



**Universidad abierta Interamericana.
Facultad de Psicología y Relaciones Humanas.
Licenciatura en Psicología.**

“Calidad de vida relacionada con la salud y vínculo afectivo prenatal y adaptación al embarazo, en adultas embarazadas que residan en Argentina”.

“Health-related quality of life and prenatal affective bond and adaptation to pregnancy, in pregnant adults residing in argentina”.

Tesista: Bava, Alejandra Roxana.

Número de legajo: Mat. N° B00009451-P1

Título por obtener: Licenciatura en Psicología.

Tutor: Lucas Gago Galvagno.

Mail de contacto: alejandrapiny@gmail.com

Fecha de entrega: Mes de junio de 2023.

Ituzaingó.

Buenos Aires, junio de 2023.

RESUMEN.

Esta investigación, se propuso asociar la calidad de vida relacionada con la salud y la vinculación afectiva prenatal- adaptación al embarazo en adultas embarazadas residentes en Argentina. A tal fin, se trabajó con una muestra de 112 adultas embarazadas residentes en Argentina, seleccionadas a partir de un muestreo no probabilístico, de oportunidad, a quienes se les administraron los siguientes instrumentos, Cuestionario sociodemográfico, Cuestionario de salud SF-36, Short Form, versión argentina, Augustovski et al., (2008); (Barrios-Canova et al., 2023) Y la Escala de vinculación afectiva prenatal, (EVAP), (Lafuente 2008), versión peruana (Artica Martínez et al., 2018).

Los resultados encontrados, a partir de la implementación de un diseño de investigación de alcance correlacional y de temporalidad transversal, permitieron conocer que se confirma la asociación hipotética entre ambos constructos, Calidad de Vida y Vinculación Afectiva Prenatal- Adaptación al embarazo y viceversa, por lo que se encontró una relación positiva entre ellos. Asimismo, se encontró asociación positiva entre las variables Adaptación al embarazo, Salud General, Salud Mental, Dolor Corporal y Rol Emocional y viceversa pero no se encontró asociación con el resto de las dimensiones que evalúan calidad de vida, como Función Física, Función Social, Vitalidad y Rol Físico y se estableció relación negativa entre las variables Vinculación Afectiva Prenatal-Adaptación al Embarazo y las dimensiones que corresponde al constructo Calidad de vida. Por último, se encontró que las puntuaciones de las mujeres que planearon su embarazo son mayores que las que no lo planearon.

Por lo tanto se puede concluir que la Calidad de Vida posee una relación directa con la Vinculación Afectiva Prenatal y la aceptación del Embarazo, ya que de este modo, las mujeres tienden a esforzarse durante el proceso de transición a la maternidad y el trabajo de parto para no

causar una alteración significativa en su estado de ánimo, salud e independencia personal, logrando continuar con su vida habitual hasta el momento del parto, esto se corresponde con los planteos de Valcarcel et al. (2018). Asimismo, la planificación del embarazo predice que la gestante realice una adecuada atención temprana para el bienestar propio y el del feto, ya que de lo contrario tiende a tener sentimientos negativos sobre la gestación, no propiciando el ambiente de apego, ni cuidando de su salud general durante el proceso de embarazo (Guimarães et al. 2019).

Palabras clave: *Calidad de vida, vinculación afectiva prenatal, embarazadas, adultas, Argentina*

Abstract

This research proposed to associate the quality of life related to health and prenatal affective bonding-adaptation to pregnancy in pregnant adults residing in

argentina. To this end, we worked with a sample of 112 pregnant adults residing in

Argentina, selected from a non-probabilistic opportunity sample, who were administered

the following instruments: sociodemographic questionnaire, SF-36 Health Questionnaire,

Argentine version Augustovski et al., (2008), Argentine version (Barrios-Canova et al.,

2023) And the Prenatal Affective Bonding Scale, (EVAP), (Lafuente 2008), Peruvian

version (Artica Martínez et al., 2018) .

The results found, from the implementation of a research design of correlational scope and

transversal temporality, allowed us to know that the hypothetical association between both

constructs is confirmed, for which a positive relationship was found between Quality of Life

and Prenatal Affective Bonding. -Adaptation to pregnancy and vice versa.

Likewise, a positive association was found between the variables Adaptation to

pregnancy, General Health, Mental Health, Body Pain and Emotional Role and vice versa,

but no association was found with the rest of the dimensions that evaluate quality of life,

such as Physical Function, Social Function, Vitality and Physical Role and a negative

relationship was established between the Prenatal Affective Bonding-Pregnancy

Adaptation variables and the dimensions that correspond to the Quality of Life construct.

Finally, it was found that the scores of the women who planned their pregnancy are higher

than the they didn't plan it.

Therefore, it can be concluded that the Quality of Life has a direct relationship with the

Prenatal Affective Bonding and the acceptance of the Pregnancy, since in this way, women

tend to make an effort during the transition process to maternity and labor. in order not to

cause a significant change in their state of mind, health and personal independence, managing to continue with their usual life until the time of delivery, this corresponds to the statements of Valcarcel et al. (2018). Likewise, pregnancy planning predicts that the pregnant woman perform adequate early care for her own well-being and that of the fetus, since otherwise she tends to have negative feelings about the pregnancy, not fostering the attachment environment, nor taking care of her health. general during the pregnancy process (Guimarães et al. 2019).

Keywords: *Quality of life, prenatal affective bonding, pregnant women, adults, Argentina.*

Introducción

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es una medida de percepción que manifiesta el paciente sobre elementos psíquicos y físicos que son relevantes para su bienestar (Canova-Barrios y Oviedo-Santamaría 2021). Dicho concepto, se considera multidimensional y conduce a la percepción del paciente y sus necesidades de manera individualizada. Este eje, se contradice con la visión tradicional del modelo biomédico, centrado en la enfermedad y los indicadores biológicos de su impacto, sin considerar el estado percibido de la salud del afectado (Miranda et al., 2012).

Para operacionalizar dicho constructo es necesario mencionar las 8 dimensiones que aborda, Función física, dimensión compuesta por 10 ítems, que refiere al grado en que la salud limita las actividades físicas como, autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, levantar o trasladar objetos pesados y esfuerzos intensos o moderados, Rol físico, compuesta por 4 ítems que describe como el grado de salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias, la limitación en cuanto al tipo o la dificultad para realizarlas, incluyendo el rendimiento menor que el deseado, Dolor Corporal, dimensión compuesta por 2 ítems que refiere a la intensidad del dolor y el efecto en el trabajo habitual, en el hogar o fuera de él, Salud general, integrada por 5 ítems, que es definida como la valoración personal de la salud general actual, perspectiva de salud y resistencia a enfermarse, Vitalidad, compuesta por 4 ítems, que designa el sentimiento de energía y vitalidad frente al sentimiento de cansancio y agotamiento, Función Social, Integrada 2 ítems, grado en que los problemas de salud física y emocionales interfieren en la vida social habitual. Rol emocional Compuesta por 3 ítems, que designa al grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades, incluyendo la reducción en el tiempo dedicado a las mismas, rendimiento menor que el deseado y disminución del cuidado al trabajar.

Por último, Salud Mental, Integrada por 5 ítems que se designa como salud mental general, incluyendo, la depresión, la ansiedad, control de la conducta y el control emocional y el efecto positivo en general (Barrios-Canova et al., 2023).

Por su parte, Condon y Corkindale (1997) en relación a la salud mental, presentan la teoría de la primera impresión, afirmando la predictibilidad del vínculo madre feto, de acuerdo a la calidad del mismo.

En cuanto a la Vinculación Afectiva Prenatal (VAP), Lederman y weis (2009) sostienen que el desarrollo del apego materno al bebé comienza mucho antes del nacimiento, como parte de un proceso general del periodo de gestación, siendo las expectativas, fantasías, sueños y planificación para la maternidad aquellos componentes necesarios. Entre los indicadores de (VAP), Lafuente (1995) describe los comportamientos que anuncian el acercamiento afectivo de los futuros padres al feto, entre los que se destacan son: lenguaje corporal, ya sea acariciar, tocarlo para sentir los movimientos fetales; lenguaje oral, es decir expresarse de diferentes formas hacia el al feto: eso, nuestro hijo, esa cosa, etc. ; interacción con el feto hablarle, cantarle; conductas protectoras y promotoras de la salud de la madre y del feto, como llevar una dieta equilibrada, hacer ejercicios, dormir y descansar, dejar de fumar, no ingerir alcohol, realizar controles médicos, no realizar actividades riesgosas; grado de aceptación de la imagen corporal cambiante de la embarazada por ambos padres; conductas de anticipación, incluye todo tipo de preparativo para el nacimiento; percepción positiva de embarazo y grado de implicación en el mismo, planificación o no, posterior aceptación o no, si los futuros padres pueden hablar de sus ideas, sentimientos o evitan el tema; capacidad para fantasear sobre el futuro niño, sobre su crianza y educación y sobre sí mismo como padre o madre, lo que puede ayudar a considerar al feto como una persona y favorecer la vinculación hacia él. También Lafuente (2007) sostiene que esta aproximación afectiva se produce a medida que la gestante y su pareja empiezan a considerar

al feto como un individuo separado y distinto del cuerpo materno.

Para operacionalizar la VAP-AE, a continuación, se definen los seis factores del modelo propuesto por Lafuente (2008), Factor 1, Aproximación afectiva al feto y al bebé a través del pensamiento, apunta a que imaginarlo produce motivación a buscar y compartir información sobre el feto. Factor 2, aceptación del embarazo y adaptación a la maternidad, refiere a que diferenciarlo impulsa a iniciar preparativos, Factor 3, aproximación afectiva a través de la diferenciación del feto, refiere a que obtener apoyo familiar y profesional favorece la integración con el feto Factor 4, experiencias infantiles y cuidado prenatal. Delimita que aceptar el embarazo facilita asumir el rol maternal, Factor 5, aproximación afectiva a través de la interacción con el feto refiere a que aceptar la infancia es necesario para cuidar de sí misma y del feto y Factor 6, apunta a que la aproximación afectiva a través del bienestar emocional Aceptarse y armonizar la relación de pareja, contribuye al bienestar emocional

Según Lederman y Weis (2009) en lo que atañe a la adaptación al embarazo (AE), la misma refiere a la relación entre los conflictos psicosociales y las complicaciones por las que atraviesan las gestantes durante el embarazo y el parto, y como los patrones de respuesta a los conflictos pueden ser identificados como adaptativos o des adaptativos. Los primeros son de naturaleza progresiva, ya que la mujer embarazada avanza hacia una orientación y hacia un rol de crianza maternal, en cambio los segundos son des adaptativas, cuando lucha con su ambivalencia sobre el embarazo y la maternidad. Es decir, que la (AE) permite distinguir la adaptación psicosocial materna baja, moderada y alta al embarazo. Además, el grado en que dichas mujeres manifiestan los sentimientos de filiación con el futuro bebe, ha sido de relevante interés en lo que concierne a la atención temprana, como también al desarrollo del vínculo en etapas posteriores, que serán determinantes, para el desarrollo del psiquismo del niño. (Cranley 1981).

Según Roncallo y Arranz Freijo (2015) se ha estudiado poco sobre la importancia

de la formación de este apego a lo largo del embarazo, aunque es conocida la relevancia que tiene para el desarrollo cognitivo, emocional y social durante la infancia, el establecimiento de una adecuada relación de apego madre-bebé, desde el inicio de su vida. Asimismo, la mencionada relación no es ajena a otras experiencias, la mujer necesita crear y encontrar un entorno agradable, hacia la noticia que recibe para que el desarrollo de su hijo, y del embarazo sea lo más sano posible (Roncallo et al., 2015).

En este sentido, Tizón (2010) afirma que varios estudios se han enfocado en definir y describir, la etiología y desarrollo de dicho vínculo, para aportar a la elaboración de intervenciones y la promoción en la primera infancia, identificando tanto los recursos psicológicos de la gestante como también, los que denotan rechazo o indiferencia hacia el feto, facilitará la intervención temprana y favorecimiento, en el proceso de adaptación y vinculación prenatal.

Por su parte Artica Martínez et al. (2018) en cuanto a la importancia de la intervención temprana, plantean que la mejora de la calidad de la (VAP-AE), mediante un acompañamiento psicológico durante el embarazo y posterior a este, contribuirá al desarrollo de un apego seguro en la díada madre/padre- hijo.

En lo que refiere a la adultez, en las últimas décadas, la expectativa de vida ha incrementado su extensión como etapa evolutiva, esta comprende desde la juventud hasta la llamada adultez tardía, etapa en la que aumentan las experiencias personales, actividades individuales, se forja la singularidad, predominan la estabilidad y la profundidad afectiva. Además, los pilares de la persona pasan a ser la familia y el trabajo. Tomando en cuenta también aspectos como la madurez, bienestar psicológico, calidad de vida, creatividad y conductas pro sociales, entre otras (Griffa y Moreno, 2005). Según Wedel Herrera (2018) el ser humano, posee una inteligencia diferenciada del resto de la diversidad biológica, por lo que debe tratar de

mantener una equilibrada salud mental, fundamental para cualquier persona y más aún durante el periodo prenatal y postparto. En este sentido, el embarazo es un proceso con implicaciones biológicas, anímicas y sociales para la gestante, para su pareja y el bebé por nacer; por lo cual es necesario el cuidado de todos aquellos factores que intervienen en el proceso de adaptación y vinculación prenatal (Roncallo et al., 2015). Durante el embarazo suele modificarse la función física y, en ocasiones, el bienestar mental, como consecuencia de los diferentes cambios tanto orgánicos y hormonales propios de este periodo (Förger y Villiger, 2005). Estos cambios pueden causar estrés físico y emocional ya que alteran la capacidad para llevar a cabo los roles usuales en esta etapa, impactando significativamente en el bienestar de la gestante (Arizabaleta et al., 2010). Además, durante el embarazo, los cambios orgánicos pueden alterar la percepción de la calidad de vida de la embarazada, (Estrada Mendiola et al. 2014).

De acuerdo con Londoño Restrepo y Aristizábal Echeverry (2016) las mujeres hacen frente a necesidades reproductivas, de salud sexual y enfermedades crónicas y mentales que influyen en su proceso de gestación y en la adopción del rol materno, existiendo trastornos que prevalecen, como el suicidio y la depresión. Los niveles socioeconómicos bajos, la sobrecarga de trabajo y la violencia de la que son víctimas, las hacen más vulnerables de sufrir alteraciones mentales, como también de trastornos por abuso de sustancias psicoactivas. Otro tema relevante ya que, entre 2010 y 2017, se registra un incremento en el consumo de sustancias, lo que remite a una problemática sanitaria debido a que estas mujeres son estigmatizadas y los equipos de salud en gran parte tienen dificultades para abordar la problemática. En tanto existe poca información en consumos en embarazadas y puérperas centrándose en sustancias legales, en Uruguay y Argentina cerca de la mitad de las 1.512 mujeres embarazadas que concurren a control prenatal en 12 hospitales públicos habían sido o eran fumadoras (44% en Argentina y 53% en Uruguay), (Diez et al., 2020). Cabe destacar que, es un tema de mayor relevancia, puesto que los riesgos mencionados y el estado de salud de las gestantes, está en estrecha relación con el

desarrollo del embarazo y el vínculo que establece con el futuro bebe (Saquicela y Loor, 2020).

Ya que según Pollock y Percy (1999) existen mujeres, que en casos extremos podrían causar en forma de abuso pasivo, daño al feto, como cuidados prenatales escasos, consumo de alcohol, drogas o violencia física. En ese sentido, Lederman y Weis (2009) incluyen aspectos psicosociales, como la aceptación al embarazo, la identificación con el rol materno, la calidad de la relación con la pareja, la preparación para el parto, el miedo y pérdida de control; además de la preocupación por su propio bienestar y de su bebé. Resulta fundamental, promover la salud mental en estos casos, teniendo en cuenta, además, las problemáticas relacionadas al género, por las que atraviesa nuestro país (Reynoso, 2019). El estado emocional de la mujer varía en función del periodo de gestación; durante los tres primeros y los tres últimos meses de gestación, los niveles de depresión y ansiedad son más bajos que durante el segundo periodo. Una posible explicación médico clínica, es que durante el primer trimestre el estado de gestación es apenas perceptible (Wedel Herrera, 2018). Asimismo, la imagen corporal puede generar preocupación durante el embarazo ya que la autopercepción corporal es un constructo ligado a la identidad, a sentimientos, a conductas y al ciclo vital de las personas (Borelli et al., 2016).

Otro punto importante sería, promover el bienestar en las embarazadas y estrategias mediante el aprendizaje, para sostener estados de bienestar, desarrollar la capacidad de afrontamiento a situaciones de estrés o ansiedad, como también poder construir redes de apoyo. (Binstock & Gogna, 2014).

Por lo antes mencionado, esta investigación, tuvo un especial interés, en la evaluación de la calidad de vida y la salud en adultas embarazadas, en relación a la vinculación afectiva prenatal y adaptación al embarazo, apuntando al favorecimiento de embarazos, nacimientos y vínculos tempranos saludables. En lo que atañe a la relevancia de esta investigación en relación a la calidad de vida de las adultas embarazadas en nuestro país y la vinculación afectiva prenatal, se

han encontrado investigaciones que vinculan la (CDVRS) con el embarazo en población adolescente pero no lo han hecho en relación a la (VAP-AE) en población adulta y a los aspectos a que la misma refiere, como parte de un proceso integral de salud de la mujer. Por lo cual, el presente trabajo, tuvo como objeto poder aportar información, para en un futuro, realizar intervenciones que promuevan un mayor nivel de la calidad de vida y por consecuencia, un mejor desarrollo del embarazo y un vínculo más saludable con el feto, un parto saludable y vínculo postnatal saludable.

Para abordar el presente estudio el objetivo general fue conocer la (CDVR) y (VAP-AE), en adultas embarazadas y los objetivos específicos fueron, a) describir la calidad de vida relacionada con la salud de las adultas embarazadas, b) describir la vinculación afectiva prenatal y la adaptación al embarazo de las adultas en gestación y c) caracterizar la muestra según variables según las variables sociodemográficas, como edad, estado civil, nivel de formación, lugar de residencia, etc. Asimismo, las hipótesis fueron: H1: A mayor Calidad de Vida, mayor Vinculación Afectiva Prenatal y Adaptación al embarazo y viceversa, H2: A mayor Adaptación al embarazo, mayor Salud General y Salud Mental y viceversa, H3: A mayor Adaptación al Embarazo, menor Dolor Corporal y Rol Emocional y viceversa, H4: Las puntuaciones de las mujeres que planearon su embarazo son mayores que las que no lo planearon. Se incluyeron en la presente evaluación, 112 participantes, residentes de Argentina, correspondientes a distintos ámbitos, distintos centros de salud, comunitarios y privados, como también mujeres que fueron contactadas por las redes sociales y en la vía pública que aceptaron colaborar en forma voluntaria. Para poder evaluar la CDVRS en nuestra población objeto, se utilizó el cuestionario de salud SF-36 Ware y Sherbourne (1992) genérico, diseñado tanto para su uso individual como colectivo. Su calidad ha hecho que sea uno de los índices de salud más utilizados por la comunidad científica, lo que permite la comparación nacional e internacional de los resultados (Madariaga y Antón, 2008). En nuestro trabajo se utilizó la versión argentina que evalúa la

CVRS, compuesta por 36 ítems que se agrupan en 8 dimensiones del estado de salud: Función física, Rol físico, Dolor corporal, Percepción de salud general, Vitalidad, Función social, Rol emocional, Salud mental y presenta un ítem de Transición de salud, el cual analiza la evolución del estado de salud al ser comparado con el año anterior. agrupadas en 2 componentes (físico y mental). Evalúa el estado de salud de los encuestados en una escala que va de 0 a 100, donde una mayor puntuación indica una mejor percepción del estado de la salud (Canova Barrios y Oviedo Santamaria 2021).

Además, para evaluar la (VAP-AE), se utilizó la escala (EVAP), en su versión peruana propuesta por Artica Martinez et al. (2018) quien, indica basarse en dos factores, que incluyen abordar aspectos relacionados con la (VAP-AE). En cuanto a los coeficientes de confiabilidad, la sub escalas (AE y VAP), obtuvieron valores de .746 y .749 respectivamente. por lo que son considerados aceptables (Campo-Arias. & Oviedo, 2008). La escala permite valorar el estado actual de la (VAP-AE). Estos datos son de gran importancia para la elaboración de actividades de intervención en la población donde se identifiquen desajustes emocionales. Una escala con adecuadas propiedades psicométricas permite detectar tempranamente actitudes y conductas adaptativas frente al embarazo, así como aquellos comportamientos de rechazo y/o conductas negligentes de las embarazadas.

Otra forma de evaluar que se utilizó fue, un cuestionario sociodemográfico, con una serie de preguntas, respecto de algunos indicadores, como cantidad de hijos, si existieron hijos fallecidos y si tuvieron tratamiento psicológico, entre otras preguntas, en congruencia con nuestro planteamiento del problema e hipótesis (Sampieri et al., 1998).

Antecedentes

En un estudio comparativo transversal realizado con 56 adolescentes de 18 a 20 años, embarazadas en Argentina se determinaron las diferencias en la (CDVRS) por trimestre del embarazo, La (CVRS) se determinó con el cuestionario SF-36 y el análisis de resultados mediante Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 21. las que reportaron su CV en escala de 0-100 (a mayor puntaje, mejor CV percibida), resultando un promedio de 37.7 ± 8.4 en la puntuación del componente físico (PCF) y de 44.1 ± 12.2 en la puntuación del componente mental (PCM). Se encontraron diferencias en el PCF comparando los grupos del primer y tercer trimestres y los grupos del segundo y tercer trimestre, las adolescentes presentaron una menor CV en el PCF (mayor limitación física y dolor corporal) a medida que progresa la gestación (Estrada Mendiola et al., 2014). También en Argentina se realizó una investigación donde se analizó (CDVRS), en una muestra de médicos y enfermeras de 2 unidades de cuidados intensivos, una institución privada y una pública de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, fue un estudio analítico, transversal y cuantitativo. En el cual se utilizó el cuestionario SF-36 en su versión en español, el cual está compuesto por 8 dimensiones agrupadas en 2 componentes (físico y mental). Participaron 95 profesionales, un (57%) mujeres y un (37%) hombres, con una edad media de 42 años y con título máximo de pregrado y grado (59%). La dimensión, vitalidad fue la peor percibida, con una media de 53,3, y la función física fue la mejor evaluada, con 87,8. Las dimensiones que conforman el componente físico fue mejor evaluada frente al componente mental. Las variables sexo (hombre), edad (> 40 años), presencia de enfermedades crónicas, titulación (médico), carga horaria de trabajo (> 40 h semanales) y antigüedad laboral (> 11 años) parecen influir negativamente sobre la percepción de la (CVRS), Por lo que se concluyó que es necesario implementar estrategias que apunten a reducir el impacto de la actividad laboral sobre

la salud psíquica y física de los profesionales, estableciendo estrategias de promoción de la salud y prevención de los riesgos psicosociales y ergonómicos conocidos, y regulando las cargas horarias laborales para preservar la integridad del trabajador de la salud (Barrios Canova et al., (2023).

(Vázquez et al., 2017) afirma que el ejercicio físico moderado aporta beneficios a la mujer gestante por lo que en su investigación se propuso evaluar el efecto sobre la CV de un programa de actividad física en el medio acuático, de seis semanas de duración en un centro deportivo, en 46 mujeres gestantes sanas, que fueron distribuidas en grupo Experimental (n=18) y grupo Control (n=28), a las que se le aplicó el cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud “SF- 36 v2” antes y después del programa. En sus resultados se constató que el programa de actividad física propuesta actuó positivamente en las dimensiones, percepción de Dolor Corporal (DC) antes 66,1 y después 68,4 percepción de Salud General (SG) antes 81,3 y después 83,6, Rol Emocional (RE) antes 89,0 y después 93,5 y Salud Mental (SM) 80,7 antes y 84,2 después. A partir de lo expuesto se pudo concluir que la práctica de un programa de actividad física en el medio acuático para embarazadas sanas, brinda beneficios relacionados con la percepción de (CVRS).

Maquera Fernandez (2020) en su estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre el vínculo materno-fetal y sus dimensiones y el apoyo en la pareja. Para lo que utilizó la Escala de Vínculo Materno-Fetal y el Cuestionario de Apoyo en la Pareja, en una muestra de 100 gestantes procedentes del distrito de Paucarpata – Arequipa. Se encontró una relación significativa y muy débil entre el vínculo materno-fetal y el apoyo en la pareja y entre el apoyo en la pareja y la calidad del vínculo materno-fetal y por último entre el apoyo en la pareja y la intensidad del vínculo mostró una relación muy débil y no significativa.

Según Zuñiga Minaya (2018) en su investigación de tipo descriptiva transversal, trabajó con una muestra de 346 madres embarazadas y tuvo como Objetivo determinar la influencia de la

depresión en madres embarazadas y el proceso de vinculación afectiva prenatal en el hospital Goyeneche Arequipa. En dicho trabajo se concluyó que las madres embarazadas que acuden al Hospital Goyeneche de Arequipa, que tienen depresión Leve, tienen a su vez un vínculo afectivo Positivo, las madres que tienen depresión moderada tienen a su vez un vínculo afectivo en proceso y las madres embarazadas con depresión grave tienen a su vez un vínculo afectivo negativo. Esto indica que existe relación entre las variables: Depresión y vínculo afectivo de las madres y que la gestante debe desenvolverse en un contexto favorecedor que le permita los vínculos afectivos positivos.

En un estudio realizado sobre apego materno-fetal y vínculos parentales percibidos, su propósito fue describir la asociación entre la relación madre – feto y cómo percibe este vínculo, se realizó en 839 mujeres embarazadas a quienes se le aplicaron el instrumento de Vinculación Parental y la escala de Vinculación Materno – Fetal. Los resultados mostraron que en cuanto a la asociación entre apego materno fetal y las características de las mujeres, hubo diferencia en las medias de apego en cuanto a edad gestacional, convivencia con pareja y percepción de apoyo del padre del bebé. Se observaron niveles más bajos de apego en aquellas mujeres que tenían menor edad gestacional, que no vivían con una pareja y que informaron no sentir apoyo por el padre del bebé. Es decir, que una sobreprotección paterna se relaciona con una mejor vinculación materna fetal, sumado a ello se evidenció que las embarazadas cuya vida en pareja no existía o no percibían el apoyo paternal, presentaron menores índices de vínculo materno fetal, finalmente se concluye que es trascendental el rol que desempeña la figura del padre en la vinculación materno fetal (Da Rosa et al., 2021).

Borelli et al. (2016) realizaron un estudio descriptivo transversal compuesto por 302 embarazadas con control prenatal en 8 Centros de Salud, de Salta Capital (Primer Nivel de Atención). Cuya muestra fue no probabilística de casos consecutivos, las variables fueron edad, estado nutricional actual y percepción de la imagen corporal y su objetivo fue describir el estado

nutricional y la percepción corporal de las embarazadas. El 24% de las adolescentes, 27% con sobrepeso y obesidad y 12% con bajo peso. El 42% sin distorsión de su imagen corporal, sobreestiman el 43% de las embarazadas; teniendo la mayoría un estado nutricional normal. El 15% que subestimó su imagen corporal, la mayoría se encontraba en sobrepeso y obesidad. Un (54%) de las adolescentes mayormente se percibieron muy excedidas de peso. Se encontró asociación significativa entre percepción corporal y edad y entre estado nutricional y percepción de la imagen corporal y se concluyó que las embarazadas presentaron sobreestimación de su imagen corporal y las madres excedidas de peso subestimaron su imagen corporal.

Asimismo, Oviedo Caro et al. (2017) en su estudio, tuvo como objetivo analizar a 95 mujeres embarazadas y las relaciones entre la actividad física y la percepción de síntomas psicológicos con la (CDRS), medida a través del SF 36 y el Cuestionario de síntomas del embarazo. Las embarazadas activas presentaron un puntaje significativo en el sumario y tres dominios del componente mental del SF-36 y una menor limitación percibida estadísticamente significativa en los síntomas de sentimientos depresivos y ansiedad. Una mayor frecuencia percibida de síntomas psicológicos condiciona a una peor percepción del componente mental de la calidad de vida. Un estilo de vida activo al finalizar el embarazo favorece la percepción de la limitación producida por los síntomas psicológicos del embarazo y el componente mental de la (CVRS).

Por lo que los autores concluyen que un estilo de vida activo durante el final del embarazo, a partir de la actividad física, tiene un efecto positivo en el componente mental de la (CDRS), percibido, aunque pueden aparecer síntomas de la gestación vinculados con el aspecto psicológico, puede reducir su frecuencia y la limitación que causan, es decir, que tiene relación con una mejor percepción del componente mental de la calidad de vida. Por ende, la promoción de un estilo de vida activo durante la etapa final de embarazo debe ser propuesta para conseguir un mejor estado de salud y de la (CVRS) percibida en las embarazadas.

Chilipio-Chiclla & Santillán-Árias (2019) realizaron un estudio observacional, de cohorte retrospectiva. Mediante muestreo probabilístico y técnica aleatoria simple en una muestra de 234 gestantes atendidas en el 2017 con el objetivo de evaluar si el embarazo no planificado es un factor de riesgo para inicio tardío y abandono de la atención prenatal en embarazadas atendidas en un establecimiento I-4 del Seguro Social del Perú. Los resultados fueron que el embarazo no planificado se presentó en un 6% y 15.4% de gestantes adolescentes y añosas, respectivamente. Asimismo, el parto primerizo (58.2%), el antecedente de aborto (24.8%) y cesárea (6.8%) fueron las principales características reproductivas de las gestantes cuyo embarazo no fue planificado. El inicio tardío de la atención prenatal se presentó en el 51.3% de las embarazadas y el abandono posterior ocurrió en un 15.0% de casos. El embarazo no planificado incrementó 1.48 veces (IC95%: 1.12-1.94; $p=0.004$) las probabilidades de iniciar la atención prenatal en forma tardía; sin embargo, no se asoció con el abandono posterior de dichas atenciones prenatales ($p=0.266$). Por lo que concluyeron que No planificar el embarazo eleva sutilmente el riesgo de iniciar tardíamente la atención prenatal; pero, no se asocia con su posterior abandono.

La siguiente investigación tuvo como objetivo describir y comparar aspectos de la vinculación afectiva prenatal durante el embarazo en mujeres primerizas a lo largo de los 3 trimestres del embarazo y analizar diferencias según la planificación o no del embarazo. Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal con una metodología cuantitativa. La muestra estuvo compuesta por 71 embarazadas, 22 cursando el primer trimestre, 25 el segundo trimestre y 24 el último trimestre de embarazo. Se aplicó el Cuestionario para la evaluación de la vinculación afectiva prenatal y la adaptación prenatal (EVAP) de La Fuente (1995). Los resultados indican que en las dimensiones Aproximación afectiva a través del pensamiento, Aceptación del embarazo y adaptación a la maternidad y Aproximación afectiva a través de la diferenciación del feto, existen diferencias significativas entre los 3 trimestres, mostrando que a medida que avanza el embarazo, se desarrolla mayor vinculación afectiva y adaptación prenatal. En cuanto a la

planificación o no del embarazo, se encontraron diferencias significativas en todas las dimensiones, aun así, se observaron indicadores positivos de vinculación a lo largo del período de gestación. (Torrecilla & Waldheim 2022).

Guimarães et al., (2019) se propusieron analizar la ocurrencia de trastornos mentales en gestantes y los factores asociados al mismo en un estudio de corte transversal, con abordaje cuantitativo en una población de gestantes registradas en Unidades de Salud de la Familia.

Utilizando el cuestionario con datos de identificación de las participantes y el cuestionario Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20), siendo sus resultados que la proporción de enfermedad mental en gestantes fue de 31,9% y estuvo asociada con estar soltera, tener nivel de estudios básico, no haber planeado el embarazo y tener enfermedad crónica. Por lo que concluyeron que la enfermedad mental identificada en las gestantes puede estar asociada a variables como estado civil, escolaridad, planificación del embarazo y tener enfermedad crónica.

Soto-Acevedo et al., (2015) realizaron un estudio transversal y descriptivo en adolescentes embarazadas, atendidas en la unidad de medicina familiar (umf) no. 1 de Ciudad Obregón, Sonora, México, seleccionadas aleatoriamente para determinar la calidad de vida y funcionalidad familiar, donde se les aplicó el instrumento sf-36 para evaluar calidad de vida relacionado con la salud, así como el test apgar Familiar para valorar su funcionalidad. Los resultados fueron que, de 65 pacientes entrevistadas, 76.9% tuvo buena calidad de vida y 23.1% mala; mientras que 12.3% presentó disfunción familiar severa, 38.5% disfunción moderada y 49.2% fue miembro de una familia funcional. Predominó el estado civil: soltera en 75.4%, escolaridad: preparatoria en 69.2%; y 53.3% provenía de la clase obrera. Como consecuencia la conclusión fue que la calidad de vida en 8 de cada 10 adolescentes embarazadas es buena y la familia se mantuvo funcional en cerca de la mitad de los casos.

Por último, Valcárcel et al., (2018) realizaron un estudio observacional, descriptivo,

transversal el cual caracterizó la calidad de vida de un grupo de adolescentes embarazadas gestando el primer trimestre y asistían atendidas en el servicio de Psicología del Hospital Ginecológico Obstétrico Enrique C. Sotomayor que pertenece a la Junta de Beneficencia de Guayaquil. Se aplicó el Cuestionario de Calidad de Vida en Población Infantil y Adolescente Kindl, y una entrevista semi-estructurada con preguntas centradas en las seis dimensiones del cuestionario. Los resultados reportaron que las adolescentes denotan tener fuerza y energía en el proceso de gestación, siendo el aburrimiento lo más frecuente en cuanto al bienestar emocional, aunque describen sentimientos de soledad, miedo e inseguridad que aparecieron en algunos momentos. Inadecuadas relaciones familiares, una autoestima matizada por una adecuada actitud para afrontar el futuro, se aprecia identificación con sus coetáneos, en la escuela muestran temor por bajas notas. En el embarazo se aprecian estados de tristeza y confianza por haber mantenido una conducta de afrontamiento adecuada

Pregunta de investigación.

¿Cuál es la relación entre calidad de vida relacionada con la salud y vinculación afectiva prenatal- adaptación al embarazo en adultas embarazadas residentes en Argentina?

Justificación

Teórica

La relevancia de este trabajo consiste en poder aportar una modesta contribución para ampliar información y conocimiento sobre los efectos de la salud en la calidad de vida en adultas embarazadas en relación a la vinculación afectiva prenatal con su futuro hijo y la adaptación al embarazo. Promoviendo la atención prenatal para una mejora en la calidad de vida de las gestantes, lo que impactará en el futuro hijo-ja.

Si bien se han realizado otras investigaciones que estudian el embarazo no lo han hecho

en dicha población relacionándolo con la salud de forma integral abarcando todas sus dimensiones, y estudiando el impacto que posee la misma en la relación afectiva durante el periodo prenatal con su futuro hijo y la forma en que la gestante se adapta a dicho periodo, por lo cual, generando nueva información al respecto, para aportar conocimiento.

Según Sampieri et al. (1998) la utilidad de dichos estudios correlacionales, está basada en, observar cómo se comportan conceptos y variables entre sí vinculados, también aporta información explicativa ya que se investigan dos conceptos o variables, aunque de forma parcial.

Práctica

Los resultados arrojados en esta investigación en cuanto a la calidad de vida relacionada con la salud de las adultas embarazadas y su vínculo materno fetal incluyendo la adaptación al embarazo podrán utilizarse por distintos agentes de salud relacionados con el tema, para poder elaborar pautas de acción e intervención, como también para realizar programas de promoción de la salud en dicha población.

Social

La posible aplicación de nuevos métodos a partir de lo antes mencionado, serán de gran beneficio a fines de concientizar la importancia del estado de la calidad de vida en relación a la salud tanto en la población asignada como en la población general, desde la implementación de campañas de información y atención temprana, con intereses benéficos para toda la comunidad, como también para la identificación de problemáticas, relacionadas.

Objetivos

General

- Conocer la relación entre la calidad de vida relacionada con la salud y vinculación afectiva prenatal-adaptación al embarazo en adultas embarazadas.

Específicos

- Describir la calidad de vida relacionada con la salud de las adultas embarazadas.

- Describir la vinculación afectiva prenatal y la adaptación al embarazo de las adultas en gestación.
- Caracterizar la muestra según las variables sociodemográficas, como edad, estado civil, nivel de formación, lugar de residencia, etc.

Hipótesis.

H1: A mayor Calidad de Vida, mayor Vinculación Afectiva Prenatal y Adaptación al embarazo y viceversa.

H2: A mayor Adaptación al embarazo, mayor Salud General y Salud Mental y viceversa.

H3: A mayor Adaptación al Embarazo, menor Dolor Corporal y Rol Emocional y viceversa.

H4: Las puntuaciones de las mujeres que planearon su embarazo son mayores que las que no lo planearon.

Metodología.

Diseño.

La presente investigación posee un tipo de enfoque cuantitativo, al recabar y analizar datos que fueron luego codificados a valores numéricos previamente establecidos en los instrumentos, de alcance correlacional, en el sentido que se buscó relacionar dos variables, calidad de vida en relación a la salud y vinculación afectiva prenatal-adaptación al embarazo, en un grupo de mujeres adultas. De acuerdo a la manipulación de las variables, es de tipo no experimental ya que se observa el fenómeno al natural, en lo que respecta al alcance es de tipo correlacional, descriptivo y dado que los instrumentos se administraron una sola vez, su temporalidad es transversal (Sampieri et al., 1998).

Participantes.

La muestra objeto de esta investigación abarca a 112 embarazadas, adultas residentes en Argentina. Se incluyeron embarazadas de distintos centros de salud de zona oeste, como de población general y respecto a los criterios de exclusión, sólo se aplicaron aquellas mujeres embarazadas, que posean dañadas sus facultades cognitivas, de manera tal que se encuentran con dificultad para la comprensión de las consignas.

Técnicas de Recolección de Datos

Para la recolección de datos se administraron tres instrumentos.

Instrumentos.

1- Cuestionario de salud SF-36 short forms, versión argentina.

Se tomó como referencia el Cuestionario de Salud SF-3616, Ware y Sherbourne (1992),

genérico, diseñado tanto para su uso individual como colectivo, uno de los índices de salud más utilizados por la comunidad científica, lo que permite la comparación nacional e internacional de los resultados (Madariaga y Antón, 2008).

Los ítems del cuestionario informan de estados tanto positivos como negativos de la salud física y del bienestar emocional, identificando ocho dimensiones de salud:

función física (FF), limitaciones de rol por problemas físicos (RF), dolor corporal (D), salud general (SG), vitalidad (V), función social (FS), limitaciones de rol por problemas emocionales (RE) y salud mental (SM). Además, se incluye un ítem que evalúa el concepto general de cambios en la percepción del estado de salud actual respecto a un año antes (CS).

Para cada dimensión del SF-36, los ítems se codifican, agregan y transforman en una escala con recorrido desde 0 (peor estado de salud) hasta 100 (mejor estado de salud), utilizando los algoritmos e indicaciones que ofrece el manual de puntuación e interpretación del cuestionario 16,28, por lo cual, una mayor puntuación en las diferentes dimensiones indica un mejor estado de salud y/o una mejor calidad de vida (Iraurgi Castillo y Márquez Alonso, 2004). Los puntajes de ítems de una misma dimensión se promedian para crear los puntajes de cada una de las 8 escalas que van de 0 a 100, las cuales luego se promedian según correspondan para obtener el resultado de salud mental (compuesta por vitalidad, función social y rol emocional), salud física (integrada por función física, rol físico, dolor corporal y salud general), y salud general (ambas: mental y física). Los ítems no respondidos no se consideran. Codificación de puntajes de salud: excelente (90-100), muy buena (80-90), buena (60-80), regular (40-60), mala (0-40), (Lombardo, 2012).

Se administró, en nuestra investigación el cuestionario SF-36, una escala que proporciona un perfil del estado de salud y es aplicable a los pacientes, la población general sana y ha sido validado para la población argentina, se evaluaron las propiedades psicométricas del SF-36 argentino-español y se validaron las medidas resumen del componente físico (PCS) y resumen

del componente mental (MCS). De 3290 sujetos, 2638 tenían puntajes computables y fueron incluidos: 1938 en su contacto inicial y 700 de una muestra aleatoria de otros inscritos. El alfa de Cronbach osciló entre 0,79 y 0,92 en todas las subescalas excepto en Salud general., (Augustovski et al. 2008).

2-Escala de Vinculación Afectiva Prenatal-Adaptación al embarazo (EVAP).

Se tomó como referencia la Escala para la evaluación de la vinculación afectiva y la adaptación prenatal (EVAP), diseñada por (Lafuente, 2008).

Para la construcción de la escala la autora consideró los aportes de Lederman y Weis (2009) y Hughes (1987), en cuanto a las seis dimensiones de adaptación psicosocial al embarazo y las áreas de evaluación parento-fetal-vinculación y diferenciación respectivamente. Su fiabilidad y validez general fue de (Alpha= 0,81), (Artica Martínez et al. 2018). Dicha Escala EVAP presenta una estructura de seis factores: aproximación afectiva a través del pensamiento; aceptación del embarazo y adaptación a la maternidad; aproximación afectiva a través de la diferenciación del feto; experiencias infantiles y cuidado prenatal; aproximación afectiva a través de la interacción con el feto; aproximación afectiva a través del bienestar emocional, siendo el coeficiente de validez fue de 0.671 (Lafuente, 2008).

Asimismo, en nuestra investigación se utilizó la versión peruana propuesta por Artica Martínez (2018) ya que los hallazgos empíricos corroboran la propuesta de valorar en conjunto la adaptación y la vinculación prenatal debido a la estrecha relación que poseen. Dicha correlación entre ambas variables, en el modelo final de 21 ítems, indican un valor de 80 por lo que no se requiere subdividir las variables adaptación y vinculación afectiva prenatal en dimensiones menores. En cuanto a la validez de constructo de la escala, la estructura de dos dimensiones, presenta mejores bondades de ajuste en comparación con la propuesta teórica y la estructura resultante sin omisión de ítems, además en cuanto a la confiabilidad de la escala indican valores

adecuados para cada una de sus subescalas, ya que permite valorar oportunamente el estado actual de la vinculación afectiva prenatal, así como la adaptación al embarazo.

En cuanto a la confiabilidad de la escala se obtuvieron valores de 0.746 y 0.749, para las dimensiones: Adaptación al embarazo y Vinculación afectiva prenatal respectivamente, siendo estos valores adecuados para ambas subescalas. Los coeficientes de consistencia interna de las subescalas son similares a los de otros instrumentos que miden (VAP), excepto el coeficiente de la subescala 6 "Aproximación afectiva a través del bienestar emocional" ($\text{Alpha} = 0,39$), los restantes oscilan entre 0,55 y 0,75. En cuanto a la fiabilidad, la consistencia interna de la EVAP, medida con el coeficiente Alfa de Crombach, fue de 0,8098. Mostraron fiabilidad baja los ítems 4, 7, 13, 16, 18, 23 y 28. En los ítems restantes la fiabilidad fue aceptable, ya que los valores se aproximaron mucho a 0,30 o superaron ese valor, algunos de ellos ampliamente (Lafuente, 2008).

En cuanto a los coeficientes de confiabilidad, las sub escalas (AE) y (VAP) obtuvieron valores de .746 y .749 respectivamente (Campo Arias y Oviedo, 2008).

3- Cuestionario de variables sociodemográficas ad-hoc.

Las escalas anteriores, fueron complementadas con un cuestionario de datos sociodemográficos, que incluirá sexo, edad, estado civil, condición laboral, nivel educativo, tratamiento psicológico, cantidad de hijos, si la gestación actual fue planeada, si tiene hijos/as fallecidos, con quien vive, si posee alguna enfermedad psiquiátrica, si consume psicofármacos, si realiza controles médicos, como también si realiza actividades de recreación.

Procedimiento

Para el presente estudio se empleó un cuestionario tipo Google forms para ser respondido por parte de la población objetivo, respecto a los recaudos éticos, la encuesta fue auto diligenciada. La participación de los sujetos se resaltó en todo momento como voluntaria, asegurando la elección consciente y libre de su participación. Esta información posteriormente fue llevada al programa Excel donde empleando el paquete estadístico SPSS V.25, se importaron

los datos.

La muestra fue contactada por las redes sociales, como también se recurrió a distintos centros de salud, públicos y privados, también fueron contactadas en la vía pública, de zona oeste, con el objeto de que puedan colaborar con dicha investigación en forma voluntaria. La toma de datos se realizó entre los meses de enero y mayo de 2023. Se procedió a recabar los datos mediante un formulario de google forms, donde se llevó a cabo la aplicación de el “CUESTIONARIO DE SALUD SF 36” y luego la aplicación de la escala que evalúa el vínculo materno fetal,” ESCALA PARA LA EVALUACIÓN DE LA VINCULACIÓN AFECTIVA Y LA ADAPTACIÓN” PRENATAL, (EVAP), junto a la sub escala de adaptación al embarazo y conjuntamente con un cuestionario AD-HOC, para determinar las posibles variables que pudieran contaminar la investigación. Por último, los datos arrojados se analizaron en la base de datos SPSS.

Análisis de datos

Para el análisis de datos se utilizaron estadísticos descriptivos e inferenciales, a través del software SPSS en su versión 25.0. Posteriormente, se aplicó la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk y se evidenciaron variables que siguen un patrón de distribución no normal. Por otra parte, se realizaron correlaciones de las variables, al seguir un patrón de distribución no normal, se aplicó Rho de Spearman y se encontró que existe una relación significativa entre las variables Vinculación Afectiva Prenatal, Adaptación al Embarazo y la Calidad de Vida, siendo esta relación directa y bajo; es decir a mayor Calidad de Vida, mayor Vinculación Afectiva Prenatal, Adaptación al Embarazo y viceversa.

Por último, se realizó una comparación de grupos con variables sociodemográficas tales como: Edad, Trimestre de Embarazo, Convivencia, Nivel educativo, Ocupación, Estado Civil, Pérdida de Hijos, Tiempo de Ocio, Planificación del embarazo, entre otras, y se utilizó la prueba de H de Kruskal Wallis y U de Mann Whitney dependiendo de los valores de cada una.

Resultados

Tabla 1

Estadísticos descriptivos y caracterización de la muestra

Variable	Valores	N	Porcentaje
Edad	18-25 años	28	26,9%
	26-50 años	79	73,8%
Lugar de residencia	Buenos Aires	101	94,4%
	CABA	2	1,9%
	Otras Provincias	2	1,9%
	Otros Países	2	1,9%
Estado Civil	Soltera	24	22,4%
	Noviazgo	13	12,1%
	Casada	22	20,6%
	Separada	5	4,7%
Convivencia	Familia de origen	12	11,2%
	Familia Propia	90	84,1%

	Sola	5	4,7%
Nivel Educativo	Primario Incompleto	2	1,9%
	Primario Completo	5	4,7%
	Secundario Incompleto	17	15,9%
	Secundario Completo	31	29%
	Terciario/Universitario Incompleto	14	13,1%
	Terciario/Universitario Completo	17	15,9%
Ocupación	Estudiante	8	7,5%
	Ama de casa	38	35,5%
	Empleada	59	55,1%
	Desempleada	2	1,9%
¿Su embarazo fue planeado?	Sí	58	54,2%
	No	49	45,8%
Meses de embarazo	1° Trimestre	13	12,1%
	2° Trimestre	41	38,3%
	3° Trimestre	53	49,5%
Cantidad de Hijos	Ninguno	38	35,5%
	1	42	39,3%
	2	13	12,1%
	3	9	8,4%
	5	3	2,8%
	6	1	0,9%
	8	1	0,9%
Hijos Fallecidos	Sí	5	4,7%
	No	102	95,3%
¿Realiza controles	Sí	17	15,9%

médicos?		90	
	No		54,2%
¿Realiza actividades de esparcimiento y ocio?	Sí	58	84,1
	No	49	54,2

Nota= N 107

En primera instancia se realizó un análisis de tipo descriptivo para realizar una caracterización de la muestra. La misma estuvo conformada por 107 sujetos de Género Femenino de entre 18 y 50 años, que se encuentren cursando su embarazo, en el Gran Buenos Aires, Argentina.

Tabla 2

Estadísticos descriptivos de las variables y sus dimensiones

Variables	M	DS	Mínimo	Máximo
Vinculación Afectiva Prenatal	31,46	5,10	15,00	40,00
Adaptación al Embarazo	42,61	6,9	27,00	55,00
Calidad de Vida	50,45	5,95	27,00	65,00
Función Física	23,32	4,45	12,00	30,00
Rol Físico	6,64	1,57	4,00	8,00
Dolor Corporal	6,88	1,71	2,00	10,00
Salud General	14,96	2,15	9,00	20,00
Vitalidad	12,83	1,52	9,00	16,00

Función Social	6,42	0,85	4,00	8,00
Rol Emocional	4,69	1,23	3,00	9,00
Salud Mental	14,83	2,36	9,00	21,00

Tabla 3.

Relación entre Vinculación Afectiva Prenatal, Adaptación al Embarazo y Calidad de Vida.

Variables	Calidad de Vida	p.
Vinculación Afectiva Prenatal	0,164	0,042
Adaptación al Embarazo	0,209	0,031

Estadístico aplicado: Rho de Spearman.

En la presente tabla, se encontró una relación estadísticamente significativa entre Vinculación Afectiva Prenatal, Aceptación del Embarazo y Calidad de Vida, siendo la misma directa y de fuerza de vínculo baja; esto quiere decir que a mayor Calidad de Vida, Mayor Vinculación Afectiva Prenatal y Adaptación al Embarazo, y viceversa.

Tabla 4.

Relación entre Adaptación al Embarazo con respecto a las dimensiones de la escala de Calidad de Vida.

Variables	Adaptación al Embarazo	p.
Salud General	0,293	0,002
Salud Mental	0,284	<0,001

Dolor Corporal	-0,466	0,003
Rol Emocional	-0,502	0,008

Estadístico Utilizado: Rho de Spearman

Se hallaron relaciones estadísticamente significativas entre la Aceptación del Embarazo y las dimensiones de la escala de Calidad de vida. Con respecto al vínculo entre Adaptación al Embarazo, la Salud General y el dolor Corporal, se halló una relación directa y de fuerza de vínculo baja, es decir a mayor Adaptación al Embarazo, mayor Salud General y Salud Mental, y viceversa. Por otro lado, en lo que respecta a la Salud Mental y el Rol Emocional, se encontró una relación inversa y de fuerza de vínculo moderada, es decir a mayor Adaptación al Embarazo, menor Dolor Corporal y Rol Emocional y viceversa. Por consiguiente, cabe destacar que no se encontraron relaciones estadísticamente significativas con las demás dimensiones de Calidad de Vida, ni de las dimensiones con el Vínculo Afectivo Prenatal.

Por otro lado, no se encontró una relación significativa entre Vinculación Afectiva Prenatal, Adaptación al Embarazo y Calidad de Vida, con respecto a la variable Edad.

Tabla 5.

Diferencias de grupo entre Vinculación Afectiva Prenatal, Adaptación al Embarazo con respecto a la variable sociodemográfica, Planificación del Embarazo.

	Sí (n=58)		No (n=49)		p.
	Mdn	RP	Mdn	RP	
Vinculación Afectiva Prenatal	33,00	19,00	46,00	26,00	

Adaptación al Embarazo	31,00	24,00	39,00	25,00	<0,001
-------------------------------	-------	-------	-------	-------	--------

Estadístico Utilizado: U de Mann Whitney.

La planificación del embarazo mostró diferencias estadísticamente significativas con respecto a la Vinculación Afectiva Prenatal y la Adaptación al Embarazo, donde las puntuaciones de las mujeres que planearon su embarazo fueron mayores que las que no lo planearon. Por otro lado, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la Calidad de Vida. Por último, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas con respecto a las variables sociodemográficas Trimestre de Embarazo, Convivencia, Nivel educativo, Ocupación, Estado Civil, Pérdida de Hijos y Tiempo de Ocio.

Discusión y conclusión.

Dicho estudio, surgió a través del objetivo general que buscaba Conocer la Relación entre la Vinculación Afectiva Prenatal, la Adaptación al embarazo y la Calidad de vida, a tal efecto, la hipótesis principal del trabajo sostenía que, A mayor Calidad de Vida, Mayor Vinculación Afectiva Prenatal y Aceptación del Embarazo, y viceversa, la misma se pudo comprobar mediante los datos estadísticos arrojados.

Esto se corresponde con los planteos de Valcarcel et al. (2018), que explicitan que la Calidad de Vida posee una relación directa con la Vinculación Afectiva Prenatal y la aceptación del Embarazo, ya que durante este proceso, las mujeres tienden a realizar un esfuerzo para que el proceso de gestación, el trabajo de parto y la transición a la maternidad sean lo menos invasiva posibles, y no causen una alteración grave en cuanto a su estado de ánimo, salud e independencia personal, logrando continuar con su vida habitual hasta el momento del parto.

Por consiguiente, Soto-Acevedo et al. (2015), hallaron en su estudio que la Calidad de Vida en las embarazadas, se mantiene dentro de lo habitual, y las familias se ajustan a los cambios existentes en su vida cotidiana, siempre y cuando puedan aceptar su condición evolutiva actual. Según los autores al aceptar el embarazo, se produce de manera directa un aumento en la Calidad de Vida y por ende influye de manera positiva en su satisfacción general personal y familiar.

Por otro lado, se planteó la hipótesis que, a mayor Aceptación del Embarazo, mayor Salud General y Salud Mental, y viceversa, dicha hipótesis se pudo comprobar.

Esto va en línea con los planteos realizados por Buitrago Ramírez et al. (2018), que menciona que la aceptación del embarazo, y el vínculo durante el proceso del mismo, son prácticas de salud orientadas al bienestar del feto y de la madre, porque las mismas traen como consecuencia un cuidado personal mucho más amplio para prepararse para la llegada de este bebé, en este caso la madre opta por realizarse seguimiento obstétrico, alimentarse de manera nutritiva para el feto, no tomar alcohol, ni consumir tabaco, y realiza talleres de pre parto para disminuir los niveles de malestar y ansiedad psicológico, entre otras.

Por su parte Artica Martínez et al. (2018) mencionan que el lograr aceptar el embarazo y la vinculación afectiva prenatal, se da no solo como instinto natural de maternidad, sino que también se da mediante un acompañamiento psicológico durante el periodo del embarazo y posterior a este, contribuirá al desarrollo de un apego seguro en la díada madre/padre- hijo, para lo cual es de suma importancia una intervención temprana.

Por consiguiente, se generó la hipótesis de que, a mayor Aceptación del Embarazo, menor Dolor Corporal y Rol Emocional y viceversa, la misma se logra corroborar en la presente investigación.

Esto se condice con los planteos de Saquicela & Llor (2020), en donde mencionan que durante el periodo de embarazo es factible experimentar cambios fisiológicos,

psicológicos y emocionales, todos de suma importancia para la salud general de las embarazadas, pero, cuando las madres logran aceptar su condición y forjar una relación estrecha durante los trimestres, el dolor corporal se disminuye, enfocándose en los rasgos positivos de dicha etapa evolutiva, generando como consecuencia directa aminorar los aspectos emocionales negativos y los miedos básicos de este proceso. En ese sentido, Lederman & Weis (2009) suman que los tres componentes anteriormente mencionados, se pueden englobar como aspectos psicosociales, en donde la aceptación al embarazo, la identificación con el rol materno, la calidad de la relación con la pareja, la preparación para el parto, el miedo y pérdida de control; además de la preocupación por su propio bienestar y de su bebé son naturales, pero cuando la madre se apropia de su condición genera cambios positivos, potenciando su disfrute.

Por último, la hipótesis número cuatro, explicita que las puntuaciones del vínculo prenatal de las mujeres que planearon su embarazo fueron mayores que las que no lo planearon, se pudo comprobar.

A partir de ello, Guimarães et al. (2019) mencionan que existen factores de riesgo a tener en cuenta en las mujeres y dentro de ellos, se encuentra la planificación del embarazo, esto se da como conducta riesgosa no solo para el feto, sino también para la madre. Según los autores una mujer que no desea ser madre y/o no planifico su embarazo, tiende a tener sentimientos negativos sobre la gestación, no propiciando el ambiente de apego, ni cuidando de su salud general durante el proceso de embarazo.

No obstante, Chilipio Chiclla & Santillán Árias (2019) concluyen que el embarazo no planificado, genera en las gestantes un inicio tardío de sus atenciones médicas prenatales, mientras que las mujeres que, si planearon su embarazo con anterioridad, cumplen de manera estricta sus estudios para el bienestar propio y el del feto. Cuando la madre no acepta su condición, pueden traer grandes consecuencias para la salud de ambos,

particularmente porque tienden a abandonar su tratamiento médico o no iniciarlo, llevando a tomar decisiones como el intento de aborto y mayor morbilidad materna.

En cuanto a las limitaciones del presente trabajo son, la baja cantidad de observaciones (encuestados), la omisión de dos ítems en la Escala EVAP, correspondiente al último ítem de la dimensión vinculación afectiva prenatal y último ítem en dimensión de adaptación al embarazo, que las variables sociodemográficas no se encuentran con grupos homogéneos, que la muestra se utilizó adoptando un muestreo no probabilístico, que el estudio se realizó en un único momento y que se realizó vía Google Forms dejando de lado las respuestas de aquellos sujetos que no tengan acceso a internet. Se sugiere para futuros estudios realizar trabajos incorporando un mayor número de sujetos para aumentar la potencia de los hallazgos administrando las escalas completas, que se utilice una muestra adoptando un muestreo probabilístico para poder realizar generalizaciones de la investigación, llevar a cabo un estudio longitudinal, tomando los cuestionarios en al menos dos instancias para poder comprender la evolución de las mujeres y administrar los cuestionarios de manera presencial para obtener un mayor alcance de respuestas. Además, se aconseja sumar variables como el Bienestar Psicológico, el Apoyo Social Familiar, Factores de Riesgo, Estrés Materno, Imagen Corporal y Prevalencia de Atención Primaria. Por otro lado, también se debería incluir en el cuestionario sociodemográfico variables tales como: Si trabaja actualmente, Cantidad de Horas de Trabajo, Modalidad de parto esperada, entre otras. como también la valoración de la forma en que se concibe la gestación ya que tal fenómeno puede afectar el estado emocional de las participantes.

Referencia Bibliográficas.

- Alhusen, J. L. (2008). A literature update on maternal-fetal attachment. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 37, 315–328.
<https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2008.00241.x>
- Arizabaleta, A. V. M., Buitrago, L. O., de Plata, A. C. A., Escudero, M. M., & Ramírez-Vélez, R. (2010). Aerobic exercise during pregnancy improves health-related quality of life: a randomised trial. *Journal of physiotherapy*, 56(4), 253-258.
[https://doi.org/10.1016/S1836-9553\(10\)70008-4](https://doi.org/10.1016/S1836-9553(10)70008-4)
- Artica-Martínez, J., Barba-Aymar, G., Mejía-Muñoz, A. M., Manco-Ávila, E., & Orihuela-Salazar, J. (2018). Evidencias de validez de la escala para la Evaluación de la Vinculación Afectiva y la Adaptación Prenatal (EVAP) en gestantes usuarias del INMP. *Revista de investigación en psicología*, 21(2), 267-28.
<https://doi.org/10.15381/rinvp.v21i2.15827>
- Augustovski F., Lewin G., Elorrio E., Rubinstein A. (2008) The Argentine–Spanish SF36 Health Survey was successfully validated for local outcome research. *J Clin Epidemiol.* 61(12), 1279-1284.
 doi:10.1016/j.jclinepi.2008.05.<https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2008.05.004>
- Barrios, C. J. C., de la Cruz, E. R., Álvarez-Miño, L., Noguera, T. C. G., & Durán, E. M. O. (2023). Relación entre condiciones de trabajo con la calidad de vida relacionada con la salud de trabajadores de enfermería y medicina de unidades de cuidados intensivos durante la pandemia COVID 19 en Santa Marta, Colombia. *Enfermería Global*, 21(2), 64-90. <https://doi.org/10.6018/eglobal.540111>
- Binstock, G., & Gogna, M. (2014). Entornos del primer y segundo embarazo en la adolescencia en Argentina. *Comportamiento reproductivo y fecundidad en América*

Latina: una agenda inconclusa, 167-185.

Borelli, M. F., Mayorga, M., Vega, S. M. D. L., Contreras, N. B., Tolaba, A. M., & Passamai, M. I. (2016). Estado nutricional y percepción de la imagen corporal de embarazadas asistidas en centros de salud de Salta Capital, Argentina. *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*, 20(3), 174-179.

<https://dx.doi.org/10.14306/renhyd.20.3.207>

Campo-Arias, A. & Oviedo, H. C. (2008). Propiedades psicométricas de una escala: la consistencia interna. *Rev Salud Publica*, 10(5), 831-839.

<https://doi.org/10.1590/s0124-00642008000500015>

Canova-Barrios, C., & Oviedo-Santamaría, P. (2021). Calidad de vida relacionada con la salud en trabajadores de unidades de cuidados intensivos. *Enfermería Intensiva*, 32(4), 181-188.

<https://doi.org/10.1016/j.enfi.2020.11.002>

Chilipio-Chiclla, M. A., & Santillán-Árias, J. P. (2019). Embarazo no planificado como factor de riesgo para inicio tardío y abandono de la atención prenatal. *Revista Internacional de Salud Materno Fetal*, 4(1), 3-9.

<http://ojs.revistamaternofetal.com/index.php/RISMF/article/view/85>

Condon, J.T. y Corklindale, C., (1997). The correlates of antenatal attachment in pregnant women. *British Journal of Medical Psychology*, 70, 359- 372.

<https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1997.tb01912.x>

Cranley, M.S., (1981). Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy. *Nursing Research*.

<https://doi.org/10.1097/00006199-198109000-00008>

da Rosa, K. M., Scholl, C. C., Ferreira, L. A., Trettim, J. P., da Cunha, G. K., Rubin, B.

B., ... & de Matos, M. B. (2021). Apego materno-fetal y vínculos parentales

percibidos de mujeres embarazadas. *Desarrollo humano temprano*, 15.

<https://www.aacademica.org/000-111/1000>

Diez, M., Pawlowicz, M. P., Vissicchio, F., Amendolaro, R., Barla, J. C., Muñiz, A., &

Arrúa, L. (2020). Entre la invisibilidad y el estigma: consumo de sustancias psicoactivas en mujeres embarazadas y puérperas de tres hospitales generales de Argentina. *Salud colectiva*, 16, e2509. <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2509>

Estrada-Mendiola, R. B., Reynaga-Ornelas, L., Jiménez-Garza, O. A., Dávalos-Pérez, A.,

& Rodríguez-Lugo, S. (2014). Diferencias en la calidad de vida por trimestre del embarazo en un grupo de adolescentes argentinas. *Acta Universitaria*, 24(2), 57-60. <https://doi.org/10.15174/au.2014.724>

Förger, F., Oestensen, M., Schumacher, A., & Villiger, P. M. (2005). Impact of

pregnancy on health related quality of life evaluated prospectively in pregnant women with rheumatic diseases by the SF-36 health survey. *Annals of the rheumatic diseases*, 64(10), 1494-1499. <https://ard.bmj.com/content/64/10/1494>

Griffa, M. C., & Moreno, J. E. (2005). *Claves para una psicología del desarrollo:*

adolescencia, adultez y vejez. Lugar. <http://hdl.handle.net/11336/139853>

Guimarães, Fernanda Jorge, Santos, Francielle Juliany Da Silva, Leite, Antônio

Flaudiano Bem, Holanda, Viviane Rolim De, Sousa, Gírliani Silva De, & Perrelli, Jaqueline Galdino Albuquerque. (2019). Enfermedad mental en mujeres embarazadas. *Enfermería Global*, 18(53), 499-534. Epub 14 de octubre de 2019. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.1.328331>

Iraurgi Castillo, I., Póo, M., & Márkez Alonso, I. (2004). Valoración del índice de salud

sf-36 aplicado a usuarios de programas de metadona: Valores de referencia para la Comunidad Autónoma Vasca. *Revista española de salud pública*, 78, 609-621. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-

[57272004000500006&lng=es&tlng=es.](https://doi.org/10.4321/s1132-12962008000200012)

Lafuente, M.J. (1995). *Hijos en camino*. Barcelona: Ceac.

Lafuente, M.J. (2007). La escala EVAP (Evaluación de la Vinculación Afectiva y la Adaptación Prenatal): Un estudio piloto. *Index Enfermería*, 17 (2), 133-137.
<https://doi.org/10.4321/s1132-12962008000200012>

Lafuente, M. (2008). La escala EVAP (Evaluación de la Vinculación Afectiva y la Adaptación Prenatal): Un estudio piloto. *Index de enfermería*, 17(2), 133-137.
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000200012&lng=es&tlng=pt.](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000200012&lng=es&tlng=pt)

Lederman, R. & Weis, K. (2009). Psychosocial adjustment in pregnancy: evaluation of seven dimensions of maternal development. In *Psychosocial adaptation to pregnancy* (pp. 1-38). Springer, New York, NY. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-0288-7_1

Londoño Restrepo, J., & Aristizábal Echeverry, L. C. (2016). Revisión narrativa. Complicaciones en la madre, feto y neonato, derivadas del consumo de cocaína durante la gestación. *Medicina UPB*, 35(1), 24-31.
<https://doi.org/10.18566/medupb.v35n1.a04>

Madariaga, I. A., & Antón, V. A. N. (2008). Aspectos estadísticos del Cuestionario de Calidad de Vida relacionada con salud Short Form-36 (SF-36). *Estadística española*, 50(167), 147-192. <https://doi.org/10.1157/13116608>

Maquera Fernandez, C. (2020). Relación entre el vínculo materno fetal y el apoyo en la pareja en mujeres embarazadas en Paucarpata-Arequipa. Recuperado de [repositorio.ucsp.edu.pe, http://hdl.handle.net/20.500.12590/16459](http://hdl.handle.net/20.500.12590/16459)

Masera, R. G., Martín, P. A., & Pavón, I. R. (2011). Relación materno fetal y

establecimiento del apego durante la etapa de gestación. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 425.

<https://doi.org/10.1080/14767058.2016.1242125>

Miranda MJ., Domínguez E., Arroyo FJ., Méndez P., González J. (2012) Calidad de vida relacionada con la salud en la diabetes mellitus tipo 1. *Anales de Pediatría*. 77(5), 293-356. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2012.03.005>.

Organización Mundial de la Salud. Las investigaciones en salud son fundamentales para avanzar hacia la cobertura sanitaria universal. Informe sobre la salud en el mundo 2013 [Internet]. Washington: OMS; 2013 [citado 22 Feb 2014].

http://apps.who.int/bookorders/espagnol/catalog_suj3.jsp?hidsuject=104

Oviedo-Caro, M. A., Bueno-Antequera, J., & Munguía-Izquierdo, D. (2017). Spanish version of Pregnancy Symptoms Inventory: transcultural adaptation and reliability. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 30(18), 2185-2192. <https://doi.org/10.1080/14767058.2016.1242125>

Pollock PH y Percy A. Estilo de apego materno prenatal y posible abuso fetal. *Abuso y negligencia infantil*, 1999; 23 (12): 1345-1357. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(99\)00101-5](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(99)00101-5)

Reynoso, M. (2019). XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVI Jornadas de Investigación. XV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. I Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. I Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. <https://doi.org/10.24016/2019.v5n2.165>

Roncallo, C. P., Sánchez de Miguel, M., & Arranz Freijo, E. (2015). Vínculo materno-

fetal: implicaciones en el desarrollo psicológico y propuesta de intervención en atención temprana. *Escritos de psicología (Internet)*, 8(2), 14-23.

<https://doi.org/10.24310/epsiescpsi.v8i2.13233>

Sampieri, R. H., Collado, C. F., Lucio, P. B., Valencia, S. M., & Torres, C. P. M. (1998). *Metodología de la investigación* (Vol. 1, pp. 233-426). México, DF: Mcgraw hill. [Recuperado de www.intercambiosvirtuales.org](http://www.intercambiosvirtuales.org)

Saquicela, D. M. B., Saquicela, H. L. B., & Loor, S. B. (2020). Embarazo en adolescentes y alteraciones psicosociales. *RECIMUNDO*, 4(4), 337-345.

[https://doi.org/10.26820/recimundo/4.\(4\).noviembre.2020.337-345](https://doi.org/10.26820/recimundo/4.(4).noviembre.2020.337-345)

Tizón, J. L. (2010). Funciones psicosociales de la familia y cuidados tempranos en la infancia. *Crisis económica y políticas sociales*.

Soto-Acevedo, F., León-Corrales, I. A., & Castañeda-Sánchez, O. (2015). Calidad de vida y funcionalidad familiar en adolescentes embarazadas derechohabientes de una unidad de medicina familiar del estado de Sonora, México. *Atención Familiar*, 22(3), 64-67. [https://doi.org/10.1016/S1405-8871\(16\)30053-0](https://doi.org/10.1016/S1405-8871(16)30053-0)

Torrecilla, N. M., & Waldheim, J. E. (2022). Vinculación afectiva prenatal en mujeres primigestas: una mirada desde la salud mental perinatal.

<https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/15352>

Valcárcel, C., Jatziri, M., Borbor, J., & Santiesteban, Y. (2018). Calidad de vida de adolescentes embarazadas atendidas en el hospital de la Junta de Beneficencia de Guayaquil. *Revista Ciencia UNEMI*, 11(27), 87-96.

<https://doi.org/10.29076/issn.257737vol11iss27.2018pp87-96p>

Vázquez Lara, J. M., Rodríguez Díaz, L., Ramírez Rodrigo, J., Villaverde Gutiérrez, C., Torres Luque, G., & Gómez-Salgado, J. (2017). Calidad de vida relacionada con la

salud en una población de gestantes sanas tras un programa de actividad física en el medio acuático (PAFMAE). *Revista Española de Salud Pública*, 91.

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272017000100419&lng=es&tlng=es.

Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Permanyer-Miralda, G., Quintana, J. M.

& Alonso, J. (2005). El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta sanitaria*, 19, 135-150.

<https://doi.org/10.1157/13074369>

Ware Jr., JE y Sherbourne, CD (1992). La encuesta de salud de formato corto de 36 ítems de la MOS (SF-36): I. Marco conceptual y selección de ítems. *Atención médica*.

Zuñiga Minaya, M. D. C. (2018). Depresión en mujeres embarazadas y su influencia en el proceso de vinculación afectiva prenatal, Hospital Goyeneche Arequipa, 2016.

Recuperado de: <https://hdl.handle.net/20.500.12990/3852>

Ware, JE, Snow, KK, Kosinski, M. y Gandek, B. (1993). Encuesta de salud SF-36. *Manual y guía de interpretación*, 2.

Ware, John E. Jr. PhD. Actualización de la encuesta de salud SF-36. *Lomo* 25(24): p 3130-

3139, 15 de diciembre de 2000. <https://doi.org/10.1590/s1020-49892000000400010>

[https://gacetasanitaria.org/es-el-cuestionario-salud-sf-36-espanol-articulo-](https://gacetasanitaria.org/es-el-cuestionario-salud-sf-36-espanol-articulo-S0213911105713418)

[S0213911105713418](https://gacetasanitaria.org/es-el-cuestionario-salud-sf-36-espanol-articulo-S0213911105713418)

Wedel Herrera, K. (2018). Depresión, ansiedad y disfunción familiar en el embarazo. *Revista Médica Sinergia*, 3(1), 3-

<https://www.revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/109>.

ANEXOS I, CUESTIONARIO SOCIODEMOGRAFICO.

- 1-Edad ____ (indique la respuesta con numero)
- 2-Lugar de residencia ____
- 3-Estado civil ____ Soltera ____
Casada ____
Concubinato ____
Separada ____
Noviazgo ____
- 4- Nivel educativo _____ Sin estudios
Primaria incompleta
Primaria completa
Secundaria incompleta
Secundaria completa
Terciaria o universitaria incompleta –
Terciaria completa (con título)
Universitaria completa (con título)
Postgrado incompleto.
Postgrado completo.
- 5-Ocupacion _____ Nunca trabajo
Empleada
Desempleada
Ama de casa
Estudiante
- 6-Su embarazo fue planeado? ____ Si ____
No ____
- 7-Meses de embarazo ____ (indique la respuesta con número)
- 8- ¿tiene hijos? ____ Si ____
No ____
- 8a-Cantidad de hijo (indique la respuesta con número) ____
- 8b-Tiene hijos fallecidos (indique cuantos, indique la respuesta con número) ____
- 9- ¿Con quién vive? _____
- 10 Actualmente, ¿recibe asistencia psicológica? ____ Si ____
No ____
- 11-¿Posee alguna enfermedad psiquiátrica? ____ Si ____
No ____
- 11a- Si la respuesta anterior es afirmativa, indique ¿cuál? _____
- 12- ¿Realiza controles médicos en forma periódica? Si ____
- 13- ¿Realiza actividades de esparcimiento y ocio? ____ Si ____
No ____

ANEXO II, ESCALA- VINCULACIÓN AFECTIVA PRENATAL- SUB ESCALA ADAPTACIÓN AL EMBARAZO.

Versión adaptada por el servicio de psicología del INMP (Artica Martinez et al., 2018).

1. Imagino como es ahora mi hijo/a
 - a. No, me resulta imposible
 - b. No, no lo he intentado
 - c. Me cuesta imaginarlo.
 - d. Lo hago algunas veces
 - e. Lo hago con frecuencia.

2. Acaricio mi abdomen para que mi hijo/a sienta el cariño que le tengo y para calmarlo si está inquieto moviéndose demasiado:
 - a. No, porque no creo que vaya a darse cuenta.
 - b. No, porque me siento ridícula haciendo eso.
 - c. Casi nunca lo hago.
 - d. Sí, algunas veces.
 - e. Sí, con relativa frecuencia.

3. Imagino como será mi bebé en el futuro (su aspecto, su forma de ser, etc.)
 - a. No, me resulta imposible.
 - b. No, no lo he intentado
 - c. Me asusta hacerlo.
 - d. Lo hago algunas veces.
 - e. Lo hago con frecuencia y me resulta fácil.

4. Cuando mi hijo se mueve:
 - a. Me molesta.
 - b. Me pone un poco nerviosa.
 - c. Me resulta indiferente.
 - d. Me llama la atención.
 - e. Me gusta y me emociona.

5. Le hablo a mi hijo/a, le canto, le pongo música y/o le leo cosas en voz alta:
 - a. No, porque creo que es completamente inútil.
 - b. No, porque no me sale de forma espontánea.
 - c. Sí, algunas veces.
 - d. Sí, cada tarde.
 - e. Sí, con frecuencia.

6. Puedo hacerme una cierta idea del carácter de mi hijo/a, por su forma de moverse dentro de mi (muy activo o muy reposado, por ejemplo).
 - a. No.

- b. Casi nada.
- c. Tengo dudas.
- d. Un poco.
- e. Sí.

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

- a. No, aún no he preparado nada porque no tengo muchas ganas, estoy poco motivada.
- b. No, aún no he tenido tiempo.
- c. He preparado pocas cosas ya tendré tiempo más adelante.
- d. He preparado algunas cosas.
- e. Ya lo he preparado casi todo.

8. Me he interesado en conocer más sobre la maternidad

- a. No, nunca.
- b. Algo, hablando con otras madres
- c. Algo, hablando con otras madres y leyendo algunas cosas.
- d. Bastante (de otras madres, libros, revistas, etc.)
- e. Mucha (de otras madres, libros, revistas, matronas, médicos, etc.).

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

- a. No, creo que no es importante pensar en esas cosas.
- b. No, ¿para qué? Aún falta mucho
- c. No, pero pensaré en ello más adelante
- d. Sí, lo he pensado algunas veces.
- e. Sí, pienso en ello con frecuencia.

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

- a. No, creo que no es importante pensar en esas cosas.
- b. No, ¿para qué? Aún falta mucho
- c. No, pero pensaré en ello más adelante
- d. Sí, lo he pensado algunas veces.
- e. Sí, pienso en ello con frecuencia.

SUB ESCALA - ADAPTACIÓN AL EMBARAZO

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

- a. Me siento mal.
- b. Me angustia
- c. Tengo muchas dudas y temores
- d. Me considero una madre capaz.
- e. Sé que le gustaré y lo haré bien.

11. Encuentro que mi cuerpo actualmente:

- a. Ha cambiado y no es de mi agrado.
- b. Ha perdido su forma.
- c. Ha cambiado, pero no es un problema para mí.
- d. Ha cambiado, pero intento verme bien.
- e. Me agrada mi nuevo aspecto.

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

- a. No, eso de cuidarse de los peligros son tonterías.
- b. No me preocupo demasiado de so
- c. Sí, algunas veces.
- d. Sí, siempre que puedo.
- e. Sí, siempre.

13. Voy a clase de preparación de parto

- a. No, ni pienso hacerlo, no las considero útiles.
- b. No, estoy demasiado ocupada.
- c. Aun no, lo haré más adelante.
- d. Sí, porque quiero que el embarazo y el parto salga bien.
- e. Sí, porque quiero estar bien preparada para el nacimiento de mi hijo/a.

14. Durante mi infancia y adolescencia:

- a. Mi padre me maltrataba bastante, porque me lo merecía.
- b. Mi padre no se portó bien conmigo.
- c. Mi padre no era demasiado cariñoso conmigo
- d. Mi padre era bueno conmigo, pero no me entendía bien.
- e. Mi padre me quería y supo educarme bien.

15. Durante mi infancia y adolescencia:

- a. Mi madre me maltrataba bastante, porque me lo merecía.
- b. Mi madre no se portó bien conmigo.
- c. Mi madre no era demasiado cariñosa conmigo
- d. Mi madre era buena conmigo, pero no me entendía bien.
- e. Mi madre me quería y supo educarme bien.

16. Cuando se confirmó mi embarazo:

- a. No quería creerlo, la verdad es que aún no deseo tener este hijo.
- b. Me costó mucho hacerme la idea y no sé aún si lo he aceptado del todo.
- c. Me costó algún tiempo aceptarlo, pero ya lo tengo bien asumido.
- d. Lo acepté bien porque, aunque yo no lo había planeado, quería queda embarazada.
- e. Me puse contentísima, ya que era todo lo que quería.

17. Creo que el embarazo:

- a. Es un auténtico fastidio.
- b. Es algo por lo que no hay más remedio que parar si quieres tener un hijo/a.
- c. Es una época como cualquier otra.
- d. Es algo nuevo interesante, aunque pueda ocasionar algunas molestias.
- e. Es algo muy especial, es un privilegio ser mujer en este caso.

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

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

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

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

20. Siempre me han gustado los niños

- a. No, ahora siguen sin gustarme.
- b. No, pero los tolero.
- c. Ni me gustan, ni me disgustan.
- d. Sí, pero me cuesta ganarlos.
- e. Sí, me lo paso bien con ellos y suelo tener una buena relación.

21. El embarazo

- a. Me ha producido muchas molestias (náuseas, vómitos, dolores) y no quiero volver a quedar embarazada
- b. Me ha producido algunas molestias, que me han tenido bastante preocupada.
- c. Me ha producido algunas molestias, pero eso es bastante común y sé que van a pasar.
- d. Apenas me ha producido molestias, creo que he tenido suerte.
- e. Ha sido excelente, no he sentido ninguna molestia.

ANEXO III, SF-36 CUESTIONARIO DE SALUD,
Versión argentina. (Barrios-Canova et al., 2023).

A continuación se presentan una serie de situaciones que podrían ocurrirle, a las que deberá contestar escribiendo una X, según la alternativa que mejor describa su opinión.

MARQUE UNA SOLA OPCION	Excel ente	Muy buena	Buen a	Regul ar	Mala
1. En general usted diría que su salud es:					
	Much o mejor ahora que hace un año	Algo mejor ahora que hace un año	Más o meno s igual que hace un año	Algo peor ahora que hace un año	Much o peor ahora que hace un año
2. Cómo calificaría usted su estado general de salud actual comparado con el de hace un año.					
	Sí, me limita much o	Sí, me limita un poco	No, no me limita para nada		
3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades (o cosas) que usted podría hacer durante un día normal. ¿Su estado de salud actual lo limita (para hacer) en esas actividades (o cosas)? Si es así, ¿cuánto?					
a. Actividades intensas, tales como correr, levantar objetos pesados, participar en deportes agotadores.					
b. Actividades moderadas, tales como mover una mesa, empujar una aspiradora, jugar al bowling o caminar más de una hora.					
c. Levantar o llevar las bolsas de las compras.					
d. Subir varios pisos por la escalera.					
e. Subir un sólo piso por la escalera.					
f. Agacharse o arrodillarse.					
g. Caminar un kilómetro o más.					
h. Caminar medio kilómetro.					
i. Caminar una cuadra.					
j. Bañarse o vestirse (por sí mismo).					
4. Durante las 4 últimas semanas. ¿ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con su trabajo u otras actividades diarias normales a causa de su salud física ?	SI	NO			

a. ¿Ha disminuido usted el tiempo que dedicaba a su trabajo u otras actividades?						
b. ¿Ha hecho menos de lo que hubiera querido hacer?						
c. ¿Se ha visto limitado en el tipo de trabajo u otras actividades?						
d. ¿Ha tenido dificultades en realizar su trabajo u otras actividades (por ejemplo, le ha costado más esfuerzo)?						
	SI	NO				
5. Durante las últimas 4 semanas, ¿ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con su trabajo u otras actividades diarias normales a causa de algún problema emocional (como sentirse deprimido o ansioso)?						
a. ¿Ha disminuido el tiempo que dedicaba al trabajo u otras actividades?						
b. ¿Ha logrado hacer menos de lo que usted hubiera querido hacer?						
c. ¿Ha hecho su trabajo u otras actividades con menos cuidado que siempre?						
	Nada en absoluto	Ligeramente	Modera-mente	Basta-nte	Extre-ma-mente	
6. Durante las últimas 4 semanas, ¿en qué medida su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales normales con su familia, amigos, vecinos u otras personas?						
	Ningu-no	Muy poco	Poco	Mode-rado	Much-o	Mu-chí-si-mo
7. ¿Cuánto dolor físico ha tenido usted durante las últimas 4 semanas?						
	Nada en absoluto	Ligeramente	Mode-rada-mente	Basta-nte	Extre-mada-mente	
8. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto ha dificultado el dolor su trabajo normal (incluyendo tanto el trabajo fuera del hogar como las tareas domésticas)?						
9. Las siguientes preguntas se refieren a cómo se siente usted y a cómo le han ido sus cosas durante las últimas 4 semanas. En cada pregunta, por favor elija la respuesta que más se aproxime a la manera como se ha sentido usted. ¿Cuánto tiempo durante las últimas 4 semanas...	Siem-pre	Casi siem-pr-e	Much-as veces	Algun-as veces	Casi nunca	Nunca
a. ¿Se ha sentido lleno de vitalidad?						
b. ¿Ha estado muy nervioso?						

c. ¿Se ha sentido con ánimo tan decaído que nada podía animarlo?						
d. ¿Se ha sentido tranquilo y sereno?						
e. ¿Ha tenido mucha energía?						
f. ¿Se ha sentido desanimado y triste?						
g. ¿Se ha sentido agotado?						
h. ¿Se ha sentido feliz?						
i. ¿Se ha sentido cansado?						
	Siem pre	Casi siempr e	Algun as veces	Casi nunc a	Nunc a	
10. Durante las últimas 4 semanas ¿cuánto tiempo su salud física o sus problemas emocionales (le) han dificultado sus actividades sociales (como visitar amigos, parientes, etc.)?						
11. ¿Cuán CIERTA o FALSA es cada una de las siguientes frases para usted?	Total ment e cierta	Bastan te cierta	No lo sé	Basta nte falsa	Total ment e falsa	
a. Me parece que me enfermo más fácilmente que otras personas.						
b. Estoy tan sano como cualquiera.						
c. Creo que mi salud va a empeorar.						
d. Mi salud es excelente.						