo logró la gestación del o de los mismos?
    a. De forma espontánea.
    b. Mediante Técnicas de Reproducción Asistida.
    c. Uno/s de mis hijos de forma espontánea y otro/s mediante Técnicas de Reproducción Asistida.

4. ¿Tiene hijos adoptivos?
    a. Sí.
    b. No.

5. ¿Ha sufrido algún aborto espontáneo a lo largo de su vida?
    a. Sí.
    b. No.

6. ¿Se ha realizado alguna interrupción voluntaria del embarazo a lo largo de su vida?
    a. Sí.
    b. No.

7. ¿Ha sufrido alguna pérdida perinatal (pérdida que ocurre en el periodo comprendido entre las 22 semanas completas de gestación o cuando el feto pesa más de 500 gramos, y los siete días completos después del nacimiento) a lo largo de su vida?
    a. Sí.
    b. No.

8. ¿Ha sufrido la pérdida de algún hijo/a nacido?
    a. Sí.
    b. No.

CUESTIONARIO 3:

Por favor, conteste a las siguientes preguntas:

1. Indique la semana gestacional en la que se encuentra:
   _____

2. ¿A través de qué Técnica de Reproducción Asistida ha conseguido el embarazo actual?
   a. Inseminación Artificial (IA):
      i. Inseminación Artificial Conyugal (IAC).
      ii. Inseminación Artificial con semen de Donante (IAD).
   b. Fecundación in Vitro (FIV):
      i. Gametos propios de la pareja en tratamiento.
      ii. Donación de semen y óvulos propios.
      iii. Semen de la pareja y donación de óvulos.
      iv. Donación de semen y de óvulos.
   c. Inyección Intracitoplasmática de Espematoziodes (ICSI):
      i. Gametos propios de la pareja en tratamiento.
      ii. Donación de semen y óvulos propios.
      iii. Semen de la pareja y donación de óvulos.
      iv. Donación de semen y de óvulos.
   d. Diagnóstico Genético Preimplantacional (DGP).
   e. Otra. Especificar cuál: _____

3. ¿Cuántos tratamientos de Reproducción Asistida ha realizado hasta lograr el embarazo actual?
   a. He logrado el embarazo en el primer tratamiento.
   b. Dos tratamientos.
   c. Tres tratamientos.
   d. Cuatro o más tratamientos.

4. ¿Cuánto tiempo ha transcurrido desde que comenzó el primero de los tratamientos de Reproducción Asistida para conseguir el embarazo actual?
   a. Menos de tres meses.
   b. Entre tres y seis meses.
   c. Entre seis meses y un año.
   d. Más de un año. Especificar cuánto tiempo: _____

5. Su embarazo actual es una gestación, ¿única o gemelar?
   a. Única.
   b. Gemelar.

6. ¿El embarazo actual ha sido deseado por usted?
   a. Sí.
   b. No.

7. Si usted tiene pareja, ¿el embarazo actual ha sido deseado por su pareja?
   a. Sí.
   b. No.

8. ¿Se ha realizado alguna ecografía?
   a. Sí.
   b. No.

9. Si se ha realizado alguna ecografía, ¿ha podido visualizar a su/s hijo/s en gestación?
    a. Sí.
    b. No.

10. Si se ha realizado alguna ecografía, ¿ha podido oír el latido cardiaco de su/s hijo/s en gestación?
    a. Sí.
    b. No.

11. Si se ha realizado alguna ecografía, ¿qué ha pensado y sentido al ver a su/s hijo/s en gestación u oír su latido cardiaco?

    _____
    _____
    _____

12. ¿Su embarazo actual es un embarazo de riesgo?
    a. Sí.
    b. No.

13. Si su embarazo actual es de alto riesgo obstétrico, ¿cuál es el motivo por el cual los profesionales lo han considerado así?

    _____
    _____
    _____

CUESTIONARIO 4:

A continuación, se presentan 24 afirmaciones que reflejan diferentes conductas, pensamientos y emociones que pueden manifestar las mujeres embarazadas. Por favor, marque, pensando en las dos últimas semanas e incluyendo el día de hoy, aquella respuesta que indique su grado de acuerdo con cada una de las afirmaciones en base a la escala que se presenta seguidamente. En caso de que su embarazo sea gemelar, responda pensando en sus hijos en gestación de forma conjunta.

1 = Fuertemente en desacuerdo
2 = En desacuerdo
3 = Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
4 = De acuerdo
5 = Fuertemente de acuerdo

1. Suelo imaginar a mi bebé dentro de mí	1	2	3	4	5
2. Mi hijo/a en gestación y yo somos dos personas distintas	1	2	3	4	5
3. Me intereso por toda aquella información relacionada con mi hijo/a en gestación que voy obteniendo	1	2	3	4	5
4. Me comunico con mi hijo/a en gestación mediante el tacto y la palabra	1	2	3	4	5
5. Pienso en las necesidades de mi hijo/a en gestación y no me importa sacrificarme por él/ella si es necesario	1	2	3	4	5
6. Sólo el hecho de imaginar que podría sufrir un aborto espontáneo me genera un gran sufrimiento	1	2	3	4	5
7. Reconozco a mi hijo/a como una pequeña persona que está dentro de mí pero que es distinta a mí	1	2	3	4	5
8. Fantaseo sobre aquello que puede sentir mi bebé dentro de mí	1	2	3	4	5
9. Hablo a mi hijo/a en gestación de forma cariñosa	1	2	3	4	5
10. Estoy siguiendo las indicaciones de mi ginecólogo/a y/o de mi matrona con respecto al cuidado de mi hijo/a en gestación	1	2	3	4	5
11. Me entristezco si pienso en la posibilidad de que algo malo pueda ocurrirle a mi bebé en gestación	1	2	3	4	5
12. Si el desarrollo adecuado de mi hijo/a estuviese en riesgo me sentiría muy angustiada	1	2	3	4	5
13. Suelo buscar información de forma activa con el fin de saber más cosas sobre mi hijo/a en gestación	1	2	3	4	5
14. Mi hijo/a es un individuo distinto a mí, con su propia personalidad, sus necesidades, etc.	1	2	3	4	5
15. Intento interactuar con mi hijo/a para que me sienta	1	2	3	4	5
16. Imagino a mi bebé moviéndose en mi vientre	1	2	3	4	5
17. Me informo sobre el desarrollo de mi hijo/a en cada etapa de la gestación	1	2	3	4	5
18. Me gusta proteger a mi hijo/a en gestación	1	2	3	4	5
19. Perder al bebé, a pesar de que no supusiese un riesgo para mi salud, me angustiaría mucho	1	2	3	4	5
20. Comunico mi amor y mi aceptación a mi hijo/a en gestación	1	2	3	4	5
21. Me preocupo porque las necesidades de mi hijo/a en gestación estén cubiertas	1	2	3	4	5
22. He intentado crearme una representación mental de cómo es ahora mi hijo/a	1	2	3	4	5
23. A pesar de saber que el bienestar de mi hijo/a en gestación depende de mí, pienso que es un ser distinto, diferente de mí	1	2	3	4	5
24. Para mí es importante saber cosas, datos o información sobre mi hijo/a en gestación	1	2	3	4	5

CUESTIONARIO 5:

Lea atentamente la lista que se presenta a continuación. Son problemas y molestias que casi todo el mundo sufre alguna vez. Piense si a usted le ha pasado en las últimas semanas, incluyendo el día de hoy. Escriba el número 0 si no ha tenido esa molestia en absoluto; el 1 si la ha tenido poco presente; el 2 si la ha tenido moderadamente; el 3 si la ha tenido bastante; y el 4 si la ha tenido mucho o extremadamente.

0 = Nada en absoluto
1 = Un poco
2 = Moderadamente
3 = Bastante
4 = Mucho o extremadamente

1. Dolores de cabeza	0	1	2	3	4
2. Sensaciones de desmayo o mareo	0	1	2	3	4
3. Dolores en el corazón o en el pecho	0	1	2	3	4
4. Dolores en la parte baja de la espalda	0	1	2	3	4
5. Nauseas o malestar en el estómago	0	1	2	3	4
6. Dolores musculares	0	1	2	3	4
7. Ahogos o dificultad para respirar	0	1	2	3	4
8. Escalofríos, sentir calor o frío de repente	0	1	2	3	4
9. Entumecimiento u hormigueo en alguna parte del cuerpo	0	1	2	3	4
10. Sentir un nudo en la garganta	0	1	2	3	4
11. Sentirse débil en alguna parte del cuerpo	0	1	2	3	4
12. Pesadez en los brazos o en las piernas	0	1	2	3	4
13. Nerviosismo o agitación interior	0	1	2	3	4
14. Temblores	0	1	2	3	4
15. Tener miedo de repente y sin razón	0	1	2	3	4
16. Sentirse temerosa	0	1	2	3	4
17. Que su corazón palpite o vaya muy deprisa	0	1	2	3	4
18. Sentirse tensa o con los nervios en punta	0	1	2	3	4
19. Ataques de terror o pánico	0	1	2	3	4
20. Sentirse tan inquieta que no puede ni estar sentada tranquila	0	1	2	3	4
21. Presentimientos de que va a pasar algo malo	0	1	2	3	4
22. Pensamientos o imágenes estremecedoras o que le dan miedo	0	1	2	3	4
23. Pérdida de deseo o de placer sexual	0	1	2	3	4
24. Sentirse baja de energías o decaída	0	1	2	3	4
25. Pensamientos suicidas o ideas de acabar con su vida	0	1	2	3	4
26. Llorar fácilmente	0	1	2	3	4
27. La sensación de estar atrapada o como encerrada	0	1	2	3	4
28. Culparse a sí misma de todo lo que pasa	0	1	2	3	4
29. Sentirse sola	0	1	2	3	4
30. Sentirse triste	0	1	2	3	4
31. Preocuparse demasiado por todo	0	1	2	3	4
32. No sentir interés por nada	0	1	2	3	4
33. Sentirse desesperanzada con respecto al futuro	0	1	2	3	4
34. Sentir que todo requiere un gran esfuerzo	0	1	2	3	4
35. La sensación de ser inútil o no valer nada	0	1	2	3	4

A continuación aparecen una serie de adjetivos que identifican estados de ánimo. Por favor, indique la intensidad con la que ha experimentado cada uno de los estados de ánimo reflejados durante las dos últimas semanas tomando como referencia la siguiente escala:

1 = Ligeramente o nada
2 = Un poco
3 = Moderadamente
4 = Bastante
5 = Mucho

1. Interés	1	2	3	4	5
2. Tensión	1	2	3	4	5
3. Animación	1	2	3	4	5
4. Disgusto	1	2	3	4	5
5. Energía	1	2	3	4	5
6. Culpa	1	2	3	4	5
7. Susto	1	2	3	4	5
8. Enojo	1	2	3	4	5
9. Entusiasmo	1	2	3	4	5
10. Orgullo	1	2	3	4	5
11. Irritación	1	2	3	4	5
12. Disposición	1	2	3	4	5
13. Vergüenza	1	2	3	4	5
14. Inspiración	1	2	3	4	5
15. Nerviosismo	1	2	3	4	5
16. Decisión	1	2	3	4	5
17. Atención	1	2	3	4	5
18. Intranquilidad	1	2	3	4	5
19. Actividad	1	2	3	4	5
20. Temor	1	2	3	4	5

Las preguntas de la siguiente escala hacen referencia a sus sentimientos y pensamientos durante el último mes. En cada caso, por favor indique cómo usted se ha sentido o ha pensado en cada situación en base a la siguiente escala:

0 = Nunca
1 = Casi nunca
2 = De vez en cuando
3 = A menudo
4 = Muy a menudo

En el último mes, ¿con qué frecuencia…

1. ha estado afectada por algo que ha ocurrido inesperadamente?	0	1	2	3	4
2. se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?	0	1	2	3	4
3. se ha sentido nerviosa o estresada?	0	1	2	3	4
4. ha estado segura sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?	0	1	2	3	4
5. ha sentido que las cosas le van bien?	0	1	2	3	4
6. ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?	0	1	2	3	4
7. ha podido controlar las dificultades de su vida?	0	1	2	3	4
8. se ha sentido al control de todo?	0	1	2	3	4
9. ha estado enfadada porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?	0	1	2	3	4
10. ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?	0	1	2	3	4

Por favor, señale si durante los <u>últimos doce meses</u> le ha ocurrido alguno de los acontecimientos que se indican a continuación:

1. Enfermedad grave de un ser querido	No	Sí
2. Enfermedad grave propia	No	Sí
3. Muerte de un ser querido	No	Sí
4. Una pérdida importante: vivienda, puesto de trabajo, dinero…	No	Sí
5. Ruptura de la pareja	No	Sí
6. Problemas familiares importantes	No	Sí
7. Sufrir una agresión física y/o sexual	No	Sí
8. Problemas judiciales importantes	No	Sí
9. Otros. Especificar qué: _____	No	Sí

A continuación se presentan una serie de afirmaciones. Por favor, léalas con atención y rodee con un círculo la alternativa (sólo una) que refleje mejor su acuerdo o desacuerdo en función de su forma de ser/pensar/sentir. Utilice la siguiente escala:

1 = En total desacuerdo
2 = En desacuerdo
3 = Neutral
4 = De acuerdo
5 = Totalmente de acuerdo

1. A menudo me siento inferior a los demás	1	2	3	4	5
2. Rara vez me siento con miedo o ansiosa	1	2	3	4	5
3. A veces me vienen a la mente pensamientos aterradores	1	2	3	4	5
4. A veces me parece que no valgo absolutamente nada	1	2	3	4	5
5. A veces las cosas me parecen demasiado sombrías y sin esperanza	1	2	3	4	5
6. Cuando estoy bajo un fuerte estrés, siempre considero sus consecuencias	1	2	3	4	5
7. A menudo me siento tensa e inquieta	1	2	3	4	5
8. A veces me he sentido amargada y resentida	1	2	3	4	5
9. Soy bastante estable emocionalmente	1	2	3	4	5
10. Rara vez estoy triste o deprimida	1	2	3	4	5
11. A veces hago las cosas impulsivamente y luego me arrepiento	1	2	3	4	5
12. Es difícil que yo pierda los estribos	1	2	3	4	5

CUESTIONARIO 6:

Por favor, lea cada una de las siguientes frases cuidadosamente. Indique su acuerdo con cada una de ellas empleando la siguiente escala:

1 = Totalmente en desacuerdo
2 = Bastante en desacuerdo
3 = Más bien en desacuerdo
4 = Ni de acuerdo ni en descuerdo
5 = Más bien de acuerdo
6 = Bastante de acuerdo
7 = Totalmente de acuerdo

1. Hay una persona que está cerca cuando estoy en una situación difícil	1	2	3	4	5	6	7
2. Existe una persona especial con la cual yo puedo compartir penas y alegrías	1	2	3	4	5	6	7
3. Mi familia realmente intenta ayudarme	1	2	3	4	5	6	7
4. Obtengo de mi familia la ayuda y el apoyo emocional que necesito	1	2	3	4	5	6	7
5. Existe una persona que realmente es una fuente de bienestar para mí	1	2	3	4	5	6	7
6. Mis amigos realmente tratan de ayudarme	1	2	3	4	5	6	7
7. Puedo contar con mis amigos cuando las cosas van mal	1	2	3	4	5	6	7
8. Yo puedo hablar de mis problemas con mi familia	1	2	3	4	5	6	7
9. Tengo amigos con los que puedo compartir penas y alegrías	1	2	3	4	5	6	7
10. Existe una persona especial en mi vida que se preocupa por mis sentimientos	1	2	3	4	5	6	7
11. Mi familia se muestra dispuesta a ayudarme para tomar decisiones	1	2	3	4	5	6	7
12. Puedo hablar de mis problemas con mis amigos	1	2	3	4	5	6	7

Por favor, responda a las siguientes 32 preguntas <u>SÓLO SI USTED TIENE PAREJA</u>.

Por favor, indique el grado aproximado de acuerdo o desacuerdo <u>actual</u> entre usted y su pareja en cada uno de los elementos que figuran a continuación en base a las siguientes escalas:

0 = Siempre en desacuerdo
1 = Casi siempre en desacuerdo
2 = Desacuerdo frecuente
3 = Desacuerdo ocasional
4 = Casi siempre de acuerdo
5 = Siempre de acuerdo

1. Manejo de finanzas familiares	0	1	2	3	4	5
2. Diversiones	0	1	2	3	4	5
3. Cuestiones religiosas	0	1	2	3	4	5
4. Demostración de afecto	0	1	2	3	4	5
5. Amistades	0	1	2	3	4	5
6. Relaciones sexuales	0	1	2	3	4	5
7. Convencionalismos (¿Qué es lo correcto o lo incorrecto?)	0	1	2	3	4	5
8. Filosofía de la vida	0	1	2	3	4	5
9. Relaciones con suegros	0	1	2	3	4	5
10. Objetivos, fines, valores	0	1	2	3	4	5
11. Cantidad de tiempo a pasar juntos	0	1	2	3	4	5
12. Toma de decisiones importantes	0	1	2	3	4	5
13. Tareas domésticas	0	1	2	3	4	5
14. Intereses y actividades a realizar durante el ocio	0	1	2	3	4	5
15. Decisiones en relación con el trabajo	0	1	2	3	4	5

0 = Siempre 1 = Casi siempre 2 = A menudo 3 = Ocasionalmente 4 = Raramente 5 = Nunca

16. ¿Con qué frecuencia han pensado en el divorcio o en la separación?	0	1	2	3	4	5
17. ¿Con qué frecuencia se va usted de casa tras una pelea?	0	1	2	3	4	5
18. ¿Con qué frecuencia piensa que las cosas les van bien como pareja?	0	1	2	3	4	5
19. ¿Confía en su pareja?	0	1	2	3	4	5
20. ¿Lamenta usted el haberse casado? Si no está casada, responda en base a su situación personal (pareja de hecho o relación estable o con un alto grado de compromiso).	0	1	2	3	4	5
21. ¿Con qué frecuencia riñen?	0	1	2	3	4	5
22. ¿Con qué frecuencia hacen que el otro pierda los estribos?	0	1	2	3	4	5

23. ¿Besa a su pareja? ☐ Nunca. ☐ Raramente. ☐ Ocasionalmente. ☐ Casi todos los días. ☐ Todos los días.
24. ¿Participan juntos en actividades fuera de la pareja? ☐ En ninguna. ☐ En pocas. ☐ En algunas. ☐ En casi todas. ☐ En todas.

Por favor, responda a las siguientes cuestiones pensando en la frecuencia en la que ocurren entre ustedes como pareja. Utilice para responder la siguiente escala:

0 = Nunca 1 = Menos de una vez al mes 2 = Una o dos veces al mes 3 = Una o dos veces por semana 4 = Una vez al día 5 = Muy a menudo

25. Intercambian ideas estimulantes	0	1	2	3	4	5
26. Se ríen juntos	0	1	2	3	4	5
27. Discuten algo con calma	0	1	2	3	4	5
28. Trabajan juntos en un proyecto	0	1	2	3	4	5

A continuación se presentan una serie de situaciones sobre las que las parejas a veces están de acuerdo y otras en desacuerdo. Indique si en las últimas semanas alguna de las dos situaciones siguientes han sido problemáticas en su relación:

29. Estar demasiado cansado/a para hacer el amor	Sí	No
30. Ausencia de demostraciones afectivas	Sí	No

31. Los puntos de la línea de abajo representan grados diferentes de satisfacción con su relación de pareja. Suponiendo que el punto marcado con la palabra "Satisfecho" refleja el grado de satisfacción obtenido por la mayoría de las parejas, rodee con un círculo el punto que mejor refleje su propio grado de satisfacción.

0……..…1……..…...2……3……..4……..…..…5……..…….6

0	1	2	3	4	5	6
Muy insatisfecho	Bastante Insatisfecho	Un poco insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho	Extremadamente satisfecho	Perfecto

32. De las formas que siguen, ¿cuál refleja mejor su forma de ver el futuro de su relación?

- ☐ Deseo de todo corazón que nuestra relación tenga éxito y haría lo posible porque fuese así.
- ☐ Deseo muchísimo que nuestra relación tenga éxito y haré lo que pueda para que así sea.
- ☐ Deseo mucho que nuestra relación tenga éxito y haré mi parte para que así sea.
- ☐ Sería bueno que nuestra relación tuviera éxito, pero no puedo hacer mucho más de lo que ya hago para que así sea.
- ☐ Sería bueno que nuestra relación tuviera éxito, pero me niego a hacer más de lo que hago para preservarla.
- ☐ Nuestra relación nunca podrá ser un éxito. No hay nada más que yo pueda hacer para preservarla.

Antes de terminar, compruebe, por favor, que ha respondido a todas las preguntas. Muchas gracias por su sinceridad, tiempo y esfuerzo. Volveremos a ponernos en contacto con usted en aproximadamente tres meses con el fin de pedirle que responda a otro cuestionario similar a este.

7.10. Anexo J. Estudio II: protocolo de evaluación del segundo trimestre de gestación

QUIRÓN GRUPO HOSPITALARIO
R22RBiPC85 Rev.1

En el marco del convenio de colaboración establecido entre Quirón Bilbao y la Facultad de Psicología y Educación de la Universidad de Deusto, se procederá al desarrollo de una investigación titulada *Vínculo afectivo prenatal en mujeres embarazadas mediante Técnicas de Reproducción Asistida*. Ésta estará supervisada por la doctora Sagrario Martín Íñigo, desde Quirón Bilbao, y tanto por la doctora Ana Martínez Pampliega como por el doctor Ioseba Iraurgi Castillo, desde la Universidad de Deusto. Además, el citado estudio cuenta con la autorización del Comité Ético de Investigación de Quirón Bilbao y del de la Universidad de Deusto.

El objetivo de esta investigación es profundizar y avanzar en el estudio del vínculo afectivo que las mujeres embarazadas establecen con el feto. Para ello, se requiere la participación de mujeres que han logrado el embarazo mediante Técnicas de Reproducción Asistida.

La participación en el estudio supone contestar a varios cuestionarios, lo cual llevará un tiempo aproximado de media hora. La pasación de los cuestionarios se realizará en tres momentos: al inicio del embarazo (tras la ecografía de confirmación del latido cardiaco), sobre el quinto mes de embarazo (semana número 20) y en la etapa final del mismo (a partir de la semana número 34). Es importante responder a los cuestionarios con sinceridad y de forma individual.

Dicha participación es voluntaria, siendo posible abandonar el estudio en cualquier momento que lo desee. La información obtenida es absolutamente confidencial. Nunca figurarán datos que permitan su identificación en ningún documento del estudio. Además, los datos registrados serán exclusivamente utilizados para fines de investigación.

Sus datos personales serán incorporados a un fichero responsabilidad de Grupo Hospitalario Quirón, S.A. (en adelante, GHQ) con la finalidad de ser utilizados para la investigación indicada. Podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante GHQ, a través de correo postal dirigido a: Grupo Hospitalario Quirón, S.A. "Derechos ARCO" - Paseo Mariano Renovales s/n, 50006 Zaragoza, aportando fotocopia de su DNI o documento equivalente, y concretando el derecho que desea ejercer.

DECLARO QUE:

He comprendido la información recibida y he podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.

Se me ha comunicado que todos los datos que se generen de este estudio sólo serán utilizados con fines de investigación.

He sido informada del carácter voluntario de la participación en este estudio, pudiendo abandonar el mismo siempre que se desee.

He sido informada de que el uso y manejo de estos datos, se hará siguiendo los principios recogidos en la Ley 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal.

DOY MI CONSENTIMIENTO PARA REALIZAR EL ESTUDIO *VÍNCULO AFECTIVO PRENATAL EN MUJERES EMBARAZADAS MEDIANTE TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA*

Dña. D.N.I. Fdo.	**Psicóloga** Lucía Navarro Aresti Nº Colegiado: BI03734 Fdo.

En _____, a _____ de _____ de _____

CUESTIONARIO 1:

Por favor, conteste a las siguientes preguntas con el fin de saber si ha habido algún cambio en alguno de los dos siguientes aspectos desde la primera evaluación que se le hizo al inicio del embarazo:

10. ¿Cuál es su situación sentimental actual?
    a. Tengo pareja.
    b. No tengo pareja.

11. ¿Cuál es su situación laboral actual?
    a. Jornada completa.
    b. Jornada parcial.
    c. Desempleada.

Por favor, responda a las siguientes preguntas:

1. Indique la semana gestacional en la que se encuentra:
   _____

2. ¿Cuántas ecografías se ha realizado hasta el momento?
   _____

3. ¿Qué ha pensado y sentido al visualizar a su/s hijo/s en gestación al realizarse las ecografías?
   _____
   _____
   _____

4. ¿Su embarazo actual es un embarazo de riesgo?
   a. Sí.
   b. No.

5. Si su embarazo actual es de alto riesgo obstétrico, ¿cuál es el motivo por el cual los profesionales lo han considerado así?
   _____
   _____
   _____

6. ¿Siente en la actualidad los movimientos fetales?
   a. Sí.
   b. No.

7. Si siente los movimientos fetales, ¿qué piensa y siente cuando su/s hijo/s se mueve/n en su vientre?
   _____
   _____
   _____

8. ¿Se ha realizado alguna prueba de diagnóstico prenatal?
   a. Sí.
   b. No.

9. Si se ha realizado alguna prueba de diagnóstico prenatal, ¿ésta ha sido invasiva o no invasiva?
   a. Invasiva (involucra instrumentos que perforan la piel o que físicamente penetran en el cuerpo).
   b. No invasiva (no involucra instrumentos que perforan la piel o que físicamente penetran en el cuerpo).

10. Si se ha realizado alguna prueba de diagnóstico prenatal, ¿cuál ha sido el resultado?
    a. No se ha detectado ninguna anomalía. El desarrollo del/ de los feto/s es adecuado.
    b. Se ha detectado alguna anomalía. Por favor, especificar cuál:
       _____

11. Si todavía no se ha realizado ninguna prueba de diagnóstico prenatal, ¿tiene previsto realizarse alguna más adelante?
    a. Sí.
    b. No.

CUESTIONARIO 2:

A continuación, se presentan 24 afirmaciones que reflejan diferentes conductas, pensamientos y emociones que pueden manifestar las mujeres embarazadas. Por favor, marque, pensando en las dos últimas semanas e incluyendo el día de hoy, aquella respuesta que indique su grado de acuerdo con cada una de las afirmaciones en base a la escala que se presenta seguidamente. En caso de que su embarazo sea gemelar, responda pensando en sus hijos en gestación de forma conjunta.

1 = Fuertemente en desacuerdo
2 = En desacuerdo
3 = Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
4 = De acuerdo
5 = Fuertemente de acuerdo

1. Suelo imaginar a mi bebé dentro de mí	1	2	3	4	5
2. Mi hijo/a en gestación y yo somos dos personas distintas	1	2	3	4	5
3. Me intereso por toda aquella información relacionada con mi hijo/a en gestación que voy obteniendo	1	2	3	4	5
4. Me comunico con mi hijo/a en gestación mediante el tacto y la palabra	1	2	3	4	5
5. Pienso en las necesidades de mi hijo/a en gestación y no me importa sacrificarme por él/ella si es necesario	1	2	3	4	5
6. Sólo el hecho de imaginar que podría sufrir un aborto espontáneo me genera un gran sufrimiento	1	2	3	4	5
7. Reconozco a mi hijo/a como una pequeña persona que está dentro de mí pero que es distinta a mí	1	2	3	4	5
8. Fantaseo sobre aquello que puede sentir mi bebé dentro de mí	1	2	3	4	5
9. Hablo a mi hijo/a en gestación de forma cariñosa	1	2	3	4	5
10. Estoy siguiendo las indicaciones de mi ginecólogo/a y/o de mi matrona con respecto al cuidado de mi hijo/a en gestación	1	2	3	4	5
11. Me entristezco si pienso en la posibilidad de que algo malo pueda ocurrirle a mi bebé en gestación	1	2	3	4	5
12. Si el desarrollo adecuado de mi hijo/a estuviese en riesgo me sentiría muy angustiada	1	2	3	4	5
13. Suelo buscar información de forma activa con el fin de saber más cosas sobre mi hijo/a en gestación	1	2	3	4	5
14. Mi hijo/a es un individuo distinto a mí, con su propia personalidad, sus necesidades, etc.	1	2	3	4	5
15. Intento interactuar con mi hijo/a para que me sienta	1	2	3	4	5
16. Imagino a mi bebé moviéndose en mi vientre	1	2	3	4	5
17. Me informo sobre el desarrollo de mi hijo/a en cada etapa de la gestación	1	2	3	4	5
18. Me gusta proteger a mi hijo/a en gestación	1	2	3	4	5
19. Perder al bebé, a pesar de que no supusiese un riesgo para mi salud, me angustiaría mucho	1	2	3	4	5
20. Comunico mi amor y mi aceptación a mi hijo/a en gestación	1	2	3	4	5
21. Me preocupo porque las necesidades de mi hijo/a en gestación estén cubiertas	1	2	3	4	5
22. He intentado crearme una representación mental de cómo es ahora mi hijo/a	1	2	3	4	5
23. A pesar de saber que el bienestar de mi hijo/a en gestación depende de mí, pienso que es un ser distinto, diferente de mí	1	2	3	4	5
24. Para mí es importante saber cosas, datos o información sobre mi hijo/a en gestación	1	2	3	4	5

CUESTIONARIO 3:

Lea atentamente la lista que se presenta a continuación. Son problemas y molestias que casi todo el mundo sufre alguna vez. Piense si a usted le ha pasado en las últimas semanas, incluyendo el día de hoy. Escriba el número 0 si no ha tenido esa molestia en absoluto; el 1 si la ha tenido poco presente; el 2 si la ha tenido moderadamente; el 3 si la ha tenido bastante; y el 4 si la ha tenido mucho o extremadamente.

0 = Nada en absoluto
1 = Un poco
2 = Moderadamente
3 = Bastante
4 = Mucho o extremadamente

1. Dolores de cabeza	0	1	2	3	4
2. Sensaciones de desmayo o mareo	0	1	2	3	4
3. Dolores en el corazón o en el pecho	0	1	2	3	4
4. Dolores en la parte baja de la espalda	0	1	2	3	4
5. Nauseas o malestar en el estómago	0	1	2	3	4
6. Dolores musculares	0	1	2	3	4
7. Ahogos o dificultad para respirar	0	1	2	3	4
8. Escalofríos, sentir calor o frío de repente	0	1	2	3	4
9. Entumecimiento u hormigueo en alguna parte del cuerpo	0	1	2	3	4
10. Sentir un nudo en la garganta	0	1	2	3	4
11. Sentirse débil en alguna parte del cuerpo	0	1	2	3	4
12. Pesadez en los brazos o en las piernas	0	1	2	3	4
13. Nerviosismo o agitación interior	0	1	2	3	4
14. Temblores	0	1	2	3	4
15. Tener miedo de repente y sin razón	0	1	2	3	4
16. Sentirse temerosa	0	1	2	3	4
17. Que su corazón palpite o vaya muy deprisa	0	1	2	3	4
18. Sentirse tensa o con los nervios en punta	0	1	2	3	4
19. Ataques de terror o pánico	0	1	2	3	4
20. Sentirse tan inquieta que no puede ni estar sentada tranquila	0	1	2	3	4
21. Presentimientos de que va a pasar algo malo	0	1	2	3	4
22. Pensamientos o imágenes estremecedoras o que le dan miedo	0	1	2	3	4
23. Pérdida de deseo o de placer sexual	0	1	2	3	4
24. Sentirse baja de energías o decaída	0	1	2	3	4
25. Pensamientos suicidas o ideas de acabar con su vida	0	1	2	3	4
26. Llorar fácilmente	0	1	2	3	4
27. La sensación de estar atrapada o como encerrada	0	1	2	3	4
28. Culparse a sí misma de todo lo que pasa	0	1	2	3	4
29. Sentirse sola	0	1	2	3	4
30. Sentirse triste	0	1	2	3	4
31. Preocuparse demasiado por todo	0	1	2	3	4
32. No sentir interés por nada	0	1	2	3	4
33. Sentirse desesperanzada con respecto al futuro	0	1	2	3	4
34. Sentir que todo requiere un gran esfuerzo	0	1	2	3	4
35. La sensación de ser inútil o no valer nada	0	1	2	3	4

A continuación aparecen una serie de palabras que identifican estados de ánimo. Por favor, indique la intensidad con la que ha experimentado cada uno de los estados de ánimo reflejados durante las dos últimas semanas tomando como referencia la siguiente escala:

1 = Ligeramente o nada
2 = Un poco
3 = Moderadamente
4 = Bastante
5 = Mucho

1. Interés	1	2	3	4	5
2. Tensión	1	2	3	4	5
3. Animación	1	2	3	4	5
4. Disgusto	1	2	3	4	5
5. Energía	1	2	3	4	5
6. Culpa	1	2	3	4	5
7. Susto	1	2	3	4	5
8. Enojo	1	2	3	4	5
9. Entusiasmo	1	2	3	4	5
10. Orgullo	1	2	3	4	5
11. Irritación	1	2	3	4	5
12. Disposición	1	2	3	4	5
13. Vergüenza	1	2	3	4	5
14. Inspiración	1	2	3	4	5
15. Nerviosismo	1	2	3	4	5
16. Decisión	1	2	3	4	5
17. Atención	1	2	3	4	5
18. Intranquilidad	1	2	3	4	5
19. Actividad	1	2	3	4	5
20. Temor	1	2	3	4	5

Las preguntas de la siguiente escala hacen referencia a sus sentimientos y pensamientos durante el último mes. En cada caso, por favor indique cómo usted se ha sentido o ha pensado en cada situación en base a la siguiente escala:

0 = Nunca
1 = Casi nunca
2 = De vez en cuando
3 = A menudo
4 = Muy a menudo

En el último mes, ¿con qué frecuencia…

1. ha estado afectada por algo que ha ocurrido inesperadamente?	0	1	2	3	4
2. se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?	0	1	2	3	4
3. se ha sentido nerviosa o estresada?	0	1	2	3	4
4. ha estado segura sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?	0	1	2	3	4
5. ha sentido que las cosas le van bien?	0	1	2	3	4
6. ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?	0	1	2	3	4
7. ha podido controlar las dificultades de su vida?	0	1	2	3	4
8. se ha sentido al control de todo?	0	1	2	3	4
9. ha estado enfadada porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?	0	1	2	3	4
10. ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?	0	1	2	3	4

Por favor, señale si desde la evaluación que se le hizo al inicio del embarazo le ha ocurrido alguno de los acontecimientos que se indican a continuación:

1. Enfermedad grave de un ser querido	No	Sí
2. Enfermedad grave propia	No	Sí
3. Muerte de un ser querido	No	Sí
4. Una pérdida importante: vivienda, puesto de trabajo, dinero…	No	Sí
5. Ruptura de la pareja	No	Sí
6. Problemas familiares importantes	No	Sí
7. Sufrir una agresión física y/o sexual	No	Sí
8. Problemas judiciales importantes	No	Sí
9. Otros. Especificar qué: _____	No	Sí

A continuación se presentan una serie de afirmaciones. Por favor, léalas con atención y rodee con un círculo la alternativa (sólo una) que refleje mejor su acuerdo o desacuerdo en función de su forma de ser/pensar/sentir. Utilice la siguiente escala:

1 = En total desacuerdo
2 = En desacuerdo
3 = Neutral
4 = De acuerdo
5 = Totalmente de acuerdo

1. A menudo me siento inferior a los demás	1	2	3	4	5
2. Rara vez me siento con miedo o ansiosa	1	2	3	4	5
3. A veces me vienen a la mente pensamientos aterradores	1	2	3	4	5
4. A veces me parece que no valgo absolutamente nada	1	2	3	4	5
5. A veces las cosas me parecen demasiado sombrías y sin esperanza	1	2	3	4	5
6. Cuando estoy bajo un fuerte estrés, siempre considero sus consecuencias	1	2	3	4	5
7. A menudo me siento tensa e inquieta	1	2	3	4	5
8. A veces me he sentido amargada y resentida	1	2	3	4	5
9. Soy bastante estable emocionalmente	1	2	3	4	5
10. Rara vez estoy triste o deprimida	1	2	3	4	5
11. A veces hago las cosas impulsivamente y luego me arrepiento	1	2	3	4	5
12. Es difícil que yo pierda los estribos	1	2	3	4	5

CUESTIONARIO 4:

Por favor, lea cada una de las siguientes frases cuidadosamente. Indique su acuerdo con cada una de ellas empleando la siguiente escala:

1 = Totalmente en desacuerdo
2 = Bastante en desacuerdo
3 = Más bien en desacuerdo
4 = Ni de acuerdo ni en descuerdo
5 = Más bien de acuerdo
6 = Bastante de acuerdo
7 = Totalmente de acuerdo

1. Hay una persona que está cerca cuando estoy en una situación difícil	1	2	3	4	5	6	7
2. Existe una persona especial con la cual yo puedo compartir penas y alegrías	1	2	3	4	5	6	7
3. Mi familia realmente intenta ayudarme	1	2	3	4	5	6	7
4. Obtengo de mi familia la ayuda y el apoyo emocional que necesito	1	2	3	4	5	6	7
5. Existe una persona que realmente es una fuente de bienestar para mí	1	2	3	4	5	6	7
6. Mis amigos realmente tratan de ayudarme	1	2	3	4	5	6	7
7. Puedo contar con mis amigos cuando las cosas van mal	1	2	3	4	5	6	7
8. Yo puedo hablar de mis problemas con mi familia	1	2	3	4	5	6	7
9. Tengo amigos con los que puedo compartir penas y alegrías	1	2	3	4	5	6	7
10. Existe una persona especial en mi vida que se preocupa por mis sentimientos	1	2	3	4	5	6	7
11. Mi familia se muestra dispuesta a ayudarme para tomar decisiones	1	2	3	4	5	6	7
12. Puedo hablar de mis problemas con mis amigos	1	2	3	4	5	6	7

Responda a las siguientes 9 cuestiones SÓLO SI SU MADRE VIVE Y SI USTED TIENE RELACIÓN CON ELLA. Si su madre ha fallecido, pase al siguiente bloque de preguntas. En caso de que su madre viva, pero usted no tenga relación con ella, marque la siguiente casilla y no responda a las nueve cuestiones que se presentan a continuación (pase a las siguientes).

☐ **Mi madre vive, pero actualmente no tengo ninguna relación con ella.**

Las siguientes afirmaciones están hechas para mujeres embarazadas, con la intención de describirse a sí mismas. Lea detenidamente cada una de las siguientes afirmaciones y escoja la respuesta que mejor describa sus sentimientos. En la columna de la derecha, señale su respuesta en base a la siguiente escala:

1 = Nunca
2 = A veces
3 = Con frecuencia
4 = Mucho

1. Mi madre está ilusionada con el bebé que espero	1	2	3	4
2. Mi madre está contenta con mi embarazo	1	2	3	4
3. Mi madre me da buenos consejos	1	2	3	4
4. No me cuesta hablar con mi madre sobre mis problemas	1	2	3	4
5. Mi madre ya espera a su nieto	1	2	3	4
6. Cuando mi madre y yo estamos juntas, discutimos a menudo	1	2	3	4
7. Mi madre me da ánimos cuando dudo sobre mí misma	1	2	3	4
8. Mi madre me anima a que haga las cosas a mi manera	1	2	3	4
9. Mi madre critica mis decisiones	1	2	3	4

Las siguientes cuestiones tratan sobre ideas y sentimientos que puede tener de sus relaciones personales y familiares. Tanto del presente, como de su infancia. Lea cada frase y rodee la opción que mejor describa sus ideas y sentimientos en base a la siguiente escala:

1 = Muy de acuerdo
2 = De acuerdo
3 = Indecisa
4 = En desacuerdo
5 = Muy en desacuerdo

1. Las amenazas de separación, de traslado a otro lugar, o de ruptura de los lazos familiares son parte de mis recuerdos infantiles	1	2	3	4	5
2. En caso de necesidad, estoy segura de que puedo contar con mis seres queridos para encontrar consuelo	1	2	3	4	5
3. Desearía que mis hijos fueran más autónomos que de lo que yo lo he sido	1	2	3	4	5
4. Cuando yo era niña, sabía que siempre encontraría consuelo en mis seres queridos	1	2	3	4	5
5. Las relaciones con mis seres queridos durante mi niñez, me parecen, en general, positivas	1	2	3	4	5
6. Detesto el sentimiento de depender de los demás	1	2	3	4	5
7. Sólo cuento conmigo misma para resolver mis problemas	1	2	3	4	5
8. Cuando yo era niña, a menudo, mis seres queridos se mostraban impacientes e irritables	1	2	3	4	5
9. Mis seres queridos siempre me han dado lo mejor de sí mismos	1	2	3	4	5
10. No puedo concentrarme sobre otra cosa, sabiendo que alguno de mis seres queridos tiene problemas	1	2	3	4	5
11. Cuando yo era niña, encontré suficiente cariño en mis seres queridos como para no buscarlo en otra parte	1	2	3	4	5
12. Siempre estoy preocupada por la pena que puedo causar a mis seres queridos al dejarlos	1	2	3	4	5
13. De adolescente, nadie de mi entorno entendía del todo mis preocupaciones	1	2	3	4	5
14. Cuando yo era niña, teníamos mucha dificultad para tomar decisiones en familia	1	2	3	4	5
15. Tengo la sensación de que nunca superaría la muerte de uno de mis seres queridos	1	2	3	4	5
16. Mis padres no se han dado cuenta que un niño(a) cuando crece tiene la necesidad de tener vida propia	1	2	3	4	5
17. Siento confianza en mis seres queridos	1	2	3	4	5
18. Cuando yo era niña, tuve que enfrentarme a la violencia de uno de mis seres queridos	1	2	3	4	5
19. A partir de mi experiencia de niña, he comprendido que nunca somos suficientemente buenos para los padres	1	2	3	4	5
20. Cuando yo era niña, se preocuparon tanto por mi salud y mi seguridad, que me sentía aprisionada	1	2	3	4	5
21. Cuando me alejo de mis seres queridos, no me siento bien conmigo misma	1	2	3	4	5
22. Mis padres no podían evitar controlarlo todo: mi apariencia, mis resultados escolares e, incluso, mis amigos	1	2	3	4	5
23. Cuando era niña, había peleas insoportables en casa	1	2	3	4	5
24. Cuando yo era niña, mis seres queridos me hacían sentir que les gustaba compartir su tiempo conmigo	1	2	3	4	5
25. La idea de una separación momentánea con uno de mis seres queridos, me deja una sensación de inquietud	1	2	3	4	5
26. A menudo, me siento preocupada, sin razón, por la salud de mis seres queridos	1	2	3	4	5

Por favor, responda a las siguientes 32 preguntas <u>SÓLO SI USTED TIENE PAREJA</u>.

Por favor, indique el grado aproximado de acuerdo o desacuerdo <u>actual</u> entre usted y su pareja en cada uno de los elementos que figuran a continuación en base a las siguientes escalas:

0 = Siempre en desacuerdo
1 = Casi siempre en desacuerdo
2 = Desacuerdo frecuente
3 = Desacuerdo ocasional
4 = Casi siempre de acuerdo
5 = Siempre de acuerdo

1. Manejo de finanzas familiares	0	1	2	3	4	5
2. Diversiones	0	1	2	3	4	5
3. Cuestiones religiosas	0	1	2	3	4	5
4. Demostración de afecto	0	1	2	3	4	5
5. Amistades	0	1	2	3	4	5
6. Relaciones sexuales	0	1	2	3	4	5
7. Convencionalismos (¿Qué es lo correcto o lo incorrecto?)	0	1	2	3	4	5
8. Filosofía de la vida	0	1	2	3	4	5
9. Relaciones con suegros	0	1	2	3	4	5
10. Objetivos, fines, valores	0	1	2	3	4	5
11. Cantidad de tiempo a pasar juntos	0	1	2	3	4	5
12. Toma de decisiones importantes	0	1	2	3	4	5
13. Tareas domésticas	0	1	2	3	4	5
14. Intereses y actividades a realizar durante el ocio	0	1	2	3	4	5
15. Decisiones en relación con el trabajo	0	1	2	3	4	5

0 = Siempre
1 = Casi siempre
2 = A menudo
3 = Ocasionalmente
4 = Raramente
5 = Nunca

16. ¿Con qué frecuencia han pensado en el divorcio o en la separación?	0	1	2	3	4	5
17. ¿Con qué frecuencia se va usted de casa tras una pelea?	0	1	2	3	4	5
18. ¿Con qué frecuencia piensa que las cosas les van bien como pareja?	0	1	2	3	4	5
19. ¿Confía en su pareja?	0	1	2	3	4	5
20. ¿Lamenta usted el haberse casado? Si no está casada, responda en base a su situación personal (pareja de hecho o relación estable o con un alto grado de compromiso).	0	1	2	3	4	5
21. ¿Con qué frecuencia riñen?	0	1	2	3	4	5
22. ¿Con qué frecuencia hacen que el otro pierda los estribos?	0	1	2	3	4	5

23. ¿Besa a su pareja?
- ☐ Nunca.
- ☐ Raramente.
- ☐ Ocasionalmente.
- ☐ Casi todos los días.
- ☐ Todos los días.

24. ¿Participan juntos en actividades fuera de la pareja?
- ☐ En ninguna.
- ☐ En pocas.
- ☐ En algunas.
- ☐ En casi todas.
- ☐ En todas.

Por favor, responda a las siguientes cuestiones pensando en la frecuencia en la que ocurren entre ustedes como pareja. Utilice para responder la siguiente escala:

0 = Nunca
1 = Menos de una vez al mes
2 = Una o dos veces al mes
3 = Una o dos veces por semana
4 = Una vez al día
5 = Muy a menudo

25. Intercambian ideas estimulantes	0	1	2	3	4	5
26. Se ríen juntos	0	1	2	3	4	5
27. Discuten algo con calma	0	1	2	3	4	5
28. Trabajan juntos en un proyecto	0	1	2	3	4	5

A continuación se presentan una serie de situaciones sobre las que las parejas a veces están de acuerdo y otras en desacuerdo. Indique si en las últimas semanas alguna de las dos situaciones siguientes han sido problemáticas en su relación:

29. Estar demasiado cansado/a para hacer el amor	Sí	No
30. Ausencia de demostraciones afectivas	Sí	No

31. Los puntos de la línea de abajo representan grados diferentes de satisfacción con su relación de pareja. Suponiendo que el punto marcado con la palabra "Satisfecho" refleja el grado de satisfacción obtenido por la mayoría de las parejas, rodee con un círculo el punto que mejor refleje su propio grado de satisfacción.

0……..……1…….….…2……...……3…….....….4……5……..……....6

0 Muy insatisfecho	1 Bastante insatisfecho	2 Un poco insatisfecho	3 Satisfecho	4 Muy satisfecho	5 Extremadamente Satisfecho	6 Perfecto

32. De las formas que siguen, ¿cuál refleja mejor su forma de ver el futuro de su relación?

- ☐ Deseo de todo corazón que nuestra relación tenga éxito y haría lo posible porque fuese así.
- ☐ Deseo muchísimo que nuestra relación tenga éxito y haré lo que pueda para que así sea.
- ☐ Deseo mucho que nuestra relación tenga éxito y haré mi parte para que así sea.
- ☐ Sería bueno que nuestra relación tuviera éxito, pero no puedo hacer mucho más de lo que ya hago para que así sea.
- ☐ Sería bueno que nuestra relación tuviera éxito, pero me niego a hacer más de lo que hago para preservarla.
- ☐ Nuestra relación nunca podrá ser un éxito. No hay nada más que yo pueda hacer para preservarla.

Antes de terminar, compruebe, por favor, que ha respondido a todas las preguntas del cuestionario. Muchas gracias por su sinceridad, tiempo y esfuerzo. Volveremos a ponernos en contacto con usted en aproximadamente tres meses con el fin de pedirle que responda a un último cuestionario.

7.11. Anexo K. Estudio II: protocolo de evaluación del tercer trimestre de gestación

R22RBiPC85 Rev.1

En el marco del convenio de colaboración establecido entre Quirón Bilbao y la Facultad de Psicología y Educación de la Universidad de Deusto, se procederá al desarrollo de una investigación titulada *Vínculo afectivo prenatal en mujeres embarazadas mediante Técnicas de Reproducción Asistida*. Ésta estará supervisada por la doctora Sagrario Martín Íñigo, desde Quirón Bilbao, y tanto por la doctora Ana Martínez Pampliega como por el doctor Ioseba Iraurgi Castillo, desde la Universidad de Deusto. Además, el citado estudio cuenta con la autorización del Comité Ético de Investigación de Quirón Bilbao y del de la Universidad de Deusto.

El objetivo de esta investigación es profundizar y avanzar en el estudio del vínculo afectivo que las mujeres embarazadas establecen con el feto. Para ello, se requiere la participación de mujeres que han logrado el embarazo mediante Técnicas de Reproducción Asistida.

La participación en el estudio supone contestar a varios cuestionarios, lo cual llevará un tiempo aproximado de media hora. La pasación de los cuestionarios se realizará en tres momentos: al inicio del embarazo (tras la ecografía de confirmación del latido cardiaco), sobre el quinto mes de embarazo (semana número 20) y en la etapa final del mismo (a partir de la semana número 34). Es importante responder a los cuestionarios con sinceridad y de forma individual.

Dicha participación es voluntaria, siendo posible abandonar el estudio en cualquier momento que lo desee. La información obtenida es absolutamente confidencial. Nunca figurarán datos que permitan su identificación en ningún documento del estudio. Además, los datos registrados serán exclusivamente utilizados para fines de investigación.

Sus datos personales serán incorporados a un fichero responsabilidad de Grupo Hospitalario Quirón, S.A. (en adelante, GHQ) con la finalidad de ser utilizados para la investigación indicada. Podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante GHQ, a través de correo postal dirigido a: Grupo Hospitalario Quirón, S.A. "Derechos ARCO" - Paseo Mariano Renovales s/n, 50006 Zaragoza, aportando fotocopia de su DNI o documento equivalente, y concretando el derecho que desea ejercer.

DECLARO QUE:

He comprendido la información recibida y he podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.

Se me ha comunicado que todos los datos que se generen de este estudio sólo serán utilizados con fines de investigación.

He sido informada del carácter voluntario de la participación en este estudio, pudiendo abandonar el mismo siempre que se desee.

He sido informada de que el uso y manejo de estos datos, se hará siguiendo los principios recogidos en la Ley 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal.

DOY MI CONSENTIMIENTO PARA REALIZAR EL ESTUDIO *VÍNCULO AFECTIVO PRENATAL EN MUJERES EMBARAZADAS MEDIANTE TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA*

Dña. D.N.I. Fdo.	**Psicóloga** Lucía Navarro Aresti Nº Colegiado: BI03734 Fdo.

En _____, a _____ de _____ de _____

CUESTIONARIO 1:

Por favor, conteste a las siguientes preguntas con el fin de saber si ha habido algún cambio en alguno de los dos siguientes aspectos desde las evaluaciones previas:

12. ¿Cuál es su situación sentimental actual?
    a. Tengo pareja.
    b. No tengo pareja.

13. ¿Cuál es su situación laboral actual?
    a. Jornada completa.
    b. Jornada parcial.
    c. Desempleada.

Por favor, responda a las siguientes preguntas:

12. Si usted tiene pareja heterosexual, ¿cuánto tiempo transcurrió desde que comenzaron a mantener relaciones sexuales sin utilizar métodos anticonceptivos con el fin de lograr el embarazo actual hasta que pidieron ayuda médica por no conseguirlo?
    _____

13. ¿Cuánto tiempo transcurrió desde la primera consulta médica de Reproducción Asistida hasta que usted o usted y su pareja decidieron comenzar el primero de los tratamientos de Reproducción Asistida para lograr el embarazo actual?
    _____

14. Indique la semana gestacional en la que se encuentra:
    _____

15. ¿Cuántas ecografías se ha realizado hasta el momento?
    _____

16. ¿Qué ha pensado y sentido al visualizar a su/s hijo/s en gestación al realizarse las ecografías?
    _____
    _____
    _____

17. ¿Su embarazo actual es un embarazo de riesgo?
    c. Sí.
    d. No.

18. Si su embarazo actual es de alto riesgo obstétrico, ¿cuál es el motivo por el cual los profesionales lo han considerado así?
    _____
    _____
    _____

19. ¿Siente en la actualidad los movimientos fetales?
    a. Sí.
    b. No.

20. Si siente los movimientos fetales, ¿qué piensa y siente cuando su/s hijo/s se mueve/n en su vientre?
    _____
    _____
    _____

21. ¿Se ha realizado alguna prueba de diagnóstico prenatal desde que contestó al cuestionario anterior (aproximadamente en la semana 20 de gestación)?
    a. Sí.
    b. No.

22. Si se ha realizado alguna prueba de diagnóstico prenatal desde que contestó al cuestionario anterior (aproximadamente en la semana 20 de gestación), ¿ésta ha sido invasiva o no invasiva?
    a. Invasiva (involucra instrumentos que perforan la piel o que físicamente penetran en el cuerpo).
    b. No invasiva (no involucra instrumentos que perforan la piel o que físicamente penetran en el cuerpo).

23. Si se ha realizado alguna prueba de diagnóstico prenatal desde que contestó al cuestionario anterior (aproximadamente en la semana 20 de gestación), ¿cuál ha sido el resultado?
    a. No se ha detectado ninguna anomalía. El desarrollo del/ de los feto/s es adecuado.
    b. Se ha detectado alguna anomalía. Por favor, especificar cuál:
       _____

24. Al reflexionar sobre el parto, ¿qué es aquello que piensa y siente?
    _____
    _____
    _____

25. Al reflexionar sobre el primer contacto con su/s bebé/s, ¿qué es aquello que piensa y siente?
    _____
    _____
    _____

CUESTIONARIO 2:

A continuación, se presentan 24 afirmaciones que reflejan diferentes conductas, pensamientos y emociones que pueden manifestar las mujeres embarazadas. Por favor, marque, pensando en las dos últimas semanas e incluyendo el día de hoy, aquella respuesta que indique su grado de acuerdo con cada una de las afirmaciones en base a la escala que se presenta seguidamente. En caso de que su embarazo sea gemelar, responda pensando en sus hijos en gestación de forma conjunta.

1 = Fuertemente en desacuerdo
2 = En desacuerdo
3 = Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
4 = De acuerdo
5 = Fuertemente de acuerdo

1. Suelo imaginar a mi bebé dentro de mí	1	2	3	4	5
2. Mi hijo/a en gestación y yo somos dos personas distintas	1	2	3	4	5
3. Me intereso por toda aquella información relacionada con mi hijo/a en gestación que voy obteniendo	1	2	3	4	5
4. Me comunico con mi hijo/a en gestación mediante el tacto y la palabra	1	2	3	4	5
5. Pienso en las necesidades de mi hijo/a en gestación y no me importa sacrificarme por él/ella si es necesario	1	2	3	4	5
6. Sólo el hecho de imaginar que podría sufrir un aborto espontáneo me genera un gran sufrimiento	1	2	3	4	5
7. Reconozco a mi hijo/a como una pequeña persona que está dentro de mí pero que es distinta a mí	1	2	3	4	5
8. Fantaseo sobre aquello que puede sentir mi bebé dentro de mí	1	2	3	4	5
9. Hablo a mi hijo/a en gestación de forma cariñosa	1	2	3	4	5
10. Estoy siguiendo las indicaciones de mi ginecólogo/a y/o de mi matrona con respecto al cuidado de mi hijo/a en gestación	1	2	3	4	5
11. Me entristezco si pienso en la posibilidad de que algo malo pueda ocurrirle a mi bebé en gestación	1	2	3	4	5
12. Si el desarrollo adecuado de mi hijo/a estuviese en riesgo me sentiría muy angustiada	1	2	3	4	5
13. Suelo buscar información de forma activa con el fin de saber más cosas sobre mi hijo/a en gestación	1	2	3	4	5
14. Mi hijo/a es un individuo distinto a mí, con su propia personalidad, sus necesidades, etc.	1	2	3	4	5
15. Intento interactuar con mi hijo/a para que me sienta	1	2	3	4	5
16. Imagino a mi bebé moviéndose en mi vientre	1	2	3	4	5
17. Me informo sobre el desarrollo de mi hijo/a en cada etapa de la gestación	1	2	3	4	5
18. Me gusta proteger a mi hijo/a en gestación	1	2	3	4	5
19. Perder al bebé, a pesar de que no supusiese un riesgo para mi salud, me angustiaría mucho	1	2	3	4	5
20. Comunico mi amor y mi aceptación a mi hijo/a en gestación	1	2	3	4	5
21. Me preocupo porque las necesidades de mi hijo/a en gestación estén cubiertas	1	2	3	4	5
22. He intentado crearme una representación mental de cómo es ahora mi hijo/a	1	2	3	4	5
23. A pesar de saber que el bienestar de mi hijo/a en gestación depende de mí, pienso que es un ser distinto, diferente de mí	1	2	3	4	5
24. Para mí es importante saber cosas, datos o información sobre mi hijo/a en gestación	1	2	3	4	5

CUESTIONARIO 3:

Lea atentamente la lista que se presenta a continuación. Son problemas y molestias que casi todo el mundo sufre alguna vez. Piense si a usted le ha pasado en las últimas semanas, incluyendo el día de hoy. Escriba el número 0 si no ha tenido esa molestia en absoluto; el 1 si la ha tenido poco presente; el 2 si la ha tenido moderadamente; el 3 si la ha tenido bastante; y el 4 si la ha tenido mucho o extremadamente.

0 = Nada en absoluto
1 = Un poco
2 = Moderadamente
3 = Bastante
4 = Mucho o extremadamente

1. Dolores de cabeza	0	1	2	3	4
2. Sensaciones de desmayo o mareo	0	1	2	3	4
3. Dolores en el corazón o en el pecho	0	1	2	3	4
4. Dolores en la parte baja de la espalda	0	1	2	3	4
5. Nauseas o malestar en el estómago	0	1	2	3	4
6. Dolores musculares	0	1	2	3	4
7. Ahogos o dificultad para respirar	0	1	2	3	4
8. Escalofríos, sentir calor o frío de repente	0	1	2	3	4
9. Entumecimiento u hormigueo en alguna parte del cuerpo	0	1	2	3	4
10. Sentir un nudo en la garganta	0	1	2	3	4
11. Sentirse débil en alguna parte del cuerpo	0	1	2	3	4
12. Pesadez en los brazos o en las piernas	0	1	2	3	4
13. Nerviosismo o agitación interior	0	1	2	3	4
14. Temblores	0	1	2	3	4
15. Tener miedo de repente y sin razón	0	1	2	3	4
16. Sentirse temerosa	0	1	2	3	4
17. Que su corazón palpite o vaya muy deprisa	0	1	2	3	4
18. Sentirse tensa o con los nervios en punta	0	1	2	3	4
19. Ataques de terror o pánico	0	1	2	3	4
20. Sentirse tan inquieta que no puede ni estar sentada tranquila	0	1	2	3	4
21. Presentimientos de que va a pasar algo malo	0	1	2	3	4
22. Pensamientos o imágenes estremecedoras o que le dan miedo	0	1	2	3	4
23. Pérdida de deseo o de placer sexual	0	1	2	3	4
24. Sentirse baja de energías o decaída	0	1	2	3	4
25. Pensamientos suicidas o ideas de acabar con su vida	0	1	2	3	4
26. Llorar fácilmente	0	1	2	3	4
27. La sensación de estar atrapada o como encerrada	0	1	2	3	4
28. Culparse a sí misma de todo lo que pasa	0	1	2	3	4
29. Sentirse sola	0	1	2	3	4
30. Sentirse triste	0	1	2	3	4
31. Preocuparse demasiado por todo	0	1	2	3	4
32. No sentir interés por nada	0	1	2	3	4
33. Sentirse desesperanzada con respecto al futuro	0	1	2	3	4
34. Sentir que todo requiere un gran esfuerzo	0	1	2	3	4
35. La sensación de ser inútil o no valer nada	0	1	2	3	4

A continuación aparecen una serie de palabras que identifican estados de ánimo. Por favor, indique la intensidad con la que ha experimentado cada uno de los estados de ánimo reflejados durante las dos últimas semanas tomando como referencia la siguiente escala:

1 = Ligeramente o nada
2 = Un poco
3 = Moderadamente
4 = Bastante
5 = Mucho

1. Interés	1	2	3	4	5
2. Tensión	1	2	3	4	5
3. Animación	1	2	3	4	5
4. Disgusto	1	2	3	4	5
5. Energía	1	2	3	4	5
6. Culpa	1	2	3	4	5
7. Susto	1	2	3	4	5
8. Enojo	1	2	3	4	5
9. Entusiasmo	1	2	3	4	5
10. Orgullo	1	2	3	4	5
11. Irritación	1	2	3	4	5
12. Disposición	1	2	3	4	5
13. Vergüenza	1	2	3	4	5
14. Inspiración	1	2	3	4	5
15. Nerviosismo	1	2	3	4	5
16. Decisión	1	2	3	4	5
17. Atención	1	2	3	4	5
18. Intranquilidad	1	2	3	4	5
19. Actividad	1	2	3	4	5
20. Temor	1	2	3	4	5

Las preguntas de la siguiente escala hacen referencia a sus sentimientos y pensamientos durante el último mes. En cada caso, por favor indique cómo usted se ha sentido o ha pensado en cada situación en base a la siguiente escala:

0 = Nunca
1 = Casi nunca
2 = De vez en cuando
3 = A menudo
4 = Muy a menudo

En el último mes, ¿con qué frecuencia…

1. ha estado afectada por algo que ha ocurrido inesperadamente?	0	1	2	3	4
2. se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?	0	1	2	3	4
3. se ha sentido nerviosa o estresada?	0	1	2	3	4
4. ha estado segura sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?	0	1	2	3	4
5. ha sentido que las cosas le van bien?	0	1	2	3	4
6. ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?	0	1	2	3	4
7. ha podido controlar las dificultades de su vida?	0	1	2	3	4
8. se ha sentido al control de todo?	0	1	2	3	4
9. ha estado enfadada porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?	0	1	2	3	4
10. ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?	0	1	2	3	4

Por favor, señale si desde la evaluación que se le hizo aproximadamente en la semana 20 de gestación le ha ocurrido alguno de los acontecimientos que se indican a continuación:

1. Enfermedad grave de un ser querido	No	Sí
2. Enfermedad grave propia	No	Sí
3. Muerte de un ser querido	No	Sí
4. Una pérdida importante: vivienda, puesto de trabajo, dinero…	No	Sí
5. Ruptura de la pareja	No	Sí
6. Problemas familiares importantes	No	Sí
7. Sufrir una agresión física y/o sexual	No	Sí
8. Problemas judiciales importantes	No	Sí
9. Otros. Especificar qué: _____	No	Sí

A continuación se presentan una serie de afirmaciones. Por favor, léalas con atención y rodee con un círculo la alternativa (sólo una) que refleje mejor su acuerdo o desacuerdo en función de su forma de ser/pensar/sentir. Utilice la siguiente escala:

1 = En total desacuerdo
2 = En desacuerdo
3 = Neutral
4 = De acuerdo
5 = Totalmente de acuerdo

1. A menudo me siento inferior a los demás	1	2	3	4	5
2. Rara vez me siento con miedo o ansiosa	1	2	3	4	5
3. A veces me vienen a la mente pensamientos aterradores	1	2	3	4	5
4. A veces me parece que no valgo absolutamente nada	1	2	3	4	5
5. A veces las cosas me parecen demasiado sombrías y sin esperanza	1	2	3	4	5
6. Cuando estoy bajo un fuerte estrés, siempre considero sus consecuencias	1	2	3	4	5
7. A menudo me siento tensa e inquieta	1	2	3	4	5
8. A veces me he sentido amargada y resentida	1	2	3	4	5
9. Soy bastante estable emocionalmente	1	2	3	4	5
10. Rara vez estoy triste o deprimida	1	2	3	4	5
11. A veces hago las cosas impulsivamente y luego me arrepiento	1	2	3	4	5
12. Es difícil que yo pierda los estribos	1	2	3	4	5

CUESTIONARIO 4:

Por favor, lea cada una de las siguientes frases cuidadosamente. Indique su acuerdo con cada una de ellas empleando la siguiente escala:

1 = Totalmente en desacuerdo
2 = Bastante en desacuerdo
3 = Más bien en desacuerdo
4 = Ni de acuerdo ni en descuerdo
5 = Más bien de acuerdo
6 = Bastante de acuerdo
7 = Totalmente de acuerdo

1. Hay una persona que está cerca cuando estoy en una situación difícil	1	2	3	4	5	6	7
2. Existe una persona especial con la cual yo puedo compartir penas y alegrías	1	2	3	4	5	6	7
3. Mi familia realmente intenta ayudarme	1	2	3	4	5	6	7
4. Obtengo de mi familia la ayuda y el apoyo emocional que necesito	1	2	3	4	5	6	7
5. Existe una persona que realmente es una fuente de bienestar para mí	1	2	3	4	5	6	7
6. Mis amigos realmente tratan de ayudarme	1	2	3	4	5	6	7
7. Puedo contar con mis amigos cuando las cosas van mal	1	2	3	4	5	6	7
8. Yo puedo hablar de mis problemas con mi familia	1	2	3	4	5	6	7
9. Tengo amigos con los que puedo compartir penas y alegrías	1	2	3	4	5	6	7
10. Existe una persona especial en mi vida que se preocupa por mis sentimientos	1	2	3	4	5	6	7
11. Mi familia se muestra dispuesta a ayudarme para tomar decisiones	1	2	3	4	5	6	7
12. Puedo hablar de mis problemas con mis amigos	1	2	3	4	5	6	7

Responda a las siguientes 9 cuestiones SÓLO SI SU MADRE VIVE Y SI USTED TIENE RELACIÓN CON ELLA. Si su madre ha fallecido, pase al siguiente bloque de preguntas. En caso de que su madre viva, pero usted no tenga relación con ella, marque la siguiente casilla y no responda a las nueve cuestiones que se presentan a continuación (pase a las siguientes).

☐ **Mi madre vive, pero actualmente no tengo ninguna relación con ella.**

Las siguientes afirmaciones están hechas para mujeres embarazadas, con la intención de describirse a sí mismas. Lea detenidamente cada una de las siguientes afirmaciones y escoja la respuesta que mejor describa sus sentimientos. En la columna de la derecha, señale su respuesta en base a la siguiente escala:

1 = Nunca
2 = A veces
3 = Con frecuencia
4 = Mucho

1. Mi madre está ilusionada con el bebé que espero	1	2	3	4
2. Mi madre está contenta con mi embarazo	1	2	3	4
3. Mi madre me da buenos consejos	1	2	3	4
4. No me cuesta hablar con mi madre sobre mis problemas	1	2	3	4
5. Mi madre ya espera a su nieto	1	2	3	4
6. Cuando mi madre y yo estamos juntas, discutimos a menudo	1	2	3	4
7. Mi madre me da ánimos cuando dudo sobre mí misma	1	2	3	4
8. Mi madre me anima a que haga las cosas a mi manera	1	2	3	4
9. Mi madre critica mis decisiones	1	2	3	4

Las siguientes cuestiones tratan sobre ideas y sentimientos que puede tener de sus relaciones personales y familiares. Tanto del presente, como de su infancia. Lea cada frase y rodee la opción que mejor describa sus ideas y sentimientos en base a la siguiente escala:

1 = Muy de acuerdo
2 = De acuerdo
3 = Indecisa
4 = En desacuerdo
5 = Muy en desacuerdo

1. Las amenazas de separación, de traslado a otro lugar, o de ruptura de los lazos familiares son parte de mis recuerdos infantiles	1	2	3	4	5
2. En caso de necesidad, estoy segura de que puedo contar con mis seres queridos para encontrar consuelo	1	2	3	4	5
3. Desearía que mis hijos fueran más autónomos que de lo que yo lo he sido	1	2	3	4	5
4. Cuando yo era niña, sabía que siempre encontraría consuelo en mis seres queridos	1	2	3	4	5
5. Las relaciones con mis seres queridos durante mi niñez, me parecen, en general, positivas	1	2	3	4	5
6. Detesto el sentimiento de depender de los demás	1	2	3	4	5
7. Sólo cuento conmigo misma para resolver mis problemas	1	2	3	4	5
8. Cuando yo era niña, a menudo, mis seres queridos se mostraban impacientes e irritables	1	2	3	4	5
9. Mis seres queridos siempre me han dado lo mejor de sí mismos	1	2	3	4	5
10. No puedo concentrarme sobre otra cosa, sabiendo que alguno de mis seres queridos tiene problemas	1	2	3	4	5
11. Cuando yo era niña, encontré suficiente cariño en mis seres queridos como para no buscarlo en otra parte	1	2	3	4	5
12. Siempre estoy preocupada por la pena que puedo causar a mis seres queridos al dejarlos	1	2	3	4	5
13. De adolescente, nadie de mi entorno entendía del todo mis preocupaciones	1	2	3	4	5
14. Cuando yo era niña, teníamos mucha dificultad para tomar decisiones en familia	1	2	3	4	5
15. Tengo la sensación de que nunca superaría la muerte de uno de mis seres queridos	1	2	3	4	5
16. Mis padres no se han dado cuenta que un niño(a) cuando crece tiene la necesidad de tener vida propia	1	2	3	4	5
17. Siento confianza en mis seres queridos	1	2	3	4	5
18. Cuando yo era niña, tuve que enfrentarme a la violencia de uno de mis seres queridos	1	2	3	4	5
19. A partir de mi experiencia de niña, he comprendido que nunca somos suficientemente buenos para los padres	1	2	3	4	5
20. Cuando yo era niña, se preocuparon tanto por mi salud y mi seguridad, que me sentía aprisionada	1	2	3	4	5
21. Cuando me alejo de mis seres queridos, no me siento bien conmigo misma	1	2	3	4	5
22. Mis padres no podían evitar controlarlo todo: mi apariencia, mis resultados escolares e, incluso, mis amigos	1	2	3	4	5
23. Cuando era niña, había peleas insoportables en casa	1	2	3	4	5
24. Cuando yo era niña, mis seres queridos me hacían sentir que les gustaba compartir su tiempo conmigo	1	2	3	4	5
25. La idea de una separación momentánea con uno de mis seres queridos, me deja una sensación de inquietud	1	2	3	4	5
26. A menudo, me siento preocupada, sin razón, por la salud de mis seres queridos	1	2	3	4	5

Por favor, responda a las siguientes 32 preguntas <u>SÓLO SI USTED TIENE PAREJA</u>.

Por favor, indique el grado aproximado de acuerdo o desacuerdo <u>actual</u> entre usted y su pareja en cada uno de los elementos que figuran a continuación en base a las siguientes escalas:

0 = Siempre en desacuerdo
1 = Casi siempre en desacuerdo
2 = Desacuerdo frecuente
3 = Desacuerdo ocasional
4 = Casi siempre de acuerdo
5 = Siempre de acuerdo

1. Manejo de finanzas familiares	0	1	2	3	4	5
2. Diversiones	0	1	2	3	4	5
3. Cuestiones religiosas	0	1	2	3	4	5
4. Demostración de afecto	0	1	2	3	4	5
5. Amistades	0	1	2	3	4	5
6. Relaciones sexuales	0	1	2	3	4	5
7. Convencionalismos (¿Qué es lo correcto o lo incorrecto?)	0	1	2	3	4	5
8. Filosofía de la vida	0	1	2	3	4	5
9. Relaciones con suegros	0	1	2	3	4	5
10. Objetivos, fines, valores	0	1	2	3	4	5
11. Cantidad de tiempo a pasar juntos	0	1	2	3	4	5
12. Toma de decisiones importantes	0	1	2	3	4	5
13. Tareas domésticas	0	1	2	3	4	5
14. Intereses y actividades a realizar durante el ocio	0	1	2	3	4	5
15. Decisiones en relación con el trabajo	0	1	2	3	4	5

0 = Siempre
1 = Casi siempre
2 = A menudo
3 = Ocasionalmente
4 = Raramente
5 = Nunca

16. ¿Con qué frecuencia han pensado en el divorcio o en la separación?	0	1	2	3	4	5
17. ¿Con qué frecuencia se va usted de casa tras una pelea?	0	1	2	3	4	5
18. ¿Con qué frecuencia piensa que las cosas les van bien como pareja?	0	1	2	3	4	5
19. ¿Confía en su pareja?	0	1	2	3	4	5
20. ¿Lamenta usted el haberse casado? Si no está casada, responda en base a su situación personal (pareja de hecho o relación estable o con un alto grado de compromiso).	0	1	2	3	4	5
21. ¿Con qué frecuencia riñen?	0	1	2	3	4	5
22. ¿Con qué frecuencia hacen que el otro pierda los estribos?	0	1	2	3	4	5

23. ¿Besa a su pareja?
- ☐ Nunca.
- ☐ Raramente.
- ☐ Ocasionalmente.
- ☐ Casi todos los días.
- ☐ Todos los días.

24. ¿Participan juntos en actividades fuera de la pareja?
- ☐ En ninguna.
- ☐ En pocas.
- ☐ En algunas.
- ☐ En casi todas.
- ☐ En todas.

Por favor, responda a las siguientes cuestiones pensando en la frecuencia en la que ocurren entre ustedes como pareja. Utilice para responder la siguiente escala:

0 = Nunca
1 = Menos de una vez al mes
2 = Una o dos veces al mes
3 = Una o dos veces por semana
4 = Una vez al día
5 = Muy a menudo

25. Intercambian ideas estimulantes	0	1	2	3	4	5
26. Se ríen juntos	0	1	2	3	4	5
27. Discuten algo con calma	0	1	2	3	4	5
28. Trabajan juntos en un proyecto	0	1	2	3	4	5

A continuación se presentan una serie de situaciones sobre las que las parejas a veces están de acuerdo y otras en desacuerdo. Indique si en las últimas semanas alguna de las dos situaciones siguientes han sido problemáticas en su relación:

29. Estar demasiado cansado/a para hacer el amor	Sí	No
30. Ausencia de demostraciones afectivas	Sí	No

31. Los puntos de la línea de abajo representan grados diferentes de satisfacción con su relación de pareja. Suponiendo que el punto marcado con la palabra "Satisfecho" refleja el grado de satisfacción obtenido por la mayoría de las parejas, rodee con un círculo el punto que mejor refleje su propio grado de satisfacción.

0……...…1…….….2……3……...….4……5……..……...6

0 Muy insatisfecho	1 Bastante insatisfecho	2 Un poco insatisfecho	3 Satisfecho	4 Muy satisfecho	5 Extremadamente satisfecho	6 Perfecto

32. De las formas que siguen, ¿cuál refleja mejor su forma de ver el futuro de su relación?

- ☐ Deseo de todo corazón que nuestra relación tenga éxito y haría lo posible porque fuese así.
- ☐ Deseo muchísimo que nuestra relación tenga éxito y haré lo que pueda para que así sea.
- ☐ Deseo mucho que nuestra relación tenga éxito y haré mi parte para que así sea.
- ☐ Sería bueno que nuestra relación tuviera éxito, pero no puedo hacer mucho más de lo que ya hago para que así sea.
- ☐ Sería bueno que nuestra relación tuviera éxito, pero me niego a hacer más de lo que hago para preservarla.
- ☐ Nuestra relación nunca podrá ser un éxito. No hay nada más que yo pueda hacer para preservarla.

Antes de terminar, compruebe, por favor, que ha respondido a todas las preguntas del cuestionario. Muchas gracias por su implicación, sinceridad, tiempo y esfuerzo.

7.12. Anexo L. Matrices de correlaciones entre el vínculo afectivo prenatal materno y las variables en estudio en los tres trimestres gestacionales

Tabla 7.1.

Matriz de correlaciones entre vínculo afectivo prenatal materno y sintomatología psicológica, estados afectivos y personalidad en los tres trimestres gestacionales

		Vínculo afectivo			Fantaseo			Reconocimiento			Búsqueda			Interacción			Protección			Angustia		
		T0	T1	T2	T0	T1	T2	T0	T1	T2	T0	T1	T2	T0	T1	T2	T0	T1	T2	T0	T1	T2
Somatización	T0	-.01	-.17	-.20	-.23	-.08	-.09	.07	-.29*	-.30*	.15	-.10	-.05	-.20	-.04	-.16	.12	-.10	-.17	.23	.05	-.07
	T1		-.10	-.11		-.16	-.10		-.25	-.20		-.17	-.01		.06	-.17		.01	-.21		.20	.16
	T2			.10			-.08			-.02			.26			-.02			.04			.27
Ansiedad	T0	.29*	.19	.13	.07	-.04	-.06	.04	-.16	-.16	.16	.19	.20	.23	.24	.13	.20	.14	.13	.37**	.36**	.37**
	T1		.16	.14		-.06	-.24		-.31*	-.31*		.20	.26		.20	.19		.19	.12		.39**	.43**
	T2			.17			.02			-.21			.25			.16			.18			.37**
Depresión	T0	-.07	-.20	-.02	-.20	-.20	-.11	-.13	-.12	-.08	.18	-.16	-.04	-.16	-.22	-.10	-.07	-.12	-.13	.29*	.12	.27
	T1		-.15	-.23		-.27*	-.28*		-.30*	-.46**		.11	.01		-.15	-.19		.04	-.15		.15	.12
	T2			.13			.00			-.20			.15			.13			.04			.42**
Afecto positivo	T0	.14	.03	-.04	.21	-.03	-.09	-.08	-.27	-.19	-.02	-.07	-.02	.30*	.39**	.29*	.20	.11	.20	-.16	.04	-.16
	T1		.20	.02		.14	-.02		.10	-.03		.07	.02		.13	.15		.13	.18		.11	-.10
	T2			.15			.15			.16			.11			.21			.17			-.11
Afecto negativo	T0	.16	-.13	-.04	.09	-.24	-.18	-.01	-.20	-.18	.07	.02	.03	.14	.00	.02	-.07	-.17	-.10	.29*	.17	.22
	T1		.05	.07		-.14	-.06		-.33*	-.34*		.19	.18		.06	.11		.11	.08		.40**	.38**
	T2			.04			.03			-.29*			.08			.08			.07			.22
Estrés	T0	.20	-.27	-.11	.11	-.16	-.07	.14	-.14	-.16	.13	-.24	-.13	.12	-.16	-.12	-.03	-.45**	-.34*	.18	.13	.19
	T1		-.23	-.14		-.21	-.19		-.29*	-.40**		-.15	-.02		-.21	-.08		-.18	-.20		.30*	.27
	T2			.03			-.06			-.13			.05			.05			-.11			.27
Neuroticismo	T0	.07	-.13	.03	.03	-.18	-.08	.00	-.21	-.08	-.05	-.04	-.03	.00	-.13	.06	-.09	-.25	-.14	.36**	.35*	.32*
	T1		-.19	-.14		-.26	-.19		-.44**	-.38**		.05	-.02		-.10	-.05		-.15	-.20		.32*	.24
	T2			-.16			-.28*			-.40**			-.06			-.02			-.17			.25

* $p < .05$ ** $p < .01$.

Tabla 7.2.

Matriz de correlaciones entre vínculo afectivo prenatal materno y apoyo social en los tres trimestres gestacionales

		Vínculo afectivo			Fantaseo			Reconocimiento			Búsqueda			Interacción			Protección			Angustia		
		T0	T1	T2	T0	T1	T2	T0	T1	T2	T0	T1	T2	T0	T1	T2	T0	T1	T2	T0	T1	T2
Apoyo	T0	-.06	.08	.06	.19	-.10	.01	-.10	.11	.22	-.21	-.10	-.16	.06	.21	.23	-.05	.12	.08	-.18	-.01	-.12
social	T1		.25	.31*		.11	.20		.33*	.45**		.02	.00		.15	.40**		.12	.24		.06	.02
	T2			.29*			.26			.44*			-.01			.39**			.21			-.05
Familia	T0	-.08	.07	-.02	.10	.02	-.02	-.13	.10	.13	-.15	-.03	-.08	.00	.13	.13	.05	.17	.06	-.18	-.12	-.24
	T1		.17	.15		.04	.06		.28*	.29*		.09	.04		.07	.22		.15	.18		-.08	-.11
	T2			.16			.17			.31*			-.02			.24			.14			-.13
Amistades	T0	-.16	.04	.06	.08	-.13	-.02	-.09	.13	.24	-.25*	-.13	-.17	-.02	.16	.22	-.24	.06	.06	-.20	.00	-.05
	T1		.19	.31*		.14	.21		.24	.39**		-.09	-.05		.15	.43**		.07	.24		.06	.08
	T2			.29*			.26			.39**			.06			.36**			.29*			-.08
Persona	T0	.13	.09	.12	.32*	-.15	.08	-.04	.05	.22	-.12	-.08	-.16	.19	.27	.26	.09	.07	.08	-.06	.12	.02
relevante	T1		.27	.34*		.10	.26		.28*	.43**		.03	.01		.17	.35*		.07	.17		.20	.14
	T2			.29*			.23			.41**			-.07			.37**			.09			.11

* $p < .05$ ** $p < .01$.

Tabla 7.3.

Matriz de correlaciones entre vínculo afectivo prenatal materno y ajuste diádico en los tres trimestres gestacionales

		Vínculo afectivo			Fantaseo			Reconocimiento			Búsqueda			Interacción			Protección			Angustia		
		T0	T1	T2	T0	T1	T2	T0	T1	T2	T0	T1	T2	T0	T1	T2	T0	T1	T2	T0	T1	T2
Ajuste diádico	T0	.06	.18	.29	.24	.22	.26	-.10	-.06	.20	-.16	.12	.16	.19	.32*	.31*	.17	.15	.42**	-.14	-.09	.00
	T1		.10	.23		.15	.28		-.05	.17		.08	.00		.19	.26		.09	.37*		-.07	-.04
	T2			.15			.19			.09			-.01			.23			.32*			-.08
Consenso	T0	.22	.30*	.42**	.24	.29*	.24	.12	.06	.31*	.00	.18	.24	.11	.21	.40**	.08	.11	.34*	.20	.19	.33*
	T1		.14	.17		.12	.13		-.07	.05		.21	.03		.10	.23		.09	.17		.12	.16
	T2			.38**			.32*			.22			.21			.43**			.32*			.17
Cohesión	T0	.05	-.04	.01	.18	.01	.05	-.07	-.16	-.02	-.13	-.11	-.06	.17	.26	.05	.10	.01	.24	-.09	-.12	-.12
	T1		.02	.14		.17	.24		-.07	.13		-.14	-.05		.20	.10		-.02	.30*		-.10	-.08
	T2			-.13			.01			-.10			-.25			-.03			.07			-.21
Expresión de	T0	-.04	.19	.18	.15	.18	.18	-.20	-.05	.11	-.15	.26	.16	.13	.25	.24	.18	.22	.29*	-.25	-.11	-.08
afecto	T1		.08	.14		.00	.18		-.10	.03		.28	.03		.10	.26		.14	.33*		-.05	-.07
	T2			.18			.16			.03			.12			.25			.37*			-.02
Satisfacción	T0	.02	.20	.44**	.16	.31*	.45**	-.02	.09	.38**	-.17	.11	.26	.11	.20	.36*	.11	.13	.48**	-.15	-.12	.03
	T1		.16	.30*		.19	.31*		.14	.37*		.01	.03		.18	.29		.14	.34*		-.13	-.05
	T2			.08			.09			.18			-.03			.07			.14			-.08

* $p < .05$ ** $p < .01$.

Tabla 7.4.

Matriz de correlaciones entre vínculo afectivo prenatal materno y relación con la propia madre y representaciones de apego en los tres trimestres gestacionales

		Vínculo afectivo		Fantaseo		Reconocimiento		Búsqueda		Interacción		Protección		Angustia	
		T1	T2	T1	T2	T1	T2	T1	T2	T1	T2	T1	T2	T1	T2
Relación con la madre	T1	.21	.12	.11	.14	.04	.07	.19	.04	.23	.30*	.21	.18	-.01	-.11
	T2		.10		.12		-.02		.03		.26		.23		-.06
Seguridad	T1	.32*	.21	.23	.18	.29*	.27	.21	.07	.08	.30*	.27	.24	.02	-.09
	T2		.07		.02		.07		-.14		.24		.07		.05
Preocupación	T1	.45**	.38**	.30*	.28*	-.01	.06	.30*	.30*	.41**	.40**	.30*	.25	.31*	.35*
	T2		.33*		.12		.02		.41**		.23		.26		.42**
Interferencia	T1	-.14	.16	-.17	.03	-.04	.06	-.03	.11	-.12	.08	-.16	.16	.05	.23
	T2		.06		.02		.06		.10		-.08		.07		.07
Autosuficiencia	T1	-.27	-.07	-.14	.08	-.17	-.21	-.18	.01	-.21	-.18	-.33*	-.10	.06	.17
	T2		.05		.04		.07		.20		-.15		-.01		.12
Traumatismo	T1	-.11	.09	-.04	.05	-.14	-.05	.01	.16	-.01	.08	-.18	.06	-.02	.12
	T2		-.09		-.12		-.11		.11		-.14		-.03		-.06

* $p < .05$ ** $p < .01$.

7.13. Anexo M. Matrices de correlaciones del conjunto de variables en estudio en el primer y tercer trimestre de gestación

Tabla 7.5.

Matriz de correlaciones del conjunto de variables en estudio en el primer trimestre de gestación (T0)

	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
VAPM													
1 – Vínculo afectivo	.74**	.52**	.42**	.72**	.60**	.46**	-.01	.29*	-.07	.14	.16	.20	.07
2 – Fantaseo		.10	.02	.82**	.36**	.08	-.23	.07	-.20	.21	.09	.11	.03
3 – Reconocimiento			.19	.03	.13	.28*	.07	.04	-.13	-.08	-.01	.14	.00
4 – Búsqueda				-.01	.52**	.20	.15	.16	.18	-.02	.07	.13	-.05
5 – Interacción					.34**	.07	-.20	.23	-.17	.30*	.14	.12	.00
6 – Protección						.12	.12	.20	-.07	.20	-.07	-.03	-.09
7 – Angustia							.23	.37**	.29*	-.16	.29*	.18	.36**
SCL-90-R													
8 – Somatización								.35**	.37**	-.07	.21	.31*	.30*
9 – Ansiedad									.56**	-.02	.65**	.47**	.44**
10 – Depresión										-.24	.62**	.55**	.51**
PANAS													
11 – Afecto positivo											-.11	-.23	-.07
12 – Afecto negativo												.57**	.64**
EEP													
13 – Estrés													.58**
NEO-FFI													
14 – Neuroticismo													

* $p < .05$ ** $p < .01$.

Tabla 7.5.

Matriz de correlaciones del conjunto de variables en estudio en el primer trimestre de gestación (T0)

[Continuación]

	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
VAPM											
1 – Vínculo afectivo	-.05	-.08	-.16	.13	.06	.22	.05	-.04	.02	.05	.11
2 – Fantaseo	.19	.10	.08	.32*	.24	.24	.18	.15	.16	-.06	.09
3 – Reconocimiento	-.10	-.13	-.09	-.04	-.10	.12	-.07	-.20	-.02	-.07	-.07
4 – Búsqueda	-.21	-.15	-.25*	-.12	-.16	-.01	-.13	-.15	-.17	.19	.08
5 – Interacción	.06	.00	-.01	.19	.19	.11	.17	.13	.11	.06	.07
6 – Protección	-.05	.05	-.24	.09	.17	.08	.10	.18	.11	.11	.24
7 – Angustia	-.18	-.18	-.20	-.06	-.14	.20	-.09	-.25	-.15	.04	.11
SCL-90-R											
8 – Somatización	-.35**	-.27*	-.29*	-.35**	-.25	-.11	-.02	-.30*	-.40**	.06	.14
9 – Ansiedad	-.29*	-.31*	-.23	-.19	-.12	-.08	.15	-.21	-.33*	.06	.15
10 – Depresión	-.21	-.20	-.17	-.16	-.34**	-.09	-.09	-.43**	-.42**	-.04	.23
PANAS											
11 – Afecto positivo	.38**	.32*	.35**	.28*	.31*	.13	.35**	.25	.04	.28*	-.03
12 – Afecto negativo	-.21	-.27*	-.10	-.15	-.30*	-.18	-.03	-.34*	-.41**	-.08	.22
EEP											
13 – Estrés	-.41**	-.41**	-.42**	-.18	-.50**	-.32*	-.13	-.57**	-.51**	-.10	.14
NEO-FFI											
14 – Neuroticismo	-.30*	-.36**	-.21	-.19	-.37**	-.16	-.25	-.33*	-.33*	-.17	.19
EMASP											
15 – Apoyo Social		.85**	.88**	.80**	.45**	.29*	.32*	.32*	.42**	.00	-.08
16 – Familia			.61**	.52**	.45**	.28*	.28*	.41**	.36**	.06	-.05
17 – Amistades				.57**	.27*	.17	.26*	.13	.24	.04	-.10
18 – Persona relevante					.42**	.31*	.27*	.26	.50**	-.12	-.05
EAD											
19 – Ajuste diádico						.65**	.70**	.82**	.75**	.05	-.11
20 – Consenso							.23	.45**	.51**	-.05	-.03
21 – Cohesión								.28*	.26*	.23	-.12
22 – Expresión de afecto									.66**	.01	-.12
23 – Satisfacción										-.21	.01
24 – Edad											.21
25 – Nº TRA											

* $p < .05$ ** $p < .01$.

Tabla 7.6.

Matriz de correlaciones del conjunto de variables en estudio en el tercer trimestre de gestación (T2)

	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
VAPM															
1 – Vínculo afectivo	.72**	.65**	.73**	.79**	.77**	.65**	.10	.17	.13	.15	.04	.03	-.16	.29*	.16
2 – Fantaseo		.41**	.33*	.65**	.57**	.14	-.08	.02	.00	.15	.03	-.06	-.28*	.26	.17
3 – Reconocimiento			.31*	.27	.25	.31*	-.02	-.21	-.20	.16	-.29*	-.13	-.40**	.44**	.31*
4 – Búsqueda				.54**	.68**	.47**	.26	.25	.15	.12	.08	.05	-.06	-.01	-.02
5 – Interacción					.71**	.39**	-.02	.16	.13	.21	.08	.05	-.01	.39**	.24
6 – Protección						.36*	.04	.18	.05	.19	.07	-.11	-.17	.21	.14
7 – Angustia							.27	.37**	.42**	-.11	.22	.27	.25	-.05	-.13
SCL-90-R															
8 – Somatización								.41**	.46**	-.22	.43**	.22	.35*	-.28*	-.29*
9 – Ansiedad									.79**	-.29*	.77**	.60**	.63**	-.27	-.32*
10 – Depresión										-.40**	.65**	.63**	.71**	-.28*	-.38**
PANAS															
11 – Afecto positivo											-.22	-.34*	-.34*	.17	.17
12 – Afecto negativo												.61**	.67**	-.25	-.37**
EEP															
13 – Estrés													.67**	-.20	-.27
NEO-FFI															
14 – Neuroticismo														-.36*	-.36*
EMASP															
15 – Apoyo Social															.86**
16 – Familia															
17 – Amistades															
18 – Persona relevante															

* $p < .05$ ** $p < .01$.

Tabla 7.6.

Matriz de correlaciones del conjunto de variables en estudio en el tercer trimestre de gestación (T2) [Continuación]

	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32
VAPM																
1 – Vínculo afectivo	.29*	.29*	.15	.38**	-.13	.18	.08	.10	.07	.33*	.06	.05	-.09	-.20	.12	-.03
2 – Fantaseo	.26	.23	.19	.32*	.01	.16	.09	.12	.02	.12	.02	-.04	-.12	-.21	.25	-.16
3 – Reconocimiento	.39**	.41**	.09	.22	-.10	.03	.18	-.02	.07	.02	.06	.07	-.11	-.20	.07	-.03
4 – Búsqueda	.06	-.07	-.01	.21	-.25	.12	-.03	.03	-.14	.41**	.10	.20	.11	-.05	.05	.06
5 – Interacción	.36**	.37**	.23	.43**	-.03	.25	.07	.26	.24	.23	-.08	-.15	-.15	-.19	.13	-.11
6 – Protección	.29*	.09	.32*	.32*	.07	.37*	.14	.23	.07	.26	.07	-.01	-.03	.02	.05	-.09
7 – Angustia	-.08	.11	-.08	.17	-.21	-.02	-.08	-.06	.05	.42**	.07	.12	-.06	-.15	-.03	.15
SCL-90-R																
8 – Somatización	-.17	-.24	-.42**	-.19	-.45**	-.35*	-.10	-.24	-.16	.40**	-.04	.23	.10	.01	.18	.10
9 – Ansiedad	-.22	-.12	-.40**	-.19	-.38**	-.24	-.25	-.18	-.11	.32*	.17	.31*	.18	.13	.26	-.05
10 – Depresión	-.25	-.05	-.45**	-.15	-.37*	-.35*	-.31*	-.34*	-.23	.26	.07	.29*	.19	-.08	.20	.02
PANAS																
11 – Afecto positivo	.24	.00	.42**	.40**	.39**	.32*	.05	.09	.17	.10	.11	-.09	-.02	.18	.02	-.03
12 – Afecto negativo	-.13	-.11	-.42**	-.18	-.30*	-.28	-.37**	-.30*	-.10	.22	.16	.22	.24	.04	.13	.01
EEP																
13 – Estrés	-.22	.02	-.52**	-.21	-.29*	-.38**	-.52**	-.27	-.28	-.05	.13	.22	.21	-.08	.25	.00
NEO-FFI																
14 – Neuroticismo	-.35*	-.16	-.47**	-.26	-.20	-.43**	-.39**	-.13	-.19	.13	.17	.29*	.38**	-.13	.07	.08
EMASP																
15 – Apoyo Social	.82**	.81**	.50**	.54**	.22	.38**	.31*	.39**	.59**	-.15	-.35*	-.50**	-.46**	-.07	-.08	-.26
16 – Familia	.54**	.57**	.44**	.31*	.21	.39**	.32*	.62**	.60**	-.05	-.35*	-.55**	-.54**	-.06	-.07	-.28
17 – Amistades		.49**	.37*	.56**	.18	.22	.15	.19	.39**	-.07	-.18	-.29*	-.20	.08	-.09	-.25
18 – Persona relevante			.47**	.52**	.16	.36*	.33*	.09	.47**	-.28	-.33*	-.41**	-.40**	-.22	-.05	-.10

* $p < .05$ ** $p < .01$.

Tabla 7.6.

Matriz de correlaciones del conjunto de variables en estudio en el tercer trimestre de gestación (T2) [Continuación]

	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32
EAD													
19 – Ajuste diádico	.67**	.72**	.77**	.56**	.28	.50**	-.09	-.10	-.41**	-.31*	-.04	-.18	-.07
20 – Consenso		.42**	.40**	.20	-.04	.29*	.09	-.16	-.29*	-.17	.04	.11	-.10
21 – Cohesión			.34*	.11	.14	.21	-.19	-.05	-.20	-.08	-.08	-.14	-.12
22 – Expresión				.29*	.16	.41**	-.02	-.08	-.36*	-.29*	.14	-.20	-.01
23 – Satisfacción					.42**	.47**	-.06	-.01	-.29*	-.29*	-.22	-.16	.05
CEP													
24 – Relación madre						.41**	-.11	-.18	-.44**	-.26	-.05	-.15	-.17
CaMir-R													
25 – Seguridad							.03	-.43**	-.58**	-.70**	.05	.13	-.08
26 – Preocupación								.07	.19	.04	.01	-.06	.01
27 – Interferencia									.62**	.51**	-.02	.09	.12
28 – Autosuficiencia										.67**	.09	-.15	.01
29 – Traumatismo											.00	.05	.03
30 – Edad												.21	-.08
31 – Nº TRA													-.22
32 – Nº ecografías													

* $p < .05$ ** $p < .01$.