



**FACUL
TAD DE
CIENCI
AS DE
LA
SALUD
“DR.
ENRIQ
UE
ORTEG
A
MOREI
RA”**

FACTORES RELACIONADOS AL VÍNCULO MATERNO-FETAL DURANTE EL EMBARAZO

Artículo presentado como requisito para la obtención del título:

MÉDICO

Por la (os) estudiante(s):

**Jennifer Elena Zambrano Chávez
Angie Adriana Zambrano Chávez**

Bajo la dirección de:

Leticia Susana Parpacen Briones

**Universidad Espíritu Santo
Carrera de Medicina
Samborondón - Ecuador
Septiembre de 2024**

FACTORES RELACIONADOS AL VÍNCULO MATERNO-FETAL DURANTE EL EMBARAZO

FACTORS RELATED TO MATERNAL-FETAL BONDING DURING PREGNANCY

Jennifer Elena Zambrano Chávez

jenzambrano@uees.edu.ec

ORCID 0009- 0000-4133-4451

Angie Adriana Zambrano Chávez

angiezambrano@uees.edu.ec

ORCID 0009- 0000-1715-0556

Universidad de Especialidades Espíritu Santo. Samborondón, Ecuador

RESUMEN

El vínculo materno-fetal (VMF) es una conexión emocional y física que influye en el bienestar y desarrollo de la madre e hijo, por lo que su investigación es fundamental. Sin embargo, en Latinoamérica los estudios continúan siendo escasos, aunque persiste su necesidad debido a la vulnerabilidad psicosocial entre la población de Guayaquil, Ecuador.

Objetivo: Determinar los factores que podrían influir sobre el VMF en una muestra de gestantes atendidas en diversos hospitales de la ciudad.

Método: Este estudio observacional de tipo descriptivo de alcance correlacional, con obtención prospectiva de las variables, de corte transversal, multicéntrico, se realizó a partir de una muestra no probabilística de 331 gestantes. Se utilizó la encuesta EVAP para determinar el VMF, y se interrogó a las participantes acerca de 28 factores demográficos y gineco-obstétricos.

Resultados: Se encontró que varios factores se relacionan con el VMF, pero solo dos influyen en él: la edad materna con una asociación positiva ($p = 0,001$); y el número de hijos previos con una asociación negativa ($\rho = -1,15$, $p = 0,005$). Ninguno de estos

factores es modificable, pero su conocimiento es de utilidad para promover el desarrollo de programas educativos, ahora bien, otros factores que sí son modificables incluyen: los pensamientos positivos hacia el bebé ($p < 0,001$, positivamente), y los altos niveles de angustia materna ($p < 0,001$, negativamente).

Conclusiones: Se concluye que el apoyo psicosocial, para disminuir los niveles de angustia y aumentar los pensamientos positivos hacia el bebé, es fundamental para fortalecer el VMF en gestantes de Guayaquil y gozar de los beneficios que ofrece.

Palabras clave: Vínculo Materno-Fetal; Factores de Riesgo; Gestación; Apego Prenatal; Apoyo emocional.

ABSTRACT

The maternal-fetal bond (MFB) is an emotional and physical connection that influences the well-being and development of the mother and child, so its research is essential. However, in Latin America, studies continue to be scarce although their need persists due to the psychosocial vulnerability among the population of Guayaquil, Ecuador.

Objective: To determine the factors that could influence the MFB in a sample of pregnant women treated in various hospitals in the city.

Methods: This descriptive, observational, correlational study, with prospective variables collection, cross-sectional, multicenter, was conducted on a non-probabilistic sample of 331 pregnant women. The EVAP survey was used to determine the MFB, and participants were questioned about 28 demographic and gynecological-obstetric factors.

Results: Several factors were found to be related to the MFB, but only two influence it: maternal age with a positive association ($p = 0.001$); and the number of previous children with a negative association ($\rho = -1.15$, $p = 0.005$). None of these factors is modifiable, but their knowledge is useful to promote the development of educational programs, however, other factors that are modifiable include: positive thoughts about the baby ($p < 0.001$, positively), and high levels of maternal distress ($p < 0.001$, negatively).

Conclusions: It is concluded that psychosocial support, to decrease levels of distress and increase positive thoughts about the baby, is essential to strengthen MFB in pregnant women in Guayaquil, and enjoy the benefits it offers.

Key words: Maternal-fetal bond; Risk factors; Pregnancy; Prenatal attachment; Emotional support.

INTRODUCCIÓN

El vínculo materno-fetal (VMF) se define como la conexión emocional entre la madre y el feto durante el embarazo y como un vínculo físico, que se forma desde las primeras etapas hasta más allá del nacimiento¹⁻⁴. Previamente se ha descrito que influye significativamente en el bienestar de ambos, y en el desarrollo emocional y psicológico del niño, repercutiendo en su autoestima y habilidades sociales^{2,5}. Adicionalmente, se ha reportado que las alteraciones del VMF incrementan el riesgo de consecuencias negativas para el desarrollo del niño, incluyendo una mayor frecuencia de trastornos de apego emocional^{3,6-8}.

Para las madres, el VMF también es un factor esencial ya que influye en su salud⁹, en su estado emocional¹⁰ y en la formación de relaciones exitosas entre madre e hijo desde el descubrimiento del embarazo hasta después del parto^{4,5}. Además, se ha propuesto una relación bidireccional entre el VMF y el riesgo obstétrico, ya que los niveles del VMF se ven influidos, pero también influyen en este factor⁷.

Estudios previos han reportado una gama muy diversa de factores que influyen en la compleja relación del VMF, entre ellos⁴⁻²⁹: factores sociodemográficos (edad materna^{8,16, 19, 21}, nivel educativo^{8,9,16,20,28}, estado civil^{14,22-24}, situación sentimental^{1,9,12,23}), así como factores gineco-obstétricos (embarazos de alto riesgo^{5,9,25}, historia de pérdida fetal^{4, 17,27}, paridad^{4,16,29}), sistemas de apoyo^{4,12,17,18}, además de alteraciones del estado del ánimo (estrés^{5,10,26}, angustia^{4,7,11}, pánico^{10,15}), entre otros.

El VMF es una relación única e insustituible¹⁴, que se basa en los afectos, emociones y actitudes de una madre hacia su hijo¹¹, y se establece a partir de cambios estructurales y funcionales significativos a nivel cerebral en ambos individuos¹³. Sin embargo, a pesar de la evidencia de factores de riesgo que influyen en el VMF y de la importancia de conocerlos, la mayoría de los estudios citados previamente han sido realizados en contextos poblacionales diferentes, dejando una brecha en el conocimiento sobre cómo estos factores se comportan en la población local. Probablemente debido a que el estudio de los aspectos psicosociales del VMF, ha sido de principal interés en países desarrollados ya que su optimización es un componente integral del apoyo médico y

psicológico a las mujeres embarazadas¹³; pero en América Latina los estudios continúan siendo escasos⁶.

Por estos motivos, todavía existe la necesidad de identificar los factores de riesgo que influyen en mujeres gestantes de Guayaquil, Ecuador. Especialmente debido a la alta frecuencia de embarazos no planificados y a las características sociodemográficas particulares⁷ (relaciones de pareja legalmente no constituidas, nivel educativo bajo, desempleo, entre otros.) que suponen una vulnerabilidad psicosocial considerable entre la población. Bajo esta premisa surge la necesidad de determinar ¿qué factores de riesgo presentes en mujeres embarazadas de la ciudad podrían tener influencia sobre el VMF?.

Conscientes de la importancia del VMF y de la escasa información disponible, se elabora el presente artículo con el objetivo de determinar los factores que podrían tener influencia sobre el vínculo materno-fetal en una muestra de gestantes atendidas en diversos hospitales de la ciudad de Guayaquil.

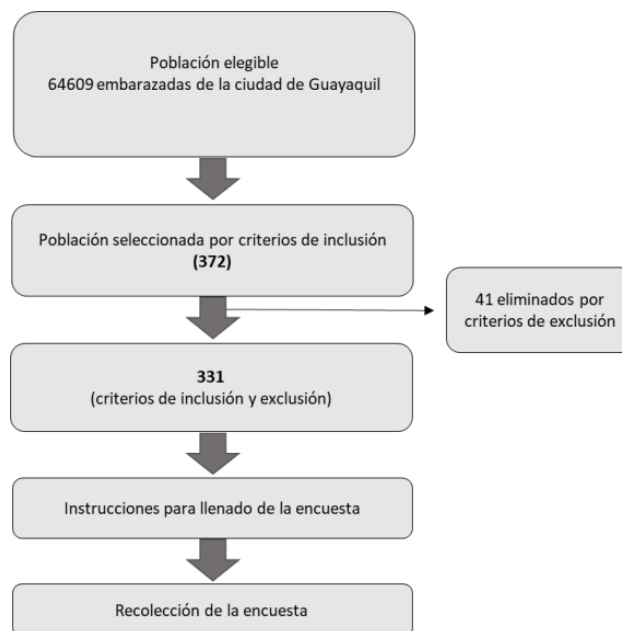
MÉTODO

Este estudio observacional de tipo descriptivo de alcance correlacional, con obtención prospectiva de las variables, de corte transversal, se realizó a partir de una muestra no probabilística de 331 mujeres gestantes que fueron encuestadas mientras eran atendidas en cualquiera de las siguientes unidades hospitalarias de Guayaquil, Ecuador: Hospital General del Norte de Guayaquil IESS Los Ceibos (HGNGIC), Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo (HTMC), Hospital Naval (HOSNAG), y OMNI Hospital; entre el 20 de mayo y el 30 de julio del 2024. Las participantes incluidas cumplieron los siguientes criterios: ser mayores de 18 años, estar cursando un embarazo confirmado y haber dado su consentimiento voluntario para responder la encuesta. Se excluyeron las participantes que presentaron dificultades para comprender y/o responder la herramienta, y se eliminaron aquellas que no la completaron o que tuvieron errores de llenado.

Para mitigar el sesgo de muestreo se calculó el tamaño muestral a partir de la población de embarazadas de la ciudad de Guayaquil según los datos del INEC, 2022³⁰ (N= 64609), (utilizando un nivel de confianza del 95% y un error alfa esperado del 0,05 se encontró un mínimo requerido de 321 participantes), y se emplearon técnicas de muestreo aleatorio. Además, para minimizar el sesgo de reporte las encuestas fueron respondidas en dos

ocasiones distintas por las mismas pacientes (re-Test). El proceso de selección de la muestra se puede apreciar en la figura 1.

Figura 1. Diagrama de flujo de selección de las participantes.



Herramienta de recolección y variables

Para la recolección de los datos se solicitó la autorización de los Departamentos de Docencia y/o Investigación de las unidades hospitalarias. Posteriormente se utilizó una encuesta auto-informada la cual se aplicó en físico y en línea a través del software de administración de encuestas Google Forms®, el link de la encuesta se envió a los correos electrónicos 2 semanas después para la realizar un re-Test de la Escala para la Evaluación de la Vinculación Afectiva y la Adaptación Prenatal (EVAP).

Las variables recolectadas fueron: la edad de las participantes fue medida en años cumplidos, como variable numérica. La edad gestacional actual del embarazo, que se midió en semanas, siendo una variable cuantitativa continua que indica el tiempo transcurrido desde el inicio del embarazo hasta el momento de la encuesta. La zona de residencia se clasificó en urbana y rural, y el nivel educativo máximo alcanzado por las participantes se categorizó en seis niveles: ninguno, primaria, secundaria, bachillerato, tercer nivel y cuarto nivel. El estado civil actual de las participantes se registró de acuerdo a la cédula de identidad, clasificándose en soltera, casada, unión libre, unión de hecho y divorciada. La situación laboral se evaluó clasificando a las participantes en empleadas,

desempleadas y estudiantes. El número de hijos previos se registró como una variable cuantitativa discreta, indicando la cantidad de hijos vivos; y la relación de pareja en la actualidad se determinó como una variable nominal dicotómica (presencia o ausencia).

Para informar los antecedentes gineco-obstétricos, se incluyeron: primer embarazo, embarazos múltiples, abortos previos, y pérdida previa de un hijo; estas variables individuales se respondieron de acuerdo a su presencia o ausencia. En cuanto al tipo de complicaciones obstétricas actuales, se incluyeron: amenaza de aborto, preeclampsia o eclampsia, placenta previa, o ninguna. Además, el riesgo obstétrico se clasificó en bajo (siguiendo las indicaciones del Anexo B), alto (siguiendo las indicaciones del Anexo C), e inminente (siguiendo las indicaciones del Anexo D).

Entre las enfermedades crónicas o condiciones médicas previas (comorbilidades) se incluyeron: diabetes, hipertensión arterial, obesidad, hipotiroidismo, ovario poliquístico, asma o ninguna, los cuales se respondieron como sí o no. Y los problemas con adicciones a alcohol o drogas, ya sean actuales o como antecedente, se registraron también categorizando en sí o no.

El nivel de apoyo recibido durante el embarazo se clasificó en nada (cuando 'casi nunca' recibía ánimo, sugerencias, información, etc. de otras personas), algo (cuando por lo menos una vez a la semana recibía ánimo, sugerencias, información, etc. de otras personas), o mucho (cuando todos los días la paciente recibía ánimo, sugerencias, información, etc. de otras personas); mientras que la procedencia del apoyo podía presentarla la pareja, los familiares, amigos, otro (incluyendo todos los anteriores) o nadie.

Otros factores intragesta evaluados fueron: el tener una relación de pareja actual (sí o no), el haber deseado el embarazo (sí o no), el sentir altos niveles de angustia por el embarazo (sí o no), el sentir altos niveles de temor/pánico por el embarazo (sí o no), y el tener pensamientos relacionados con el bebé (sí o no). Se le explicó a cada paciente que la angustia se define como la dificultad de enfrentarse a la situación, y se puede manifestar como una sensación de opresión; además, se aclara que responda la pregunta acerca de los pensamientos relacionados con el bebé con 'sí' cuando a pesar del temor que sienta imagina de forma positiva al bebé (cómo será y/o la ropa que usará, que le gustará comer, entre otros) y con 'no' cuando es todo lo contrario a esto.

Instrumento: EVAP

La Escala para la Evaluación de la Vinculación Afectiva y la Adaptación Prenatal fue desarrollada por Lafuente en 2008 ³¹, con el propósito de evaluar la vinculación materno-fetal y el proceso de adaptación materno prenatal. Sin embargo, dicho instrumento fue aplicado en España, por lo que en el presente estudio se utilizó la versión validada a la población latinoamericana por Artica et al. ³² en 2019, Lima.

Este instrumento (Anexo A) está constituido por 21 ítems con respuesta de tipo Likert de cinco opciones, y se divide en dos factores. Uno compuesto por los primeros 9 ítems, que evalúan la vinculación afectiva prenatal, y otro compuesto por los ítems 10 al 21, que evalúan la adaptación al embarazo. La puntuación total de la EVAP se obtiene sumando las respuestas de los 21 ítems, con puntuaciones que pueden oscilar entre 21 y 105. Una puntuación más alta indica una mejor adaptación al embarazo y una mayor vinculación afectiva prenatal. Valores entre 86 y 105 se consideran altos, de 66 a 85 moderados, y menores a 65 bajos.

Análisis Estadístico

Las variables cualitativas, se expresaron en términos de frecuencias y porcentajes. Las variables numéricas se representan mediante la media y desviación estándar. Dado que la distribución de la escala no cumplió con el supuesto de normalidad se optó por el uso de estadísticos no paramétricos como la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Luego se realizó la comparación de los puntajes de la escala EVAP, con respecto a las variables cualitativas, en búsqueda de diferencias significativas para la identificación de posibles factores de riesgo. Posteriormente se realizaron cálculos de correlación de Spearman, y una vez identificados los posibles factores de riesgo, se utilizó un modelo de regresión lineal múltiple que incluyó 13 variables para contrastar la influencia de factores de confusión. Todos los cálculos se realizaron manteniendo un nivel de confianza del 95% y un margen de error de 0,05.

Consideraciones éticas

Este estudio se enfoca en la recolección de datos mediante encuestas, sin realizar intervenciones directas en los participantes ni requerir muestras biológicas. Por lo que la principal consideración ética es respetar los principios fundamentales de beneficencia, no

maleficencia y justicia, garantizando la confidencialidad y la anonimización de los datos. Se obtuvo el consentimiento informado de todas las participantes previo a la realización de la encuesta. Para asegurar la protección de datos personales, se implementaron procesos de anonimización.

RESULTADOS

En el presente estudio se incluyó un total de 331 mujeres embarazadas las cuales tenían una media de edad de 28,01 años (DE = 4,88), con un mínimo de 18 y un máximo de 45 años. Además, la media de la edad gestacional al momento de la encuesta fue de 30,01 semanas (DE = 4,27).

Se encontró que la mayoría de las participantes estaban en unión libre (61,33%), residían en áreas urbanas (82,78%), eran bachilleres (48,49%), y tenían trabajo (48,94%). Respecto a las complicaciones durante el embarazo, las más frecuentes fueron hipertensión arterial (11,80%) y obesidad (11,50%), mientras que la menos frecuente fue el hipotiroidismo (4,20%). Los problemas de adicción se encontraron en menos del 10% de la muestra (6,3%). Por otro lado, para la minoría (35,6%) de las participantes este era su primer embarazo, y solo se encontraron 11 casos de embarazos múltiples (3,3%). Así mismo, menos de un cuarto de las pacientes (22,1%) habían tenido un aborto previo, y solo 7 (2,1%) manifestaron haber perdido a un hijo. En la actualidad la mayoría de las encuestadas (58,01%) no presentaba ninguna complicación, y entre las que sí presentaron la amenaza de aborto fue la más frecuente (22,05%); el riesgo obstétrico también fue bajo en casi la mitad de las participantes (48,34%). En cuanto al nivel de apoyo, 156 (47,13%) gestantes indicaron haber recibir algo de apoyo, pero 152 (45,92%) refirieron mucho apoyo; la principal fuente de apoyo fueron la pareja (51,66%) y los familiares (36,86%). A pesar del estado civil, la mayoría (85,2%) se encontraba en una relación. El embarazo no fue deseado en más del 60% de la muestra y la angustia afectaba a más del 75%. Sin embargo, los pensamientos positivos relacionados con el bebé también se encontraron en un alto porcentaje (78,5%), y el pánico no afectaba ni al 30% de las participantes. Estos hallazgos se pueden apreciar en la tabla 1.

Tabla 1. Características de la muestra.

VARIABLES CUANTITATIVAS		media	DE	IC	Rho (p valor)
Edad		28,01	4,88	[23,13-32,89]	0,28 (p 0,001)
Número de Hijos		0,9	0,96	[-0,06-1,86]	-1,15 (p 0,005)
Edad gestacional		30,01	4,27	[25,74-34,28]	-0,08 (p 0,136)
Total EVAP		73,81	19,06	[54,75-92,87]	--
VARIABLES CUALITATIVAS		Frecuencia (n=331)	Porcentaje (%)		p valor
Residencia	Urbana	274	82,78		<0,001
	Rural	57	17,22		
Nivel Educativo	Ninguno	9	2,72		0,097
	Primaria	16	4,83		
	Secundaria	74	22,36		
	Bachillerato	162	48,94		
	Tercer nivel	66	19,94		
	Cuarto nivel	4	1,21		
Estado civil	Soltera	48	14,5		0,265
	Unión libre	203	61,33		
	Casada	71	21,45		
	Divorciada	8	2,42		
	Viuda	1	0,3		
Situación Laboral	Estudiante	40	12,08		0,077
	Empleada	162	48,94		
	Desempleada	129	38,97		
Comorbilidades	Diabetes	21	6,3		0,441
	Hipertensión arterial	39	11,8		0,579
	Obesidad	38	11,5		0,071
	Hipotiroidismo	14	4,2		0,556
	Ovario poliquístico	34	10,3		0,004
	Asma	31	9,4		0,535
	Ninguna enfermedad crónica	162	48,94		0,886
Antecedentes gineco-obstétricos	Primer embarazo	118	35,6		0,069
	Embarazos múltiples	11	3,3		0,032
	Antecedente de aborto	73	22,1		0,784
	Pérdida de un hijo	7	2,1		0,176
Complicaciones obstétricas	Amenaza de aborto	73	22,05		0,296
	Placenta previa	8	2,42		
	Preeclampsia o eclampsia	58	17,52		
	Ninguna	192	58,01		
Riesgo obstétrico actual	Bajo riesgo	160	48,34		0,669
	Alto riesgo	98	29,61		

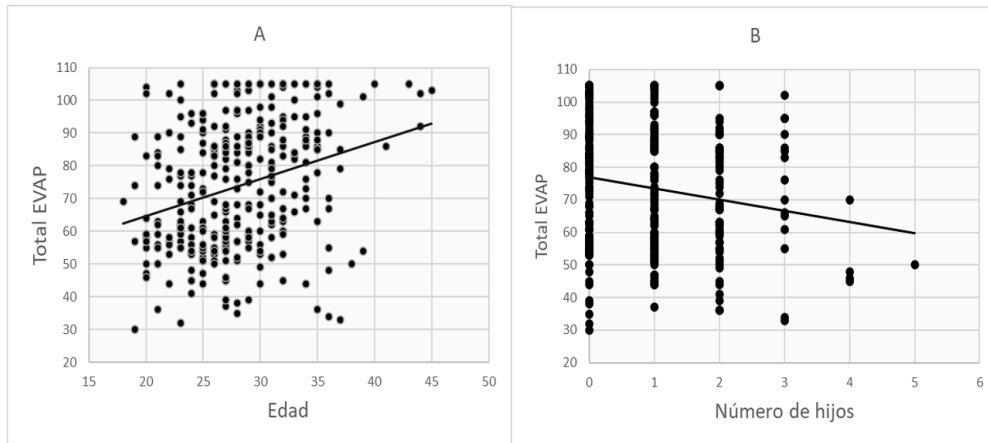
	Riesgo inminente	73	22,05	
Nivel de apoyo intragesta	Nada de apoyo	23	6,95	<0,001
	Algo de apoyo	156	47,13	
	Mucho apoyo	152	45,92	
Procedencia del apoyo recibido	De nadie	20	6,04	0,233
	De la pareja	171	51,66	
	De Familiares	122	36,86	
	De amigos	16	4,83	
	De otros	2	0,6	
Otros factores intragesta	Relación de pareja	282	85,2	<0,001
	Embarazo no deseado	200	60,4	<0,001
	Pensamientos relacionados con el bebé	260	78,5	<0,001
	Problemas de adicción	21	6,3	0,324
	Angustia	257	77,6	<0,001
	Pánico	83	29,9	0,452

DE: Desviación estándar, EVAP: Escala para la Evaluación de la Vinculación Afectiva y la Adaptación Prenatal Nota: *Los recuentos no suman 100%, porque los participantes pueden tener más de una variable.

La puntuación total promedio en la EVAP fue de 73,81 (DE= 19,06), lo que se traduce en una VMF moderada. A partir del puntaje de EVAP se evaluó su asociación con diversas variables cualitativas y cuantitativas mediante análisis bivariado. Se encontró la edad materna ($p < 0,001$), la relación de pareja ($p < 0,001$), el embarazo no deseado ($p < 0,001$), y el nivel de apoyo recibido durante el embarazo ($p < 0,001$) se relacionan significativamente con el puntaje total de EVAP. Estos hallazgos también se pueden observar en la tabla 1.

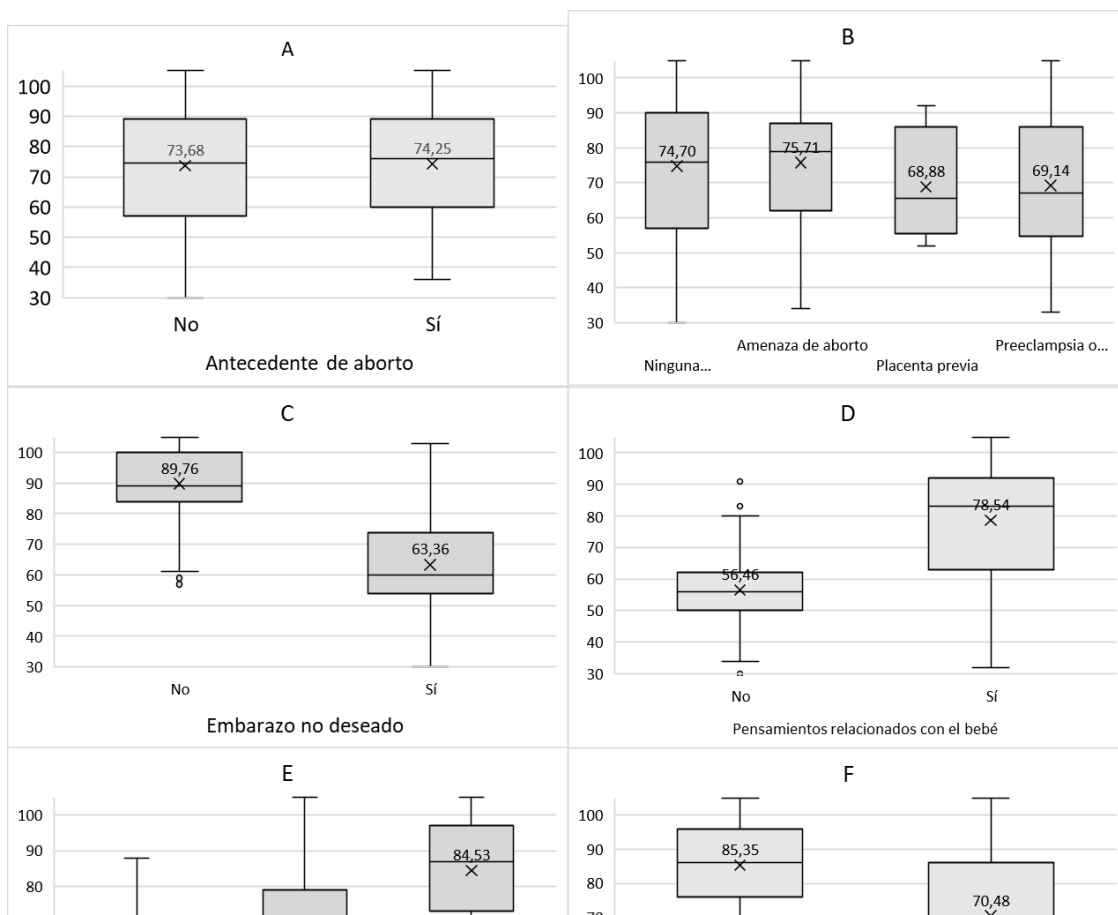
Sin embargo, la correlación de Spearman sólo mostró dos asociaciones significativas. Una asociación positiva entre la edad materna y la puntuación en la EVAP ($p = 0,001$) (Figura 2a); y otra negativa entre el número de hijos previos y la puntuación en la EVAP ($\rho = -1,15$, $p = 0,005$) (Figura 2b).

Figura 2. Correlación entre la puntuación en la EVAP con la edad (A), y el número de hijos previos al embarazo en curso (B).



Así mismo se encontró que las participantes que residían en áreas urbanas, que mantenían una relación de pareja estable, deseaban el embarazo, tenían pensamientos positivos relacionados con el bebé y recibían mucho apoyo durante el embarazo obtuvieron puntuaciones más altas en la EVAP. Además, Variables como la residencia ($p < 0,001$), la relación de pareja ($p < 0,001$), la intención del embarazo ($p < 0,001$), los pensamientos relacionados con el bebé ($p < 0,001$) (3d), y el nivel de apoyo recibido durante el embarazo ($p < 0,001$) (3e) mostraron diferencias significativas en las puntuaciones de la EVAP (figura 3).

Figura 3. Comparación de grupos de las variables cualitativas con respecto a la puntuación en la EVAP: (A) Antecedente de aborto, (B) complicaciones, (C) Embarazo no deseado, (D) Pensamientos relacionados con el bebé, (E) Nivel de apoyo recibido y (F) Angustia.



Se utilizó además un modelo de regresión lineal múltiple para evaluar la interferencia de confusores. Los factores que mostraron una influencia significativa sobre la puntuación en la EVAP fueron la edad materna ($B = 0,808$, $p < 0,001$), el número de hijos ($B = -2,315$, $p = 0,004$), el antecedente de aborto ($B = -3,738$, $p = 0,017$), la presencia de complicaciones ($B = -1,386$, $p = 0,003$), el embarazo no deseado ($B = -17,522$, $p < 0,001$), los pensamientos relacionados con el bebé ($B = 8,633$, $p < 0,001$), el nivel de apoyo recibido ($B = 4,919$, $p < 0,001$) y la angustia ($B = -5,463$, $p < 0,001$). Estos hallazgos se pueden apreciar en la tabla 2.

Tabla 2. Análisis de regresión lineal múltiple de los factores que influyen en el vínculo maternofetal

Variables	B	β	t	Sig.
(constante)	56,393		9,651	<0,001
Edad	0,808	0,207	5,169	<0,001
Residencia	-2,562	-0,051	-1,452	0,147
Situación laboral	-1,430	-0,050	-1,451	0,148
Ovario Poliquístico	4,049	0,065	1,905	0,058
Número de hijos	-2,315	-0,116	-2,937	0,004
Embarazos múltiples	-5,038	-0,047	-1,294	0,197
Antecedente de aborto	-3,738	-0,081	-2,397	0,017
Complicaciones	-1,386	-0,107	-3,013	0,003
Relación de pareja	3,168	0,059	1,620	0,106
Embarazo no deseado	-17,522	-0,450	-11,818	<0,001
Pensamientos relacionados con el bebé	8,633	0,186	4,990	<0,001
Nivel de apoyo recibido	4,919	0,159	3,760	<0,001
Angustia	-5,463	-0,120	-3,386	<0,001

Por último, se analizó la fiabilidad de la escala. El R cuadrado ajustado fue de 0,641, sugiriendo que el modelo explica el 64,1% de la variabilidad en la puntuación de la EVAP. La EVAP mostró un Alfa de Cronbach de 0,962 en la dimensión de vinculación afectiva prenatal, y 0,945 para la adaptación al embarazo. El modelo final mostró una significancia por ANOVA de $p < 0,001$, indicando que es estadísticamente significativo. La prueba de normalidad de los residuos estandarizados resultó en $p = 0,073$, indicando que los residuos siguen una distribución normal. El re-Test tuvo solo un 17,2% de respuesta, sin embargo, encontró una correlación de spearman de 0,98 ($p < 0,001$).

Discusión

En el análisis de este estudio 9 de 28 factores fueron significativos, sin embargo, solo en dos de estas relaciones se demostró su influencia en el VMF: a mayor edad materna mayor nivel de EVAP, y a mayor número de hijos menor EVAP. La correlación positiva y significativa de la edad materna con la puntuación en la EVAP ha sido previamente descrita por Frances et al.⁸ quienes reportaron que el VMF era significativamente mayor entre madres de mayor edad.

Adicionalmente, este hallazgo se puede comprender porque a mayor edad materna mayor madurez emocional y estabilidad social. Además, Muñoz² y Palacios⁶ ya habían reportado que la menor edad materna se asocia con un VMF más débil. Sin embargo, se debe considerar que Ecuador es uno de los países con mayor frecuencia de embarazos adolescentes⁷, y a pesar de ello los niveles de VMF determinados en este estudio fueron principalmente moderados.

Los pensamientos positivos hacia el bebé también se relacionaron positiva y significativamente con la puntuación del EVAP ($p= 0,001$), pero sin llegar a ser un factor predictor. Previamente Cuijilits et al.³ establecieron esta variable como un factor protector para el VMF, sin embargo, dichos autores consideraban a los movimientos fetales como uno de los componentes de los pensamientos positivos, mientras que en el presente estudio no. De todas maneras, este hallazgo respalda la importancia del acompañamiento psicológico durante el embarazo.

Por el contrario, el número de hijos tuvo una correlación negativa y significativa con la puntuación en la EVAP, lo que indica que las madres con un mayor número de hijos previos al embarazo tienden a puntuaciones más bajas en la EVAP y por tanto, menor nivel de VMF. Doyle et al.⁸ habían reportado que el mayor número de hijos se relaciona con menor disponibilidad de tiempo y recursos emocionales, los cuales son necesarios para el vínculo afectivo con el feto. Sin embargo, este factor no es controlable una vez establecido, y existen creencias religiosas y sociales que favorecen las familias numerosas en el país. Por lo que se recomienda investigar otros factores relacionados negativamente.

Yoon & Choi ⁴ y Čésnaitė et al. ⁹ reportaron el impacto negativo de los altos niveles de estrés y angustia en el VMF, pero también en la calidad de vida y en el estado emocional de las gestantes. Lo que coincide con este estudio en el que se encontró que los niveles de angustia se relacionan negativa y significativamente con la puntuación en la EVAP ($p=0,001$), probablemente debido a que estos factores reducen la confianza en el rol maternal e incrementan el riesgo de depresión. En estas situaciones se ha propuesto aumentar la capacidad de autogestión materna a través del descubrimiento de las propias fortalezas⁴, para ello, es fundamental el acompañamiento del profesional de la salud mental.

En la comparación de grupos por estado civil no se encontraron diferencias significativas, sin embargo, el tener una relación de pareja sí lo fue. Estos hallazgos se podrían explicar porque el estado civil registrado en la cédula de ciudadanía no implica el tener una relación sentimental en curso, ni reflejan la calidad de la misma. De manera similar Čésnaitė et al. ⁹ describieron que la mayor calidad de las relaciones románticas durante la gestación se correlaciona con una mejor calidad del VMF. Además, se ha demostrado que el apoyo de la pareja, y la presencia de un proveedor de apoyo durante el embarazo, son factores protectores que pueden fortalecer el VMF ³; mientras que el no tener pareja y/o tener relaciones de pareja conflictivas durante el embarazo disminuyen la calidad del VMF [OR 3.75 (IC 95%: 2.29-6.14) y OR de 3.25 (IC 95%: 1.47-7.16), respectivamente] ^{2,6}.

En cuanto al nivel de educación, previamente se han reportado hallazgos ambiguos puesto que los niveles educativos altos se relacionan con mejor calidad del VMF, pero cuando son muy altos la calidad del VMF disminuye ⁹, probablemente debido a las mayores expectativas y presiones asociadas. En el presente estudio no se encontraron relaciones significativas, sin embargo, hubo un claro predominio de pacientes que se encontraban cursando o que solo habían culminado el bachillerato.

Otros factores descritos previamente, como el embarazo de alto riesgo [con una incidencia significativamente mayor de fracaso en el VMF y rechazo del bebé ($d = 0.74$, $P < 0.001$)] ⁵; o la influencia negativa de las complicaciones gineco-obstétricas en el VMF¹, no influyen significativamente. Probablemente debido a que la mayoría de pacientes incluidas tenían bajos niveles de riesgo obstétrico y baja frecuencia de complicaciones.

Estudios futuros de cohortes podrían comparar los resultados entre gestantes de alto y bajo riesgo obstétrico de Guayaquil; y respaldar los hallazgos de este estudio.

Limitaciones

El uso exclusivo de encuestas autoinformadas puede introducir sesgos de reporte y errores en la recopilación de datos, especialmente en temas tan sensibles y específicos como los antecedentes patológicos y el riesgo obstétrico. Estos sesgos pueden afectar la precisión de los hallazgos y, en consecuencia, la validez general del estudio. Adicionalmente, la falta de triangulación de datos mediante el uso de otras fuentes, como la revisión de historias clínicas, podría limitar la profundidad y la robustez de las conclusiones. Mientras que el uso exclusivo de encuestas puede ser insuficiente para capturar la complejidad de las variables estudiadas, especialmente en un contexto clínico donde la precisión de los datos es crucial.

Por estos motivos, la incorporación de métodos mixtos de recolección de datos para mejorar la precisión y reducir los sesgos, fortalecería la fiabilidad y la aplicabilidad de los resultados.

CONCLUSIONES

En el presente trabajo se evaluó la relación de 28 factores en el VMF de madres gestantes de la ciudad de Guayaquil, determinado con el instrumento EVAP. A partir de los hallazgos del estudio se concluye que varios factores se relacionan, pero solo dos influyen significativamente en el VMF de las mujeres gestantes de Guayaquil: la edad materna, con una asociación positiva, y el número de hijos, con una asociación negativa.

Ninguno de estos factores es modificable, pero su conocimiento es de utilidad para promover el desarrollo de programas educativos a mujeres jóvenes de la ciudad de Guayaquil. Ahora bien, otros factores encontrados que se relacionaron con el VMF y que sí son modificables incluyen: de forma positiva los pensamientos positivos hacia el bebé, y de forma negativa los altos niveles de angustia materna. Estos hallazgos son interesantes porque en conjunto explican los niveles moderados de VMF determinados en este estudio, pues a pesar de la alta frecuencia de angustia las madres también tenían una gran frecuencia de pensamientos positivos hacia el bebé.

Se concluye que el apoyo psicosocial, para disminuir los niveles de angustia y aumentar los pensamientos positivos hacia el bebé, es fundamental. Y se recomienda a los profesionales de la práctica clínica de gineco-obstetricia comprender y compartir los factores que influyen positiva y negativamente en el VMF, de manera que se promuevan oportunidades para fortalecer el VMF y gozar de sus beneficios. Finalmente, se recomienda replicar este estudio en otras regiones del país.

REFERENCIAS

1. Ahmad E, Kamel N, Mohamed A, Mahmoud S. Factors Affecting Maternal Fetal Attachment among Low and High Risk Pregnant Women. *Assiut Scientific Nursing Journal* [Internet]. 1 de diciembre de 2018 [citado 14 de mayo de 2024];6(15.0):36-48. Disponible en: https://asnj.journals.ekb.eg/article_116017.html
2. Muñoz M, Poo AM, Baeza B, Bustos M L. Riesgo relacional madre-recién nacido: Estudio de prevalencia y variables asociadas. *Revista chilena de pediatría* [Internet]. febrero de 2015 [citado 14 de mayo de 2024];86(1):25-31. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0370-41062015000100005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
3. Cuijilits I, van de Wetering A, Endendijk J, van Baar A, Potharst E, Pop V. Risk and protective factors for pre- and postnatal bonding. *Infant Mental Health Journal* [Internet]. 2019 [citado 14 de mayo de 2024];40(6):768-85. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/imhj.21811>
4. Yoon H, Choi H. Factors influencing maternal-fetal attachment in pregnant women during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study. *Korean J Women Health Nurs* [Internet]. 31 de marzo de 2023 [citado 14 de mayo de 2024];29(1):55-65. Disponible en: <https://www.e-whn.org/journal/view.php?doi=10.4069/kjwhn.2023.02.21.3>
5. Nachane H, Nayak A. Gestational Factors in Mother – Infant Bonding Impairment Among Women With High Risk Pregnancies. *BJPsych Open* [Internet]. julio de 2023 [citado 14 de mayo de 2024];9(S1):S63-S63. Disponible en: <https://www.cambridge.org/core/journals/bjpsych-open/article/gestational-factors-in-mother-infant-bonding-impairment-among-women-with-high-risk-pregnancies/DE5A292F028D174A1AB85CE1B3D46B6D>

6. Palacios B. Alteraciones en el vínculo materno- infantil: prevalencia, factores de riesgo, criterios diagnósticos y estrategias de evaluación. *Revista de la Universidad Industrial de Santander Salud* [Internet]. junio de 2016 [citado 14 de mayo de 2024];48(2):164-76. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0121-08072016000200003&lng=en&nrm=iso&tlng=es
7. Espinosa R. Riesgo obstétrico, vinculación afectiva prenatal y ansiedad gestacional en mujeres embarazadas que acuden al Centro de Salud Tipo C Catamayo [Internet] [bachelorThesis]. Loja; 2023 [citado 14 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://dspace.unl.edu.ec//handle/123456789/27355>
8. Doyle F, Dickson S, Eapen V, Frick P, Kimonis E, Hawes D, et al. Towards Preventative Psychiatry: Concurrent and Longitudinal Predictors of Postnatal Maternal-Infant Bonding. *Child Psychiatry Hum Dev* [Internet]. 1 de diciembre de 2023 [citado 14 de mayo de 2024];54(6):1723-36. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10578-022-01365-0>
9. Čėsnaite G, Domža G, Ramašauskaitė D, Voločovič J, Bužinskienė D. Factors affecting the maternal-foetal relationship. *Acta medica Lituanica* [Internet]. 16 de septiembre de 2019 [citado 14 de mayo de 2024];26(2):118-24. Disponible en: <https://www.journals.vu.lt/AML/article/view/21261>
10. Navon M, Taubman B, Ari O. Psychological Well-being during Pregnancy: The Contribution of Stress Factors and Maternal-Fetal Bonding. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* [Internet]. 2023 [citado 14 de mayo de 2024];0(0):1-15. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/02646838.2023.2222143>
11. Gholampour F, Riem M, van den Heuvel. Maternal brain in the process of maternal-infant bonding: Review of the literature [Internet]. [citado 15 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/17470919.2020.1764093>
12. Bowlby J. Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida. 6.a ed. Vol. 1. Madrid: Morata, S. L.; 2014. 47 p.
13. Kelmanson I, Александрович K. Maternal-fetal attachment as a natural phenomenon of pregnancy and maternity development: A review. *Pediatrics Consilium Medicum* [Internet]. 6 de marzo de 2023 [citado 15 de mayo de 2024];(1):12-8. Disponible en: <https://doi.org/10.26442/26586630.2023.1.202127>

14. González C. Desarrollo del vínculo afectivo. Introducción. En: Curso de Actualización Pediatría 2008. AEPap. Madrid: Exlibris Ediciones; 2008. p. 299-301.
15. Roncallo C, Sánchez de Miguel M, Arranz E. Vínculo materno-fetal: implicaciones en el desarrollo psicológico y propuesta de intervención en atención temprana. Escritos de Psicología (Internet) [Internet]. agosto de 2015 [citado 15 de mayo de 2024];8(2):14-23. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1989-38092015000200004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
16. Urizar Uribe M. Vínculo Afectivo y sus Trastornos. En: XXVI Curso de Pediatría Extrahospitalaria de Bizkaia [Internet]. Bilbao; 2012. p. 1-16. Disponible en: <http://www.avpap.org/documentos/bilbao2012/vinculoafectivo.pdf> <http://www.avpap.org/psiquiatria.htm>
17. Espinoza S, Hernández M, Espinosa P, Villegas T, Sánchez E, Coyopotl A. Vinculación afectiva materno fetal en mujeres embarazadas de 20 a 40 semanas de gestación. Ocronos - Editorial Científico-Técnica Comentado [Internet]. 28 de noviembre de 2023 [citado 14 de mayo de 2024]; Disponible en: <https://revistamedica.com/vinculacion-afectiva-materno-fetal-mujeres-embarazadas/>
18. Gómez R, Alonso P, Rivera I. Relación materno fetal y establecimiento del apego durante la etapa de gestación. 2011 [citado 14 de mayo de 2024]; Disponible en: <https://rabida.uhu.es/dspace/handle/10272/10813>
19. Gómez R, Alonso P, Rivera I. Relación materno fetal y establecimiento del apego durante la etapa de gestación. International Journal of Developmental and Educational Psychology: INFAD Revista de Psicología [Internet]. 2011 [citado 15 de mayo de 2024];1(1):425-34. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5098335>
20. Martínez A, Calet N. Intervención en Atención Temprana: enfoque Desde el Ámbito Familiar. Escritos de Psicología (Internet) [Internet]. agosto de 2015 [citado 15 de mayo de 2024];8(2):33-42. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1989-380920150002000006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
21. 母体胎児の付着. Maternal Fetal Attachment. Academic Accelerator. 2024 [citado 14 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://academic-accelerator.com/Manuscript-Generator/jp/Maternal-Fetal-Attachment>

22. Medina B. Factores biopsicosociales que Influyen en la adaptación al rol materno en jóvenes embarazadas de 15 a 17 años en el Centro de Salud Pascuales, cantón Guayaquil, primer trimestre 2022 [Internet]. La Libertad: Universidad Estatal Península de Santa Elena. 2022; [citado 14 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.upse.edu.ec/handle/46000/7989>
23. Gioia M, Cerasa A, Muggeo V, Tonin P, Cajiao J, Aloï A, et al. The relationship between maternal-fetus attachment and perceived parental bonds in pregnant women: Considering a possible mediating role of psychological distress. *Front Psychol* [Internet]. 16 de enero de 2023 [citado 14 de mayo de 2024];13. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2022.1095030/full>
24. Srivastava A, Bhatnagar P. Maternal foetal attachment and perceived stress during pregnancy. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology* [Internet]. 26 de agosto de 2019 [citado 14 de mayo de 2024];8(9):3750-6. Disponible en: <https://www.ijrcog.org/index.php/ijrcog/article/view/7057>
25. Shreffler K, Spierling T, Jespersen J, Tiemeyer S. Pregnancy intendedness, maternal–fetal bonding, and postnatal maternal–infant bonding. *Infant Mental Health Journal* [Internet]. 2021 [citado 14 de mayo de 2024];42(3):362-73. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/imhj.21919>
26. Rusanen E, Vierikko E, Kojo T, Lahikainen A, Pölkki P, Paavonen E. Prenatal expectations and other psycho-social factors as risk factors of postnatal bonding disturbance. *Infant Mental Health Journal* [Internet]. 2021 [citado 14 de mayo de 2024];42(5):655-71. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/imhj.21941>
27. Darvishvand M, Rahebi S, Khalesi Z. Factors Related to Maternal-Infant Attachment. *Shiraz E-Med J* [Internet]. 2018 [citado 14 de mayo de 2024];19(12). Disponible en: <https://brieflands.com/articles/semj-80369#abstract>
28. Røhder K, Væver M, Aarestrup A, Jacobsen R, Smith-Nielsen J, Schiøtz M. Maternal-fetal bonding among pregnant women at psychosocial risk: The roles of adult attachment style, prenatal parental reflective functioning, and depressive symptoms. *PLOS ONE* [Internet]. 17 de septiembre de 2020 [citado 14 de mayo de

- 2024];15(9):e0239208. Disponible en:
<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0239208>
29. Bohne A, Nordahl D, Høifødt R, Moe V, Landsem I, Wang C, et al. Do parental cognitions during pregnancy predict bonding after birth in a low-risk sample? *Front Psychol* [Internet]. 14 de noviembre de 2022 [citado 14 de mayo de 2024];13. Disponible en:
<https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2022.986757/full>
30. INEC. Nacidos Vivos y Defunciones Fetales. Instituto Nacional de Estadística y Censos. 2022 [citado 14 de mayo de 2024]. Disponible en:
<https://www.ecuadorencifras.gob.ec/nacidos-vivos-y-defunciones-fetales/>
31. La Fuente M. La escala EVAP (Evaluación de la Vinculación Afectiva y la Adaptación Prenatal): Un estudio piloto. *Index de Enfermería* [Internet]. junio de 2008 [citado 14 de mayo de 2024];17(2):133-7. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1132-12962008000200012&lng=es&nrm=iso&tlng=es
32. Artica J, Barba G, Mejía A, Manco E, Orihuela J. 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*. 1 de febrero de 2019;21:267.
33. Almeida B, Campoverde L, Rodríguez L, Enríquez E, Muso C. Clasificación de Riesgo Obstétrico. [Internet]. MSP. 2028 [citado 2024 Aug 22]. Disponible en:
<https://aplicaciones.msp.gov.ec/salud/archivosdigitales/ANEXO%20%20-%20CLASIFICACION%20DE%20RIESGOS%20OBST%20TRICOS.pdf>

ANEXOS

ANEXO A

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

(Versión adaptada por el servicio de psicología del INMP, 2018³²)

1. Imagino como es ahora mi hijo/aa.
 - 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 cómo 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. Si, algunas veces.
 - d. Si, cada tarde.
 - e. Si, 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.
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. 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.
13. 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. Si, algunas veces.
 - d. Sí, siempre que puedo.
 - e. Si, siempre.
14. Voy a clase de preparación de parto
- a. No ni pienso hacerlo, no las considero útiles.
 - b. No, estoy demasiado ocupada.
 - c. Aún 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.
15. 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.
16. 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.
17. 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 quedar embarazada.
- e. Me puse contentísima, ya que era todo lo que quería.

18. 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.

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

- a. Para mí 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.

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

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

21. Siempre me han gustado los niños

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

22. El embarazo

- a. Me ha producido muchas molestias (náuseas, vómitos, dolores) y no quiero volver a quedar embarazada
- b. Me ha producido algunas molestias, que me han tenido bastante preocupada.

- c. Me ha producido algunas molestias, pero eso es bastante común y sé que van a pasar.
- d. Apenas me ha producido molestias, creo he tenido suerte.
- e. Ha sido excelente, no he sentido ninguna molestia.

ANEXO B

Clasificación del riesgo obstétrico, Riesgo 1, Bajo riesgo (MSP, 2019³³)

- Condiciones socio-económicas desfavorables. (Pobreza extrema, Desempleo, analfabetismo)
- Control insuficiente de la gestación: < 3 visitas prenatales.
- Edad extrema ≤ 19 años ó ≥ 35 años en el primer embarazo.
- Adolescentes menores de 15 años indiferentes del número de embarazos.
- Drogadicción, alcoholismo y Tabaquismo.
- Gran multiparidad (Mayor de 3 gestas).
- Incompatibilidad Rh.
- Infección de vías urinaria y Flujo vaginal recurrentes por más de 2 ocasiones en tres controles subsecuentes.
- Período intergenésico por cesárea previa menor de 12 meses.

ANEXO C

Clasificación del riesgo obstétrico, Riesgo 2, Alto riesgo (MSP, 2019³³)

- Anemia (Hb < 10g/dL o HTO < 25%).
- Embarazo Múltiple.
- Enfermedades crónicas no transmisibles (endocrinopatías, nefropatías, enf. Inmunológicas, hipertensión).
- Polihidramnios u Oligoamnios.
- Epilepsia.
- Historia obstétrica desfavorable: abortos espontáneos, partos prematuros y distócicos, antecedentes de retardo del crecimiento intrauterino.
- Enfermedades neuropsiquiátricas.
- Infección materna: HIV, hepatitis B o C, toxoplasmosis, pielonefritis, rubéola, sífilis, estreptococo B, citomegalovirus, herpes 2, HPV.
- Presentación anómala: constatada tras la semana 36 de gestación.
- Desnutrición y Obesidad.
- Asma.

ANEXO D

Clasificación del riesgo obstétrico, Riesgo 3, Riesgo inminente (MSP, 2019³³)

- Amenaza de parto pretérmino.
- Cardiopatías.
- Diabetes Gestacional descompensado o en tratamiento.
- Hemorragia vaginal.
- Rotura prematura de membranas mayor de 12 horas.
- SIDA clínico.
- Trastornos hipertensivos en el embarazo.
- Alteraciones en la Frecuencia cardiaca fetal (<110 latidos X minutos, >160 latidos por minuto o falta de movimientos).